

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE ENFERMERÍA CULIACÁN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA ORIENTACIÓN PROFESIONALIZANTE



TÍTULO

SÍNDROME DE BURNOUT, BIENESTAR EMOCIONAL Y VIOLENCIA EJERCIDA POR EL
PACIENTE AL PROFESIONAL DE SALUD DE HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

TESIS

COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN ENFERMERÍA

PRESENTA

LE. KAREN LARISSA CAMPOS RUIZ

DIRECTORES DE TESIS

DRA. JESICA GUADALUPE AHUMADA CORTEZ

DR. MARIO ENRIQUE GÁMEZ MEDINA

CULIACÁN, SINALOA, MÉXICO, AGOSTO DE 2026



Dirección General de Bibliotecas
Ciudad Universitaria
Av. de las Américas y Blvd. Universitarios
C. P. 80010 Culiacán, Sinaloa, México.
Tel. (667) 713 78 32 y 712 50 57
dgbuas@uas.edu.mx

UAS-Dirección General de Bibliotecas

Repositorio Institucional Buelna Restricciones

de uso

Todo el material contenido en la presente tesis está protegido por la Ley Federal de Derechos de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

Queda prohibido la reproducción parcial o total de esta tesis. El uso de imágenes, tablas, gráficas, texto y demás material que sea objeto de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente correctamente mencionando al o los autores del presente estudio empírico. Cualquier uso distinto, como el lucro, reproducción, edición o modificación sin autorización expresa de quienes gozan de la propiedad intelectual, será perseguido y sancionado por el Instituto Nacional de Derechos de Autor.

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial Compartir

Igual



Comité sinodal

Eleazara Tejada Rangel

Dra. Eleazara Tejada Rangel

Presidenta

Leticia Corona

Mtra. Leticia Yoshoky Cordero Corona

Secretaria

J-

Dra. Jesica Guadalupe Ahumada Cortez

Vocal 1

[Signature]

Dr. Mario Enrique Gámez Medina

Vocal 2

[Signature]

Dra. Graciela González Juárez

Vocal externa

AGRADECIMIENTOS

A mi madre **Rosa Ruiz**, por ser mi refugio, mi fortaleza y por acompañarme siempre con su amor y confianza. Gracias por enseñarme que, aun ante las adversidades, siempre hay razones para seguir adelante.

A mi familia materna, especialmente a mis tías **Olivia, Andrea y Graciela**, a mi hermana **Gladis** y a mi abuela **María**, gracias por hacerme sentir cobijada y segura aun en la distancia. Gracias por ser ejemplo de valentía, unión y alegría y por recordarme que nunca estoy sola. Con todo mi amor y gratitud, gracias por estar siempre.

A **Luis Fernando**, mi compañero en este camino, gracias por estar a mi lado en cada etapa. Gracias por prestarme tu hombro en los días difíciles, por escucharme, darme ánimos cuando el cansancio y las responsabilidades parecían pesar un poco más, por acompañarme con paciencia, por celebrar mis avances y recordarme que podía seguir, por caminar conmigo en este logro y por estar, simplemente, siempre.

A mi directora de tesis, **Dra. Jesica Ahumada Cortez**, por ser una excelente docente y, sobre todo, un ser humano maravilloso. Gracias por escucharme, enseñarme y acompañarme durante este proceso con tanta paciencia, comprensión y cariño. Admiro profundamente la manera en la que realiza su trabajo, porque se nota que lo hace con amor y verdadera vocación. Gracias por brindarme tranquilidad, confianza y la libertad de desarrollar este proyecto sin sentir presión, siempre dando importancia no solo al trabajo académico, sino también a las emociones y al cuidado de la salud mental. En cada momento supo orientarme sin imponerme, corregirme sin hacerme sentir que estaba equivocada y motivarme a confiar en mis propias capacidades.

Gracias por cada palabra de aliento, por cada consejo, por su disposición para escucharme y por acompañarme incluso en aquellos momentos en los que el proceso parecía más difícil. Su manera de dirigir y enseñar me permitió comprender que hacer investigación también implica paciencia, sensibilidad, compromiso y, sobre todo, creer en lo que uno está construyendo.

A mis asesores de tesis, **Mtra. Zindy Núñez y Dr. Mario Gámez**, gracias por su tiempo, sus enseñanzas y su guía durante este proceso. Agradezco profundamente cada observación,

pues contribuyeron a que este trabajo se fortaleciera y pudiera realizarse de una mejor manera. Sin duda me siento agradecida por haber contado con su acompañamiento.

A la **Dra. Patricia González Ramírez** y a la **Dra. Graciela González Juárez**, asesoras de mi estancia de investigación en la Facultad Nacional de Enfermería y Obstetricia (FENO), les expreso mi más sincero agradecimiento por compartir generosamente sus conocimientos, brindarme su tiempo y acompañarme durante este proceso con tanta calidez, empatía y entusiasmo.

Gracias por cada enseñanza, por su disposición para orientarme y por la confianza que depositaron en mi trabajo. En tan poco tiempo me permitieron adquirir nuevos conocimientos, fortalecer mi perspectiva sobre la investigación y descubrir otras formas de enriquecer mi trabajo académico.

A mis compañeras de maestría, que durante este tiempo se convirtieron en amigas amigas, **Reyna Yesenia** y **Valery Lizette**, gracias infinitas por coincidir conmigo en este camino. Entre el estrés y el agotamiento, siempre hubo espacio para las risas, los abrazos y las palabras exactas llenas de cariño que nos dieron el ánimo para continuar. Gracias por sus enseñanzas, por hacer un gran equipo para compartir el conocimiento y sobre todo para ayudarnos mutuamente cada vez que algún tema parecía no quedar claro. A **Luis Alberto**, mi amigo y compañero de maestría, gracias especialmente por estar siempre al pie del cañón cuando necesitaba realizar algún proceso de mi recolección de datos en el lugar del estudio y también por compartir los viajes y recorridos para nuestras revisiones de avances de tesis. Me quedo con la gratitud de haber encontrado en ustedes no solo compañeros, sino personas que hicieron este camino mucho más bonito y significativo.

A mis amigos, **Lizzeth**, **Ana**, **Ibet**, **Erika**, **Alexis** y **Esmeralda**, gracias por ser parte importante de principio a fin, por estar pendiente de mí, por preguntar cómo iba con la maestría, cuanto me faltaba y, sobre todo, como me sentía. Gracias por sus palabras de ánimo, por regalarme su tiempo y compañía, aun desde fuera, en cada etapa de este logro. Sus pequeños detalles y su interés constante hacen la diferencia y me recordaron que no estaba sola en este camino. Gracias por celebrar conmigo este logro.

DEDICATORIA

A Dios

Porque cuando mis fuerzas parecían agotarse, tú te convertiste en mi refugio. Te agradezco que me hayas mantenido firme en los momentos de incertidumbre, que hayas iluminado mi camino cuando no podía ver con claridad y que me hayas recordado repetidamente que los sueños son también una forma de fe. Gracias a tu gracia, tu amor, y tu infinita misericordia, cada paso que me ha llevado hasta este punto ha sido posible.

A mi madre

No existen palabras suficientes para agradecer todo lo que has hecho por mí. Gracias por creer en mis sueños, incluso cuando llegué a dudar que pudiera alcanzarlos, gracias por estar presente, a pesar de la distancia que nos separa, porque nunca permitiste que los kilómetros disminuyeran tu amor, tu apoyo ni tu confianza en mí.

Gracias por cada sacrificio silencioso, por tus desvelos, por tus oraciones y por cada palabra de aliento cuando el cansancio y la incertidumbre parecían vencerme. Tu amor ha sido mi refugio y tu ejemplo, la inspiración que me impulsó a seguir adelante en cada momento.

Cada logro que hoy celebro lleva tu nombre, porque fuiste tú quien sembró en mi el amor, la sabiduría, la fortaleza y los valores que sostienen a la mujer en la que me he convertido. Todo lo que soy y todo lo que algún día llegaré a ser tiene sus raíces en el inmenso amor con el que me has formado.

Te amo, mamá.

Resumen

Los profesionales de la salud que laboran en hospitales psiquiátricos se encuentran expuestos a múltiples factores estresantes, entre ellos el síndrome de burnout y la violencia ejercida por los pacientes, situaciones que pueden afectar negativamente su bienestar emocional y desempeño laboral. **Objetivo:** Analizar la relación entre el síndrome de burnout, el bienestar emocional y la violencia ejercida por el paciente hacia el profesional de la salud en un hospital psiquiátrico. **Metodología:** Estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo correlacional y transversal, realizado en un hospital psiquiátrico de Culiacán, Sinaloa. La muestra estuvo conformada por 181 profesionales de la salud seleccionados mediante censo. Se utilizaron el Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS), el General Health Questionnaire (GHQ-28) y la escala HABS-U-MH. Para el análisis se empleó estadística descriptiva y correlación de Spearman. **Resultados:** El 41.4% presentó niveles medio y alto de agotamiento emocional y el 40.3% niveles medio y alto de despersonalización. La violencia verbal fue la más frecuente, con una media de 6.77, seguida de la violencia física con media de 4.03. Se encontraron correlaciones positivas y significativas entre burnout y bienestar emocional ($p < .01$), burnout y violencia ($p < .01$), así como entre bienestar emocional y violencia ($p < .01$). **Conclusiones:** el profesional de salud se enfrenta a menudo a circunstancias de violencia verbal y física en su ámbito laboral, siendo estas circunstancias las que contraen efectos negativos en el rendimiento laboral y el bienestar emocional de los profesionales.

Palabras clave: burnout, salud mental, violencia laboral, profesionales de la salud

Abstract

Healthcare professionals working in psychiatric hospitals are exposed to multiple stressors, including burnout syndrome and violence perpetrated by patients, situations that may negatively affect their emotional well-being and job performance. **Objective:** To analyze the relationship between burnout syndrome, emotional well-being, and violence exerted by patients toward healthcare professionals in a psychiatric hospital. **Methodology:** A quantitative, non-experimental, descriptive correlational, and cross-sectional study was conducted in a psychiatric hospital in Culiacán, Sinaloa. The sample consisted of 181 healthcare professionals selected through a census. The Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS), the General Health Questionnaire (GHQ-28), and the HABS-U-MH scale were used. Descriptive statistics and Spearman correlation were applied for data analysis. **Results:** A total of 41.4% of participants presented medium and high levels of emotional exhaustion, while 40.3% showed medium and high levels of depersonalization. Verbal violence was the most frequent type, with a mean score of 6.77, followed by physical violence with a mean of 4.03. Positive and significant correlations were found between burnout and emotional well-being ($p < .01$), burnout and violence ($p < .01$), as well as emotional well-being and violence ($p < .01$). **Conclusions:** Healthcare professionals are frequently exposed to situations of verbal and physical violence in their workplace, which negatively affect their job performance and emotional well-being.

Keywords: burnout, mental health, workplace violence, healthcare professionals.

ÍNDICE

Capítulo I	3
Introducción	1
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Pregunta de investigación	6
1.3 Justificación	6
1.4 Antecedentes de investigación	7
2.1 Marco teórico conceptual.....	16
2.2 Hipótesis.....	21
2.3 Objetivos	21
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA.....	23
3.1 Tipo de estudio.	23
3.2 Diseño metodológico.	23
3.3 Límites de tiempo y espacio.	23
3.4 Universo.....	23
3.6 Criterios de elegibilidad	24
3.7 Variables	24
3.7.1 Operacionalización de variables	25
3.8 Instrumentos.....	27
3.9 Recursos.....	29
3.10 Procedimientos de recolección de datos.....	29
3.11 Plan de análisis de datos.	30
3.12 Consideraciones éticas y legales.....	31
CAPÍTULO III	33
4.1 Resultados.....	33
4.2 Discusión.....	56
4.3 Conclusiones	61
4.4 Recomendaciones	63
Referencias	66
Apéndices	75
Apéndice 1. Cronograma de actividades.....	75
Apéndice 2. Consentimiento informado	79

Anexos	82
Anexo 1.....	82
CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY	82
Anexo 2.....	83
CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG -GHQ28.....	83
Anexo 3.....	86
CUESTIONARIO HABS-U-MH.....	86
Anexo 4.....	87
Registro de proyecto en la Facultad de Enfermería Culiacán.....	87
Anexo 5.....	88
Dictamen de Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Culiacán.....	88
Anexo 6.....	89
Comité de Investigación del Hospital General de Culiacán "Dr. Bernardo J. Gastélum".....	89

Introducción

Los profesionales del sector salud enfrentan desafíos que afectan su rendimiento laboral y salud emocional. Según Revista Médica (2023), desde hace unos años se está notando una incipiente subida de agresiones tanto físicas como verbales al personal trabajador de instituciones sanitarias por parte de los pacientes. Diversos estudios en el ámbito de la salud mental coinciden en que la forma más común de violencia hacia el personal de salud no suele ser física, sino verbal o psicológica. Sin embargo, hay servicios específicos, como Urgencias y especialmente Psiquiatría, donde los episodios de violencia física también se presentan con frecuencia (Galián-Muñoz, Llor-Esteban & Ruiz-Hernández, 2012; Maguire, Browne, O'Neill & Dealy, 2018)

Las agresiones en el entorno laboral de los servicios de salud se han vuelto, lamentablemente, una situación tan común que muchas veces se percibe como parte de la rutina diaria. Sin embargo, son escasas las acciones concretas que se han tomado para prevenirla, manejarla o hacerle frente de manera efectiva. Esta realidad genera un profundo malestar físico y emocional en quienes la viven, también pone en riesgo su salud mental. Además, la calidad en el cuidado que brinda a los pacientes se ve comprometida, esto debido a que el personal puede ausentarse por enfermedad o sufrir un desgaste emocional tan intenso que disminuye su capacidad de respuesta y compromiso (Rohwedder et al., 2023).

En el contexto de la atención en salud mental, la relación entre pacientes y profesionales puede tornarse compleja, especialmente en entornos como los hospitales psiquiátricos. En estos espacios, no es raro que el personal sanitario enfrente situaciones de violencia, las cuales pueden ir desde gestos amenazantes hasta agresiones físicas o verbales. Este tipo de comportamientos, como señala la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Oros et al., 2021), incluyen cualquier acto en el que el profesional sea agredido o amenazado en el ejercicio de su labor. José Antonio Ruiz Hernández, profundiza en este fenómeno al describir la agresión de los usuarios como una experiencia que genera una vivencia subjetiva de hostilidad y confrontación, lo que contribuye a un ambiente de trabajo altamente estresante. En las unidades de psiquiatría, se ha identificado que ciertos factores presentes en los pacientes pueden aumentar significativamente el riesgo de conductas violentas. Entre ellos destacan el ser hombre, tener una edad joven, haber ingresado de manera involuntaria, presentar un diagnóstico de esquizofrenia o tener antecedentes de consumo de sustancias.

Estas características suelen coincidir en muchos de los casos donde se presentan episodios de agresión hacia el personal de salud. Además, han evidenciado la magnitud del riesgo que enfrentan estos profesionales. Quienes trabajan en salud mental tienen hasta 45 veces más probabilidades de ser víctimas de agresiones físicas en comparación con otros trabajadores considerados de alto riesgo. Del mismo modo, una revisión de literatura reveló que entre el 14 % y el 61 % del personal ha experimentado algún tipo de violencia por parte de sus propios pacientes, una realidad preocupante que muchas veces permanece invisibilizada dentro del sistema de salud (Ruiz-Hernández et al., 2019).

Con el tiempo, la exposición constante a este tipo de situaciones puede desencadenar el Síndrome de Burnout, una condición vinculada al entorno laboral que, según la OMS (2019), deteriora la capacidad del personal para gestionar adecuadamente el estrés y establecer vínculos saludables con los pacientes. Este desgaste emocional sostenido afecta la salud mental del profesional y debilita su bienestar emocional, entendido como la habilidad para manejar emociones, mantener relaciones positivas y afrontar los retos del trabajo (World Health Organization, 2022).

Este estudio tiene como objetivo analizar la relación entre el síndrome de burnout, el bienestar emocional y la agresión física y verbal ejercida por los pacientes hacia los profesionales de la salud en un hospital psiquiátrico. A pesar de la documentación existente en otros contextos, el enfoque en hospitales psiquiátricos sigue siendo limitado. Por tanto, este trabajo busca contribuir al entendimiento de estas dinámicas y sentar las bases para desarrollar estrategias que mejoren el ambiente laboral, la salud emocional del personal y la calidad de los servicios prestados.

Capítulo I

1.1 Planteamiento del problema

En los hospitales psiquiátricos, los profesionales de la salud presentan desafíos que afectan el bienestar emocional y su capacidad para desempeñar eficazmente sus funciones. Entre estos desafíos destacan el síndrome de burnout, y la violencia ejercida por los pacientes hacia el personal, que incluye físicas y verbales. Estas experiencias tienen un impacto directo y significativo en el bienestar emocional del personal de salud, comprometiendo tanto su calidad de vida como la calidad del servicio que ofrecen.

El síndrome de burnout es una problemática prevalente en los entornos sanitarios a nivel mundial y afecta profundamente a quienes dedican su vida al cuidado de los demás, como médicos y enfermeras. En algunos contextos, su presencia puede alcanzar cifras alarmantes, cercanas al 80.50%. Esta condición no aparece de un día para otro, sino que es el resultado de una acumulación de situaciones difíciles como la sobrecarga de trabajo o la sensación de no ser valorados, lo que termina afectando tanto la salud física como la emocional de quienes lo padecen (Ureña, 2025).

Los resultados de una investigación sobre la prevalencia de burnout en personal de la salud de España y América Latina se encontraron los más altos porcentajes en España (14.90%), Argentina (14.40%) principalmente, seguidos por Uruguay (7.90%), Colombia (5.90%), Guatemala (4.50%), México (4.20%), Perú (4.30%), Ecuador (4.00%) y el Salvador (2.50%) (Serrano-Ripoll et al., 2021).

En el contexto de la salud mental, O'Connor et al. (2018) refieren que los profesionales enfrentan altos niveles de Síndrome de Burnout derivados de las exigencias propias de su labor. Un estudio internacional que recopiló información de más de 9 mil trabajadores en este ámbito evidenció que cerca del 40% experimenta agotamiento emocional, mientras que un 22% presenta despersonalización, y un 19% reporta una baja percepción de logro personal. Estas cifras reflejan una realidad preocupante que afecta el bienestar de los profesionales y la calidad de la atención que pueden brindar.

Un metaanálisis realizado sobre el burnout en enfermeras que trabajan en el área de salud mental reveló que existen varios factores que contribuyen a su aparición. Entre ellos

destacan la sobrecarga laboral, el estrés continuo en el entorno de trabajo, la cantidad de años de experiencia profesional, ser hombre, estar soltero y, especialmente, haber sido víctima de agresiones durante el trabajo. El Burnout, en este contexto, es una condición individual y una de las consecuencias más importantes de la violencia en el lugar de trabajo. Diversos estudios han identificado una relación entre estas experiencias de violencia y el agotamiento emocional, así como con un creciente deseo de cambiar de unidad o incluso de abandonar definitivamente el lugar de trabajo, evidenciando cómo las agresiones impactan la salud mental del personal, amenaza la estabilidad y permanencia del equipo humano en los servicios de salud mental (Kobayashi et al., 2020).

Por otro lado, la agresión ejercida por los pacientes constituye un desafío crítico para los profesionales de los hospitales psiquiátricos. A nivel internacional, un estudio realizado en Alemania con una muestra de 123 profesionales de la salud reveló que el 80% de ellos ha enfrentado algún tipo de agresión en el lugar de trabajo. De estos, el 70.70 % reportó haber sufrido agresión física y el 89.40 % agresión verbal. Además, estos incidentes tuvieron un impacto significativo en el bienestar de los trabajadores, afectando al 55 % en su salud física y al 77.20 % en su bienestar emocional (Franz et al., 2010). Estas situaciones generan un entorno laboral hostil que afecta directamente el bienestar emocional de los trabajadores, aumentando los niveles de estrés, ansiedad y depresión.

Las agresiones hacia el personal de salud en hospitales psiquiátricos es una realidad preocupante y persistente. Una revisión de estudios realizados en Estados Unidos mostró que entre el 25% y el 85% de los trabajadores encuestados reportaron haber sido agredidos físicamente durante el último año. Estas cifras, aunque varían según la herramienta de medición utilizada, reflejan la magnitud del problema. Además, los registros oficiales de compensación laboral estiman entre 2 y 7 reclamos por agresión por cada 100,000 horas trabajadas, lo que sugiere una frecuencia significativa de estos eventos en entornos hospitalarios especializados (Odes et al., 2020).

Las agresiones contra los profesionales no es una excepción, es una experiencia común y profundamente preocupante. Una encuesta realizada a 183 profesionales de salud mental incluyendo psiquiatras, residentes, enfermeras y otros especialistas reveló que el 90 % de ellos ha sido víctima de alguna forma de agresión, ya sea verbal o física, durante el ejercicio de su labor. Estas experiencias comprometen la seguridad del personal e intensifican el desgaste emocional que ya enfrentan a diario (psiquiatría, 2019).

Durante las últimas dos décadas, diversos estudios han explorado la violencia en el lugar de trabajo dentro de los pabellones psiquiátricos, enfocándose principalmente en su frecuencia, evaluación y gestión de riesgos. Sin embargo, se ha investigado mucho menos el impacto físico y emocional que esta violencia tiene en los profesionales de la salud. Más allá de las lesiones físicas, la exposición a este tipo de agresión puede dejar secuelas emocionales profundas. Entre las consecuencias más comunes se encuentran el miedo, la ansiedad, la ira, el sentimiento de inseguridad, la depresión e incluso el agotamiento emocional. En algunos casos, pueden surgir pensamientos suicidas, síntomas de estrés postraumático, sentimientos de culpa o vergüenza, afectando seriamente el bienestar del personal (Kobayashi et al., 2020)

A nivel individual, se han identificado importantes repercusiones en el bienestar emocional respecto a esta problemática que vive el profesional de salud en hospitales psiquiátricos, como el desarrollo de trastorno de estrés postraumático (TEPT), uso de medicamentos como antidepresivos y ansiolíticos, presencia de depresión, estrés relacionado con el entorno laboral, deterioro general de la salud mental, y malestar emocional asociado al trabajo. También se reportan emociones negativas como irritabilidad, síntomas físicos, enojo, decepción, sentimientos de humillación, ansiedad, temor, angustia, impotencia, aislamiento social y culpa. En cuanto a las consecuencias organizacionales, estas incluyen un incremento en las licencias médicas, reducción del rendimiento laboral y de la participación en actividades y decisiones del equipo, deterioro del vínculo con los pacientes, mayor rotación de personal y un aumento en el abandono de la profesión (Palma et al., 2018).

A pesar de la relevancia de estas problemáticas, existe un vacío en la literatura que explore específicamente cómo el Síndrome de Burnout y la agresión ejercida por los pacientes impactan el bienestar emocional en los hospitales psiquiátricos. Este vacío limita la capacidad de las instituciones para diseñar estrategias efectivas que promuevan un entorno laboral más saludable y seguro.

Por ello, este estudio se plantea analizar la relación entre el Síndrome de Burnout, la agresión ejercida por los pacientes y el bienestar emocional de los profesionales de la salud en un hospital psiquiátrico. La evidencia generada permitirá fundamentar intervenciones dirigidas a mejorar el ambiente laboral, proteger la salud emocional del personal y garantizar una atención de calidad para los pacientes.

1.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre el Síndrome de Burnout, el bienestar emocional y violencia ejercida por el paciente al profesional de salud de hospital psiquiátrico, en un periodo de octubre 2025 a febrero 2026?

1.3 Justificación

A nivel global la violencia en el lugar del trabajo se ha presentado como un problema que afecta diversos contextos laborales y profesionales, en el cual el 25% del total de los casos lo representa el sector de la salud, lo que quiere decir que, enfrenta un riesgo particularmente grave. Las consecuencias que ocasiona son, reducción de la productividad, ausentismo, incremento del número de incapacidades, además del impacto en la salud de las y los trabajadores, que, a su vez, reduce la disponibilidad de servicios y aumentan los costos. Se estima que el estrés y la violencia laboral representan alrededor del 30% de los costos totales de enfermedades y accidentes y estos factores podrían costar el entre 0.50% y el 3.50% del PIB anualmente (Congreso de La Ciudad de México, 2021; World Health Organization, 2002).

Palma, et al., (2018), nos indica que, en relación entre violencia en el trabajo y el síndrome de burnout, también se han detectado efectos importantes en la salud mental, como el trastorno de estrés postraumático, el consumo de fármacos como antidepresivos y ansiolíticos, depresión, estrés en el trabajo, deterioro de la salud mental, tensión laboral, emotividad negativa, nerviosidad, señales somáticas, entre otros problemas. La Organización Mundial de la Salud (2022) muestra que anualmente, debido a la depresión y la ansiedad, se pierden 12.000 millones de días laborales, lo que abarca un costo para la economía global de casi un billón de dólares.

Mediante una búsqueda de literatura en el tema se percató, que pese a la gran cantidad de estudios que trata cada uno de estas variables de manera individual y en conjunto, son escasos los estudios en los que se incorpora en el contexto de los hospitales psiquiátricos a nivel nacional y estatal. Por ello, es pertinente realizar este estudio ya que, como menciona Palma, et al., (2018), los profesionales en los servicios de la salud mental están expuestos a

un alto riesgo de sufrir violencia laboral, la cual se vincula con las características del área, por ejemplo, el cuidado de usuarios bajo los efectos de sustancias o con problemas psiquiátricos. La importancia social de estas cuestiones se basa en la tendencia común al incremento y las serias repercusiones que conlleva a nivel individual y organizacional. Esto se debe a que, aunque se sabe la relevancia de un adecuado trato laboral en el sector, en un tema poco estudiado y, por ende, las estrategias para combatirlo son más intuitivas que fundamentadas en pruebas.

Por lo tanto, el profesional de la salud que trabaja dentro de un hospital psiquiátrico es susceptible a las agresiones del paciente, por ende, a desarrollar síndrome de burnout y presentar inestabilidad emocional. Estas cuestiones llevan persecuciones a nivel personal y organizacional. Esta investigación podría ser relevante para fines prácticos, contribuir en la creación de políticas públicas y trabajar en aspectos del clima organizacional y de esta manera contribuir a un ambiente laboral más sano, elaborar programas de prevención y respaldo para los profesionales de la salud, acciones que incluyan estrategias para el control de estrés, programas de capacitación en estrategias de comunicación asertiva y orientación para reaccionar frente a situaciones de violencia laboral. También los resultados pueden ser útiles para educar a los profesionales de la salud en la identificación anticipada de los signos de burnout, lo que favorece a una intervención adecuada y eficiente en la institución.

El estudio es viable ya que se cuenta como el acceso a un hospital psiquiátrico dispuesto a participar. En términos metodológicos, esta investigación facilitará la obtención de resultados objetivos acerca de la magnitud y los factores que influyen en la relación de las variables de estudio, esto se logrará mediante el uso de instrumentos validados, asegurara la confiabilidad y facilitará la identificación de patrones relevantes que podrían ser aprovechados en futuros estudios o en la puesta en marcha de las estrategias de prevención. Y, por último, económicamente se ajusta a las capacidades disponibles y el periodo para realizar el estudio es apropiado para finalizarlo en tiempo y forma.

1.4 Antecedentes de investigación

Síndrome de burnout y bienestar emocional

Servian de Silguero et al. (2019), realizaron un estudio con el objetivo de valorar la salud mental y su relación con el síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de una

región de Paraguay, con una muestra de 167 profesionales de enfermería y un muestreo probabilístico aleatorio simple. Como resultados visualizó la prevalencia de casos de trastornos mentales, donde el 64.07% corresponde a “casos”, como así también 13.17% para agotamiento emocional, 39.52% despersonalización y 65.87% baja realización personal, con una prevalencia de Síndrome de Burnout, que corresponde a 7.78%. Se realizaron asociaciones entre la salud mental y las dimensiones que definen el Síndrome de Burnout, los resultados mostraron diferencia significativa entre los casos con agotamiento emocional alto ($X^2 = 19.63$, $p < .001$), en comparación con los no casos ($X^2 = 1.67$, $p < .001$).

En la misma línea, Arrogante y Aparicio-Zaldívar et al. (2020) realizaron un estudio cuantitativo de tipo correlacional y transversal con el propósito de explorar cómo el síndrome de burnout impacta en la salud y el bienestar del personal de cuidados intensivos. La investigación se llevó a cabo con 52 profesionales de intensivos, principalmente enfermeras, de una unidad de cuidados intensivos de Madrid. A través de instrumentos validados como el Maslach Burnout Inventory y además las escalas de bienestar y salud física/mental. Los resultados del estudio evidenciaron que las tres dimensiones del síndrome de burnout agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal se relacionaron significativamente con un deterioro en la salud física y mental, así como con niveles más bajos de bienestar subjetivo y psicológico.

Particularmente, el agotamiento emocional se destacó como la dimensión más perjudicial, al predecir negativamente tanto la salud física ($\beta = -.31$, $p < .001$) como la salud mental ($\beta = -.49$, $p < .001$). En contraste, la realización personal se asoció positivamente con todos los indicadores de bienestar subjetivo y psicológico. Por otro lado, la despersonalización tuvo efectos adversos al predecir de manera negativa el afecto positivo ($\beta = -.18$), la autonomía ($\beta = -.24$) y el dominio del entorno ($\beta = -.19$).

Asimismo, Nakdali et al. (2025), realizaron un estudio cuantitativo, observacional y transversal, que permitió conocer con precisión la prevalencia del síndrome de burnout en urólogos, así como identificar los factores de riesgo que lo favorecen y sus repercusiones sobre la salud mental del médico y la atención brindada a los pacientes. La muestra del estudio estuvo conformada por 257 urólogos en ejercicio dentro del territorio español. Para la metodología, se recurrió a una encuesta en línea distribuida por la Asociación Española de Urología, se aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI), en segundo lugar, se incluyeron

preguntas de carácter demográfico y ocupacional, que abordaban aspectos como la carga de trabajo, el horario laboral, y el nivel de satisfacción profesional.

Los resultados obtenidos fueron que, el 54.9% de los urólogos presentaron síntomas compatibles con el síndrome de burnout, se observó una mayor incidencia del síndrome entre los residentes, en comparación con los jefes de servicio, lo que evidencia cómo el nivel de experiencia puede influir en la percepción del agotamiento. Los factores laborales más estresantes señalados fueron la sobrecarga de trabajo y los horarios extensos, ambos con impacto estadísticamente significativo en el desarrollo del burnout. Además, el 97% de los participantes consideró que el burnout afecta negativamente la calidad de la atención médica y el 96% lo relacionó con un aumento en la posibilidad de cometer errores clínicos, lo que demuestra el impacto directo del bienestar del profesional sobre la seguridad del paciente.

En concordancia con lo anterior, Rodríguez-Castillo et al. (2024) realizaron un estudio observacional tipo transversal, con el objetivo de determinar la prevalencia del síndrome de burnout (SB) y explorar factores asociados en personal asistencial del servicio de urgencias de una institución de alta complejidad de Medellín, Colombia, se incluyó a todo el personal médico y de enfermería que desempeñaba labores asistenciales en el servicio de urgencias hospitalario. Se identificaron 187 candidatos. Mediante un cuestionario electrónico se administró la encuesta estructurada MBI-HSS, con la que se determinó el SB.

Se realizó análisis descriptivo y análisis bivariado mediante múltiples regresiones logísticas binarias para explorar los factores asociados al SB, se analizaron 132 encuestas diligenciadas. Se estimó una prevalencia de SB del 24.20% (32/132) y del 47.00% (62/132) usando criterios bidimensionales y unidimensionales, respectivamente. El consumo de sustancias psicoactivas en el último año ($OR = 3.28$; $IC\ 95\%: 1.30-8.26$), y el antecedente de ansiedad o depresión ($OR = 3.51$; $IC\ 95\%: 1.38-8.92$), se asociaron significativamente con el síndrome de burnout.

Adicionalmente, Molebatsi et al. (2024) realizaron una investigación de tipo transversal y tuvo como propósito identificar la prevalencia y los factores asociados al síndrome de burnout en el personal de enfermería de hospitales generales y psiquiátricos de referencia en Botsuana. Para ello, se aplicaron encuestas a una muestra de 249 enfermeros y enfermeras, utilizando el *Maslach Burnout Inventory* para medir el burnout, el *Job Satisfaction Survey* para

evaluar la satisfacción laboral, el *OCEAN-20* para los rasgos de personalidad, y un cuestionario sociodemográfico elaborado por los investigadores.

Los resultados presentaron una prevalencia alarmante de agotamiento emocional en el 65.7% de los participantes, despersonalización en el 56.9% y baja realización personal en el 54%. A través de análisis de regresión, se encontró que el agotamiento emocional fue significativamente predicho por trabajar en un hospital general, el rasgo de neuroticismo, condiciones operativas deficientes y mala comunicación, explicando el 28% de la varianza ($R^2 = .28$, $F(9, 229) = 9.937$, $p < .001$). En cuanto a la despersonalización, los predictores fueron el neuroticismo y las malas condiciones operativas, con un poder explicativo del 17% ($R^2 = .17$, $F(9, 229) = 4.709$, $p < .001$). Por otro lado, la baja realización personal fue explicada significativamente por el número de personas en el hogar, el tiempo trabajando en el hospital actual, el rasgo de amabilidad y la naturaleza del trabajo, representando el 21% de la varianza ($R^2 = .21$, $F(7, 203) = 7.875$, $p < .001$).

De forma consistente con estos hallazgos, una alta prevalencia de burnout se presenta en profesiones como la enfermería y la medicina, ocurre en contextos de alta situación de estrés como la unidad de cuidados intensivos, urgencias y los servicios de atención psiquiátrica, está vinculado a deterioro de la salud mental, disminución del bienestar subjetivo, y en algunos casos, aparición de síntomas de ansiedad o depresión. En la dimensión de baja realización como un factor positivo o negativo según el contexto. Por último, destacan variables personales como el neuroticismo, la amabilidad, el número de personas en el hogar o la experiencia laboral, mientras que otros se centran más en factores ocupacionales (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2020; Molebatsi et al., 2023; Nakdali et al., 2025; Rodríguez-Castillo et al., 2023; Servian de Silguero et al., 2019).

Por otro lado, Romero-González et al. (2021) desarrollaron un estudio cuantitativo transversal que tuvo como finalidad averiguar la prevalencia del síndrome de burnout entre profesionales de salud en medicina interna en México. 1,089 profesionales formaron parte de la muestra. Se realizó una encuesta semiestructurada compuesta por 18 preguntas y procedió a realizarse un análisis estadístico utilizando pruebas t y correlación de Pearson. El 51%.97 de los casos presentaron síndrome de burnout, con una prevalencia más alta en mujeres. La fatiga 78.45%, la ansiedad 65.02% y el agotamiento emocional 69.26% fueron los síntomas más comunes. Además, se notó que los médicos residentes 68.9% y los

profesionales con una experiencia laboral entre cuatro a seis años 62.40% tenían una prevalencia mas alta de síndrome.

Continuando con Osorio-Guzmán et al. (2021) llevaron a cabo una investigación cuantitativa con un diseño transversal con el propósito de examinar la conexión de afrontamiento y el grado de agotamiento profesional en trabajadores de la salud. Se seleccionaron 60 profesionales de 21 de estados de la República mexicana a través de un muestreo incidental. Utilizaron el cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) Y EL Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey (MBI-HSS) para recopilar los datos. Se demostró que el 79% de los participantes tenía niveles bajos de agotamiento emocional, el 64 % tuvo niveles bajos en despersonalización y el 71% mostró una alta realización personal.

De igual manera, las estrategias de afrontamiento mas frecuentes fueron aquellas que se centraban en resolver problemas, reevaluar de manera positiva y buscar apoyo social. Asimismo, se hallaron correlaciones importantes entre el burnout y las tácticas de afrontamiento, se percibió que los individuos que utilizaban estrategias de afrontamiento racional tenían menos cansancio emocional y despersonalización, además de un incremento en los niveles de realización personal.

Síndrome de burnout y violencia ejercida por el paciente

En relación con las repercusiones con el síndrome de burnout y violencia ejercida, Pina et al. (2022) llevaron a cabo un estudio descriptivo de tipo transversal en España, cuyo objetivo principal fue analizar el papel modulador de la satisfacción laboral en la relación entre la violencia no física del usuario y la aparición del síndrome de burnout. La muestra estuvo conformada por 574 trabajadores de la Atención Primaria de Salud (APS) pertenecientes a 39 centros del Servicio Murciano de Salud, seleccionados mediante un muestreo por conglomerados en dos etapas. Para la metodología, se recopilaron datos mediante instrumentos que midieron violencia no física, satisfacción laboral intrínseca y extrínseca y dimensiones del burnout.

Los resultados indicaron que la interacción entre la violencia no física y la satisfacción extrínseca explicó el 24.90% de la varianza del agotamiento emocional ($\beta = -.48, p < .001$), mientras que la satisfacción intrínseca explicó el 24.40% ($\beta = -.25, p < .05$). En cuanto al

cinismo, la violencia no física y la satisfacción extrínseca explicaron el 17% de la varianza ($\beta = -.44$, $p < .01$), y la satisfacción intrínseca el 18.51% ($\beta = -.26$, $p < .05$). Los autores concluyeron que la exposición a violencia no física, junto con una baja satisfacción laboral, incrementa significativamente el riesgo de desarrollar burnout, proponiendo además una relación circular y bidireccional entre estas variables.

Asimismo, Nazari et al. (2023) realizaron un estudio de tipo transversal y correlacional, tuvo como objetivo analizar la relación entre la incivilidad en el lugar de trabajo y la calidad de vida profesional en enfermeras. La investigación se llevó a cabo en hospitales afiliados a la Universidad de Ciencias Médicas de Teherán en Irán, con una muestra de 200 enfermeras seleccionadas aleatoriamente. Se utilizó la Escala de Incivilidad en Enfermería y la Escala de Calidad de Vida Profesional. Los resultados revelaron una correlación negativa significativa entre la incivilidad laboral y la calidad de vida profesional ($r = -.23$, $p = .001$). En particular, la incivilidad proveniente de supervisores $\beta = -.29$ y pacientes $\beta = -.27$ se asoció con menor satisfacción por compasión, además de un mayor nivel de agotamiento supervisores $\beta = .24$; pacientes $\beta = .26$. Asimismo, la incivilidad por parte de pacientes explicó un aumento en el estrés traumático secundario ($\beta = .14$, $p = .02$).

Por otra parte, Vincent-Höper et al. (2020) realizaron un estudio transversal, con el objetivo de comprender mejor la relación entre la frecuencia de exposición de las enfermeras a la agresión física y verbal por parte de pacientes y los niveles de agotamiento que experimentan. Se seleccionó una muestra aleatoria del 10% de hospitales, atención geriátrica hospitalaria y ambulatoria e instalaciones para personas con discapacidad en Alemania, que están asegurados por el Seguro Obligatorio de Accidentes del Servicio de Salud y Bienestar y la muestra resultó de 582 enfermeras. La metodología incluyó los instrumentos de Agresión en el lugar de trabajo, asesoramiento de seguimiento tras eventos estresantes e Inventario Maslach de Burnout (MBI).

La agresión física se relacionó con más agotamiento emocional ($\beta = .18$, $p < .001$) y despersonalización ($\beta = .24$, $p < .001$), así como con una menor sensación de logro personal ($\beta = -.14$, $p = .001$). Se encontró que la consejería de seguimiento puede actuar como factor protector, moderando significativamente los efectos de la agresión física en el agotamiento emocional ($\beta = -.13$, $p = .015$), la despersonalización ($\beta = -.12$, $p = .023$) y el logro personal

($\beta = .11$, $p = .036$). En el caso de la agresión verbal, solo se observó un efecto moderador en la despersonalización ($\beta = -.10$, $p = .034$).

De igual manera, Aguglia et al. (2019) llevaron a cabo un estudio con un diseño transversal, con el objetivo de investigar la asociación entre los episodios de agresión del paciente y el agotamiento entre los profesionales de la salud mental, una muestra de 183 profesionales incluidos psiquiatras, residentes en psiquiatría, enfermeras y otros profesionales de Italia. Se utilizó un cuestionario ad-hoc para evaluar la exposición a la violencia laboral y el Maslach Burnout Inventory (MBI). Los resultados obtenidos fueron que, el 90% refirieron haber experimentado agresión verbal por parte de los pacientes o de sus familiares, sin diferencias entre los grupos profesionales estudiados. Las amenazas verbales fueron reportadas por el 53% y la agresión con objetos fue aún más frecuente 82%. Tanto las amenazas verbales ($p = .03$) como la agresión a objetos ($p = .03$) fueron experimentadas con mayor frecuencia por los psiquiatras que por los residentes, enfermeras y otros profesionales.

La agresión física fue reportada por la mitad de los participantes 50%, con una prevalencia similar en todas las categorías profesionales. Se encontró una diferencia significativa en la puntuación total del MBI según el lugar de trabajo, con puntuaciones más altas entre los profesionales que trabajan en unidades psiquiátricas de agudos frente a los de unidades psiquiátricas universitarias (45.5 ± 16.9 frente a 37.8 ± 13.1). La puntuación total del MBI se correlacionó significativamente con el número de síntomas experimentados por los profesionales inmediatamente después del peor episodio que experimentaron ($\rho = .15$, $p = .04$), pero no con el número de síntomas que desarrollaron posteriormente ($\rho = .11$, $p = .13$).

Aunado a esto, la agresión física y/o verbal por parte del paciente se asocia significativamente con mayores niveles de agotamiento emocional y el resto de las dimensiones del burnout, por ejemplo, la agresión física y verbal muestran efectos negativos correlacionadas con puntuaciones más altas de burnout, la satisfacción laboral o el seguimiento psicológico pueden ser factores moduladores en el impacto negativo de las agresiones. Sin embargo, estos resultados difieren en la población de estudio, la forma en categorizar las agresiones y los factores contextuales (Aguglia et al., 2020; Nazari et al., 2023; Pina et al., 2022; Vincent-Höper et al., 2020).

Síndrome de burnout, bienestar emocional y violencia ejercida por el paciente.

En relación con este tema, Vidal-Alves et al. (2022), realizaron un estudio de diseño transversal, el cual tuvo como objetivo explorar la violencia laboral en el personal de salud, la sintomatología y el síndrome de burnout a través de modelos de mediación que permitan conocer las interrelaciones entre las variables. Con una muestra de 950 profesionales de enfermería de hospitales públicos de España, utilizando diversas escalas para medir la violencia (física y no física), el burnout y los trastornos emocionales. Los resultados que se obtuvieron al respecto es que existe una relación positiva entre la variable de agotamiento emocional y las siguientes variables: Despersonalización ($r = .50, p < .001$), Salud General ($r = .51, p < .001$), violencia no física del usuario ($r = .26, p < .001$), violencia física del usuario ($r = .09, p < .001$), en cuanto a la Despersonalización, esta variable presentó una correlación significativa con la Salud General ($r = .38, p < .001$), UV no física ($r = .23, p < .001$), UV física ($r = .13, p < .001$).

De manera complementaria, Ruiz-Hernández et al. (2019) desarrollaron un estudio en el cual se utilizó un diseño de estudio analítico-descriptivo, transversal, con el objetivo de adaptar y validar una escala de Conducta Agresiva hacia Trabajadores de la Salud por Usuarios (HABS-U) para su aplicación en servicios de salud mental (HABS-U-MH), determinar la frecuencia de exposición a indicadores de violencia, y establecer qué grupos profesionales son los más expuestos, Incluyó una fase cualitativa 12 entrevistas a profundidad y una cuantitativa con cuestionarios aplicados a la muestra, la cual fue de 359 profesionales de salud mental, enfermería, psiquiatría, psicología clínica y personal no médico en España. Como resultados obtuvieron en la Violencia no física, se relacionó positivamente con el agotamiento emocional ($r = .16, p = .01$) y la ansiedad (GHQ) ($r = .14, p = .05$). Mientras que, en la Violencia física, correlacionó positivamente con el cinismo ($r = .12, p = .05$) y la ansiedad (GHQ) ($r = .13, p = .05$).

Asimismo, Rohwedder et al. (2023) realizaron un estudio observacional, descriptivo con componente analítico, de corte transversal con el objetivo de evaluar la incidencia de conductas ofensivas en el trabajo, las características y la asociación con el sexo, el estrés, el burnout y la depresión en trabajadores de la salud. Su muestra de estudio fue de 125 trabajadores del Sistema Único de Salud de Brasil, Se utilizaron tres instrumentos: (i) un cuestionario sociodemográfico y laboral, la versión corta del *Copenhagen Psychosocial Questionnaire II* y el Inventario de Depresión de Beck II. Se encontró una asociación

significativa entre las conductas ofensivas y el burnout ($OR = 4.73$; IC 95%: 1.29-17.30; $p = .02$), así como con los síntomas de depresión ($OR = 1.05$; IC 95%: 1.01-1.10; $p = .02$).

La agresión física verbal en el entorno hospitalario afecta de manera negativa al síndrome de burnout y al bienestar emocional, sin embargo, lo abordan desde distintos enfoques la problemática. La agresión física como la no física ejercida por los pacientes se relaciona positivamente con el agotamiento emocional y la despersonalización, dimensiones del burnout. De igual manera, se observa la relación significativa entre la agresión laboral y síntomas emocionales negativos, entre ellos la ansiedad y depresión, en si la afectación del estado de salud general mental (Rohwedder et al., 2023; Ruiz-Hernández et al., 2019; Vidal-Alves et al., 2022).

Bienestar emocional y violencia ejercida por el paciente

En relación con el bienestar emocional y la violencia ejercida por el paciente, Pérez-Fuentes et al. (2020) realizaron un estudio cuantitativo de tipo transversal con el propósito de comprender cómo la violencia que enfrenta el personal de enfermería en su entorno laboral puede afectar su salud física y emocional. Con una muestra de 1,357 profesionales de enfermería en Andalucía, España. Se empleó un cuestionario ad hoc junto con los instrumentos validados Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3) y Physical Health Questionnaire (PHQ).

En los resultados aunque el 89.3% expresó no haber tenido consecuencias físicas o psicológicas aparentes, los análisis estadísticos mostraron diferencias significativas entre quienes habían sido agredidos y quienes no: presentaron mayor presencia de síntomas físicos como trastornos gastrointestinales ($M = 2.79$ vs. 2.47 , $p = .003$), cefaleas ($M = 3.12$ vs. 2.79 , $p = .004$), problemas de sueño ($M = 3.42$ vs. 3.09 , $p = .001$) Estos síntomas, además, estuvieron significativamente relacionados con mayores niveles de ansiedad. El modelo de mediación reveló que la agresión no impacta directamente la ansiedad, pero sí lo hace a través del aumento de síntomas físicos, que actúan como mediadores.

Por otra parte, Yu y Holbeach (2021) desarrollaron una investigación de tipo observacional, exploratorio, y tuvo como objetivo analizar si existe una relación entre las conductas agresivas de los pacientes y las ausencias no planificadas del personal de

enfermería, en una sala psicogeriatría de un hospital australiano. La muestra incluyó 86 pacientes únicos admitidos en un periodo de 26 semanas, con un promedio de 15 pacientes por semana. La metodología consistió en aplicar semanalmente la escala RAGE para evaluar el comportamiento agresivo de los pacientes, y correlacionar estos datos con los registros de ausencias no planificadas del personal durante esa semana y la siguiente.

Los resultados mostraron una correlación moderada negativa entre los puntajes promedio de agresividad y el ausentismo del personal en la misma semana ($r = -.34$), y prácticamente ninguna correlación en la semana siguiente ($r = .08$). Esto sugiere que, en este contexto particular, los niveles altos de comportamiento agresivo no se asociaron con mayor ausentismo del personal.

En concordancia con lo anterior, las agresiones por parte del paciente afectan el bienestar emocional, haciendo énfasis en enfermería. Sin embargo, las agresiones se presentan en un deterioro emocional y físico del profesional de salud dependiendo en ciertas áreas o entornos. En ocasiones se normaliza la agresión en el profesional de la salud y no necesariamente provoca conductas como el ausentismo (Pérez-Fuentes et al., 2020; Yu & Holbeach, 2021).

2.1 Marco teórico conceptual

Teoría del déficit de autocuidado (Dorothea E. Orem)

Se destaca como una de las referencias fundamentales en el campo de enfermería, ofrece un marco conceptual que da respuesta a la intervención de enfermería y establece su objetivo en el cuidado del paciente. A través del análisis, su interpretación se forma mediante la conexión de tres teorías, la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas en enfermería. Es así, como cada una de estas teorías facilita la identificación del autocuidado, cuando se requiere intervenir en este caso el personal de enfermería o familiar y como debe organizarse la asistencia de la enfermera cuando el paciente requiere ayuda.

Teoría del autocuidado

En primer lugar, está la teoría del autocuidado, la base del modelo sustenta que el autocuidado es el núcleo principal y se caracteriza por la habilidad de las personas para llevar a cabo acciones que preserven su salud y bienestar. En esta teoría, se sustenta que el autocuidado es un proceso consciente y adquirido, que se ve afectado por el entorno (Orem, 1993).

Teoría del déficit de autocuidado

Los elementos que afectan la capacidad de una persona para su autocuidado, ya sean internos o externos, se denominan factores básicos condicionantes mencionados por Orem (1993), estos establecen el tipo de autocuidado que es requerido, comprenden elementos como, edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud; por ejemplo, diagnóstico médico y modalidades de tratamiento, factores del sistema familiar, patrón de vida, incluyendo las actividades en las que se ocupa regularmente, factores ambientales y la disponibilidad y adecuación de los recursos.

Estos factores influyen en como una persona satisface sus necesidades de autocuidado, tanto en situaciones habituales como en circunstancias de enfermedad. Por ejemplo, la condición de salud puede originar nuevas demandas de atención o alterar el modo en que se cumplen los requerimientos universales, tales como la nutrición y la movilidad.

Cuando una persona no logra satisfacer efectivamente estos requisitos, se produce un déficit de autocuidado, lo que respalda la necesidad de intervención de enfermería, lo cual es el núcleo central de la teoría de Orem y esto ocurre cuando una persona no es capaz de llevar a cabo las acciones requeridas para su salud, debido a restricciones físicas, cognitivas o emocionales (Orem, 1993).

En esta teoría, participan dos conceptos esenciales:

- Demanda de autocuidado terapéutico, el cual es el conjunto de medidas que la persona debe tomar para recuperarse o preservar su salud (Orem, 1993).

- Agencia del cuidado, es la habilidad de una persona o familiar para en la falta de autocuidado (Orem, 1993).

El criterio del déficit de autocuidado establece la necesidad de enfermería, este ámbito de la teoría indica cuando la enfermería es un servicio legítimo, dado que su objetivo es intervenir cuando la persona no puede satisfacer sus propias necesidades de salud.

Teoría de sistemas en enfermería

Una vez identificado el déficit, establece como debe organizarse la intervención enfermera, lo que da paso a la teoría del sistema de enfermería. La teoría define el papel de enfermería y la organización del cuidado para suplir el déficit de autocuidado. Orem (1993), clasifica tres tipos de sistemas en función al grado de dependencia del paciente.

1. Sistema totalmente compensatorio, en la cual la enfermera trabaja en conjunto con el paciente en su cuidado como persona.
2. Sistema parcialmente compensatorio, la enfermera trabaja en conjunto con el paciente en su cuidado personal.
3. Sistema de apoyo-educativo, la enfermera proporciona guía para que el paciente pueda autocuidarse.

Una vez expuesta la teoría general del autocuidado de Dorothea Orem, la cual integra los principios del autocuidado, el déficit de autocuidado y los sistemas de enfermería, se procede a abordar de manera específica la subteoría del déficit de autocuidado.

Idea central de la subteoría déficit de autocuidado

El concepto de déficit de autocuidado se refiere a la incapacidad, total o parcial, que presenta una persona para realizar acciones necesarias que aseguren su bienestar, debido a restricciones físicas, mentales o del entorno. Esta situación surge cuando las habilidades para cuidarse no son suficientes para responder a las demandas impuestas por el estado de salud. El déficit puede manifestarse de manera total, cuando la persona depende completamente de otros, o parcial, cuando solo requiere apoyo en ciertas áreas del cuidado. Su identificación requiere una valoración profesional basada en la observación de señales como la falta de conciencia, dificultades en la toma de decisiones, desorientación o la presencia de nuevas necesidades derivadas de una alteración de salud.

La Teoría del Déficit de Autocuidado permite interpretar cómo los profesionales de la salud pueden experimentar una reducción en su capacidad para cuidar de sí mismos ante condiciones laborales adversas. El déficit de autocuidado ocurre cuando la agencia de autocuidado (capacidad adquirida para realizar acciones de cuidado hacia sí mismo) es insuficiente para cubrir los requisitos de autocuidado (demandas impuestas por la salud, el entorno o la situación de vida) (Orem, 2001).

En el contexto hospitalario, el síndrome de burnout caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal (Maslach & Leiter, 2017) puede entenderse como la consecuencia de un déficit prolongado de autocuidado. La sobrecarga laboral, la exposición constante al sufrimiento y las demandas emocionales excesivas erosionan la energía física y mental disponible para el cuidado personal. La violencia ejercida por los pacientes se suma como un factor estresante externo que incrementa las demandas de afrontamiento y protección emocional.

La literatura reporta que las agresiones verbales y físicas contra el personal de salud se asocian con estrés postraumático, incremento del ausentismo y disminución de la satisfacción laboral (Hills et al., 2020), lo que deteriora aún más la capacidad de autocuidado y agrava el desgaste emocional. Por su parte, el bienestar emocional se relaciona estrechamente con el equilibrio entre los recursos personales y las demandas del entorno. Cuando el déficit de autocuidado se mantiene en el tiempo, se produce una disminución en la regulación emocional, la motivación y la percepción de autoeficacia (Riegel et al., 2021), elementos fundamentales para mantener un estado de bienestar.

Desde esta perspectiva, el déficit de autocuidado en el personal de salud es resultado de la exposición a estrés crónico, de la interacción compleja entre factores individuales (capacidad de afrontamiento, estrategias de regulación emocional) y factores estructurales (carga laboral, violencia, condiciones organizacionales).

Marco conceptual

Síndrome de burnout, Maslach, Jackson y Leiter (1996) explican que es un síndrome psicológico que afecta a las personas que trabajan estrechamente con otros, y se manifiesta

a través de tres dimensiones principales: el agotamiento emocional, la despersonalización y una sensación de baja realización personal. Una de las señales más evidentes es el cansancio emocional profundo, que surge cuando el trabajador siente que ya no tiene energía emocional para dar más de sí. Esta fatiga constante puede generar una sensación de vacío y desconexión psicológica. Otro componente importante del agotamiento es la despersonalización, que se refleja en actitudes negativas o cínicas hacia las personas a las que se brinda atención o servicio.

En estos casos, los trabajadores pueden empezar a ver a los demás de manera fría, distante, e incluso deshumanizada, llegando a pensar que sus problemas son culpa suya. Este tipo de actitudes no son infrecuentes en profesiones de ayuda, y diversos estudios lo han documentado. Además, se ha observado que la despersonalización tiende a aumentar cuando también hay un alto nivel de agotamiento emocional, por lo que ambos aspectos suelen ir de la mano. Finalmente, el síndrome incluye una disminución en la percepción de logro personal. Esto significa que las personas empiezan a evaluar negativamente su desempeño, especialmente en relación con su trabajo con otras personas. Pueden sentirse frustradas, insatisfechas o incapaces de generar un impacto positivo, lo que afecta su bienestar y motivación.

Violencia de los pacientes hacia los profesionales en salud mental se refiere a cualquier comportamiento verbal o físico que suponga un daño o amenaza de daño para el profesional sanitario en su entorno de trabajo. Incluye actos de agresión verbal (insultos, burlas, amenazas) y física (empujones, golpes) y se manifiesta como una experiencia subjetiva de hostilidad y confrontación Ruiz-Hernández et al. (2019).

Bienestar emocional. Es el estado que permite a las personas a responder adecuadamente a los procesos de estrés de la vida, permite desarrollar habilidades, trabajar y contribuir al desarrollo de la comunidad. Es un elemento fundamental de la salud, sustenta las capacidades para la toma de decisiones, establecer relaciones y visualizar el mundo (World Health Organization, 2022).

Déficit del autocuidado, se refiere a la incapacidad, total o parcial, que presenta una persona para realizar acciones necesarias que aseguren su bienestar, debido a restricciones físicas, mentales o del entorno. Esta situación surge cuando las habilidades para cuidarse no

son suficientes para responder a las demandas impuestas por el estado de salud (Orem, 1993).

Los factores condicionantes básicos son elementos que afectan la capacidad de una persona para su autocuidado, ya sean internos o externos.

Demanda de autocuidado terapéutico, es la capacidad aprendida que tiene una persona para identificar y satisfacer sus propias necesidades de salud y bienestar, a lo largo de su vida. Se desarrolla desde la infancia, se ve influida por la educación, cultura, experiencias personales y estado de salud.

Agencia de cuidado dependiente, se define como la habilidad desarrollada por personas maduras o en proceso de maduración para satisfacer, total o parcialmente, los requerimientos de autocuidado de individuos que presentan limitaciones significativas por razones de salud.

2.2 Hipótesis

Hipótesis general:

Existe una relación significativa entre el síndrome de burnout, bienestar emocional y la violencia ejercida por los pacientes hacia los profesionales de la salud de un hospital psiquiátrico

2.3 Objetivos

Objetivo General

Analizar la relación entre el síndrome de burnout, el bienestar emocional y la violencia ejercida por el paciente hacia el profesional de la salud en un hospital psiquiátrico.

Objetivos Específicos

Identificar el nivel de síndrome de burnout en los profesionales de la salud de un hospital psiquiátrico.

Describir el bienestar emocional de los profesionales de la salud de un hospital psiquiátrico.

Describir la frecuencia y características del tipo violencia que los pacientes ejercen hacia el personal de salud.

CAPÍTULO II.

METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

Cuantitativo no experimental

3.2 Diseño metodológico.

El diseño de estudio fue de tipo descriptivo correlacional de corte transversal. Descriptivo porque se describieron las variables síndrome de burnout, bienestar emocional y violencia ejercida por el paciente al profesional de la salud. Correlacional ya que se buscó conocer las relaciones entre síndrome de burnout, bienestar emocional y violencia ejercida por el paciente al profesional de la salud. Transversal porque los datos fueron recolectados en un solo momento en el tiempo (Grove & Gray, 2015).

3.3 Límites de tiempo y espacio

Comprendió un periodo de octubre de 2025 a febrero de 2026 en un hospital psiquiátrico público de Culiacán Sinaloa.

3.4 Universo

La población de estudio estuvo conformada por 232 profesionales de la salud pertenecientes al hospital psiquiátrico público de Culiacán Sinaloa. De acuerdo a las características de la población y los criterios de inclusión y exclusión se decidió realizar un censo por el tamaño reducido de profesionales.

3.5 Muestra

Se realizó una invitación censal a 232 profesionales de la salud que conformaban la población del hospital psiquiátrico, debido al tamaño reducido de la población y con la finalidad de incluir a todos los sujetos de inclusión para el estudio. Posteriormente, se invitó a participar a la totalidad de los participantes que cumplían con los criterios de inclusión, la muestra final quedó integrada por 181 participantes, quienes aceptaron participar de manera voluntaria mediante la firma del consentimiento informado y completaron los cuestionarios en su totalidad.

3.6 Criterios de elegibilidad

Se incluyó a todo el personal de salud del hospital psiquiátrico que tiene contacto directo con los pacientes, independientemente de su profesión (médicos, enfermeros, psicólogos, terapeutas, trabajadores sociales, etc.).

Se excluyó al personal administrativo o a quienes desempeñen funciones en áreas no asistenciales, ya que no tienen contacto con los pacientes. También aquellos profesionales que se encontraron en licencia prolongada, como licencias médicas o por estudios.

En cuanto a los criterios de eliminación, se descartaron los cuestionarios que se mostraron con el 90% incompleto por cada variable de estudio.

3.7 Variables

Síndrome de burnout, bienestar emocional y violencia ejercida por el paciente

3.7.1 Operacionalización de variables

Tabla 1

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Instrumento	Escala de medición	Tipo de variable
Síndrome de Burnout	Catalogado como un fenómeno relacionado con el trabajo, agrava los efectos negativos al reducir la capacidad del personal para manejar el estrés y mantener una relación adecuada con los pacientes	Nivel de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal percibido por los profesionales de la salud en el entorno laboral.	Agotamiento emocional Despersonalización Realización personal	Cansancio emocional Desgaste físico Trato impersonal Sensación de logro	Maslach Burnout Inventory (MBI)	Likert 7 puntos 0 = Nunca, 1 = Pocas veces al año o menos, 2 = Una vez al mes 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	Ordinal

(continuación)

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Instrumento	Escala de medición	Tipo de variable
Bienestar Emocional	Entendido como un estado en el que el individuo puede manejar adecuadamente sus emociones, mantener relaciones satisfactorias y enfrentar los desafíos laborales, también se ve afectado por estas dinámicas	Grado de afectación emocional y funcional.	Síntomas somáticos Ansiedad e insomnio Disfunción social Depresión severa	Presencia de síntomas físicos Problemas de sueño Relaciones sociales Pensamientos negativos	Cuestionario GHQ-28	Likert 4 puntos (frecuencia e intensidad) varía según el ítem, desde opciones tales como; mejor que lo habitual, mucho peor que lo habitual, no, en absoluto y mucho más que lo habitual, según corresponda	Ordinal
Violencia ejercida por el paciente	Comprende cualquier acción en la que el profesional es agredido o amenazado.	Frecuencia de violencia física y verbal.	Violencia verbal Violencia física	Insultos, amenazas Empujones, golpes, daños físicos	Healthcare-workers Aggressive Behavior Scale-Users-Mental Health Version (HABS-U-MH).	Frecuencia de 6 puntos: (A) Nunca, (B) Anualmente, (C) Trimestralmente, (D) Mensualmente, (E) Semanalmente y (F) Diariamente	Ordinal

3.8 Instrumentos

En este apartado se describen los cuestionarios que se utilizaron para la medición de las variables de la presente investigación.

Para medir las características de los participantes se utilizó la cédula de datos personales y laborales, esta constó de 11 ítems donde se preguntó: edad, sexo, estado civil, profesión, área de trabajo, antigüedad en el puesto actual, antigüedad en la institución, horario laboral, número de horas trabajadas por semana, tipo de contratación y número de pacientes atendidos por turno.

Para evaluar el síndrome de burnout, se utilizó el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS), desarrollado por Maslach y Jackson (1986), adaptado al castellano por Gil- Montes (2005) siendo aplicados en profesionales de servicio de atención personal. Se encuentra conformado por 22 ítems los cuales evalúa tres dimensiones: 1) agotamiento emocional, 2) despersonalización y 3) realización personal. Cada ítem se responde en una escala tipo Likert de 7 puntos, donde los valores son 0 = Nunca, 1 = Pocas veces al año o menos, 2 = Una vez al mes 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. La fiabilidad reportada es de .90 para agotamiento emocional, .72 para realización personal y .79 para despersonalización en profesionales de servicio de atención personal y un Alfa de Cronbach .90 de escala completa (Kulakova et al., 2018).

Los puntos de corte para las subescalas son: en agotamiento emocional de 0-18 puntos se clasifica como bajo; 19-26 puntos como medio, y 27-54 puntos como alto. Para Despersonalización: 5, bajo; 6-9, medio, y 10-30 alto; Realización personal: 48 alto; 34-39 medio y 33 bajo (Jiménez-Padilla et al., 2023).

Para evaluar el bienestar emocional, se empleó el cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28) desarrollado por Goldberg y Hillier (1979). Este instrumento de medición, está diseñado para identificar posibles desordenes psicológicos en la población general y ha sido ampliamente validado en diferentes países e incluyendo su adaptación al español (Lobo et al., 1986), el GHQ-28 incluye 28 ítems, divididos en cuatro subescalas que facilitan el análisis de diferentes aspectos del contexto psicológico, por ejemplo la subescala A: síntomas

somáticos, subescala B: ansiedad e insomnio, subescala C: disfunción social y subescala D: depresión grave. Los ítems son respondidos en una escala tipo Likert de cuatro puntos, que varía según el ítem, desde opciones tales como; mejor que lo habitual, mucho peor que lo habitual, no, en absoluto y mucho más que lo habitual, según corresponda. El cuestionario solicita a los participantes que respondan en función de cómo se han sentido durante las últimas semanas, lo cual permite evaluar cambios recientes en el estado emocional.

Existen dos formas de calificarlo, cuando se utiliza para detectar problemas de salud mental de reciente aparición, se emplea la puntuación GHQ, donde a las respuestas se les asignan los valores 0, 0, 1 y 1. En este caso, el punto de corte se establece entre 5 y 6, es decir, una puntuación de 6 o más sugiere la posibilidad de que la persona esté atravesando algún malestar emocional. Por otro lado, si el propósito es identificar problemas emocionales persistentes o crónicos, se utiliza la puntuación CGHQ, que asigna los valores 0, 1, 1 y 1 a las respuestas. Aquí, el punto de corte se sitúa entre 12 y 13; una puntuación igual o superior a 13 indica un posible caso de afectación emocional crónica (Balsategui et al., 1993).

El GHQ se ha estudiado en España, Colombia, Argentina y Perú, en población general y se ha encontrado un alfa de Cronbach entre .82 y .95 (Vega-Dienstmaier, 2022) y en un estudio realizado con 275 cuidadores primarios de pacientes con cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología de México reportó un alfa de Cronbach de .91 en la escala global, y valores de alfa entre .86 y .76 en sus subescalas (Galindo Vázquez et al., 2018).

Para la evaluación de la violencia ejercida por el paciente al profesional de la salud, se utilizó el cuestionario HABS-U-MH (*Healthcare-workers' Aggressive Behavior Scale - Users - Mental Health*), adaptado por Ruiz-Hernández et al. (2019) de la versión HABS-U de Waschgler et al. (2013). Este instrumento está específicamente diseñado para identificar y cuantificar la frecuencia con la que los profesionales de salud experimentan situaciones de violencia verbal y física en su entorno laboral, particularmente en contextos de salud mental.

El cuestionario consta de 10 ítems, las respuestas se recogen mediante una escala de frecuencia de 6 puntos: (A) Nunca, (B) Anualmente, (C) Trimestralmente, (D) Mensualmente, (E) Semanalmente y (F) Diariamente. La escala permite estimar no solo la presencia de violencia, sino también su periodicidad, lo cual resulta fundamental para identificar niveles de riesgo y patrones persistentes de exposición, los ítems se agrupan en dos subescalas:

Violencia verbal, que incluye los ítems 1, 2, 4, 5, 7 y 9. Violencia física, que abarca los ítems 3, 6, 8 y 10; Violencia verbal ($\alpha = .85$ y 36.40% de varianza explicada) y ($\alpha = .74$ y 20.90% de varianza explicada) de Violencia física (Ruiz-Hernández et al., 2019).

3.9 Recursos

Los recursos humanos que participaron en el desarrollo de la investigación fueron la investigadora principal, encargada de las tareas de planificación, recopilación, análisis e interpretación de los datos y la directora de tesis, quien proporcionó asesoramiento científico y metodológico a lo largo del estudio y supervisó la calidad del trabajo como el logro de los objetivos y un equipo capacitado a la hora de llevar a cabo los cuestionarios para intervenir en caso de que sucediera alguna reacción emocional por parte de algún participante.

Los recursos materiales y tecnológicos estuvieron conformados por una computadora portátil, una tableta electrónica y un teléfono móvil con acceso a internet, los cuales fueron utilizados para la elaboración de documentos, la búsqueda de información científica, la gestión de bases de datos y en análisis de la información. Además, se utilizaron materiales de papelería, como hojas, carpetas, bolígrafos y otros insumos necesarios para la actividad administrativa y organización de la investigación.

Los recursos financieros del presente estudio fueron cubiertos con recursos propios de la investigadora, completamente con el apoyo económico otorgado mediante el programa de la secretaria de Ciencia Humanidades Tecnología e Innovación (SECIHTI).

3.10 Procedimientos de recolección de datos

La presente investigación, de primer momento, se solicitó la aprobación del comité de ética en investigación del Hospital General de Culiacán. Una vez autorizada, se gestionaron los permisos necesarios con los directivos del hospital psiquiátrico.

Posteriormente al obtener el visto bueno de la institución, se llevó a cabo la gestión en cada unidad hospitalaria para explicar el propósito del estudio y organizar junto con los responsables, los tiempos y espacios adecuados para la aplicación los instrumentos correspondientes. Se buscó que las áreas de aplicación fueran tranquilas, privadas y cómodas para que los profesionales de la salud participaran sin interrupciones ni presiones externas.

Cabe mencionar que, se invitó al personal a participar de forma voluntaria, se les explicó de manera clara y sencilla en qué consistía el estudio, asegurándoles que su información sería tratada con total confidencialidad, es pertinente mencionar que el participante se podía retirar en el momento que así lo desee sin repercusión alguna a su status laboral y que no recibiría ningún tipo de compensación económica. Aquellos que aceptaron participar recibieron el consentimiento informado, el cual se leyó con calma y se les ofreció resolver cualquier tipo de duda antes de procediera la firma.

La aplicación de los instrumentos fue de manera individual, se les pidió a los participantes que respondieran con honestidad y sin dejar preguntas en blanco. Una vez finalizado el llenado, entregaron los instrumentos en sobre cerrado en una urna sellada ubicada en el área de recolección, con el fin de proteger su anonimato y brindar mayor seguridad sobre el manejo de sus respuestas.

Durante el proceso, se contó con el apoyo de un equipo capacitado para intervenir en caso de que sucediera alguna reacción emocional por parte de algún participante, al tratarse de temas sensibles como las agresiones recibidas por pacientes, si algún participante lo requería, se le brindó el tiempo necesario para recuperarse y regular sus emociones antes de continuar con la aplicación del instrumento. Finalmente, se le agradeció a cada uno de los participantes por su tiempo y disposición, así como a los directivos y cada personal administrativo por las facilidades brindadas para la realización del estudio.

3.11 Plan de análisis de datos

El análisis de los datos se realizó con el Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 22. Se calculó la consistencia interna de los instrumentos mediante el coeficiente Alfa de Cronbach (α). Se empleó estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión). Además, se evaluó la normalidad de las variables mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov o Shapiro-Wilk. Con base en los resultados de normalidad, se aplicaron pruebas paramétricas o no paramétricas según correspondió.

Para determinar la estadística descriptiva, en este caso las características sociodemográficas y los objetivos específico; identificar el nivel de síndrome de burnout en los profesionales de la salud de un hospital psiquiátrico, describir el nivel de bienestar emocional de los profesionales y describir la frecuencia y características del tipo violencia que los pacientes ejercen hacia el personal de salud, se llevó mediante (frecuencias, porcentajes,

medidas de tendencia central y de dispersión). Posteriormente para realizar la estadística inferencias, para determinar la distribución de los datos se empleó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y por último se utilizó la prueba de correlación de Spearman, para dar resultado al objetivo general; Analizar la relación entre el síndrome de burnout, el bienestar emocional y la violencia del paciente hacia el profesional de la salud en un hospital psiquiátrico y por último a la hipótesis.

3.12 Consideraciones éticas y legales

La presente investigación se realizó bajo una perspectiva ética y profundamente respetuosa de la dignidad humana, conforme a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2014) particularmente en su Título Segundo, que establece los lineamientos para la protección de las personas que participan en estudios científicos. Al tratarse de un estudio cuantitativo que implica la participación de profesionales de la salud en un hospital psiquiátrico, se reconoció desde el inicio la importancia de proteger su información, su bienestar emocional y la autonomía de la persona. Por ello, la investigación se alineó con el Artículo 13, que establece que toda investigación debe realizarse con respeto a la dignidad de las personas, garantizando la integridad y los derechos fundamentales.

Con base en los procedimientos que se utilizó para la recopilación de datos como cuestionarios estandarizados y validados científicamente y al no implicar intervención física ni psicológica directa, esta investigación fue clasificada como riesgo mínimo, conforme al Artículo 17, fracción I, ya que se recopilaron datos mediante herramientas que no afectan la salud de él/la participante. Todas las personas que decidieron participar fueron previamente informadas sobre los objetivos del estudio, la naturaleza de su participación, el uso que se daría a la información, así como su derecho a decidir libremente si deseaban colaborar o retirarse en cualquier momento, sin afectaciones de ningún tipo. Este proceso fue respaldado mediante la firma de un consentimiento informado, cumpliendo con el Artículo 20, que estipula que las y los participantes deben recibir información suficiente y clara para tomar decisiones libres y conscientes.

En cuanto al manejo de la información personal, se aplicaron medidas para garantizar la confidencialidad y el anonimato de los datos a recabar. Los cuestionarios fueron codificados y analizados sin identificar a las personas participantes, protegiendo así su privacidad, en

cumplimiento con el Artículo 21, fracciones I, II y VIII, que exige mantener en reserva los datos personales y evitar cualquier posibilidad de identificación.

Además, el estudio se desarrolló conforme a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2024), protegiendo la vida, la salud, la dignidad, la integridad, la autonomía y la confidencialidad de los participantes. Con base en los principios bioéticos propuestos por Beauchamp y Childress (Ginghină, 2023), se buscó actuar bajo los ejes de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, procurando que la experiencia de los participantes fuera respetuosa, segura y equitativa en todas las etapas del estudio.

CAPÍTULO III

4.1 Resultados

En este capítulo se exponen los resultados del estudio síndrome de burnout, bienestar emocional y violencia ejercida por el paciente al profesional de salud de hospital psiquiátrico, realizando una muestra de 181 profesionales de la salud de una institución pública en la ciudad de Culiacán Sinaloa. En primer lugar, se presenta el análisis de la consistencia interna del instrumento utilizado; después de ello se describen los resultados de la estadística descriptiva, seguido del análisis de estadística diferencial, para dar respuesta a objetivos e hipótesis.

Consistencia interna de los instrumentos

La tabla uno presenta la fiabilidad de los instrumentos del estudio, del cuestionario de *Maslach Burnout Inventory* (MBI), cuestionario *Salud General de Goldberg* (GHQ-28) y cuestionario *Healthcare-workers' Aggressive Behavior Scale - Users - Mental Health* (HABS-U-MH). El resultado de ellos fue un *Alpha de Cronbach* mayor a .80 es decir, estos valores se consideran indicativos de una consistencia interna aceptable (Polit & Beck, 2012).

Tabla 1

Consistencia interna de los instrumentos utilizados en los estudios

Escalas y subescalas	Reactivos	No. de reactivos	<i>Alpha de cronbach</i>
CUESTIONARIO DE MASLACH	1-22	22	.827
BURNOUT INVENTORY			
SE. Agotamiento emocional	1,2,3,6,8,13,14,16,20	9	.872
SE. Despersonalización	5,10,11,15,22	5	.641
SE. Realización personal	4,7,9,12,17,18,19,21	8	.739

(Continuación)

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL	1-28	28	.941
DE GOLDBERG -GHQ28			
SE. A Síntomas somáticos	A. 1-7	7	.875
SE. B Ansiedad-Insomnio	B. 1-7	7	.895
SE. C Disfunción social	C. 1-7	7	.836
SE. D depresión	D. 1-7	7	.911
CUESTIONARIO HABS-U-MH	1-10	10	.902
SE. Verbal	1,2,4,5,7,9	6	.851
SE. Física	3,6,8,10	4	.838

Nota: SE= Subescala, HABS-U-MH = *Healthcare-workers' Aggressive Behavior Scale - Users - Mental Health*

Estadística descriptiva

En este apartado se presentan las características sociodemográficas de la población de estudio. En la tabla dos se muestra que predomina el sexo femenino con el (72.4%), en el estado civil la mayoría se encuentra soltera (51.9%), en la profesión el grupo predominante es enfermería con el (61.3%), la mayoría del personal labora en el área de hospitalización (72.9%) en el horario laboral predomina el turno matutino (39.2%) y por último tipo de contratación con el 52.5% predomina con base.

Tabla 2*Características sociodemográficas de la población de estudios. (Variables categóricas)*

Características	<i>f</i>	%
SEXO		
Femenino	131	72.4
Masculino	50	27.6
ESTADO CIVIL		
Soltero(a)	94	51.9
Casado(a)	56	30.9
Unión libre	19	10.5
Divorciado(a)	12	6.6
Viudo(a)		
PROFESIÓN		
Médico	6	3.3
Residente	13	7.2
Pasante de Medicina	0	0
Enfermero (a)	111	61.3
Pasante de Enfermería	22	12.2
Psiquiatra	0	0
Psicólogo (a)	8	4.4
Trabajador (a) social	15	8.3
Fisioterapeuta	4	2.2
Nutriólogo (a)	2	1.1
ÁREA DE TRABAJO EN EL HOSPITAL		
PSIQUIÁTRICO		
Hospitalización	132	72.9
Urgencias psiquiátricas	24	13.3
Consulta externa	20	11
Terapia cognitiva	2	1.1
Gimnasio	3	1.7

(Continuación)

HORARIO LABORAL		
Matutino	71	39.2
Vespertino	54	29.8
Nocturno	33	18.2
Jornada acumulada	23	12.7
TIPO DE CONTRATACIÓN		
Base	95	52.5
Contrato	86	47.5

Nota: *f*= Frecuencia, %= Porcentaje, *n*=181

La tabla tres presenta las variables sociodemográficas continuas. La edad promedio de los participantes fue de 37.91 años (*DE*=12.35). En la antigüedad al puesto actual se mostró una media de 59.14 meses, en la antigüedad en la institución la media fue de 117.59 meses, el número de horas trabajadas por semana obtuvo una media de 35.80 horas (*DE*= 9.55) y por último el número de pacientes por turno la media fue de 8.59 pacientes, con un valor mínimo de 4 pacientes y un valor máximo de 32 pacientes.

Tabla 3

Datos sociodemográficos de los estudios (variables continuas).

Características	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor	
				Mínimo	Máximo
Edad	37.91	35.00	12.35	21	67
Antigüedad en el puesto actual	59.14	29.00	82.373	1	377
Antigüedad en la institución	117.59	53.00	132.84	1	532
Número de horas trabajadas por semana	35.80	36.00	9.55	6	60
Número aproximado de pacientes atendidos por turno	8.59	6.00	7.42	1	45

Nota: *M*= Media, *Mdn*= Mediana, *DE*= Desviación Estándar

La tabla cuatro muestra la distribución de frecuencias y porcentajes de los reactivos correspondientes a la subescala de agotamiento emocional. Se realizó una sumatoria donde la presencia desde pocas veces al año o menos hasta todos los días las situaciones que mayormente generan el agotamiento emocional en los profesionales de salud fueron el *“me siento emocionalmente agotado por mi trabajo”* con el (87.3%), seguido de *“siento que trabajar todo el día con la gente me cansa”* con (71.8%).

Tabla 4

Datos descriptivos de la subescala agotamiento emocional del cuestionario de Maslach Burnout Inventory

Reactivos	Nunca		Pocas veces al año o menos		Una vez al mes o menos		Unas pocas veces al mes		Una vez a la semana		Pocas veces a la semana		Todos los días	
	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	23	12.7	51	28.2	31	17.1	23	12.7	25	13.8	23	12.7	5	2.8
1. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	87	48.1	35	19.3	18	9.9	16	8.8	8	4.4	15	8.3	2	1.1
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	49	27.1	49	27.1	24	13.3	21	11.6	8	4.4	26	14.4	4	2.2
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	50	27.6	47	26.0	23	12.7	26	14.4	14	7.7	14	7.7	6	3.3
8. Siento que mi trabajo me está desgastando	55	30.4	44	24.3	19	10.5	22	12.2	17	9.4	17	9.4	7	3.9
13. Me siento frustrado en mi trabajo	71	39.2	40	22.1	15	8.3	22	12.2	8	4.4	21	11.6	4	2.2

(Continuación)

14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	72	39.9	28	15.5	23	12.7	13	7.2	14	7.7	21	11.6	10	5.5
16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	71	39.2	51	28.2	18	9.9	18	9.9	7	3.9	11	6.1	5	2.8
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	86	47.5	28	15.5	14	7.7	18	9.9	12	6.6	15	8.3	7	3.9

Nota: f= Frecuencia, %= Porcentaje, n=181

La tabla cinco muestra los resultados de los reactivos correspondientes a la subescala de despersonalización. Dentro de las situaciones que describen la despersonalización en el profesional de salud fueron, *“Siento que me he hecho más duro con la gente”* (60.7%) posteriormente *“me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente”* (56.3%). Los porcentajes mencionados anteriormente son la sumatoria de presencia desde pocas veces al año o menos hasta todos los días.

Tabla 5

Datos descriptivos de la subescala de Despersonalización del cuestionario de Maslach Burnout Inventory.

Reactivos	Nunca		Pocas veces al año o menos		Una vez al mes o menos		Unas pocas veces al mes		Una vez a la semana		Pocas veces a la semana		Todos los días	
	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
5. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	154	85.1	10	5.5	2	1.1	5	2.8	1	.6	6	3.3	3	1.7
10. Siento que me he hecho más duro con la gente	71	39.2	39	21.5	20	11.0	20	11.0	7	3.9	15	8.3	9	5.0
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	79	43.6	40	22.1	14	7.7	21	11.6	10	5.5	12	6.6	5	2.8
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	152	84.0	15	8.3	3	1.7	3	1.7	3	1.7	3	1.7	2	1.1
22. Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	103	56.9	28	15.5	11	6.1	14	7.7	7	3.9	12	6.6	6	3.3

Nota: *f*= Frecuencia, %= Porcentaje, *n*=181

La tabla seis muestra los resultados de los reactivos correspondientes a la subescala de Realización personal. La sumatoria de nunca a pocas veces a la semana nos indica la ausencia dentro de las situaciones que describen en la realización personal en el profesional de salud fueron, “*me siento con mucha energía en mi trabajo*” (49.8%) en seguida de “*Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada*” (50.8%).

Tabla 6

Datos descriptivos de la subescala de realización personal del cuestionario de Maslach Burnout Inventory

Reactivos	Nunca		Pocas veces al año o menos		Una vez al mes o menos		Unas pocas veces al mes		Una vez a la semana		Pocas veces a la semana		Todos los días	
	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
4. Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	5	2.8	7	3.9	9	5.0	9	5.0	3	1.7	36	19.9	112	61.9
7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	5	2.8	13	7.2	4	2.2	4	2.2	7	3.9	19	10.5	128	99.4
9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	12	6.6	13	7.2	0	0	9	5.0	8	4.4	26	14.4	113	62.4
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo	6	3.3	11	6.1	7	3.9	9	5.0	7	3.9	50	27.6	91	50.3

(Continuación)

17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	3	1.7	10	5.5	4	2.2	7	3.9	7	3.9	29	16.0	121	66.9
18. Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	21	11.6	9	5.0	5	2.8	9	5.0	12	6.6	41	22.7	83	66.9
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	8	4.4	15	8.3	4	2.2	8	4.4	8	4.4	36	19.9	102	56.4
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	15	8.3	20	11.0	8	4.4	12	6.6	9	5.0	28	15.5	89	49.2

Nota: f= Frecuencia, %= Porcentaje, n=181

En la tabla siete muestras que, dentro de las situaciones que mayormente describen los síntomas somáticos en el profesional de la salud fueron “¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?” con el (77.9 %) con la sumatoria de igual que lo habitual hasta mucho peor que lo habitual. En seguida “¿Ha tenido la sensación de que necesita un reconstituyente?” con el (63.0 %) y “¿ha padecido dolores de cabeza?” (69.0 %). Estos datos antes visto son el resultado de la sumatoria de no más que lo habitual hasta mucho más que lo habitual.

Tabla 7

Datos descriptivos de la subescala síntomas somáticos de bienestar emocional

Reactivos	Mejor que lo habitual		Igual que lo habitual		Peor que lo habitual		Mucho peor que lo habitual	
	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	40	22.1	94	51.9	43	23.8	4	2.2
	No, en absoluto		No más que lo habitual		Bastante más que lo habitual		Mucho más que lo habitual	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
2. ¿Ha tenido la sensación de que necesita un reconstituyente?	67	37.0	75	41.4	36	19.9	3	1.7
3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	76	42.0	70	38.7	29	16.0	5	2.8
4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?	92	50.8	56	30.9	28	15.5	6	3.3
5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?	56	30.9	80	44.2	39	21.5	6	3.3
6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?	97	53.6	53	29.3	28	15.5	3	1.7
7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	121	66.9	42	23.2	14	7.7	4	2.2

Nota: *f*= Frecuencia, %= Porcentaje, *n*=181

La tabla ocho presenta los datos descriptivos de la subescala de ansiedad-insomnio de GHQ-28. Se realizó una sumatoria donde se presentan no más que lo habitual, hasta mucho más que lo habitual las situaciones que mayormente generan la ansiedad-insomnio en los profesionales de salud fueron “¿se ha notado constantemente agobiado y en tensión?” (56.9%) en seguida de “¿se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?” (44.8%).

Tabla 8

Datos descriptivos de la subescala de ansiedad- insomnio de bienestar emocional

Reactivos	No, en absoluto		No más que lo habitual		Bastante más que lo habitual		Mucho más que lo habitual	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	76	42.0	60	33.1	41	22.7	4	2.2
2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?	81	44.8	46	25.4	43	23.8	9	5.0
3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	78	43.1	68	37.6	29	16.0	6	3.3
4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?	100	55.2	63	34.8	15	8.3	3	1.7
5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?	144	79.6	27	14.9	10	5.5	0	0
6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?	104	57.5	51	28.8	25	13.8	1	.6
7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?	120	66.3	42	23.2	15	8.3	3	1.7

Nota: *f* = Frecuencia, % = Porcentaje, *n*=181

La tabla nueve presenta la disfunción social de GHQ-28 en los profesionales de la salud. Se identifica que en la sumatoria de igual que lo habitual a mucho menos que lo habitual se presenta la situación de “¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?” (78.5%), enseguida con la sumatoria de igual que lo habitual a mucho más tiempo que lo habitual se presenta la situación “¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?” (79.5 %) y de igual manera, igual que lo habitual a peor que lo habitual se presentó “¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?” (65.2 %).

Tabla 9*Datos descriptivos de la subescala de la disfunción social de bienestar emocional*

Reactivos	Más activo que lo habitual		Igual que lo habitual		Bastante, más que lo habitual		Mucho menos que lo habitual	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	39	21.5	113	62.4	24	13.3	5	2.8
	Menos tiempo que lo habitual		Igual que lo habitual		Más tiempo que lo habitual		Mucho más tiempo que lo habitual	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	37	20.4	122	67.4	18	9.9	4	2.2
	Mejor que lo habitual		Igual que lo habitual		Peor que lo habitual		Mucho peor que lo habitual	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	63	34.8	110	60.8	8	4.4	0	0
	Más satisfecho que lo habitual		Igual que lo habitual		Menos satisfecho que lo habitual		Mucho menos satisfecho que lo habitual	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	69	38.1	99	54.7	9	5.0	4	2.2
	Más útil de lo habitual		Igual de útil que lo habitual		Menos útil de lo habitual		Mucho menos útil de lo habitual	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	75	41.4	96	53.0	7	3.9	2	1.1
	Más que lo habitual		Igual que lo habitual		Menos que lo habitual		Mucho menos que lo habitual	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%

(continuación)

6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	74	40.9	94	51.9	10	5.5	3	1.7
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	61	33.7	101	55.8	17	9.4	2	1.1

Nota: *f*= Frecuencia, %= Porcentaje, *n*=181

La tabla 10 presenta los datos descriptivos de la subescala de la depresión de GHQ-28. Se identifica que la situación de “¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?” se presenta con (21.0 %) enseguida “¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?” con el (18.8 %) con la sumatoria de no más que lo habitual a bastante más que lo habitual, posteriormente “¿ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?” (25.9%) con la sumatoria de respuestas de me parece que no a claramente, lo he pensado.

Tabla 10

Datos descriptivos de la subescala de depresión de bienestar emocional

Reactivos	No, en absoluto		No más que lo habitual		Bastante más que lo habitual		Mucho más que lo habitual	
	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	143	79.0	30	16.6	8	4.4	0	0
2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?	146	80.7	28	15.5	7	3.9	0	0
3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?	159	87.8	15	8.3	7	3.9	0	0
4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?	164	90.6	10	5.5	6	3.3	1	.6
5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?	145	80.1	30	16.6	4	2.2	2	1.1
6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?	158	87.3	16	8.8	7	3.9	0	0
	Claramente, no		Me parece que no		Se me ha cruzado por la mente		Claramente, lo he pensado	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?	134	74.0	37	20.4	8	4.4	2	1.1

Nota: *f*= Frecuencia, %= Porcentaje, *n*=181

La tabla 11 presenta los datos descriptivos de la subescala verbal de HABS-U-MH. Se realizó una sumatoria donde la presencia desde anualmente hasta diariamente las situaciones que mayormente generan violencia verbal en los profesionales de salud fue “Los usuarios me hacen bromas irónicas “(55.9%) en seguida, “Los usuarios me ponen malas caras o miradas de desprecio” (59.7%).

Tabla 11*Datos descriptivos de la subescala violencia verbal del cuestionario HABS-U-MH*

Reactivos	Nunca		Anualmente		Trimestralmente		Mensualmente		Semanalmente		Diariamente	
	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Los usuarios cuestionan mis decisiones	82	45.3	43	23.8	24	13.3	13	7.2	9	5.0	10	5.5
2. Los usuarios me responsabilizan exageradamente de cualquier minucia	87	48.1	38	21.0	22	12.2	20	11.0	5	2.8	9	5.0
4. Los usuarios me acusan injustificadamente de incumplimientos, errores o complicaciones	104	57.5	33	18.2	17	9.4	17	9.4	4	2.2	6	3.3
5. Los usuarios me hacen bromas irónicas	80	44.2	43	23.8	23	12.7	22	12.2	10	5.5	3	1.7
7. Los usuarios se enfadan conmigo por la demora asistencial	94	51.9	38	21.0	14	7.7	22	12.2	5	2.8	8	4.4
9. Los usuarios me ponen malas caras o miradas de desprecio	73	40.3	34	18.8	40	22.1	20	11.0	7	3.9	7	3.9

Nota: *f*= Frecuencia, %= Porcentaje, *n*=181

La tabla 12 presenta los datos descriptivos de la subescala física de HABS-U-MH. Se realizó una sumatoria donde la presencia desde anualmente hasta diariamente las situaciones que mayormente generan violencia física en los profesionales de salud fue “Los usuarios han llegado a sujetarme o tocarme de manera hostil” (53.7%) en seguida, “los usuarios han llegado a empujarme, zarandearme o escupirme” (60.2%).

Tabla 12

Datos descriptivos de la subescala violencia física del cuestionario HABS-U-MH

Reactivos	Nunca		Anualmente		Trimestralmente		Mensualmente		Semanalmente		Diariamente	
	<i>F</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
3. Los usuarios han llegado a sujetarme o tocarme de manera hostil	84	46.4	44	24.3	22	12.2	28	15.5	3	1.7	0	0
6. Los usuarios han llegado a empujarme, zarandearme o escupirme	72	39.8	41	22.7	42	23.2	20	11.0	4	2.2	2	1.1
8. Los usuarios muestran su enfado contra mi destruyendo puertas, cristales, paredes etc.	104	57.5	37	20.4	17	9.4	14	7.7	5	2.8	4	2.2
10. Los usuarios me han agredido cuando intentaba evitar su autolesión	88	48.6	45	24.9	21	11.6	17	9.4	6	3.3	4	2.2

Nota: *f*= Frecuencia, % = Porcentaje, *n*=181

Para dar respuesta al primer objetivo específico de identificar el nivel de síndrome de burnout se realizó la frecuencia y porcentaje de las dimensiones de burnout. La tabla 13 presenta el nivel de agotamiento emocional en los profesionales de la salud. Se identifica que el (41.4%) de ellos se encuentra en los niveles medio y alto.

Tabla 13

Nivel de agotamiento emocional en los profesionales de salud de hospital psiquiátrico

Agotamiento emocional	<i>f</i>	%
Nivel		
Bajo	106	58.6
Medio	35	19.3
Alto	40	22.1

Nota: *f= Frecuencia, %= Porcentaje, n=181*

La tabla 14 presenta el nivel de despersonalización en los profesionales de la salud. Se identifica que el (40.3%) de ellos se encuentra en los niveles medio y alto.

Tabla 14

Nivel de despersonalización en los profesionales de salud de hospital psiquiátrico

Despersonalización	<i>F</i>	%
NIVEL		
Bajo	108	59.7
Medio	38	21.0
Alto	35	19.3

Nota: *f= Frecuencia, %= Porcentaje, n=181*

La tabla 15 presenta el nivel de realización personal en los profesionales de la salud. Se identifica que el (97.2%) se encuentra en el nivel bajo.

Tabla 15

Nivel de realización personal en los profesionales de salud de hospital psiquiátrico

Realización Personal	<i>F</i>	%
Nivel		
Bajo	176	97.2
Medio	4	2.2
Alto	1	0.6

Nota: *f*= Frecuencia, %= Porcentaje, *n*=181

Para darle respuesta al segundo objetivo de identificar la frecuencia y porcentajes de bienestar emocional se presenta la frecuencia y porcentajes de caso/no caso de *problemas emocionales recientes respecto a las dimensiones de bienestar emocional*.

En la tabla 16 se presentan las dimensiones de bienestar emocional haciendo énfasis en los problemas recientes, en la cual la dimensión con mayor frecuencia de casos fue ansiedad-insomnio (5.5%), seguida de síntomas somáticos (4.4%).

Tabla 16

Frecuencia de problemas emocionales frecuentes según dimensiones de bienestar emocional

Dimensiones de bienestar emocional	<i>Sin problemas emocionales recientes</i>		<i>Con problemas emocionales recientes</i>	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Síntomas Somáticos	173	95.6	8	4.4
Ansiedad-Insomnio	171	94.5	10	5.5
Disfunción social	179	98.9	2	1.1
Depresión severa	178	98.3	3	1.7

Nota: *f* = frecuencia, %= porcentaje, *n*=181

La tabla 17 se identifica la ausencia de malestar emocional crónico en todas las dimensiones del bienestar emocional

Tabla 17

Frecuencia de problemas emocionales frecuentes según dimensiones de bienestar emocional

Dimensiones de bienestar emocional	<i>Sin presencia de malestar crónico</i>		<i>Con presencia de malestar crónico</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Síntomas Somáticos	181	100	0	0
Ansiedad-Insomnio	181	100	0	0
Disfunción social	181	100	0	0
Depresión severa	181	100	0	0

Nota: f = frecuencia, %= porcentaje, n=181

La tabla 18 presenta las medidas de dispersión de las dimensiones de HABS-U-MH. Indica para violencia general una media de 10.80 ($DE= 9.72$) y una mediana de 9.00, enseguida, para las dimensiones, la violencia verbal obtuvo una media de 6.77 ($DE= 6.38$) y una mediana de 6.00 y por último la violencia física con una media de 4.03 ($DE=4.01$) y una mediana de 3.00.

Tabla 18*Dimensiones de violencia según el HABS-U-MH*

Reactivos	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Valor</i> <i>mínimo</i>	<i>Valor</i> <i>máximo</i>
Violencia General	10.80	9.00	9.72	0	48.00
Violencia verbal	6.77	6.00	6.38	0	30.00
Violencia física	4.03	3.00	4.01	0	18.00

Nota: *M*=media, *Mdn*= mediana, *DE*= desviación estándar**Estadística Inferencial**

La tabla 19 muestra que para determinar la normalidad de las variables continuas se utilizó la prueba de *Kolmogorov-Smirnov*, considerando el tamaño de la muestra ($n = 181$) donde se encontró que las variables no presentaron normalidad ($p < .05$), por lo que se decidió utilizar estadística no paramétrica para dar respuesta a los objetivos de estudio.

Tabla 19*Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov*

Variable	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>VALOR</i>		<i>D^a</i>	Valor de <i>p</i>
				<i>mínimo</i>	<i>máximo</i>		
SB_TT	30.17	30.00	18.00	.00	84.00	.072	.023
SB_AE	15.72	14.00	11.42	.00	41.00	.132	.000
SB_Desp	5.09	4.00	25.84	.00	30.00	.158	.000
SB_RP	9.34	7.00	8.76	.00	48.00	.146	.000
GHQ_TT	44.77	42.00	11.99	27.00	83.00	.128	.000
GHQ_SS	12.48	12.00	4.17	7.00	28.00	.125	.000
GHQ_AI	11.35	10.00	4.22	6.00	25.00	.170	.000
GHQ_DS	12.41	13.00	3.15	7.00	23.00	.125	.000
GHQ_D	8.51	7.00	2.91	.00	48.00	.317	.000
HABS_TT	10.80	9.00	9.72	.00	48.00	.133	.000
HABS_Verbal	6.77	6.00	6.38	.00	30.00	.144	.000

HABS_Física	4.03	3.00	4.01	.00	18.00	.163	.000
-------------	------	------	------	-----	-------	------	------

Nota: M=mediana, Mdn= mediana, DE= desviación estándar, D^a=Estadístico p= valor de p, SB_TT= Síndrome de Burnout, SB_AE= Agotamiento Emocional, SB_Desp= Despersonalización, SB_RP= Realización Personal, GHQ_TT= Salud General, GHQ_SS= Síntomas somáticos, GHQ_AI= Ansiedad-Insomnio, GHQ_DS= Disfunción Social, GHQ_D= Depresión, HABS_TT= violencia del Usuario, HABS_verbal= Violencia verbal, HABS_física= Violencia física.

La tabla 20 presenta la correlación de Rho de Sperman entre las variables continuas. Se identifica que existe una correlación positiva y significativa de síndrome de burnout con bienestar emocional y sus dimensiones ($p<.01$), de igual manera las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización con bienestar emocional y sus dimensiones ($p<.01$) mientras que, realización personal que correlacionó de manera positiva con bienestar emocional y las dimensiones síntomas somáticos, ansiedad-insomnio ($p<.01$) y depresión ($p<.05$). Posteriormente, el síndrome de burnout se correlacionó de manera positiva significativamente violencia y sus dimensiones ($p<.01$), de la misma manera el agotamiento emocional ($p<.05$) y despersonalización ($p<.01$).

Mientras que, el bienestar emocional se correlacionó de manera positiva y significativa con violencia y violencia verbal ($p<.01$) y violencia física ($p<.05$), síntomas somáticos y ansiedad- insomnio con violencia y violencia verbal ($p<.01$) y violencia física ($p<.05$) y disfunción social con violencia y violencia verbal ($p<.05$).

Tabla 20*Correlación de Rho de Spearman entre las variables continuas*

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 Síndrome Burnout	1											
2. Agotamiento emocional	.836**	1										
3.Despersonalización	.721**	.603**	1									
4. Realización personal	.572**	.149*	.244**	1								
5. Bienestar emocional	.620**	.660**	.558**	.243**	1							
6. Síntomas somáticos	.586**	.610**	.502**	.269**	.883**	1						
7. Ansiedad-Insomnio	.589**	.606**	.541**	.252**	.896**	.756**	1					
8. Disfunción social	.385**	.482**	.369**	.075	.781**	.555**	.581**	1				
9. Depresión	.411**	.386**	.401**	.172*	.623**	.465**	.528**	.405**	1			
10. Violencia	.234**	.191*	.270**	.145	.205**	.199**	.227**	.146*	.103	1		
11. Violencia verbal	.239**	.199*	.263**	.141	.209**	.213**	.213**	.159*	.094	.966**	1	
12. Violencia física	.200**	.159*	.235**	.123	.168*	.152*	.216**	.098	.122	.889	.752**	1

Nota: ** $p < .01$, * $p < .05$

Comprobación de hipótesis

Con base en los resultados obtenidos mediante el coeficiente de correlación de Rho de Spearman, presentados previamente en la tabla 20, se realizó la comprobación de las hipótesis planteadas en la investigación. La decisión se estableció considerando la significancia estadística de las asociaciones encontradas.

Hipótesis general: Existe una relación significativa entre el síndrome de burnout, bienestar emocional y la violencia ejercida por los pacientes hacia profesionales de la salud de un hospital psiquiátrico

La hipótesis general se acepta, debido a que los resultados evidenciaron asociaciones estadísticamente significativas entre el síndrome de burnout, la violencia ejercida por los pacientes y el bienestar emocional. Por tanto, los resultados respaldan la existencia de una relación entre las variables planteadas.

4.2 Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre el síndrome de burnout, el bienestar emocional y la violencia ejercida por los pacientes hacia los profesionales de la salud en un hospital psiquiátrico. Los hallazgos generales del estudio mostraron niveles moderados de agotamiento emocional y despersonalización, una afectación leve del bienestar emocional y una elevada frecuencia de violencia verbal ejercida por los pacientes. Asimismo, se identificaron asociaciones significativas entre las variables de estudio lo que sugiere que las condiciones laborales presentes en el hospital psiquiátrico constituyen factores relevantes para la salud ocupacional del personal sanitario. Estos resultados coinciden con la evidencia internacional que reconoce a los servicios de salud mental como entornos particularmente demandantes desde el punto de vista emocional y organizacional (WHO, 2022).

En relación con los resultados sociodemográficos del presente estudio se mostró un predominio en el sexo femenino, coincidiendo con los autores Servian de Silguero et al. (2019), Rohwedder et al. (2023), Osorio-Guzmán et al. (2021) y Pina et al. (2022), quienes reportaron también una mayor identificación de sexo femenino en su población de estudio; sin embargo, estos resultados difieren con lo reportado por Romero-González et al. (2021), donde predominó el sexo masculino, esto puede deberse a que su población estuvo conformada por médicos internos, ya que culturalmente el sexo masculino predomina en el área médica.

Respecto a la categoría profesional, destacó el personal de enfermería, coincidiendo con Rohwedder et al. (2023) y Servian de Silguero et al. (2019), esto podría deberse a que el personal de enfermería representa uno de los grupos con mayor presencia en contextos hospitalarios al cuidado de los pacientes.

Respecto a las horas de trabajo por semana, en este estudio, predominó el personal con turnos de 38 horas semanales, esto coincide con Moreira y de Lucca (2020), que reportaron días laborales hasta de 30 horas semanales y Servian de Silguero et al. (2019) que mencionó una prevalencia de jornadas de 36 horas y difiere con Torres et al. (2021) quienes encontraron un promedio de 45 horas semanales en los profesionales de salud. Estos contrastes se podrían atribuir por aspectos institucionales, o bien, por el servicio hospitalario donde se llevaron a cabo los respectivos estudios.

Respecto a los resultados de síndrome de burnout de los profesionales de la salud, mostró niveles medio y alto de agotamiento emocional y despersonalización, en realización personal se encontró bajo nivel. Los resultados son similares a Servian de Silguero et al. (2019), que indicaron un alto porcentaje de despersonalización en enfermeros profesionales, en Paraguay, con Molebatsi et al. (2024), quienes identificaron porcentajes altos en las dimensiones de burnout, agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Estas similitudes pueden presentarse debido al contexto, ya que se llevó a cabo con profesionales de salud mental. Los hallazgos de Osorio-Guzmán et al (2021) y López et al. (2021) difieren en los resultados ya que presentaron porcentajes bajos en agotamiento emocional y despersonalización y coincide solo en presencia de buena realización personal en los profesionales de la salud, esto puede atribuirse a que los estudios se llevaron a cabo en hospitales generales en los cuales puede presentarse menos exigencias emocionales o las características del entorno.

Respecto a la identificación de los problemas emocionales recientes haciendo énfasis en el bienestar emocional del profesional de la salud del presente estudio, se hicieron presentes con mayor porcentaje las dimensiones de ansiedad-insomnio y síntomas somáticos. Estos resultados coinciden con lo reportado con Kowalczyk et al. (2023), quienes realizaron un estudio con enfermeras haciendo relación al bienestar mental con la prueba de covid-19, en el cual predominaron síntomas somáticos y ansiedad- insomnio de igual manera. De igual manera los hallazgos son similares a los reportados por Morales-García et al. (2025), quienes

encontraron que los síntomas somáticos y ansiedad-insomnio fueron dimensiones con mayor afectación dentro de los profesionales de emergencias prehospitalarias.

Asimismo, el presente estudio y los mencionados se observa que los participantes no presentan indicios de deterioro en su bienestar emocional, lo que coincide con el bajo porcentaje síntomas depresivos en dichas investigaciones. Esto podría deberse al estrés ocupacional que se vive en el contexto hospitalario sin importar de que especialidad sea el hospital, general o de salud mental, los profesionales de la salud están expuestos a demandas laborales, cargas emocionales, jornadas de trabajo prolongadas mismos factores que se asocian con manifestaciones físicas relacionadas con malestar emocional.

Aunque los participantes mostraron niveles relativamente bajos de afectación emocional, la presencia de síntomas relacionados con ansiedad, insomnio y malestar somático merece atención debido a que estas manifestaciones suelen ser indicadores tempranos de deterioro de la salud mental. Estudios previos han señalado que la exposición continua al estrés laboral puede generar alteraciones progresivas en el bienestar emocional antes de que se desarrollen trastornos psicológicos clínicamente diagnosticables (WHO, 2022; West et al., 2020).

Además es posible que la experiencia profesional acumulada, el desarrollo de estrategias de afrontamiento y el apoyo entre compañeros actúen como factores protectores que amortiguan parcialmente el impacto de las demandas laborales sobre el bienestar emocional. West y colaboradores (2020) mencionan que la resiliencia ocupacional es un elemento fundamental para preservar la salud mental de los trabajadores sanitarios.

La violencia verbal fue la más común entre los profesionales de la salud, después violencia física, tales resultados coinciden con Ruiz-Hernández et al. (2019) y Aguglia et al. (2024), que la violencia verbal es la más común en profesionales de la salud en contextos hospitalarios psiquiátricos, esto se debe a que está vinculado a las características conductuales de los pacientes y a la atención de servicios de salud mental, en donde los cambios de conducta, la cognición y las emociones pueden propiciar episodios de violencia.

Continuando con las características que más se hicieron presentes en la violencia verbal, fueron las bromas irónicas, así como las malas caras y miradas de desprecio hacia los

profesionales de la salud, estos resultados difieren de lo reportado por Ruiz-Hernández (2019), quienes identificaron que las conductas más frecuentes fueron el cuestionamiento de las decisiones del personal y culparlos por cualquier situación. Estas discrepancias podrían deberse a las dinámicas interpersonales, o sea, variar con la interacción cotidiana entre pacientes y profesionales, así como la normalización de conductas hostiles dentro de los servicios de salud mental, porque cabe mencionar que ambos estudios fueron realizados bajo ese contexto.

Asimismo, en las conductas más frecuentes en la violencia física de este estudio prevaleció que los profesionales de la salud fueran sujetos de manera hostil, empujados o escupidos mientras brindaban atención al paciente, mismas características que también predominaron en el estudio de Ruiz-Hernández (2019). Este resultado podría atribuirse a que este tipo de conductas suelen ser manifestadas dentro de hospitales psiquiátricos especialmente en situaciones de agitación, irritabilidad o resistencia al brindado del cuidado o de la atención clínica.

Aunque la violencia verbal suele considerarse menos graves que la física diversos estudios han demostrado que ambas producen consecuencias psicológicas importantes incluyendo ansiedad, estrés laboral, agotamiento emocional y disminución de la satisfacción profesional (Lancôt & Guay, 2014; Pérez-Fuentes et al., 2020).

Se encontró una correlación significativamente positiva entre el síndrome de burnout y bienestar emocional, en la cual nos indica que a mayor burnout mayor afectación emocional en el profesional de la salud, de igual manera, se presentaron correlaciones en la dimensión de agotamiento emocional con las dimensiones de ansiedad-Insomnio y síntomas somáticos. Estos resultados coinciden con Arrogante y Aparicio-Zaldivar (2020), los cuales reportaron que el agotamiento emocional fue la dimensión adversa del síndrome de burnout, ya que afecta negativamente la salud mental y la salud física en profesionales de cuidados intensivos.

Asimismo, Servian de Silguero et al. (2019) identificaron diferencias significativas entre la presencia de trastornos mentales y altos niveles de agotamiento emocional, de igual manera, Rodríguez-Castillo et al. (2024) reportaron una asociación significativa entre síndrome de burnout y antecedentes de ansiedad o depresión. Molebatsi et al. (2024) reportaron una elevada prevalencia de agotamiento emocional en el personal de enfermería,

señalando que las demandas emocionales constantes y condiciones laborales estresantes favorece al desarrollo de burnout y al deterioro del bienestar emocional del profesional de la salud. Nakdali et al. (2025) considera que el burnout afecta negativamente en la calidad de la atención médica y al riesgo de cometer errores clínicos, lo que evidencia el impacto directo del bienestar del profesional de la salud sobre la seguridad del paciente.

Una alta prevalencia de burnout se presenta en profesiones como la enfermería y la medicina, ocurre en contextos de alta situación de estrés como la unidad de cuidados intensivos, urgencias y los servicios de atención psiquiátrica, está vinculado a deterioro de la salud mental, disminución del bienestar subjetivo, y en algunos casos, aparición de síntomas de ansiedad o depresión (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2020; Nakdali et al., 2025; Molebatsi et al., 2023; Rodríguez-Castillo et al., 2023; Servian de Silguero et al., 2019).

Se encontró una correlación positiva entre el bienestar emocional y violencia ejercida por el paciente hacia los profesionales de la salud, mencionando la violencia verbal y la violencia física, lo que indica que una mayor exposición a violencia ya sea física o verbal se relaciona con un mayor malestar emocional en el profesional de salud mental. Asimismo, las dimensiones de ansiedad-insomnio y síntomas somáticos presentaron correlaciones significativas con la violencia verbal.

Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Pérez-Fuentes et al. (2020), quienes identificaron que los profesionales de enfermería expuestos a conductas de violencia presentan problemas gastrointestinales, cefaleas y alteraciones del sueño, además de un aumento de presencia de ansiedad. Por otra parte, Yu y Holbeach (2021) señalaron que, aunque exista presencia de conductas violentas en este caso en contextos psicogeriatrías, estas no necesariamente se relacionan con el problema de ausentismo laboral, lo que nos podría entenderse que los comportamientos violentos son asumidos como algo normal al momento de brindar atención a la salud en contextos de salud mental.

En seguida, el síndrome de burnout se correlacionó significativamente con violencia verbal y física, dando como resultado que, la exposición constante de violencia por parte de los pacientes se asocia a mayores niveles de burnout y sus dimensiones. Estos hallazgos coinciden con Vidal-Alves et al. (2022), quienes mostraron correlaciones positivas entre agotamiento emocional y violencia verbal y como violencia física, de igual manera Ruiz-

Hernández et al. (2019) reportó asociación significativa entre violencia verbal y agotamiento emocional en profesionales de la salud mental. De igual manera, Rohwedder et al. (2023) reportó asociación entre conductas ofensivas laborales, burnout y síntomas depresivos, esto habla por ende que la exposición constante de violencia y situaciones de tensión contribuye a un deterioro del bienestar emocional en profesionales de la salud mental y otros contextos hospitalarios como lo habla la literatura.

Desde la perspectiva de Orem (2001) los resultados permiten comprender que las exigencias emocionales derivadas de la atención psiquiátrica, sumadas a la exposición a situaciones de violencia laboral pueden superar la capacidad de autocuidado de los profesionales de la salud. Cuando las demandas laborales exceden los recursos físicos y emocionales disponibles se produce un déficit de autocuidado que favorece la aparición de agotamiento emocional, disminución del bienestar y deterioro de la salud mental. Es por ello, que el fortalecimiento de estrategias de autocuidado y apoyo institucional resultan fundamentales para preservar el bienestar integral de los trabajadores sanitarios.

4.3 Conclusiones

En el presente estudio se identificó la presencia de síndrome de burnout en los profesionales de la salud, se hicieron presentes porcentajes significativos en sus respectivas dimensiones. Unas de las manifestaciones más frecuentes en el agotamiento emocional se encontraron el sentirse emocionalmente agotado por el trabajo y la percepción de cansancio derivado del contacto continuo con los pacientes que se les brinda cuidados. Sin embargo, en la dimensión de la realización personal se notó una percepción positiva, lo cual muestra que los profesionales sostienen sentimientos positivos con relación a su trabajo, a pesar de las exigencias inherentes al contexto psiquiátrico.

Respecto al bienestar emocional, se encontró una leve afectación en las respectivas dimensiones, sin embargo, prevaleció la presencia de problemas emocionales recientes como ansiedad-insomnio y síntomas somáticos, las manifestaciones más comunes están vinculadas con el agotamiento físico, la necesidad de reponerse físicamente, las alteraciones del sueño y la sensación de tensión prolongada; a pesar de que los porcentajes de casos fueron bajos, se evidencia la existencia de señales de malestar emocional que tienen la posibilidad de afectar el rendimiento laboral y la calidad de vida del profesional de la salud.

En seguida en relación con la violencia ejercida por el paciente, se observó que la violencia verbal fue de las manifestaciones más frecuentes, en seguida la física; también las actitudes que más se reportaron referente a ambos tipos de violencia abarcaron desde empujones, miradas de desprecio, bromas irónicas y ofensas físicas, estas actitudes reportadas identifican la complejidad del entorno psiquiátrico en el que el profesional de la salud se confronta diariamente con circunstancias de violencia las cuales son causadas por las particularidades del contexto hospitalario y conductas de los pacientes que están al cuidado.

Por otro lado, los resultados permiten concluir que existe una relación significativa entre el síndrome de burnout, el bienestar emocional y la violencia ejercida por el paciente, dando entender que la exposición a situaciones de violencia y al desgaste ocupacional puede influir negativamente en el bienestar emocional de los profesionales de la salud.

Desde la perspectiva de la Teoría de Déficit de Autocuidado de Orem, los hallazgos posibilitan entender que las demandas resultantes del trabajo como el estrés en el trabajo, la violencia por parte de los pacientes y el síndrome de burnout pueden exceder la capacidad para cuidarse a si mismos, si estas exigencias o problemas sobrepasan los recursos personales disponibles, es posible que surjan problemas para conservar el balance físico, emocional y mental, lo cual puede favorecer que aparezcan cambios en el bienestar emocional y comprometer la función integral del profesional de la salud.

Estos resultados, indican que hay una necesidad de implementar estrategias institucionales que estén orientadas a la prevención respecto al burnout y a tomarle atención a las situaciones de violencia que se presentan y a brindar el apoyo al fortalecimiento del bienestar emocional del profesional de la salud. Asimismo, a hacer hincapié en promover la realización de acciones de autocuidado, las regulaciones de las emociones y apoyo en contexto organizacional hospitalario que atribuyan a mantener entornos laborales seguros, saludables y humanizados para quienes brindan atención de cuidado en un contexto de hospitales psiquiátricos.

Limitaciones del estudio, el presente estudio tiene limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados, primeramente debido a su diseño transversal no es posible establecer relaciones causales entre las variables de estudio. En segundo lugar, el estudio se

hizo en un único hospital psiquiátrico público limita la generalización de los hallazgos a otros contextos institucionales.

4.4 Recomendaciones

Las recomendaciones que se presentan a continuación están dirigidas a los profesionales de la salud, a las instituciones de salud y a futuras investigaciones, estas se basan respecto a los resultados que se han logrado con el presente estudio. Estas propuestas buscan colaborar con la prevención del síndrome de burnout, mejorar el bienestar emocional y minimizar el efecto de la violencia que ejercen los pacientes, esto a través de promover ambientes laborales seguros, saludables y enfocados en la calidad de brindar atención y al bienestar del profesional de la salud.

Recomendaciones para la institución

1. Poner en marcha programas para prevenir el síndrome de burnout

Es decir, llevar a cabo valoraciones periódicas para prevenir el síndrome de burnout, así poder detectar a tiempo a los profesionales de la salud con un alto riesgo de estar sufriendo burnout y desarrollar métodos para afrontar el estrés laboral.

2. Impulsar la promoción del bienestar emocional

Ofrecer acceso a servicios de ayuda emocional y psicológica, así como realizar talleres sobre la gestión de las emociones, la resiliencia y manejo del estrés y promover espacios institucionales de escucha.

3. Promover las medidas de prevención y cuidado contra la violencia hacia el profesional de salud

Es decir, definir protocolos precisos para la notificación y el monitoreo de agresiones perpetradas por los pacientes, formar al personal en técnicas de comunicación terapéutica y

gestión en comportamientos agresivos y asegurar asistencia institucional después de sucesos violentos.

Recomendaciones para los profesionales de salud

1. Fomentar hábitos de autocuidado

Iniciando con promover practicas centradas en el bienestar emocional y físico, promover la detección de señales de agotamiento emocional y crear estrategias individualizadas para enfrentar circunstancias de violencia laboral y estrés.

2. Fortalecer la formación continua

Trabajar en la formación de intervención ante crisis psiquiátricas, gestión segura de pacientes con comportamientos agresivos y realizar tácticas para regular las emociones y prevenir el agotamiento en el trabajo.

Recomendaciones para futuras investigaciones

1. Realizar estudios longitudinales

Analizar cómo han cambiado o como se comportan las variables de síndrome de burnout, bienestar emocional y violencia con el paso del tiempo.

2. Ampliar la investigación hacia otros escenarios

Incluir hospitales psiquiátricos de otros lugares para comparar resultados.

3. Diseñar y evaluar intervenciones

Evaluar la efectividad de programas de prevención de burnout y promoción del bienestar emocional en profesionales de la salud mental.

CAPÍTULO IV

Referencias bibliográficas

- Aguglia, A., Belvederi, M., Conigliaro, C., Cipriani, N., Vaggi, M., Di Salvo, G., Maina, G., Cavone, V., Aguglia, E., Serafini, G., & Amore, M. (2019). Workplace Violence and Burnout Among Mental Health Workers. *Psychiatric Services*, 71(3), 284–288. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900161>
- Alligood, M. R. (2022). *Dorothea E. Orem. En Modelos y Teorías* (10.a ed.). Elsevier Health Sciences.
- Arrogante, O., & Aparicio-Zaldívar, E. G. (2020). Burnout syndrome in intensive care professionals: Relationships with health status and wellbeing. *Enfermería Intensiva*. 31(2), 60–70. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.03.004>
- Asociación Médica Mundial. (2024, octubre). *Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Recuperado de World Medical Association: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Balsategui, A. R., Mostajo, A., de la Rica, J.R., Díaz de Garramiola, A., Pérez de Loza, J., Aramberri, I., & Alonso, I. M. (1993). Validación del cuestionario de salud general de goldberg (versión 28 ítems) en consultas de atención primaria. *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*, 13, 187-194
- Carvalho, D. B., Cruz, M. M. & Haddad, M C. (2022). Violência laboral vivenciada por profissionais de enfermagem em hospital público. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 31, e20210239. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0239>
- Congreso de La Ciudad de México. (2021). N° Oficio CCM/1L/DI/ERA/0/2020. *Gob.mx*. <https://www.congresocdmx.gob.mx/media/documentos/f2500e997c70c4a7a8b5cfba269247aa01e2a256.pdf>

Dulock, H. L. & Holzemer, W.L. (1991). Substruction: Improving the Linkage from Theory to Method. *Journal of Nursing Scholarship*, 23(4), 277–282. <https://doi.org/10.1177/089431849100400>

Franz, S., Zeh, A., Schablon, A., Kuhnert, S., & Nienhaus, A. (2010). Aggression and violence against health care workers in Germany a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Services Research*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-51>

Galián-Muñoz, I., Llor-Esteban, B., & Ruiz-Hernández, J. A. (2012). Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de la Región de Murcia. *Revista Española de Salud Pública*, 86(3), 279–291. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272012000300007&lng=es&tlng=es.

Galindo Vázquez, O., Meneses García, A., Herrera Gómez, Á., Cabrera Galeana, P., Suchil Bernal, L., Rivera Fong, L., & Aguilar Ponce, J. L. (2018). *Propiedades psicométricas del Cuestionario General de Salud de Goldberg – GHQ-28– en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer*. *Psicooncología*, 14(1), 71–81. <https://doi.org/10.5209/PSIC.55812>

García-Molina, C., Satorres-Pérez, M., Crespo-Mateos, A., Quesada Rico, J., García-Soriano, L., & Carrascosa-Gonzalvo, S. (2022). Prevalencia del síndrome de burnout en profesionales de medicina y enfermería de Atención Primaria en centros de salud acreditados para Formación Sanitaria Especializada de dos áreas de salud de Alicante. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 15(1), 35-39. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699695X2022000100007&lng=es&tlng=es

Ginghină, S. (2023). Principles of biomedical ethics. *Logos Universality Mentality Education Novelty: Social Sciences*, 12(2), 110-122. <https://doi.org/10.18662/lumenss/12.2/9>

Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), 139–145. <https://doi.org/10.1017/S0033291700021644>

- Grove, S. K., Gray, J. R., & Burns, N. (2015). *Understanding nursing research: Building an evidence-based practice* (6th ed.). Elsevier.
- Jiménez-Padilla, E. A., Ramírez-Orozco, M., Jiménez-Flores, J., Decat-Bergerot, C., Meneses-García, A., & Galindo-Vázquez, Ó. (2023). Validación del Inventario de Burnout de Maslach en personal mexicano de enfermería. *Psicología y Salud*, 33(2), 291–298. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2811>
- Kobayashi, Y., Oe, M., Ishida, T., Matsuoka, M., Chiba, H., & Uchimura, N. (2020). Workplace violence and its effects on burnout and secondary traumatic stress among mental healthcare nurses in Japan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), 2747. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082747>
- Kowalczyk, K., Tomaszewska, K., Chilińska, J., Krajewska-Kułak, E., Sobolewski, M., & Hermanowicz, J. M. (2023). Subjective assessment of occupational stress and mental health of nurses during the Covid-19 pandemic period. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1301113. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1301113>
- Kulakova, O., Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E., Sánchez -Hernández, M. O., & Aragón, A. (2018). Universalidad del constructo del Maslach Burnout Inventory en un contexto latinoamericano. *Acta de Investigación Psicológica*, 7(2), 2679–2690. <https://doi.org/10.1016/j.aiprr.2017.05.001>
- Lanctôt, N., & Guay, S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior*, 19(5), 492–501
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M. J., & Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16(1), 135–140. <https://doi.org/10.1017/S0033291700002579>
- López García, M. del C., Pascacio Lugo, A., & Pérez Soto, E. (2024). Realización personal y resiliencia, factores protectores contra Burnout en trabajadores de la salud mexicanos

durante la pandemia. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 14(1), e-11208.
<https://doi.org/10.18041/2322-634X/rcso.1.2024.11208>

Maguire, B. J., Browne, M., O'Neill, B. J., & Dealy, M. T. (2018). Prevalence of workplace violence types against personnel of emergency medical services: A systematic review of the literature. *American Journal of Industrial Medicine*, 61(2), 167–180.
<https://doi.org/10.1002/ajim.22797>

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *MBI: Maslach Burnout Inventory manual* (2nd ed.). Consulting Psychologists Press.

Molebatsi, K., Musindo, O., Bojosi, K., Wambua, N., & Olashore, A. A. (2024). Burnout and associated factors among nurses in psychiatric and general tertiary hospitals in Botswana: A cross-sectional study. *SAGE Open Medicine*, 12, 1–9. DOI:
<https://doi.org/10.1177/20503121241272636>

Morales-García, J. A., Ocaña-Peinado, F. M., Costela-Ruiz, V. J., De Luna-Bertos, E., Ramos-Torrecillas, J., & García-Martínez, O. (2025). *Salud general (GHQ-28/CGHQ-28) y riesgos psicosociales (COPSOQ-ISTAS21) en profesionales de urgencias prehospitalarias: Un estudio transversal pre-COVID-19 en el sur de España*. *Healthcare*, 14(1), 41. <https://doi.org/10.3390/healthcare14010041>

Moreira, A. S., & de Lucca, S. R. (2020). *Psychosocial factors and Burnout Syndrome among mental health professionals*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3336.
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.4175.3336>

Nakdali Kassabab, B., Segura Heras, J. V., Gómez Garberí, M., Pacheco Brú, J. J., Ortiz Gorraiz, M. A., & Mira Solves, J. J. (2025). El síndrome de burnout en urólogos españoles: prevalencia, factores de riesgo e implicaciones para la salud mental. *Actas Urológicas Españolas*. <https://doi.org/10.1016/j.acuro.2025.501793>

Nazari, S., Nikpeyma, N., Haghani, S., Fakhuri, F., & Farokhnezhad Afshar, P. (2023). Workplace incivility and the professional quality of life in nurses. *Nursing Ethics*, 31(2–3), 311–320. <https://doi.org/10.1177/09697330231193852>

- O'Connor, K., Neff, D. M., & Pitman, S. (2018). Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *European Psychiatry*, 53, 74–99. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.06.003>
- Odes, R., Chapman, S., Harrison, R., Ackerman, S., & Hong, O. (2020). Frequency of violence towards healthcare workers in inpatient psychiatric hospitals in the United States: A systematic review of literature. *International Journal of Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1111/inm.12812>
- Organización Mundial de la Salud. (02 de septiembre de 2024). *La salud mental en el trabajo*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>
- Orós Ribes, E. P., Badía Lázaro, I., & Gran Embid, S. (2021, 18 de septiembre). *Violencia en el ámbito sanitario: características, factores de riesgos y prevención*. Revista Sanitaria de Investigación. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/violencia-en-el-ambito-sanitario-caracteristicas-factores-de-riesgos-y-prevencion/>
- Osorio-Guzmán, M., Prado-Romero, C., & Bazán-Riverón, G. E. (2021). *Burnout y afrontamiento en profesionales de la salud*. *Psicología y Salud*, 31(2), 267–274. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2695>
- Osorio-Guzmán, M., Prado-Romero, C., & Bazán-Riverón, G. E. (2021). *Burnout y afrontamiento en profesionales de la salud*. *Psicología y Salud*, 31(2), 267–274. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2695>
- Palma, A., Ansoleaga, E., & Ahumada, M. (2018). Violencia laboral en trabajadores del sector salud: revisión sistemática. *Revista Médica de Chile*, 146(2), 213-222 <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000200213>
- Pérez-Fuentes, M. d. C., Molero Jurado, M. d. M., Martos Martínez, Á., Simón Márquez, M. d. M., Oropesa Ruiz, N. F., & Gázquez Linares, J. J. (2020). Cross-sectional study of aggression against Spanish nursing personnel and effects on somatisation of physical symptoms. *BMJ Open*, 10(3), e034143. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034143>

- Pina, D., Llor-Zaragoza, P., López-López, R., Ruiz-Hernández, J. A., Puente-López, E., Galián-Munoz, I., & Martínez-Jarreta, B. (2022b). Assessment of Non-physical User Violence and Burnout in Primary Health Care Professionals. The Modulating Role of Job Satisfaction. *Frontiers In Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.777412>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Investigación en enfermería: Fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de enfermería* (9.^a ed.). McGraw-Hill Interamericana
- Polo García, M., Mengod Simón, D., Bayo Zaera, R., Casas Gimeno, M. C., Simón Simón, M. A., & Orrios Quilez, C. Á. (2025, 24 de febrero). Salud mental en el personal de salud: Estrategias para apoyar el bienestar emocional y mental de los trabajadores de la salud. *Ocronos. Revista Médica*. Ocronos, 8(2), 603. Recuperado de <https://revistamedica.com/apoyar-bienestar-emocional-mental-trabajadores-salud/>
- Psiquiatria. (2019, diciembre 2). *Los psiquiatras son los más afectados por las agresiones en salud mental*. Recuperado de <https://psiquiatria.com/psiquiatria-general/los-psiquiatras-son-los-mas-afectados-por-las-agresiones-en-salud-mental/>
- Rodriguez Castillo, F. J., Barros Liñan, C. M., Giraldo Builes, D. E., & Vallejo-Bocanumen, C. E. (2024). *Prevalencia y factores asociados al síndrome de burnout en personal de salud de urgencias de un hospital de alta complejidad de Medellín en el segundo trimestre del año 2023, estudio cross-sectional*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2024.05.004>
- Rodríguez, A., Díaz, A., Franco, J., Aguirre, J. & Camarena G. (2018). Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de salud en áreas críticas y su asociación con ansiedad y depresión. *Medigraphic.com*. <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2018/bc184b.pdf>
- Rohwedder, S., Da Silva, L., Albuquerque, B., Sousa, R., De Oliveira Sato, T., & Mininel, A. (2023). Asociación entre comportamientos ofensivos y riesgo de burnout y depresión en trabajadores de la salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6683.3986>

- Romero-González, A., Aldrete-Velasco, J., Pedraza-Chávez, J., Reyes-Zavala, C., Treviño-Lozano, F., Barrel, A. E., Rodríguez-García, J., Gallardo-Tenorio, A. J., Camacho-Silva, B., & Aldrete-Audiffred, J. C. (2021). *Síndrome de desgaste en profesionales de la salud mexicanos. Médicos: ¿mártires o víctimas de su profesión?* Medicina Interna de México, 37(3), 343–358. <https://doi.org/10.24245/mim.v37i3.3826>
- Ruiz-Hernández, J., Sánchez-Muñoz, M., Jiménez-Barbero, J., Pina López, D., Galán-Muñoz, I., Llor-Esteban, B., & Llor-Zaragoza, L. (2019). User violence in mental health services: Adaptation of an instrument. Healthcare-workers' Aggressive Behavior Scale-Users-Mental Health Version (HABS-U-MH). *PLOS ONE*, 14(3), e0212742. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212742>
- Secretaría de Salud. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Diario Oficial de la Federación. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Serrano-Ripoll, M. J., Zamanillo-Campos, R., Fiol-deRoque, M. A., Castro, A., Ricci-Cabello, I., & Gonçalves-Bradley, D. C. (2021). Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: A rapid systematic review and meta-analysis. *Atención Primaria*, 53(10), 102017. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102017>
- Servian de Silguero, M.E., Vera de Valdez, L.R., Brítez Cantero, B., & Rodríguez de Fernández, P. (2019). *Relación de la salud mental y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería en un hospital regional*. NURE Investigación, (100). Recuperado de <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1594>
- Sopeña Pintor, Y., Gurrea Castellor, R., Ramírez Palomar, J., de Pra Martínez, S., Santacruz Comeras, A. M., & García Navarro, M. M. (2025, 26 de abril). *Violencia en el entorno sanitario: causas, consecuencias y estrategias de prevención*. Revista Médica Ocronos, 8(4), 1078. Recuperado de <https://revistamedica.com/violencia-entorno-sanitario-causas-consecuencias/>

- Torres Toala, F. G., Irigoyen Piñeiros, V., Moreno, A. P., Ruilova Coronel, E. A., Casares Tamayo, J., & Mendoza Mallea, M. (2021). *Síndrome de Burnout en profesionales de la salud del Ecuador y factores asociados en tiempos de pandemia*. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 8(1), 126–136. <https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2021.08.01.126>
- Ureña, D. (2025). Síndrome del burnout en el sector salud: revisión bibliográfica. *Revista Portales Médicos*. Recuperado de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/sindrome-del-burnout-en-el-sector-salud-revision-bibliografica/>
- Vega-Dienstmaier, J. M. (2022). Estudios psicométricos de los instrumentos en español para la detección de trastornos mentales comunes: una revisión. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 85(2), 127–138. <https://doi.org/10.20453/rnp.v85i2.4230>
- Vidal-Alves, J., Pina, D., Ruiz-Hernández, J. A., Puente-López, E., Paniagua, D., & Martínez-Jarreta, B. (2022). (Un)Broken: Lateral violence among hospital nurses, user violence, burnout, and general health: A structural equation modeling analysis. *Frontiers In Medicine*, 9. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.1045574>
- Vincent-Höper, S., Stein, M., Nienhaus, A., & Schablon, A. (2020). Workplace Aggression and Burnout in Nursing—The Moderating Role of Follow-Up Counseling. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3152. <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/9/3152>
- West, C. P., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Trockel, M., Tutty, M., Nedelec, L., Carlasare, L. E., & Shanafelt, T. D. (2020). *Resilience and burnout among physicians and the general US working population*. *JAMA Network Open*, 3(7), e209385. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.9385>
- World Health Organization. (02 de enero de 2002). Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. *Who.int*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9221134466>

- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/356119>
- World Health Organization. (2022, June 17). *Mental health: Strengthening our response*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organization. (28 de mayo de 2019). Burnout an occupational phenomenon. *International Classification of Diseases*. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of->
- World Health Professions Alliance. (2021, junio). *Stand up for positive practice environments: Mental health* [Hoja informativa]. WHPA. https://www.whpa.org/sites/default/files/2021-06/STAND%20UP%20FOR%20POSITIVE%20PRACTICE%20ENVIRONMENTS_FA_CTSHEET_MENTAL%20HEALTH_ES.pdf
- World Medical Association. (2013). *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Yu, J. J., & Holbeach, E. (2021). Aggressive patient behaviours and unplanned nursing staff leave – is there an association? *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(5), 1183–1192. <https://doi.org/10.1111/inm.12869>

Apéndices

Apéndice 1. Cronograma de actividades

Tabla 1.

Cronograma de actividades, primer semestre 2024

Cronograma de actividades, primer semestre 2024										
	Agosto		Septiembre		Octubre		Noviembre		Diciembre	
Elección del tema de investigación.										
Revisión a profundidad del tema y viabilidad.										
Revisar la accesibilidad al campo de estudio.										
Elaborar: Introducción, justificación, objetivos y pregunta de investigación.										
Elaboración de marco teórico.										
Elaboración de marco conceptual.										
Elaboración de objetivos e hipótesis										
Complementación del protocolo (capítulo I)										
Planeado Realizado										

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2.*Cronograma de actividades, segundo semestre 2025*

Cronograma de actividades, segundo semestre 2025													
	Enero		Febrero		Marzo		Abril		Mayo		Junio		Julio
Realizar visita al campo de estudio con autoridades correspondientes													
Revisión de la metodología.													
Estructuración de la metodología.													
Revisión de los instrumentos para la recolección de la información.													
Revisión de la metodología para el análisis de los datos.													
Estancia Académica en CDMX													
Planeado Realizado													

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3*Cronograma de actividades, tercer semestre 2025***Fuente:** Elaboración propia.

Cronograma de actividades, tercer semestre 2025										
	Agosto		Septiembre		Octubre		Noviembre		Diciembre	
Revisión de la metodología para el análisis de los datos.	Planeado	Realizado								
Complementación de protocolo (capítulo II)	Planeado	Realizado								
Estancia Académica en Facultad de Enfermería Mochis.	Planeado	Realizado								
Sometimiento de protocolo al comité de ética e investigación del H.G.C.	Planeado	Realizado								
Registro de protocolo en comité de ética e investigación H.G.C.	Planeado	Planeado	Planeado	Realizado						
Aplicación de los instrumentos.					Planeado	Planeado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado
Planeado Realizado										

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4.*Cronograma de actividades, cuarto semestre 2026*

Cronograma de actividades, cuarto semestre 2026													
	Enero		Febrero		Marzo		Abril		Mayo		Junio		Julio
Recolección de datos mediante la aplicación de los instrumentos.	Planeado	Realizado											
Análisis estadístico de los datos			Planeado	Planeado	Realizado	Realizado	Realizado						
Interpretación de resultados							Planeado	Realizado					
Elaboración discusión, conclusiones y recomendaciones									Planeado	Realizado			
Revisión y correcciones del documento de tesis										Planeado	Realizado		
Integración de observaciones del director y revisores											Planeado	Realizado	Realizado
Elaboración de presentación para defensa													Planeado
Examen de grado													Planeado
Planeado  Realizado 													

Fuente: Elaboración propia.

Apéndice 2. Consentimiento informado

Título del proyecto de investigación:

Síndrome de burnout, bienestar emocional y violencia ejercida por el paciente al profesional de salud de hospital psiquiátrico

Objetivo: Conocer la relación entre el síndrome de burnout, bienestar emocional y la violencia ejercida por el paciente al profesional de la salud de un hospital psiquiátrico.

Descripción del Estudio/Procedimientos: Se llevarán a cabo 4 cuestionarios: uno es de los datos sociodemográficos del personal de salud psiquiátrico; un cuestionario para medir el síndrome de burnout en el cual utilizará el Maslach Burnout Inventory (MBI); para medir el bienestar emocional se utilizará el Cuestionario de Salud General de Goldberg - GHQ28 y mientras que, para la variable de violencia ejercida al personal de salud se utilizará Healthcare-workers Aggressive Behavior Scale-Users-Mental Health Version (HABS-U-MH).

Si acepta participar, se le pedirá que lo manifieste de manera oficial a través de su firma, además de la firma de dos testigos en un lugar designado para ellos al final de este documento. Para que pueda decidir si quiere participar o no en este estudio, se le aconseja de manera cuidadosa que examine de manera minuciosa todo el contenido de este documento, si tiene dudas o preguntas sobre este, se le responderá de inmediato, con el objetivo de garantizar que ha asimilado toda la información proporcionada. Los cuestionarios se entregarán en papel y lápiz para que pueda responder de forma tranquila y manteniendo la máxima privacidad posible. La duración estimada de su intervención será de 20 a 30 min, y el procedimiento se llevará a cabo en un espacio único de la institución que promueva su privacidad y confort. La información que usted suministre será estrictamente anónima. A pesar de firmar este consentimiento, usted tiene la libertad de retirarse cuando lo prefiera.

Riesgos o molestias y aspectos experimentales del estudio: Esta investigación se categoriza como de riesgo mínimo (Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, 2014) ya que las preguntas podrían generar incomodidad.

Beneficios esperados: Se le informa que su implicación en este trabajo no generará ventajas directas personales ni económicas. Su cooperación es crucial ya que aportará a la creación de nuevo conocimiento que facilitará la determinación de la relación de las variables de estudio ante el personal de salud.

Alternativas y costos: La alternativa es que usted rechace su participación en este estudio, haciéndole el recordatorio que no generará a su persona ningún tipo de gasto económico.

Derecho a retractar: Se asegurará el respeto a todos sus derechos y se reitera la opción de revocar su autorización para participar en cualquier instante de la investigación si lo prefiere, sin que sea percibido por el equipo de investigación.

Estrategias de confidencialidad de la información: Para asegurar el anonimato de los datos suministrados, se comprende que todos los datos empleados se identificarán únicamente con folios numéricos y nunca se emplearán nombres, apodos o iniciales o bien, direcciones que faciliten su reconocimiento.

Datos de contacto del investigador principal y/o del Comité de Ética en Investigación: en caso de tener alguna duda acerca de cualquier aspecto de la investigación, podrá comunicarse por vía telefónica a la Coordinación de Maestría de la Facultad de Enfermería Culiacán, de la Universidad Autónoma de Sinaloa al teléfono 6677136615, o bien acudir de manera personal en horarios de 9:00 a 14:00 horas en las mismas instancias, ubicadas en la dirección: Ave. Álvaro Obregón y Josefa Ortiz de Domínguez C.P. 80010, Culiacán, Sinaloa, México. Si tiene preguntas sobre sus derechos como participante,

comunicarse con Diego Armando Barraza Ortiz, presidente del Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Culiacán, quien también está disponible en el teléfono de oficina 667716 9810 ext. 3087, teléfono celular disponible las 24 horas 667 214 5469 y su respectivo correo electrónico cetic.sc@gmail.com

Consentimiento informado:

Yo _____ acepto participar de manera voluntaria en esta investigación. Afirmo que entiendo que la información proporcionada será completamente privada y empleada para propósitos académicos asegurándose mi participación anónima. He revisado y escuchado atentamente la información contenida en este documento, y las interrogantes que me han surgido han sido solucionadas. Al aceptar participar en este estudio, no cedo ninguno de mis derechos y puedo abandonar esta investigación en cualquier momento sin que haya ninguna consecuencia para mi persona o para el equipo de investigación. Por todo lo mencionado anteriormente, acepto ser parte de la investigación.

Firmas

Participante

Investigador responsable

Testigo 1

Testigo 2

Lugar y Fecha

Anexos

Anexo 1.

CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY

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

0= Nunca, **1=** Pocas veces al año o menos, **2=** Una vez al mes o menos, **3=** Unas pocas veces al mes, **4=** Una vez a la semana, **5=** Pocas veces a la semana, **6=** Todos los días

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

22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	
----	--	--

Anexo 2.**CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG -GHQ28**

Le pido que conteste todas las preguntas, marcando con una X o una √ la opción que mejor represente su experiencia. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes. No hay respuestas correctas o incorrectas. Su sinceridad es fundamental para los fines de este estudio. Muchas gracias por su tiempo y participación.

EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS:**A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?**

Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
-----------------------	-----------------------	----------------------	----------------------------

2. ¿Ha tenido la sensación de que necesita un reconstituyente?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual.
-----------------	------------------------	------------------------------	----------------------------

3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual.
-----------------	------------------------	------------------------------	----------------------------

4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual.
-----------------	------------------------	------------------------------	----------------------------

5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual.
-----------------	------------------------	------------------------------	----------------------------

6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual.
-----------------	------------------------	------------------------------	----------------------------

7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual.
-----------------	------------------------	------------------------------	----------------------------

B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual.
-----------------	------------------------	------------------------------	----------------------------

2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual.
-----------------	------------------------	------------------------------	----------------------------

3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual.
-----------------	------------------------	------------------------------	----------------------------

4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual.
-----------------	------------------------	------------------------------	----------------------------

5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual.
6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual.
7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual.
C.1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?			
Más activo que lo habitual	Igual que lo habitual	Bastante, más que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?			
Menos tiempo que lo habitual	Igual que lo habitual	Más tiempo que lo habitual	Mucho más tiempo que lo habitual
3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?			
Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?			
Más satisfecho que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos satisfecho que lo habitual	Mucho menos satisfecho que lo habitual
.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?			
Más útil de lo habitual	Igual de útil que lo habitual	Menos útil de lo habitual	Mucho menos útil de lo habitual
6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?			
Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?			
Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
D.1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual.
2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual.
3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual.
4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual.

5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual.
-----------------	------------------------	------------------------------	----------------------------

6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual.
-----------------	------------------------	------------------------------	----------------------------

7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?

Claramente, no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente, lo he pensado
----------------	------------------	-------------------------------	---------------------------

Anexo 3.

CUESTIONARIO HABS-U-MH

A continuación, le presentamos una lista de situaciones tensas que pueden ocurrir en su puesto de trabajo con los usuarios. ¿Con qué frecuencia se ha visto en las siguientes situaciones?

Por favor, conteste a todas las preguntas marcando con una X o una ✓ la opción que mejor represente su experiencia utilizando la escala que aparece a continuación:

- A (N)unca
- B (A)nualmente
- C (T)rimestralmente
- D (M)ensualmente
- E (S)emanalmente
- F (D)ariamente

		A	B	C	D	E	F
1.	Los usuarios cuestionan mis decisiones.	N	A	T	M	S	D
2.	Los usuarios me responsabilizan exageradamente de cualquier minucia.	N	A	T	M	S	D
3.	Los usuarios han llegado a sujetarme o tocarme de manera hostil.	N	A	T	M	S	D
4.	Los usuarios me acusan injustificadamente de incumplimientos, errores o complicaciones.	N	A	T	M	S	D
5.	Los usuarios me hacen bromas irónicas.	N	A	T	M	S	D
6.	Los usuarios han llegado a empujarme, zarandearme o escupirme.	N	A	T	M	S	D
7.	Los usuarios se enfadan conmigo por la demora asistencial.	N	A	T	M	S	D
8.	Los usuarios muestran su enfado contra mi destruyendo puertas, cristales, paredes etc.	N	A	T	M	S	D
9.	Los usuarios me ponen malas caras o miradas de desprecio.	N	A	T	M	S	D
10.	Los usuarios me han agredido cuando intentaba evitar su autolesión.	N	A	T	M	S	D

Anexo 4.

Registro de proyecto en la Facultad de Enfermería Culiacán



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE ENFERMERÍA CULIACÁN

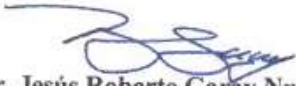


**COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN
REGISTRO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

NOMBRE DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
Síndrome de Burnout, bienestar emocional y violencia ejercida por el paciente al profesional de salud de Hospital Psiquiátrico.
AUTORES
LE. Karen Larissa Campos Ruiz
Dra. Jesica Guadalupe Ahumada Cortez
REGISTRO DE CEI
HGC-FOLIO DE INVESTIGACIÓN EN ENF.-002-25
REGISTRO DE PROYECTO 053-25

Culiacán, Sinaloa; 28 de agosto de 2025.


Dra. Miriam Gaxiola Flores
Responsable del Comité de Ética e
Investigación
Facultad de Enfermería Culiacán


Dr. Jesús Roberto Garay Nuñez
Director
Facultad de Enfermería Culiacán.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
Facultad de Enfermería Culiacán
DIRECCIÓN

C.c.p. Coordinación de Investigación y Posgrado FEC. UAS
C.c.p. Secretaría Académica FEC. UAS
C.c.p. Coordinación de Maestría FEC. UAS

Anexo 5.

Dictamen de Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Culiacán



Culiacán, Sinaloa a 15 septiembre 2025

Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar

Folio: CEIHGC-000002

Protocolo: 024-25

Fecha de sesión: 11 septiembre 2025

Sesión: Ordinaria

Acta: CEIHGC-175

Karen Larissa Campos Ruiz

Investigador Principal

Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar Hospital General de Culiacán

Boulevard Paseo de Tamazula sin número, Colonia Limita de Hitaje, Culiacán, Sinaloa, CP. 80064

PRESENTE

Asunto: **Dictamen de revisión inicial**

024-25

Síndrome de Burnout, bienestar emocional y violencia ejercida por el paciente al profesional de salud de hospital psiquiátrico.

Hacemos de su conocimiento que el Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Culiacán, revisó el protocolo arriba mencionado. La evaluación fue realizada, con apego a la regulación local e internacional vigente, tomando en cuenta para esta evaluación los aspectos éticos mínimos exigidos por la Comisión Nacional de Bioética contemplados en la Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación tales como: valor científico; pertinencia científica en el diseño y conducción del estudio; selección de los participantes; proporcionalidad en los riesgos y beneficios; evaluación independiente; respeto a los participantes y consentimiento informado.

En mi calidad de Presidente le informo que el **Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Culiacán** decide por unanimidad la **APROBACIÓN** del protocolo antes mencionado, teniendo **vigencia de un año a partir de hoy**. Deberá solicitar re-aprobación anual notificando a Comité el reporte anual de protocolo o bien un reporte final de resultados para dar por finalizado el protocolo.

Por lo anterior, este Comité aprueba los documentos mencionados a continuación:

Protocolo "SÍNDROME DE BURNOUT, BIENESTAR EMOCIONAL Y VIOLENCIA EJERCIDA POR EL PACIENTE AL PROFESIONAL DE SALUD DE HOSPITAL PSIQUIÁTRICO"

Dicho trabajo será conducido por LE. KAREN LARISSA CAMPOS RUIZ, para obtener el grado de especialidad en: MAESTRÍA EN ENFERMERÍA; teniendo como ASESOR DE TESIS: ME. ZINDY PAMELA NUÑEZ IRIZAR.

Anexo 6

Comité de Investigación del Hospital General de Culiacán "Dr. Bernardo J. Gastélum"



Culiacán, Sinaloa a 15 septiembre 2025

Comité de Investigación, Hospital General de Culiacán Dr.

Bernardo J. Gastélum

Folio: CIHGC-000002

Protocolo: 024-25

Fecha de sesión: 11 septiembre 2025

Sesión: Ordinaria

Acta: CIHGC-175

Karen Larissa Campos Ruiz

Investigador Principal

Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar Hospital General de Culiacán

Boulevard Paseo de Tamazula sin número, Colonia Limita de Hitaje, Culiacán, Sinaloa, CP. 80064

PRESENTE

Asunto: **Dictamen de revisión inicial**

024-25

Síndrome de Burnout, bienestar emocional y violencia ejercida por el paciente al profesional de salud de hospital psiquiátrico.

Hacemos de su conocimiento que este **Comité de Investigación del Hospital General de Culiacán "Dr. Bernardo J. Gastélum"** revisó el protocolo arriba mencionado. La evaluación fue realizada con apego a la regulación local e internacional vigente, a los requerimientos de COFEPRIS, Buenas Prácticas Clínicas y lineamientos de la ICH.

En mi calidad de Presidente le informo que el **Comité de Investigación del Hospital General de Culiacán Dr. Bernardo J. Gastélum** decide por unanimidad la **APROBACIÓN** del protocolo antes mencionado, teniendo **vigencia de un año a partir de hoy**. Deberá solicitar re-aprobación anual notificando a Comité el reporte anual de protocolo o bien un reporte final de resultados para dar por finalizado el protocolo.

Por lo anterior, este Comité aprueba los documentos mencionados a continuación:

Protocolo "SÍNDROME DE BURNOUT, BIENESTAR EMOCIONAL Y VIOLENCIA EJERCIDA POR EL PACIENTE AL PROFESIONAL DE SALUD DE HOSPITAL PSIQUIÁTRICO"

Dicho trabajo será conducido por LE. KAREN LARISSA CAMPOS RUIZ, para obtener el grado de especialidad en: MAESTRÍA EN ENFERMERÍA; teniendo como ASESOR DE TESIS: ME. ZINDY PAMELA NÚÑEZ IRIZAR.

Los documentos revisados son: