



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Tesis

*Síndrome de Burnout, consumo de alcohol, tabaco y
estrategias de afrontamiento en el personal de
enfermería*

Presenta:

LE. María José Pérez Portillo

Para Obtener el Grado de
Maestra en Enfermería

Diciembre, 2025



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Tesis

*Síndrome de Burnout, consumo de alcohol, tabaco y
estrategias de afrontamiento en el personal de
enfermería*

Presenta:

LE. María José Pérez Portillo

Para Obtener el Grado de
Maestra en Enfermería

Directora de Tesis:
DE. Inés Tenahua Quitl

Diciembre, 2025

Tesis: Síndrome de Burnout consumo de alcohol, tabaco y estrategias de afrontamiento en el personal de enfermería.

Número de registro: **SIEP/BIO/INV/162/2024**

Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional

DE. Inés Tenahua Quitl
Presidente

DE. Maria Luz de Ávila Arroyo
Secretario

DECE. Alejandro Torres Reyes
Vocal 1

DE. Francisco Adrián Morales Castillo
Vocal 2

DE. Inés Tenahua Quitl
Director de Tesis

DCE. Francisco Javier Báez Hernández
Director de la Facultad de Enfermería

ME. Miguel Ángel Zenteno López
**Secretario de Investigación y Estudios de
Posgrado**

Agradecimientos

Agradezco a dios principalmente por darme la salud, fortaleza, sabiduría y perseverancia necesaria para culminar esta etapa tan anhelada de mi vida. Por acompañarme en cada momento, incluso en los más difíciles y no solar mi mano cuando pensé que no podía más.

A mi mamá, por ser mi amor incondicional y mi principal apoyo durante este proceso con su paciencia y palabras de aliento en los momentos más difíciles. A mi hermano Oviel y mi tía Silvia por su compañía, comprensión y motivación diaria que siempre me brindaron, así como mis abuelitos quienes siempre permanecen vivos en mi y se que nunca me dejaron sola y desde el cielo me enviaron muchas bendiciones para poder lograrlo.

Gracias a mis amigos, compañeros y docentes por enseñarme, apoyarme y guiarme en este proceso, porque con su cariño, conocimientos, motivación y experiencia me hicieron aprender muchas cosas y ser parte de la persona que he llegado ser hasta ahora.

Este logro no es solo mío, si no de la gente que día con día no me dejó sola y creyó en mí. Gracias por amarme y formar parte de quien soy ahora, siempre estarán en mi corazón, sé que soy uy afortunada desde que dios los puso en mi camino.

Dedicatoria

Este trabajo de varios meses, llenos de alegría, pasión, tristeza, amor, decepción, desvelos, preocupaciones, logros y aprendizajes lo dedico principalmente a Dios porque sin él no podría lograr mis metas. A mi mami, hermano y familia por acompañarme, ayudarme, darme ánimos y tenerme paciencia; a mis amigas que me ayudaron a distraerme de los momentos difíciles y finalmente a mí para demostrarme que, si me lo propongo, sea la situación que sea y con los problemas o bendiciones que reciba en el proceso, lo lograré y al final estaré orgullosa y satisfecha porque solo yo sé lo poco o mucho que me costó lógralo y aun así lo terminé.

Tabla de Contenido

	Página
Capítulo I	
Introducción	
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Marco de Referencia	5
1.3 Estudios Relacionados	13
1.5 Definición Operacional	21
1.5 Objetivo General	23
1.5.1 Objetivos específicos	23
Capítulo II	
Metodología	
2.1 Diseño	24
2.2 Población	24
2.3 Muestra	24
2.4 Muestreo	24
2.5 Criterios de Selección	25
2.5.1 Inclusión	25
2.5.2 Exclusión	25
2.5.3 Eliminación	25
2.6 Instrumentos de Medición	25
2.6.1 Cédula de Datos Generales y Prevalencia del Consumo de Alcohol y Tabaco	26
2.6.2 Cuestionario Maslach Burnout Inventory	26
2.6.3 Cuestionario de Orientación a Problemas Experimentados	27
2.7 Procedimiento de Recolección	28
2.8 Ética del Estudio	30
2.9 Plan de Análisis Estadístico	31
Capítulo III	
Resultados	33

Capítulo IV	
4.1 Discusión	44
4.2 Conclusiones	49
Referencias	51
Anexos	
Anexo A. Cédula de datos y prevalencias del consumo de alcohol y tabaco	62
Anexo B. Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)	64
Anexo C. Cuestionario de Orientación a Problemas Experimentados (Brief COPE)	66
Anexo D. Consentimiento informado	68

Lista de tablas

Página

Tabla 1. Efectos respecto al consumo de tabaco	10
Tabla 2. Confiabilidad de los instrumentos	33
Tabla 3. Datos generales	34
Tabla 4. Presencia del síndrome de Burnout	34
Tabla 5. Prevalencias del consumo de alcohol y tabaco	35
Tabla 6. Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección Lilliefors de las variables	36
Tabla 7. Síndrome de Burnout con sexo	37
Tabla 8. Síndrome de Burnout con grado académico y turno laboral	38
Tabla 9. Estrategias de afrontamiento con sexo	38
Tabla 10. Estrategias de afrontamiento con grado académico y turno laboral	39
Tabla 11. Prevalencia del consumo de alcohol con el sexo	39
Tabla 12. Prevalencia del consumo de tabaco con el sexo	40
Tabla 13. Prevalencia del consumo de alcohol con turno laboral	40
Tabla 14. Prevalencia del consumo de tabaco con turno laboral	41
Tabla 15. Relación entre el Síndrome de Burnout, consumo de alcohol, tabaco y estrategias de afrontamiento	42

Resumen

Candidato para el Grado de:	Maestra en Enfermería
Fecha de Graduación:	Diciembre 2025
Universidad:	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad:	Facultad de Enfermería
Título de las Tesis	Síndrome de Burnout, consumo de alcohol, tabaco y estrategias de afrontamiento en el personal de enfermería.
Número de páginas	77

Introducción: El Síndrome de Burnout representa un problema frecuente en el personal de enfermería en el ámbito de la salud mental, debido a la alta demanda emocional y laboral. Diversos factores como individuales, laborales y conductuales como el consumo de sustancias y las estrategias de afrontamiento ya sean adaptativas o desadaptativas empleadas, pueden influir en su aparición y desarrollo.

Objetivos: Determinar la relación entre el síndrome de Burnout, consumo de alcohol, tabaco y estrategias de afrontamiento utilizadas por el personal de enfermería de una institución en salud mental de la Ciudad de Puebla.

Metodología: Se realizó un estudio cuantitativo, transversal y correlacional con una muestra de 71 participantes, mediante la aplicación de una cédula de datos sociodemográficos, prevalencias y frecuencias del consumo de alcohol y tabaco, Cuestionario Maslach Burnout Inventory y el Cuestionario de Orientación a Problemas Experimentados. Se aplicó la prueba de *Kolmogorov – Smirnov* para determinar el uso de *prueba t de Student*, *ANOVA*, *Chi-cuadrada* y *Rho de Spearman*.

Resultados: El personal de enfermería en el ámbito de la salud mental presentó bajos niveles de Burnout, evidenciados por bajo agotamiento emocional y despersonalización. Se identificaron bajas prevalencias del consumo de alcohol y tabaco; sin embargo, el consumo de tabaco fue la sustancia de mayor consumo. Se observó una relación significativa entre el síndrome de Burnout y el consumo de tabaco. Además, el inicio temprano del consumo se relacionó con una mayor cantidad de consumo diario principalmente en los hombres, con un predominio en el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas.

Discusión/Conclusión: A pesar de la baja prevalencia del síndrome de Burnout, el consumo de tabaco se relaciona como una estrategia desadaptativa frente a este. Por esa razón se recomienda fortalecer programas preventivos enfocados al afrontamiento saludable y el control del uso de sustancias como el alcohol y tabaco.

Palabras Clave: Síndrome de Burnout, consumo de alcohol, consumo de tabaco, estrategias de afrontamiento, personal de enfermería.

Firma del director de Tesis: DE. Inés Tenahua Quitl

Capítulo I

Introducción

1.1 Planteamiento del Problema

En la actualidad, la globalización hace que las demandas laborales desencadenen constantemente distintos estresores (horarios extensos, poco salario, falta de insumos, etc.) los cuales, si no son gestionados con éxito, generan niveles de estrés crónico laboral, conocido como Síndrome de Burnout (SB), caracterizado por tres dimensiones, agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019; Rendón et al., 2020).

De acuerdo con Jiménez et al. (2023) el personal de salud es uno de los más afectados, específicamente el personal de enfermería, puesto que se considera una profesión en la que el estrés es considerado como inherente a sus actividades, lo que hace a este grupo más propenso a desarrollarlo. Estadísticas a nivel mundial señalan que para el 2022 el SB tuvo una prevalencia del 42%. En América Latina los países más afectados fueron Argentina con 86%, Chile con 82% y Panamá con 78% (Guarino, 2022).

México no es la excepción, con al menos el 75% de los trabajadores afectados por el SB; se ha evidenciado que el 61.1% presenta niveles bajos y altos del Burnout. En el Estado de Puebla el 80% del personal de enfermería presentó una prevalencia media del SB. De igual manera, Velázquez et al. (2022) evidenciaron que el 90.3% presentaba niveles bajos en la realización personal (Borges et al., 2021; García et al., 2022; Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2023; Rendón et al., 2020).

Ahora bien, las consecuencias de este síndrome demuestran que no solo afecta el estado de salud de quien lo padece, sino también su desempeño laboral y sus relaciones

interpersonales tanto en lo laboral como en lo personal. Experimentan problemas físicos, emocionales, interpersonales y conductuales, este último caracterizado por una actitud defensiva, agresión, cinismo y abuso de sustancias como el consumo de alcohol y tabaco (Bautista et al., 2022; Lukan et al., 2022).

El consumo de estas sustancias es un fenómeno social que implica ingerir por vía oral o inhalada compuestos naturales y sintéticos que actúan sobre el sistema nervioso central (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023). Se han realizado diversos estudios que detallan una prevalencia significativa de consumo entre el personal de la salud que enfrenta jornadas laborales largas, con exceso de pacientes y responsabilidades, particularmente en aquellos que trabajan en entornos de alta presión como en urgencias, cuidados críticos y centros de atención a la salud mental (Jiang et al., 2020; Shah et al., 2025; Yoon et al., 2025).

En un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024) se reportó que a nivel mundial alrededor de 400 millones de personas sufren trastornos relacionados con el consumo de alcohol y 209 millones sufren de dependencia a este, lo que contribuye a 2.6 millones de muertes anuales. En México, más del 45% del personal de enfermería había consumido alcohol en la última semana y más del 50% en el último mes (Villarreal et al., 2023).

En Puebla, ante tal situación, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA, 2021) informó que el 10.5% de la población de 18 a 65 años consumió drogas en el último año, donde la más utilizada fue el alcohol (7.5%). De Ávila et al. (2023) mostró que el 32.1% del personal consumió alcohol en el último mes y el 17.9% en la última semana.

Respecto al consumo de tabaco, mundialmente se consume por aproximadamente 1.300 millones de personas, relacionado con más de 7 millones de muertes anuales (OMS, 2023). En México, se expuso que el personal de enfermería suele consumir 5.82 cigarrillos en un día típico, 52.5 % lo consumieron alguna vez en su vida, 33.3% en el último año, 29.2% en el último mes y el 25% en los últimos 7 días (Castillo et al., 2024).

En Puebla no es diferente, el 25% de los adultos consume tabaco, cifra alarmante ya que lo ubica como uno de los estados con mayor prevalencia de consumo de tabaco en el país (Ángulo 7, 2019; OMS, 2024). La Encuesta Nacional en Salud y Nutrición (ENSANUT, 2022), declaró cifras sobre la prevalencia del consumo de un 22.5%, en comparación con la prevalencia nacional del 18.3%, lo que indica aproximadamente que 1 de cada 4 enfermeros consume tabaco, con un predominio en el género femenino.

De igual manera, el consumo de alcohol y tabaco en el personal puede interpretarse como una Estrategia de Afrontamiento (EA), las cuales son acciones empleadas en distintas maneras por el personal ante una situación difícil que afecta su salud, las cuales pueden ser adaptativas o desadaptativas. Yeşil y Polat (2023) evidenciaron que al menos el 65.07% del personal de enfermería emplea las EA adaptativas, las cuales ayudan a reducir el Burnout sin tener consecuencias negativas.

Sin embargo, las EA desadaptativas como lo son el consumo de alcohol y tabaco, proporcionan un alivio temporal pero no solucionan la causa del Burnout, lo cual llega a empeorar la situación (Andreo y Ortenso, 2020; Lazarus y Folkman, 1984).

Las EA desadaptativas generalmente evitan enfrentar el problema de manera directa o lidian con las emociones de forma poco saludable, lo que lleva a un incremento del síndrome y consecuencias negativas tanto para la salud como para la calidad de vida y la atención brindada a los pacientes, con mayor presencia en entornos de alta presión, como

las instituciones dedicadas a la salud mental, donde el personal de enfermería recurre al consumo de alcohol y tabaco para hacer frente a los efectos del SB (Andreo y Ortenso, 2020; Bautista et al., 2022; Lazarus y Folkman, 1984).

Por lo anterior descrito, el presente estudio tiene la necesidad de comprender como el SB y el consumo de alcohol y tabaco interactúan como estrategia de afrontamiento en el personal de enfermería en el ámbito de la salud mental, la cual es una población poco estudiada dada a la exigencia emocional que estos presentan, ya que constantemente se enfrentan a situaciones de desgaste emocional debido al padecimiento de los pacientes como exposiciones a crisis, violencia y contención emocional y física.

Así mismo, este estudio llegará a ampliar el marco teórico del SB en contextos sobre la atención a la salud mental con aportación sobre las estrategias de afrontamiento, específicamente el consumo de alcohol y tabaco, las cuales son formas de evitación que ofrecen un alivio temporal, dando origen a un daño a la salud en el personal de enfermería, por lo que es importante en esta disciplina de enfermería, profundizar y generar evidencia científica sobre la salud mental laboral.

De igual manera, el análisis de la literatura existente reveló una concentración predominante de estudios sobre el SB y el consumo de alcohol y tabaco entre estudiantes de enfermería y personal en áreas críticas. Sin embargo, se observó una notable ausencia de investigaciones que aborden específicamente estas problemáticas en el personal de enfermería en salud mental. Esta carencia de evidencia científica subrayó un vacío significativo en la investigación disciplinar, por lo que se resalta la necesidad urgente de explorar cómo estas variables afectan al personal en entornos de salud mental. Esta brecha justificó plenamente la expansión del enfoque investigativo hacia esta población específica,

con el fin de proponer estrategias para el bienestar y la eficacia del personal en este ámbito crítico de la atención sanitaria.

1.2 Marco de Referencia

En este apartado se presentan las variables que guiaron el estudio.

1.2.1 Síndrome de Burnout

Actualmente la OMS (2019) define al SB como un síndrome resultante del estrés crónico del trabajo que no ha sido gestionado con éxito. Este es secundario a una respuesta negativa al estrés laboral cuando faltan las estrategias funcionales de afrontamiento en una persona. Romero y Urrea (2022) lo consideran uno de los factores de daño laboral asociado a características psicosociales, como una respuesta prolongada a agentes estresores crónicos, influenciado por variables personales, laborales y organizacionales.

Las personas que lo padecen se establecen como personas con objetivos inalcanzables o idealistas, se menciona que el agotamiento se debe a la presión que se tiene por cumplir las expectativas y exigencias de los demás o de la intensa competencia para ser mejor que otros en la misma empresa (Carrillo, 2012).

Cerón (2020) menciona que las personas que padecen este síndrome pueden pasar por cinco estadios o fases:

Fase de entusiasmo: el trabajador adquiere en nuevo puesto de trabajo, donde lo afronta con entusiasmo y energía, sin importancia a la realización de sobreesfuerzos laborales.

Fase de estancamiento: no se cumple con las expectativas iniciales respecto a su puesto de trabajo y comienza un estrés laboral que conlleva a la aparición de problemas psicosociales, con una percepción de incapacidad funcional respecto al puesto de trabajo.

Fase de frustración: se comienza a percibir una desmoralización, desengaño decepción y otras, donde el personal se encuentra susceptible a cualquier problema o conflicto con compañeros de trabajo o pacientes y comienzan los problemas de salud psicológicos y fisiológicos.

Fase de apatía: se presentan cambios comportamentales con respecto a sus actividades dentro del entorno laboral.

Fase de quemado: la sintomatología del síndrome se muestra a su máxima expresión donde comienza a tener problemas sociales, psicológicos y fisiológicos donde aparecen pensamientos de absentismo evitación y frustración.

Igualmente, en 1981 Maslach y Jackson efectuaron un análisis, donde determinaron tres características definitorias de este síndrome. Agotamiento emocional (AE), es la dimensión central del SB, se caracteriza por un sentimiento emocional y físico agotador debido a las exigencias excesivas del trabajo, donde se llega a reflejar una tensión crónica asociada al cuidado continuo y directo de pacientes. Es la respuesta más directa al SB.

La despersonalización (DE) es el desarrollo de actitudes cínicas y respuestas emocionales distantes hacia los pacientes. En esta dimensión, los afectados se desvinculan emocionalmente y deshumanizan a las personas con las que trabajan y es reflejado como una forma de autoprotección contra las demandas emocionales del trabajo.

Finalmente, la falta de realización personal (FRP) se manifiesta como una tendencia a evaluar negativamente el propio trabajo, con experiencias de insatisfacción, falta de logros y competencia en el trabajo. Esta dimensión se aborda el cómo se sienten con su desempeño y efectividad en el trabajo y cómo esto contribuye a su autoestima profesional.

El personal que lo padece puede presentar diferentes signos y síntomas las cuales pueden ser leves (iniciar con cansancio, dificultad para levantarse y quejas vagas),

moderadas (susplicacia, aislamiento y negativismo) y graves (ausentismo, aversión, abuso de estupefacientes y repuesta enlentecida), así como presentar sintomatología extrema como el suicidio, colapso, aparición de cuadros psiquiátricos y aislamiento completo (Lovo, 2021).

El tratamiento para este síndrome depende de la gravedad, ya que, si es leve, las intervenciones pueden estar basadas en la modificación de hábitos o estilos de vida, como lo son las estrategias de afrontamiento, técnicas de relajación o meditación, práctica de algún deporte o actividad física y vuelta a la realidad, esto es en términos de abandono de las ideas de perfección. Sin embargo, si este es grave, las intervenciones serían psicoterapéuticas y los antidepresivos (Carrillo, 2012).

Al mismo tiempo el SB se puede prevenir con medidas de apoyo como: emocional (muestras de efecto, confianza y preocupación por las personas que laboran); instrumental (recursos y materiales adecuados para realizar el trabajo y sueldos adecuados); informativa (conocer el síndrome y la manera de contrarrestarlo); evaluativa (estar al pendiente de las necesidades del trabajador y al mismo tiempo, realizar evaluaciones para determinar de manera oportuna, si algún trabajador comienza a padecer el síndrome) (Lovo, 2021).

1.2.2 Consumo de alcohol

El consumo de alcohol se define como la ingesta de bebidas que contienen etanol, conocido como alcohol etílico, este depende de la cantidad en la que se bebe, el cual se produce por la fermentación de azúcares, principalmente a partir de frutas, cereales o vegetales y pueden ser: fermentadas, las cuales son aquellas bebidas naturales elaboradas exclusivamente a partir de la fermentación de alimentos como la uva, los cereales, los frutos carnosos o las bayas como el vino, pulque, cerveza y sidra (Ministerio de sanidad, 2024).

Las espirituosas o destiladas son todas aquellas bebidas obtenidas por destilación de productos fermentados por maceración en alcohol etílico o por adición de aromas, azúcares u otros productos edulcorantes al alcohol etílico para obtener mayores concentraciones. La cantidad de alcohol en las bebidas fermentadas es menor que en las destiladas, sin embargo, sus efectos son los mismos si se consumen cantidades equivalentes (Ministerio de sanidad, 2024).

La Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, considera que su consumo se determina por la ingesta de bebidas alcohólicas ingeridas en un determinado momento, la cual puede medirse a través de la prevalencia del consumo en alguna vez en la vida, el último año, el último mes y los últimos siete días. Así mismo, el Instituto Nacional sobre Abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIDA, 2023) define que un consumo que afecta a la salud es esencialmente por la frecuencia, donde determina el consumo en un hombre de 5 o más bebida alcohólicas en un día típico y 15 o más bebidas alcohólicas a la semana. Con respecto a las mujeres si consume 4 o más bebidas alcohólicas en un día típico y 8 o más bebidas alcohólicas a la semana.

Según el CCM Salud (2016), el alcohol se absorbe en el aparato digestivo y puede permanecer en la sangre hasta 18 horas, eliminándose a través del hígado. Los efectos del alcohol varían según la cantidad consumida y características individuales como edad (los jóvenes son más sensibles a los efectos del alcohol en actividades que tienen que ver con la planificación, memoria y aprendizaje, y son más resistentes que los adultos a los efectos sedantes y a la descoordinación motora), peso y sexo (afecta más a las personas con menor masa corporal, por lo que la mujer es más susceptible, ya que el tamaño de sus órganos internos es proporcionalmente más pequeño (Ministerio de sanidad, 2024).

1.2.3 Consumo de Tabaco

El consumo de tabaco se define como la combustión o calentamiento de sus componentes, proveniente de América y compuesto por las hojas de "Nicotiana tabacum", el cual contiene nicotina, un potente adictivo que se presenta en diversas formas como bolsas de nicotina, chicles, parches, comprimidos, sprays nasales e inhaladores bucales, además de los tradicionales cigarrillos y dispositivos modernos de vaporización como los cigarrillos electrónicos y "vapeadores". Al fumarlo, la nicotina alcanza rápidamente altos niveles en la sangre y en el cerebro, al interactuar con neurotransmisores el cual favorece una dependencia (Davia et al., 2022; Real Academia Española [RAE], 2023).

La absorción también puede ocurrir a través de la piel y mucosas también expone a los no fumadores a sus efectos adversos. Escobar y Méndez (2020) destacan el problema de los fumadores pasivos, que involuntariamente inhalan humo en ambientes cerrados, lo que afecta su derecho a un ambiente libre de contaminación. Por otro lado, los fumadores activos pueden desarrollar adicción poco después de iniciar el consumo, hasta llegar a un patrón de consumo frecuente (OMS, 2024; Organización Panamericana de la Salud, 2023)

Esto desencadena efectos a corto, mediano y largo plazo como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 1*Efectos respecto al consumo de tabaco*

Corto plazo	Mediano y Largo plazo
Aumento de la presión arterial	Enfermedades neoplasias
Sensación transitoria de alerta y estimulación	Disminución del gusto y olfato
Mareo y náuseas	Menopausia a temprana edad
Taquicardia	Alteraciones hormonales
Disminución de la oxigenación	Manchas dentales
Pérdida del apetito	Enfermedades metabólicas
Halitosis	Enfermedades respiratorias
Aumento del tránsito intestinal	Enfermedades cardiovasculares

Nota. Tabla de autoría propia basada en la clasificación de efectos según Cruz et al. (2019)

y Davia et al. (2022).

La Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, considera que el consumo puede medirse a través de la prevalencia en alguna vez en la vida, el último año, el último mes y los últimos siete días. Hernández et al. (2021) hacen referencia a la frecuencia de consumo en el último mes, con una clasificación de diarios a aquellos que fuman al menos un cigarrillo cada día y ocasionales a los que no. La categorización varía entre autores, algunos se basan en la cantidad de cigarrillos por día, otros en los días de consumo y otros en el nivel de dependencia fisiológica o psicológica. Con respecto a la cantidad, el consumo es perjudicial si los hombres consumen 7 cigarrillos en un día típico y las mujeres 6 cigarrillos en un día típico.

1.2.4 Estrategias de afrontamiento

Finalmente, las estrategias de afrontamiento son definidas como el conjunto de pensamientos o acciones que el personal emplea para manejar situaciones que generan estrés, conflicto o malestar emocional, donde el afrontamiento tiene como objetivo regular las demandas internas o del entorno que son percibidas como amenazantes o desbordantes para el individuo. Desde el modelo teórico de Lazarus y Folkman (1984), el afrontamiento

se define como los esfuerzos cognitivos y conductuales, deliberados y cambiantes, que realiza una persona para manejar situaciones que superan sus recursos personales, los cuales se distinguen en dos tipos de estrategias: adaptativas y desadaptativas (Osorio et al., 2021).

Las estrategias de afrontamiento adaptativas o activas se caracterizan por enfrentar directamente el problema o regular las emociones de forma saludable, con el propósito de reducir el impacto del estrés sin generar consecuencias negativas. En el contexto del consumo de alcohol y tabaco, estas estrategias pueden incluir la búsqueda de apoyo profesional, la participación en grupos de ayuda, el desarrollo de habilidades de autocontrol y la adquisición de técnicas para el manejo del estrés como la relajación o el mindfulness (Carver et al., 1993; Folkman y Moskowitz, 2004; Ríos, 2020).

De acuerdo con Carver (1997), las principales estrategias adaptativas incluyen: la auto distracción, que implica dirigir la atención hacia otras actividades para distraerse del problema; apoyo social emocional, donde se busca consuelo y comprensión en otras personas; religión para buscar consuelo y fortaleza en creencias o prácticas religiosas; conductas desadaptativas o afrontamiento activo, que implica realizar acciones concretas para resolver el problema; la planificación, que consiste en analizar la situación y estructurar pasos para enfrentarla; la reinterpretación positiva, orientada a encontrar aprendizajes o aspectos positivos dentro de la dificultad; la aceptación, al reconocer la realidad sin resignación; el humor, como recurso para aliviar la carga emocional, para recibir comprensión y contención; y la búsqueda de apoyo instrumental para obtener ayuda práctica.

Estas estrategias resultan relevantes en el manejo del síndrome de Burnout y para enfrentar factores asociados al consumo de alcohol y tabaco. Cuando una persona enfrenta un proceso de adicción, puede beneficiarse del aprendizaje de técnicas de relajación, la

práctica de mindfulness y el desarrollo de habilidades de afrontamiento, ya que estas herramientas ayudan a controlar los impulsos del consumo y afrontar situaciones estresantes sin recurrir al uso de sustancias (Marlatt y Gordon, 1985).

Contrariamente las estrategias de afrontamiento desadaptativas son aquellas que evitan enfrentar el problema de forma directa o regulan las emociones de manera poco saludables, lo cual puede generar un alivio temporal, pero produce consecuencias negativas a largo plazo. En el ámbito del consumo de alcohol y tabaco, estas pueden manifestarse como la evasión de situaciones relacionadas al consumo o el uso excesivo de actividades distractoras como dormir en exceso o ver la televisión de manera prolongada (Carver et al., 1993; Lazarus y Folkman, 1984).

En algunas situaciones, estas estrategias pueden resultar útiles de manera momentánea, especialmente cuando el problema es transitorio o no existen alternativas inmediatas de afrontamiento activo, Sin embargo, el uso constante puede impedir la solución del conflicto y fomentar una dependencia hacia mecanismos poco saludables (Ortiz y Fuentes, 2023).

Dentro de la clasificación de Carver (1997) las estrategias desadaptativas incluyen la negación, entendida como el rechazo a aceptar la realidad del problema; el uso de sustancias, como medio para enfrentar el malestar; el desahogo emocional, que implica expresar sentimientos negativos sin buscar soluciones; la auto culpación, basada en atribuirse la responsabilidad de los acontecimientos y la desconexión conductual, que conste en disminuir los esfuerzos por enfrentar la situación.

Cabe señalar que algunas estrategias pueden ser tanto adaptativas como desadaptativas, lo cual depende de la forma de aplicación. Por ejemplo, la auto distracción es funcional cuando se utiliza de manera temporal, pero perjudicial cuando se convierte en

una forma crónica de evitación; la planificación es adaptativa cuando conduce acciones concretas, pero desadaptativa si se limita a pensar sin actuar; el humor es útil cuando alivia la tensión emocional, pero problemático cuando minimiza situaciones graves. De igual forma, la aceptación es adaptativa cuando permite un reconocimiento realista del problema y desadaptativa cuando se transforma en resignación; la religión puede ser una fuente de apoyo, pero se vuelve perjudicial si impide buscar ayuda profesional y el desahogo emocional es funcional cuando facilita un alivio emocional en un entorno de apoyo, pero ineficaz si no contribuye a resolver el problema subyacente (Carver, 1997).

1.3 Estudios Relacionados

A continuación, se presentan los estudios relacionados que sustentan la presente investigación.

1.3.1 Síndrome de Burnout

Wang et al. (2020) elaboraron un estudio descriptivo, correlacional y transversal en China a 93 profesionales de la salud (35 pertenecientes al personal de enfermería) con el objetivo de identificar la prevalencia del Burnout, los factores personales y ambientales que contribuyen en el personal que atienden a pacientes con trastornos prolongados de la conciencia. Se mostró que el 65.6% de los participantes presentaba síndrome de Burnout, con una mayor prevalencia entre el personal de enfermería femenino (82.9%). Los factores demográficos asociados incluyeron ser mujer ($\chi^2 = 5.521, p = .019$), menor de 29 años ($\chi^2 = 13.264, p = .006$), ser soltero ($\chi^2 = 10.069, p = .002$), tener menos de cinco años de experiencia profesional ($\chi^2 = 11.061, p = .011$) y un nivel educativo de licenciatura o inferior ya que presentó niveles altos de Burnout.

Abdulaziz et al. (2022) realizaron un estudio descriptivo, transversal en Arabia Saudí, para evaluar la prevalencia del Burnout y los factores asociados, se utilizó el

Cuestionario Maslach Burnout Inventory en médicos y personal de enfermería (8.3%), donde demostraron que 76% sufría Burnout, caracterizado por altos niveles de despersonalización y falta de realización personal. Los factores significativamente asociados incluyeron ser hombre, estar casado o divorciado, tener malas relaciones con los compañeros, padecer trastornos psiquiátricos y tener menos días de descanso. Específicamente, los participantes casados tenían una mayor probabilidad de experimentar Burnout (OR, IC del 95% = 5.58 [1,5. 20.7]), así como aquellos con solo un día de descanso entre turnos (OR, IC del 95% = 4.16 [1.14, 15.1]).

Rendón et al. (2020) implementaron un estudio observacional, descriptivo, transversal en Sonora México, con el objetivo de identificar la prevalencia del síndrome de Burnout y sus dimensiones, donde aplicaron el Cuestionario Maslach Burnout Inventory al personal de enfermería (90). Se obtuvo un nivel medio general (82.2%), con respecto a las dimensiones 18.8% presentó niveles altos y medios de agotamiento emocional; 21.1% mostró un nivel alto de despersonalización; mientras que 31.1% registró un nivel medio y 28.9% un nivel alto de falta de realización personal. No obstante, se notó una relación significativa del Burnout con el turno laboral ($H = 15.662, p = .00$), la carga laboral ($H = 13.348, p = .001$) y los periodos vacacionales ($H = 7.983, p = .046$). Esto sugiere que, aunque no se observaron diferencias significativas del síndrome y sus dimensiones con las características sociodemográficas como el sexo, edad estado civil y experiencia, las condiciones laborales sí tienen un efecto considerable.

Cerón (2020) llevó a cabo un estudio descriptivo, correlacional y transversal en Ecuador, con el objetivo de identificar la prevalencia del Burnout y las variables asociadas al mismo en hospitales públicos y privado en 219 participantes del personal de enfermería, donde se aplicó el Cuestionario Maslach Burnout Inventory. El análisis reveló que 6.6%

mostró un nivel alto en agotamiento emocional, 5.2% en despersonalización y 75.9% en falta de realización personal, lo que indica que la prevalencia del síndrome en esta población es baja. En relación con las variables sociodemográficas, se encontró que los hombres tenían un mayor agotamiento emocional (10.3, DE= 13.0 y 7.5 DE = 9.9, $p = .40$), pero no se observó una diferencia significativa.

También, se encontró una diferencia significativa entre las personas que trabajan en el sector público en comparación con el privado en todas las subescalas:

AE (16.0, DE = 14.7 contra 6.2 DE = 8.5; $p = .01$), DE (4.3, DE = 6.1 contra 1.9, DE = 3.4; $p = .01$) y FRP (38.6, DE = 8.8 contra 42.6, DE = 78; $p = .01$). Esto indica que, aunque no se detectaron niveles críticos del Burnout en general, se notaron niveles altos de despersonalización entre el personal del sector público, lo cual es más común entre los hombres.

1.3.2 Consumo de alcohol y tabaco

Castillo et al. (2024) realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal en Tamaulipas, México al personal de enfermería de un hospital de segundo nivel (120) con el objetivo de identificar el tipo de consumo de tabaco y la dependencia a la nicotina, con la aplicación del instrumento de Fagerström, donde mostraron una edad de inicio del consumo de 18.13, donde suelen consumir 5.82 cigarrillos en un día típico. El 52.5 % consumió tabaco alguna vez en su vida, 33.3% en el último año, 29.2% en el último mes y 25% en los últimos 7 días.

Por sexo, los hombres presentan diferencias significativas ($p < .05$), por cargo, turno, experiencial profesional no presentan diferencias significativas ($p > .05$) con respecto a las prevalencias y tipos de consumo de tabaco, por lo que se concluyó que el personal experimenta el consumo de tabaco diario y dependencia a la nicotina.

Villarreal et al. (2023) elaboraron un estudio descriptivo, correlacional y transversal en Monterrey, México con el objetivo de conocer la relación de la inteligencia emocional, satisfacción laboral y consumo de alcohol en el personal de enfermería que labora en un hospital de tercer nivel de atención a 129 enfermeros, con la aplicación del AUDIT, donde determinaron que el 75% fueron mujeres y más del 45% consumieron alcohol en la última semana. Se encontró una relación negativa y significativa entre la satisfacción laboral y el consumo de alcohol ($rs = -.195, p < .05$). Concluyeron que, a niveles menores de satisfacción laboral, mayor consumo de alcohol tiene el personal.

López et al. (2019) realizaron un estudio descriptivo, cuantitativo de alcance transversal, en España, con el objetivo de comprobar si existen diferencias respecto al consumo de alcohol y tabaco, así como diferencias en variables psicológicas mediadoras en 111 participantes: representado por 40 participantes del personal de enfermería. Mostraron como resultado que el personal de enfermería obtuvo niveles significativamente más altos de estrés ($p = .000$) y en el último mes, el personal de enfermería consumió una media de 1.70 copas, aunque las diferencias en el consumo de tabaco no fueron significativas, el personal fumó más del doble de cigarrillos que los estudiantes.

Londoño y Álvarez (2017) elaboraron un estudio de tipo descriptivo, correlacional y transversal, para indagar sobre el consumo de sustancias psicoactivas, alcohol y tabaco en el personal de enfermería (110) de Colombia. Se aplicó la prueba de CAGE para la detección de adicción al alcohol y la prueba de Fagerström para la adicción al cigarrillo. Se mostró que 81.8% eran mujeres, solteras (60%) y 65.5% consumió alguna sustancia psicoactiva alguna vez en su vida, la sustancia más consumida fue el alcohol con una prevalencia del 62.7% donde se obtuvo un alto porcentaje en hombres con un 73.9% y principalmente en el grupo de 20 a 30 años (74.1%), 19.1% habían fumado alguna vez en

su vida (hombres 66.7%, mujeres 33.3%), se observaron diferencias significativas en el consumo de alcohol ($X^2 = 7.77, p = .005$).

1.3.3 Estrategias de afrontamiento

Correa (2023) hizo un estudio descriptivo, cuantitativo, transversal, en Lima, Perú, con el objetivo de determinar los factores de estrés y las estrategias de afrontamiento en 60 participantes del personal de enfermería. Se obtuvo que 58.3% presentan un nivel medio de estrés, con respecto a las estrategias de afrontamiento, un 38.3% del personal utiliza estrategias de afrontamiento adaptativas.

En la dimensión "estrategias centradas en el problema", 45.0% está en el nivel "bueno", lo cual indica que abordan directamente los obstáculos y buscan soluciones prácticas. En la dimensión "estrategias centradas en la emoción", 50.0% empleó buenas estrategias para manejar las emociones relacionadas con el trabajo y la categoría "otras estrategias", que incluye enfoques menos efectivos como el desentendimiento y la distracción, es predominantemente utilizada a un nivel "malo" por el 50.0% del personal.

Acuña et al. (2022) realizaron un estudio descriptivo, cuantitativo, transversal en Argentina donde se incluyó a 120 participantes del personal de enfermería para analizar las estrategias de afrontamiento en situaciones de estrés, así como su asociación con variables sociodemográficas (sexo), se utilizó una encuesta adaptada del "Ways of Coping Questionnaire" de Lazarus y Folkman para la recolección de datos. Reportó que la estrategia más utilizada fue el apoyo social por el 33.33%, el cual fue más frecuente en hombres (62.50%); el desahogo de las emociones fue la estrategia menos común (mujeres 8.82%, hombres 6.25%) y la reinterpretación positiva empleada por mujeres en un 82.35% y en hombres en un 87.50%.

1.3.4 Síndrome de Burnout y Estrategias de Afrontamiento

Kabunga et al. (2024) redactaron un estudio descriptivo, correlacional y transversal en Uganda en, donde participó el personal de enfermería de centros de salud. Aplicaron el Cuestionario de Orientación de Problemas Experimentados, con el objetivo de investigar los niveles del síndrome de Burnout y los mecanismos de afrontamiento que emplean.

Los resultados mostraron niveles significativos del síndrome por un 39.8%, los niveles bajos de Burnout mostraron correlaciones negativas con el afrontamiento activo ($r = -0.282, p = .002$), la reinterpretación positiva ($r = -0.295, p = .001$), la auto distracción ($r = -0.244, p = .014$) y la negación ($r = -0.244, p = .014$). Los niveles promedio de Burnout se correlacionaron positivamente con el afrontamiento disfuncional, específicamente la auto distracción ($r = 0.347, p < .001$). Los niveles altos de Burnout se correlacionaron positivamente con el afrontamiento disfuncional, particularmente la negación ($r = 0.349, p < .001$).

No se emplearon mecanismos de afrontamiento centrados en las emociones en todos los niveles de Burnout. Se determinó la necesidad de resaltar intervenciones específicas para promover estrategias de afrontamiento adaptativas y mitigar el impacto negativo de las conductas desadaptativas en el bienestar individual y la atención al paciente.

Ilasaca et al. (2023) elaboraron un estudio descriptivo, correlacional y trasversal en Lima, Perú en el personal de enfermería del área COVID (300), con el objetivo de determinar la relación entre el Burnout, las estrategias de afrontamiento y la satisfacción laboral, mediante el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory. Las estrategias de afrontamiento se evaluaron mediante el Inventario de estrategias de afrontamiento de Amirkhan.

Obtuvieron como resultado una relación significativa entre el Burnout y las estrategias de afrontamiento ($r = 0.223, p < .01$). Así mismo se indicó que 44.4% de la variabilidad en la satisfacción laboral es explicada por las variables de SB y estrategias de afrontamiento.

1.3.5 Síndrome de Burnout, consumo de alcohol y consumo de tabaco

Jiang et al. (2020) llevaron a cabo un estudio transversal en China, donde encuestaron a 13867 participantes del personal de enfermería en salud mental, con el objetivo de obtener datos del SB y examinar las correlaciones con el consumo de tabaco. Se aplicaron el Cuestionario Maslach y conductas relacionadas con la salud que incluía ejercicio físico, sueño, consumo de alcohol y tabaco. Se halló una prevalencia del consumo de tabaco del 8.6%, con una tasa significativamente más alta en hombres (31.3%) que en mujeres (1.1%).

Con respecto a la dimensión agotamiento (38.1%), las tasas más altas fueron entre los fumadores actuales (45.6%) en comparación con los no fumadores (37.4%). Se encontraron asociaciones significativas entre el consumo de tabaco y factores como el agotamiento ($OR = 1.45$), ser mayor de edad ($OR = 1.02$), estar divorciado o viudo ($OR = 1.72$), tener insomnio frecuente ($OR = 1.39$) y consumo de alcohol ($OR = 2.79$). Además, se observó que los hombres, mayores, divorciados o viudos eran más propensos a consumir tabaco.

Gómez et al. (2021) en su estudio tipo descriptivo, correlacional y transversal, realizado en el estado de México, con el objetivo de explorar la asociación entre el estrés laboral y la dependencia a la nicotina en 180 trabajadores de la salud los cuales eran fumadores. El 70.6% fueron mujeres y el 29.4% hombres, se halló que las mujeres

experimentan un mayor estrés laboral, con un 76.1%, en contraste con los hombres ($M = 34.2$ frente a $M = 29.7$; $p = .004$).

En cuanto a la dependencia a la nicotina, se clasificó como leve en el 49.4% de los casos, moderada 35.6% y severa 15.0%. Además, el promedio en la prueba de Fagerström fue superior en mujeres en comparación con los hombres ($M = 3.75$ frente a $M = 2.83$; $p = .025$) lo que demuestra que el incremento en el nivel de estrés laboral correlaciona con una mayor dependencia a la nicotina. Específicamente, los profesionales con un alto nivel de estrés laboral mostraron una prevalencia del 43.7% en la dependencia severa a la nicotina ($p = .011$). Esto indica que existe una asociación clara entre el estrés laboral y la severidad de la dependencia a la nicotina.

De Ávila et al. (2023) realizaron un estudio correlacional y transversal en Puebla, México a 216 participantes del personal de enfermería de un hospital privado con el objetivo de identificar la relación que existe entre el estrés laboral, la sensibilidad ética y el consumo de alcohol en el personal, donde aplicaron el AUDIT. Demostraron que la prevalencia del consumo de alcohol en el último mes fue de 32.1% y 17.9% en los últimos siete días.

Los anteriores estudios señalan una alta prevalencia del Burnout en el personal de enfermería. Wang et al. (2020) reportaron que más de la mitad de los participantes lo padecía, mayormente en mujeres, así como una asociación significativa con la edad joven, estar solteros y tener poca experiencia laboral. Abdulaziz et al. (2022) también encontró altas incidencias de SB donde destacó que el estar casado incrementa el riesgo de padecerlo, así como tener un día de descanso. En México, Rendón et al. (2020) hallaron afectación media del Burnout asociada al turno y carga labora.

Respecto al consumo de alcohol y tabaco, Castillo et al. (2024) Reportaron un 25% de consumo actual de tabaco con diferencias por el sexo. Villarreal et al. (2023) determinaron que el 45% consumió alcohol en la última semana con relación en la satisfacción laboral; Londoño y Álvarez identificaron que el consumo alto de alcohol tiene diferencias entre el sexo.

Con base a las estrategias de afrontamiento, Correa (2023) evidenció que las adaptativas tienen mayor uso, mientras que Kabunga et al. (2024) demostraron que el Burnout se asocia con el afrontamiento desadaptativo y disminuye con el adaptativo. Además, Ilasaca et al. (2023) reportaron una relación entre el Burnout y el afrontamiento. Finalmente, la asociación entre el SB y el consumo de alcohol y tabaco, Jiang et al. (2020) encontraron mayor agotamiento en fumadores y una asociación con el consumo de alcohol.

1.4 Definición Operacional

A continuación, se presentan los términos que se utilizaron en el estudio.

1.4.1 Síndrome de Burnout

El síndrome de Burnout se midió a través del Cuestionario Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS 2023), el cual evalúa tres dimensiones: agotamiento emocional despersonalización y falta de realización personal. Cada dimensión se clasificó en niveles bajo medio y alto, cada uno con puntos de corte establecidos por el instrumento.

1.4.2 Consumo de alcohol

El consumo de alcohol se midió por frecuencias, es decir, por la edad de inicio de consumo y el número de bebidas alcohólicas consumidas en un día típico. También se clasificó según la prevalencia del consumo de alcohol en las categorías de: alguna una vez en la vida, en el último año, mes y siete días.

1.4.3 Consumo de tabaco

El consumo de tabaco se midió por frecuencias, es decir, por la edad de inicio de consumo y el número de cigarrillos consumidos en un día típico. También se clasificó según la prevalencia del consumo de tabaco en las categorías de: alguna una vez en la vida, en el último año, mes y siete días.

1.4.4 Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento se midieron por el Cuestionario de Orientación a Problemas Experimentados (Brief COPE 2023), el cual identificó los diferentes tipos de afrontamiento. Se determinó la estrategia más empleada en cada participante a partir de una puntuación obtenida en cada dimensión del instrumento, clasificadas como adaptativas y desadaptativas.

1.4.5 Edad

La edad se registró con el número de años cumplidos al momento de la aplicación de los instrumentos, expresada en números enteros

1.4.6 Sexo

El sexo se consideró como la característica biológica que diferencia al hombre de la mujer según las propiedades biológicas y físicas. En este estudio se reportó como una variable dicotómica, hombre o mujer.

1.4.7 Grado académico

El grado académico se consideró como el nivel educativo otorgado por una institución de educación superior tras su culminación, el cual se clasificó como: licenciatura, especialidad o maestría.

1.4.8 Turno laboral

El turno laboral se registró como el horario específico que corresponde a la jornada laboral, donde se clasificó como: turno matutino, vespertino y nocturno.

1.5 Objetivo General

Determinar la relación entre el síndrome de Burnout, consumo de alcohol, tabaco y estrategias de afrontamiento utilizadas por el personal de enfermería de una institución en salud mental del Estado de Puebla.

1.5.1 Objetivos específicos

1. Identificar la presencia del síndrome de Burnout entre el personal de enfermería de una institución en salud mental del estado de Puebla.
2. Describir el consumo de alcohol y tabaco entre el personal de enfermería en salud mental del estado de Puebla.
3. Identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por el personal de enfermería de una institución en salud mental del estado de Puebla.
4. Comparar la presencia del SB y las estrategias de afrontamiento con el sexo, grado académico y turno laboral del personal de enfermería de una institución en salud mental del estado de Puebla.
5. Comparar la prevalencia del consumo de alcohol y tabaco con el sexo y turno laboral del personal de enfermería de una institución en salud mental del estado de Puebla.

Capítulo II

Metodología

Este capítulo expone los siguientes apartados: diseño del estudio, población, muestra, criterios de selección (inclusión, exclusión, eliminación), instrumentos de medición, procedimiento para la recolección de datos, ética del estudio y plan de análisis estadístico.

2.1 Diseño del Estudio

Se realizó un estudio descriptivo, comparativo, correlacional de corte transversal donde se observó el comportamiento de las variables SB, consumo de alcohol, tabaco y EA, así como la posible relación entre estas (Hernández et al., 2023).

2.2 Población

La población de estudio estuvo conformada por el personal de enfermería en atención directa y de estancia prolongada a pacientes con alteraciones mentales de una institución pública del Estado de Puebla. Se incluyó al personal de ambos sexos, diferentes niveles de formación académica y adscritos en los tres turnos laborales, dadas a las características de la población.

2.3 Muestra

Para el cálculo de muestra, se utilizó la fórmula de población finita por Hernández et al. (2023) en donde se consideró una población inicial de 180 participantes, sin embargo 68 de ellos fueron excluidos perteneciente a los servicios de urgencias y consulta externa; así como a quienes participaron previamente en la prueba piloto, con la finalidad de evitar sesgos derivados a la familiarización con los cuestionarios.

De este modo, la población efectiva para el cálculo fue de 112 participantes. Se consideró un nivel de confianza del 95%, un error máximo del 5% y una proporción

esperada del 50%. El tamaño de la muestra resultante fue de 87 participantes encuestados, en donde sólo 71 de ellos cumplieron con los criterios establecidos y conformaron la muestra final del estudio.

2.4 Muestreo

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, ya que la selección de los participantes se realizó de manera deliberada, mediante una lista del personal total por servicios, donde se consideró que los participantes cumplieran con las características requeridas para este estudio, con el objetivo de garantizar la validez interna de los resultados.

2.5 Criterios de Selección

2.5.1 Criterios de inclusión

Para este estudio se incluyó al personal de enfermería de ambos sexos y diferentes turnos (matutino, vespertino y nocturno) que laborara en una institución en salud mental de atención directa a pacientes con alteraciones mentales.

2.5.2 Criterios de exclusión

Participantes con diagnóstico previo de algún trastorno mental o se encontraran bajo tratamiento determinado por un profesional en salud mental. Así mismo, los que tuvieran con apoyo con intervenciones para la cesación de alcohol y/o tabaco como terapia de reemplazo, medicación o terapia alternativa.

Esto se debe porque podían experimentar fluctuaciones significativas en su comportamiento psicológico y físico debido a su proceso de recuperación lo que podría interferir con la evaluación precisa del Burnout y las estrategias de afrontamiento empleadas. También se excluyó al personal que labora en áreas ambulatorias como,

consulta externa y urgencias, debido a que su interacción con pacientes que presentan alteraciones mentales y mínima.

2.5.3 Criterios de eliminación

Personal de enfermería en quien, al momento de la aplicación del instrumento, le surgiera alguna emergencia personal o laboral que interrumpiera su participación, como una llamada de algún familiar o algún incidente crítico en el área.

2.6 Instrumentos de Medición

2.6.1 Cédula de datos generales y prevalencia del consumo de alcohol y tabaco

La cédula se dividió en dos, sin embargo, al inicio se incluyeron dos ítems relacionados con tratamiento psicológico o tratamiento para la cesación del consumo de alcohol o tabaco si aplicaba. Posteriormente en el primer apartado se encontraron los datos personales donde se incluyeron variables como edad, estado civil, grado académico, años de experiencia profesional y turno laboral.

En el segundo apartado, se encontró lo que corresponde al consumo de alcohol que abarca el número de bebidas consumidas en un día típico y si había consumido alcohol una vez en la vida, último año, mes y siete días, así como una pregunta abierta sobre la edad de inicio de consumo de alcohol y preguntas con opción de respuesta dicotómica (si, no).

Con respecto al consumo de tabaco, abordó el número de cigarrillos consumidos en un día típico y si había consumido cigarrillos en el último año, mes y siete días, con una pregunta abierta sobre la edad de inicio de consumo de tabaco y preguntas con opción de respuesta dicotómica (si, no).

Para el análisis del consumo de alcohol y tabaco, se consideró la frecuencia mediante la edad de inicio y el número de bebidas y cigarrillos consumidos en un día típico,

así como las prevalencias reportadas, con base al consumo reciente durante el último mes y los últimos siete días.

2.6.2 Cuestionario Maslach Burnout Inventory

Para la variable del SB se empleó el Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) creado por Maslach y Jackson en 1981. Incluyó 22 ítems, con opción de respuesta escala tipo Likert de 0 a 6 donde 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.

El cuestionario se dividió en las tres dimensiones que lo caracteriza descritas a continuación:

Agotamiento Emocional (AE), conformado por 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20), con puntuación bajo (0 a 18), medio (19 a 26) y alto (27 a 54).

Despersonalización (DE), conformado por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22), con una puntuación bajo (0 a 5), medio (6 a 9) y alto (10 a 30).

Falta de Realización Personal (FRP), que contiene 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21), con una puntuación bajo (0 a 33), medio (34 a 39) y alto (40 a 56).

Con respecto al análisis estadístico, cada reactivo fue codificado conforme a su valor numérico (0-6), posteriormente se realizó la sumatoria de los ítems por cada una de las dimensiones que caracteriza al Burnout con la finalidad de obtener la puntuación total por cada subescala. Las puntuaciones de cada dimensión fueron categorizadas de acuerdo con los puntos de corte establecidos por el instrumento.

Para determinar la presencia del síndrome de Burnout se consideró que el personal de enfermería debía presentar puntuaciones altas en las dos primeras escalas (AE de 27 a 54

puntos y DE de 10 a 30 puntos) y una puntuación baja en la tercera (FRP de 0 a 33 puntos), de acuerdo con los criterios propuestos por Maslach y Jackson.

El cuestionario fue aplicado y validado en México en el 2023, con un coeficiente alfa de Cronbach global de .80 (Jiménez et al., 2023).

2.6.3 Cuestionario de Orientación a Problemas Experimentados (Brief COPE)

En lo que corresponde a las EA se usó el Cuestionario de Orientación a Problemas Experimentados (Brief COPE) creado por Carver en 1997. Constó de 28 ítems y 14 subescalas con una escala tipo Likert de cuatro opciones de respuesta, que van desde 1= nunca 2= a veces 3= casi siempre 4= siempre, con una puntuación general mínima de 28 y una puntuación máxima de 112.

Los ítems se agrupan de 2 en 2, para determinar 14 estrategias de afrontamiento, que se describen de la siguiente manera: afrontamiento activo (ítems 2 y 10), planificación (ítem), autoinculpación emocional (ítems 9 y 17), apoyo social instrumental (ítems 1 y 28), religión (ítems 16 y 20), reinterpretación positiva (ítems 14 y 18), aceptación (ítems 3 y 21), negación (ítems 5 y 13), humor (ítems 7 y 19), auto distracción (ítems 4 y 22), autoinculpación (ítems 8 y 27), desconexión conductual (ítems 11 y 25), desahogo emocional (ítems 12 y 23), uso de sustancias (ítems 15 y 24), cada subescala con una puntuación mínima de 2 y máxima de 8.

Para el análisis estadístico, se realizó una sumatoria de cada subescala, de modo que las puntuaciones más altas indicaron una mayor frecuencia del uso de la estrategia correspondiente. Así mismo, se identificaron las estrategias predominantes a partir de las medidas obtenidas de cada subescala. Este fue validado y aplicado en México en el 2023 con un coeficiente de Cronbach por dimensión que oscila entre .80 y .64 (Brambila et al., 2023).

2.7 Procedimiento de Recolección de Datos

El protocolo de investigación se sometió a revisión por el Comité de Investigación, Bioética y Bioseguridad de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, donde se otorgó el número de registro (SIEP/BIO/INV/162/2024). Posteriormente se presentó ante el comité tutorial, donde se determinó la aprobación de la recolección de la prueba final. Por lo anterior, se acudió a la Secretaría de Salud, donde se gestionaron los permisos para la autorización de la aplicación del estudio en el hospital, una vez autorizada la investigación, se coordinó con la jefa de enfermeras la logística de recolección de datos, con la determinación del tiempo, lugar y espacios destinados para la invitación y participación del personal.

La invitación se realizó en cada pabellón, en los tres turnos laborales (matutino, vespertino y nocturno), donde se explicó de manera clara el objetivo y proceso del estudio, se señaló que, al participar, no obtendrían beneficios directos. Sin embargo, se destacó que su colaboración sería crucial para una comprensión profunda de estos problemas, lo cual mejoraría significativamente el bienestar personal y la eficacia profesional.

Además, se mencionó que la información obtenida, serviría de guía esencial para los directivos o autoridades de la institución, para la implementación de acciones orientadas a fortalecer la salud laboral en el ámbito de la salud mental. El investigador se aseguró de que la participación fuera libre, voluntaria y sin repercusiones, donde se enfatizaron valores como el respeto a la confidencialidad, anonimato y privacidad de la información otorgada.

En la aplicación de los instrumentos, se proporcionó en primera instancia el consentimiento foliado y firmado por cada participante, una vez autorizado, donde se garantizó su derecho a abandonar el estudio en cualquier momento sin consecuencia alguna. Se otorgó la cédula de datos con dos apartados (datos sociodemográficos y

prevalencia sobre alcohol y tabaco) y los instrumentos para medir el SB y las EA. Los cuales se aplicaron de forma impresa con un total de 6 hojas.

La recolección de los datos se llevó a cabo en un tiempo aproximado de 30 minutos. De acuerdo con las necesidades del hospital, en el turno matutino se trabajó directamente en cada pabellón; para los turnos vespertino y nocturno, se habilitó un aula con iluminación y condiciones adecuadas para la aplicación de los instrumentos, donde el proceso se llevó a cabo durante 5 días consecutivos.

El investigador principal supervisó toda la aplicación, resolvió dudas y verificó que los instrumentos estuvieran completos, fueran entendibles y si se llegaba a solicitar, se otorgaría al participante la copia de su consentimiento al finalizarlos. Se contó con el apoyo de un profesional de salud mental, para atender oportunamente a cualquier participante que pudiera presentar malestar emocional durante el procedimiento. Concluida la recolección, los instrumentos fueron resguardados bajo llave y únicamente el investigador principal tuvo acceso a ellos para su análisis estadístico.

2.8 Ética del Estudio

Este estudio se apegó a los principios bioéticos de autonomía, beneficencia no maleficencia y justicia, así como la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México.

Se garantizó la autonomía de los participantes mediante un consentimiento informado, otorgado de forma libre, voluntaria, en lenguaje claro y previo a la aplicación de los instrumentos (artículo 14). Se respetó la decisión de participar o retirarse en cualquier momento sin represalia alguna (artículo 18).

Se priorizó la beneficencia, con el empleo de la información recabada para contribuir al bienestar del personal de enfermería y generar evidencias que permitan

proponer acciones de mejora en la salud laboral. Se aplicó el principio de no maleficencia donde se evitó cualquier daño físico o emocional; ante posibles reacciones sensibles relacionadas con las emociones o hábitos, se contó con personal capacitado para brindar contención psicológica inmediata (artículo 17). Así mismo, este estudio se clasificó como una investigación de riesgo mínimo.

El principio de justicia se garantizó mediante un trato equitativo, respetuoso y sin discriminación hacia todos los participantes durante el proceso de investigación. Se salvaguardó la confidencialidad y privacidad de la información personal (artículo 16). Los instrumentos no incluyeron datos identificados, únicamente se empleó un número de folio asignado. Igualmente, los documentos se mantuvieron bajo resguardo exclusivo del investigador principal (artículo 113 y 114).

No existió conflicto de interés ni compensaciones económicas para los participantes en este estudio (artículo 63). La investigación fue financiada con recursos propios del investigador. Conforme al artículo 120, los resultados pondrán ser difundidos mediante informes o publicaciones, con respeto la protección de datos personales.

2.9 Plan de Análisis Estadístico

El análisis se realizó mediante el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 26.0 para Windows. Se calculó la consistencia interna mediante alfa de Cronbach para cada instrumento (MBI 2023 y COPE 2023).

Para dar respuesta al objetivo 1, 2 y 3, se describieron los datos sociodemográficos del personal de enfermería, mediante los resultados de las variables continuas (edad, años de experiencia, número de bebidas y cigarrillos, edad de inicio de consumo de alcohol y tabaco y puntuaciones totales del MBI 2023 y COPE 2023, con medidas de tendencia central (media, desviación estándar, valor mínimo y valor máximo).

Para las variables categóricas (sexo, turno laboral, grado académico prevalencias y frecuencias de consumo) se realizó mediante el análisis de frecuencias y porcentajes con intervalos de confianza al 95%.

Posteriormente se evaluó la normalidad de las variables mediante la prueba de bondad de ajuste de *Kolmogorov-Smirnov*; para dar respuesta al objetivo 4 y 5 se realizó la *prueba t de Student* (SB y sexo), *ANOVA* (SB y grado académico o turno laboral) y el estadístico *Chi-cuadrada* (prevalencias de consumo por sexo o turno laboral). Finalmente, para el objetivo general se utilizó el coeficiente de correlación *Rho de Spearman* (SB, consumo de alcohol y tabaco, EA).

Capítulo III

Resultados

En este apartado, se describe la consistencia interna de los instrumentos y se da respuesta a los objetivos del estudio.

3.1 Confiabilidad de los instrumentos

La consistencia interna se observa en la siguiente tabla:

Tabla 2

Confiabilidad de los instrumentos

<i>Instrumentos</i>	<i>Estadísticas de fiabilidad</i>	
	<i>Ítems</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>
Cuestionario MBI	22	.696
Cuestionario COPE	28	.877

Nota. MBI= Maslach Burnout Inventory; COPE= Cuestionario de Orientación a Problemas Experimentados por la base de datos, SPSS versión 26.0.

De acuerdo con la anterior tabla se observó que ambos instrumentos obtuvieron una consistencia interna aceptable.

3.2 Caracterización de la muestra

En relación con las variables demográficas, la muestra estuvo conformada por 71 participantes con una edad promedio de 48.37 años, una mínima de 24 años y una máxima de 77 años, donde el sexo que más predominó fueron las mujeres con el 54.9%. Los años de experiencia del personal tuvo un promedio de 19.86 años, con el mínimo de 1 año y el máximo de 58 años de experiencia. En lo que corresponde a las variables de turno laboral, grado académico y estado civil, se muestra la siguiente tabla:

Tabla 3*Datos generales*

<i>Variable</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Turno laboral		
Matutino	18	25.4
Vespertino	23	32.4
Nocturno	30	42.3
Grado académico		
Licenciatura	42	59.2
Especialidad	15	21.1
Maestría	14	19.7
Estado civil		
Soltero (a)	39	54.9
Casado (a)	22	31.0
Unión libre	9	12.7
Viudo	1	1.4

Nota. *f* = frecuencia; % = porcentaje.

3.3 Respuesta a los objetivos de investigación

Con el propósito de atender el objetivo 1, para identificar la presencia del síndrome de Burnout se llevó a cabo el siguiente análisis.

Tabla 4*Presencia del síndrome de Burnout*

<i>Dimensiones</i>	Alto				Medio				Bajo			
			<i>IC 95</i>				<i>IC 95</i>				<i>IC 95</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>Sup.</i>	<i>Inf.</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>Sup.</i>	<i>Inf.</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>Sup.</i>	<i>Inf.</i>
AE	6	8.5	15	2	7	9.9	12	8	58	81.7	84	80
DE	8	11.3	13	10	11	15.5	17	14	52	73.2	76	71
FRP	33	46.5	49	44	11	15.5	17	14	27	38.0	41	35

Nota. AE= Agotamiento emocional; DE= Despersonalización; FRP= Falta de realización personal; *f* = frecuencia; % = porcentaje; *IC*= Intervalo de confianza; *Sup.*= Superior; *Inf.*= Inferior; *n*=71.

En su mayoría, el porcentaje expuesto fue bajo en las dos dimensiones determinantes del síndrome de Burnout (agotamiento emocional y despersonalización), ya que el resto reportó una alta realización personal.

Para el análisis del objetivo 2, orientado a describir el consumo de alcohol y tabaco en el personal de enfermería, se realizó el siguiente análisis entre las variables relacionadas:

Tabla 5

Prevalencias del consumo de alcohol y tabaco

<i>Variables</i>	Si				No			
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>IC 95</i>		<i>f</i>	<i>%</i>	<i>IC 95</i>	
			<i>Superior</i>	<i>Inferior</i>			<i>Superior</i>	<i>Inferior</i>
Consumo de alcohol								
Último año	39	54.9	66	43	32	45.1	57	34
Último mes	40	56.3	68	45	31	43.7	55	32
Siete días	14	19.7	29	10	57	80.3	90	71
Consumo de tabaco								
Último año	16	22.5	32	13	55	77.5	87	68
Último mes	19	26.8	37	16	52	73.2	84	63
Siete días	17	23.9	34	14	54	76.1	86	66

Nota. *f*= frecuencia; *%*= porcentaje; *IC*= Intervalo de confianza; *n*=71.

La tabla 5 mostró que el consumo de alcohol entre el personal fue frecuente en el último año y mes, pero el consumo de tabaco se mantuvo estable y más baja que el alcohol.

Para darle continuidad, la tabla 6 presentó los resultados obtenidos del objetivo 2, relacionados con las frecuencias de consumo de alcohol y tabaco. De igual manera, se incluyeron los datos correspondientes al objetivo 3, referente a la identificación de las estrategias de afrontamiento utilizadas por el personal. Además, se reportó la prueba de normalidad de *Kolmogorov-Smirnov* con la finalidad de conocer la distribución de los datos y definir el análisis estadístico adecuado.

Tabla 6

Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección Lilliefors de las variables

<i>Variables</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Valor min.</i>	<i>Valor máx.</i>	<i>D</i>	<i>Valor p.</i>
Síndrome de Burnout	47.13	17.50	12	80	.101	.200
Agotamiento emocional	9.46	9.47	.00	39	.261	.007
Despersonalización	4.60	3.96	.00	13	.139	.200
Falta de realización personal	33.06	11.37	9	48	.166	.200
Consumo de Alcohol						
Edad de inicio de consumo	19.60	4.54	15	30	.186	.174
Número de bebidas en un día típico	2.33	.90	1	4	.237	.023
Consumo de Tabaco						
Edad de inicio de consumo	19.07	3.69	15	28	.200	.108
Número de cigarrillos en un día típico	2.93	2.12	1	8	.221	.047
Estrategias de afrontamiento	56.93	8.76	40	70	.151	.200
Afrontamiento activo	5.20	1.52	2	8	.234	.027
Planificación	5.26	1.27	3	7	.250	.012
Apoyo social	4.26	1.43	2	8	.240	.020
Apoyo instrumental	3.66	.81	2	5	.258	.008
Religión	4.13	1.84	2	8	.264	.006
Reinterpretación positiva	4.60	1.88	2	8	.158	.200
Aceptación	5.93	1.22	4	8	.212	.069
Negación	2.93	1.33	2	6	.291	.001
Humor	4.40	1.12	2	7	.230	.032
Auto distracción	4.26	1.75	2	7	.172	.200
Auto inculpaación	3.73	1.70	2	8	.199	.112
Desconexión	3.00	1.00	2	5	.241	.019
Desahogo emocional	3.33	1.04	2	5	.205	.091
Uso de sustancias	2.20	.56	2	4	.506	.000

Nota. *M*= Media; *DE*= Desviación estándar; *Valor min.* = Valor mínimo; *Valor máx.* = Valor máximo; *D*= Estadístico; *Valor de p* = Significancia; *n*=71.

Respecto a la frecuencia del consumo de alcohol y tabaco los resultados determinaron que no se observa una variabilidad en la edad de inicio, ni en la cantidad de bebidas alcohólicas o cigarrillos consumidos entre el personal. Con respecto al objetivo 3,

se observó que el personal constantemente recurre a las estrategias de afrontamiento adaptativas, donde las menos empleadas fueron el uso de sustancias y la negación.

En el mismo tenor, con base a los resultados obtenidos de la tabla 6, en este estudio se emplearon principalmente pruebas paramétricas, debido a que las variables principales cuantitativas cumplieron con el supuesto de normalidad. Sin embargo, para aquellas variables que no cumplieron con este criterio, se aplicaron pruebas no paramétricas con el fin de asegurar el rigor metodológico y la evitación de sesgos.

Respecto al objetivo 4, para comparar la presencia del síndrome de Burnout con el sexo, grado académico y turno laboral del personal se emplearon los siguientes estadísticos.

Tabla 7

Síndrome de Burnout con sexo

	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>Valor de p.</i>	<i>IC 95</i>	
				<i>Superior</i>	<i>Inferior</i>
Síndrome de Burnout y sexo	-1.391	69	.169	2.033	-11.403

Nota. *t* = Estadístico t de student; *gl* = Grados de libertad; *Valor de p* = Significancia; *IC*= Intervalo de confianza; *n*=71.

Por lo anterior se da evidencia a que no existieron diferencias estadísticamente significativas entre el padecer síndrome de Burnout y el sexo del personal, determinando que el padecimiento no varía con el ser hombre o mujer.

Tabla 8*Síndrome de Burnout con grado académico y turno laboral*

<i>VARIABLES</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Valor min.</i>	<i>Valor max.</i>	<i>gl</i>	<i>F</i>	<i>Valor p.</i>
Grado académico							
Licenciatura	48.29	14.92	12	81	2	.405	.668
Especialidad	52.00	13.17	37	79			
Maestría	48.14	13.61	9	69			
Turno laboral							
Matutino	49.11	14.15	12	80	2	.029	.971
Vespertino	49.57	15.06	20	79			
Nocturno	48.60	14.05	9	81			

Nota. *M*= Media; *DE*= Desviación estándar; *Valor min.* = Valor mínimo; *Valor máx.* = Valor máximo; *gl* = Grados de libertad; *F*= Estadístico; *Valor de p* = Significancia; *n*=71.

En esta población, el padecer Burnout no dependió del grado académico que tenía el personal o turno laboral en el que se desempeñaba el personal de enfermería.

En continuidad con el objetivo 4, respecto a las estrategias de afrontamiento, los resultados se mostraron a continuación.

Tabla 9*Estrategias de afrontamiento con sexo*

	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>Valor de p.</i>	<i>IC 95</i>	
				<i>Superior</i>	<i>Inferior</i>
Estrategias de afrontamiento y sexo	-1.584	69	.118	1.211	-10.549

Nota. *t* = Estadístico t de student; *gl* = Grados de libertad; *Valor de p* = Significancia; *IC*= Intervalo de confianza; *n*=71.

De acuerdo con la tabla 9, se evidenció que no hay diferencias significativas, por tanto, ser hombre o mujer no influye en el empleo de estrategia de afrontamiento.

Tabla 10*Estrategias de afrontamiento con grado académico y turno laboral*

<i>Variables</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Valor min.</i>	<i>Valor max.</i>	<i>gl</i>	<i>F</i>	<i>Valor p.</i>
Grado académico							
Licenciatura	59.10	11.74	40	100	2	1.804	.172
Especialidad	64.80	13.91	43	96			
Maestría	64.71	12.40	30	78			
Turno laboral							
Matutino	63.56	12.98	40	96	2	.592	.556
Vespertino	62.04	11.25	30	79			
Nocturno	59.63	13.23	41	100			

Nota. *M*= Media; *DE*= Desviación estándar; *Valor min.* = Valor mínimo; *Valor máx.* = Valor máximo; *gl* = Grados de libertad; *F*= Estadístico; *Valor de p* = Significancia; *n*=71.

La tabla 10 determina que el personal que cuenta con al menos un posgrado empleó más estrategias de afrontamiento. Respecto al turno laboral el personal del turno nocturno es el que menos empleó las estrategias de afrontamiento.

Con la finalidad de responder al objetivo 5 de comprar la prevalencia del consumo de alcohol y tabaco con el sexo y turno laboral, se realizaron las siguientes tablas:

Tabla 11*Prevalencia del consumo de alcohol con el sexo*

<i>Variables</i>	Hombre				Mujer				<i>X²</i>	<i>Valor p.</i>
	Si		No		Si		No			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Último año	21	53.8	11	34.4	18	46.2	21	65.6	2.692	.101
Último mes	22	55.0	10	32.3	18	45.0	21	67.7	3.649	.056
Siete días	9	64.3	23	40.4	5	35.7	34	59.6	2.601	.107

Nota. *f*= frecuencia; % = porcentaje; *X²*= Chi cuadrada; *Valor de p* = Significancia; *n*=71.

Tabla 12*Prevalencia del consumo de tabaco con el sexo*

<i>Variables</i>	Hombre				Mujer				X^2	<i>Valor p.</i>
	Si		No		Si		No			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Último año	10	62.5	22	40.0	6	37.5	33	60.0	2.534	.111
Último mes	11	57.9	21	40.4	8	42.1	31	59.6	1.723	.189
Siete días	11	64.7	21	38.9	6	35.3	33	61.1	3.481	.062

Nota. *f* = frecuencia; % = porcentaje; X^2 = Chi cuadrada; *Valor de p* = Significancia; *n* = 71.

Ambas tablas dan evidencia a que el porcentaje del consumo de alcohol y tabaco fue mayoritario en los hombres. Sin embargo, el periodo con más cercanía a ser significativo respecto al consumo de alcohol fue en el último mes y respecto al tabaco fue en los últimos siete días.

Tabla 13*Prevalencia del consumo de alcohol con turno laboral*

<i>Variables</i>	Matutino				Vespertino				Nocturno				X^2	<i>Valor p.</i>
	Si		No		Si		No		Si		No			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Último año	8	20.5	10	31.3	16	41.0	7	21.9	15	38.5	15	46.9	3.084	.214
Último mes	13	32.5	5	16.1	12	30.0	11	35.5	15	37.5	15	48.4	2.498	.287
Siete días	6	42.9	12	21.1	4	28.6	19	33.3	4	28.6	26	45.6	2.959	.228

Nota. *f* = frecuencia; % = porcentaje; X^2 = Chi cuadrada; *Valor de p* = Significancia; *n* = 71.

Tabla 14*Prevalencia del consumo de tabaco con turno laboral*

<i>Variables</i>	Matutino				Vespertino				Nocturno				X^2	<i>Valor p.</i>
	Si		No		Si		No		Si		No			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Último año	3	18.3	15	27.3	9	56.3	14	25.5	4	25.0	26	47.3	5.439	.066
Último mes	6	31.6	12	23.1	8	42.1	15	28.8	5	26.3	25	48.1	2.712	.258
Siete días	5	29.4	13	24.1	8	47.1	15	27.8	4	23.5	26	48.1	3.484	.175

Nota. *f* = frecuencia; % = porcentaje; X^2 = Chi cuadrada; *Valor de p* = Significancia; *n* = 71.

En las anteriores tablas se observa que el personal del turno matutino y nocturno presentaron un mayor y más reciente consumo de alcohol, mientras que el vespertino consumió más el tabaco. Sin embargo, aunque existe variación entre los porcentajes respecto al consumo de alcohol y tabaco entre los turnos, ninguna comparación fue significativa.

Con el propósito de responder el objetivo general y determinar si existe una relación entre el síndrome de Burnout, consumo de alcohol, tabaco y estrategias de afrontamiento, se realizó la siguiente prueba estadística.

Tabla 15

Relación entre el Síndrome de Burnout, consumo de alcohol, tabaco y estrategias de afrontamiento

	<i>Edad de inicio del consumo de alcohol</i>	<i>Número de bebidas alcohólicas en un día típico</i>	<i>Edad de inicio del consumo de tabaco</i>	<i>Número de cigarrillos en un día típico</i>	<i>Síndrome de Burnout</i>	<i>Estrategias de afrontamiento</i>	<i>Años de experiencia laboral</i>
Edad de inicio del consumo de alcohol	1						
Número de bebidas alcohólicas en un día típico	-.482**	1					
Edad de inicio del consumo de tabaco	.647**	-.432*	1				
Número de cigarrillos en un día típico	.094	.191	-.164	1			
Síndrome de Burnout	.213	.059	.488**	-.227	1		
Estrategias de afrontamiento	.091	.716	.001	.350	.195	1	
Años de experiencia laboral	-.095	-.092	.103	.004	.104	.066	1
	.457	.574	.516	.988	.104	.585	
	.303*	.151	.428**	-.062	.169	.066	1
	.015	.351	.005	.802	.158	.585	

Nota. ** = La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral); *. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

La tabla expuesta anteriormente, mostró que existe relación positiva y significativa entre el síndrome de Burnout y el consumo de tabaco. Adicional a este hallazgo, se identificó que existe una relación positiva y significativa entre los años de experiencia, la edad de inicio de consumo y el número de bebidas y cigarrillos consumidos en un día

típico, esto quiere decir que entre más joven el personal de enfermería inicie el consumo de alcohol o tabaco, mayor consumo de bebidas y cigarrillos tendrán. Sin embargo, no se encontraron correlaciones significativas entre el Burnout, consumo de alcohol y las estrategias de afrontamiento.

Capítulo IV

Discusión

El objetivo de esta investigación fue determinar la relación entre el síndrome de Burnout, consumo de alcohol, tabaco y estrategias de afrontamiento en el personal de enfermería que se dedica al ámbito de la salud mental en una institución del Estado de Puebla.

En lo que corresponde a la presencia del síndrome de Burnout, en este estudio se evidenció que el personal de enfermería presentó niveles bajos en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, acompañados de una alta realización personal. Estos resultados difieren con lo reportado por Wang et al. (2020) quienes identificaron que el agotamiento emocional fue la más afectada en el personal que atendía a pacientes neurológicos, así como lo encontrado por Abdulaziz et al. (2020) e Ilesaca et al. (2023), quienes determinaron que, en diferentes servicios hospitalarios, más de la mitad de los participantes presentó niveles altos y medios de Burnout.

Una posible explicación a las diferencias encontradas es que la población evaluada de este estudio se enfocó en el personal dedicado al área de la salud mental, lo que favorece un proceso de adaptación a las demandas emocionales derivadas de la atención a pacientes con estos padecimientos. Además, la mayoría del personal contaba con más de 10 años de experiencia laboral y una edad mayor a 45 años, lo que pudo contribuir a una mejor estabilidad. Lo anterior descrito coincidió con estudios como el de Kabunga et al. (2024), Gómez et al. (2021) y De Ávila et al. (2023) donde señalaron bajos niveles en sus poblaciones de estudio, puesto que concluyeron que la experiencia y el buen empleo de estrategias de afrontamiento ayudan a disminuir el Burnout.

En este estudio se evidenció que no hubo diferencias significativas entre el padecer SB con el sexo, turno laboral y el grado académico, lo que se contrapone con lo que mencionan Rendón et al. (2020) y Cerón (2020) ya que señalaron una asociación relevante entre el turno laboral y la presencia del Burnout, particularmente en el turno matutino. Así como lo señalado por Wang et al. (2020), quienes identificaron al turno nocturno como el más vulnerable y observaron que el personal con menor grado académico utilizaba un afrontamiento inadecuado a estas situaciones.

Esto podría explicarse porque en dichos estudios, los turnos con una mayor carga laboral se asocian al incremento de situaciones estresantes y complicadas. En contraste con este estudio, los tres turnos enfrentan constantes situaciones de alta presión, debido al tipo de pacientes atendidos, además de que la mayoría de la población reflejó contar con estudio de posgrados, lo cual podría favorecer al desarrollo de recursos y estrategias efectivas para manejar situaciones de complejidad laboral.

Referente al consumo de alcohol, el personal reportó una baja prevalencia en los últimos siete días. Esto fue diferente al reportado por Villarreal et al. (2023) quienes hallaron prevalencias más altas en la última semana, lo cual variaba según el servicio hospitalario en donde se encontraba la población. Respecto al consumo de tabaco, el personal también reportó una baja prevalencia en los últimos siete días, lo cual coincidió con Castillo et al. (2025) donde consideraron que el consumo en los últimos siete días es por contextos sociales, pero difirió en las prevalencias ya que indicó que la media de edad de inicio de consumo de tabaco fue de 18.13 años ($DE = 3.14$).

Así mismo, se observó un leve incremento en el consumo de tabaco frente al alcohol, lo que concuerda con López et al. (2019), quienes reportaron una mayor

prevalencia en el consumo de tabaco con el consumo de alcohol en el personal, ya que mencionan que el tabaco es más accesible en el entorno laboral. Esto sugiere que el consumo entre el personal se da principalmente de manera social, más que un hábito. La literatura menciona que el consumo de alcohol o tabaco puede funcionar como una estrategia de afrontamiento ante el Burnout, pero como esta población reportó niveles bajos, el afrontamiento fue diferente.

Al comparar el consumo de alcohol y tabaco con el sexo, los hombres mostraron un mayor consumo en ambas sustancias. Estos hallazgos se relacionan por lo descrito con Jiang et al. (2020) quienes indicaron que los hombres tuvieron un mayor consumo de tabaco, pero difirieron con Gómez et al. (2021) quienes evidenciaron mayor consumo en mujeres. Esta comparación con el sexo muestra que, aunque entre el personal de enfermería mayoritariamente sean mujeres, los hombres tienen un mayor consumo en ambas sustancias

Así mismo, en comparación con el turno laboral, el turno matutino y nocturno fueron los de mayor consumo de alcohol reportados en los últimos siete días y último mes, mientras que el consumo de tabaco predominó en el turno vespertino. Esto contrastó con lo reportado por Castillo et al. (2025) quienes identificaron que en el turno nocturno mostró más prevalencia del consumo de tabaco. Por lo anterior, se infirió que el turno matutino, pudo reportar un alto consumo de alcohol sin ser perjudicial por la facilidad de horario social que puede tener. En lo que corresponde al consumo de tabaco el turno vespertino y nocturno se ve afectado por la facilidad que este puede llegarse a consumir en el área laboral lo que hace que origine un mayor consumo de esta sustancia.

Esto quiere decir que la diferencia entre el consumo de alcohol y tabaco con el sexo y turno laboral pueden estar determinadas por otros factores como individuales o

contextuales, ya que en general no reportan un consumo perjudicial. Las diferencias se podrían deber al servicio en donde se encuentra el personal, la edad y el nivel educativo, las cuales probablemente también funcionen como protectores y limiten el uso de estas sustancias.

Con base a las estrategias de afrontamiento que utiliza el personal, se identificó que la mayor empleada fue el afrontamiento activo pero la negación y el uso de sustancias fueron la menos empleada. Estos resultados coinciden con los reportado por Correa (2023) y Acuña et al. (2022), quienes también hallaron un predominio de estrategias adaptativas en el personal. Así mismo, Kabunga et al. (2024) e Ilasaca et al. (2023) refieren que el uso de estrategias adaptativas reduce significativamente la presencia del SB, lo que refuerza la importancia de su practica en el ámbito laboral.

Finalmente, en este estudio, solo se encontró una relación positiva y significativa entre el padecer síndrome de Burnout y el consumo de tabaco, esto coincidió con Gómez et al. (2021) quien determinó que el consumo de tabaco se relaciona con los factores laborales asociados con el agotamiento emocional el cual determina el síndrome de Burnout. Adicionalmente, también se encontró una relación positiva y significativa con los años de experiencia, edad de inicio de consumo y número de bebidas y cigarrillos consumidos en un día típico, lo que indica que, a menor edad de inicio, mayor consumo de alcohol y tabaco tendrán.

De acuerdo con lo anterior descrito y sustentado en la revisión de la literatura, estos hallazgos permitieron inferir que la edad y la experiencia laboral son factores protectores frente al Burnout y al consumo de sustancias, dado que el personal encuestado estuvo

conformado mayoritariamente con una media de 19 años de experiencia, lo que favorece el desarrollo de resiliencia y afrontamiento adaptativo.

Conclusión

Los resultados obtenidos en este estudio permitieron demostrar que la población participante en general presentó niveles bajos del síndrome de Burnout, evidenciado por bajo agotamiento emocional y despersonalización, pero con una alta realización personal.

En relación con el consumo de alcohol y tabaco se identificaron bajas prevalencias y frecuencias entre el personal, con un consumo mayoritario de tabaco; este se encontró relacionado con el síndrome de Burnout, lo que determinó que su consumo funciona como una estrategia de afrontamiento desadaptativa frente al Burnout. Así mismo se observó que el consumo de estas sustancias a una edad temprana tiene relación con una mayor cantidad de bebidas o cigarrillos consumidos al día, específicamente en los hombres, sin importar el turno en el que laboren, lo que hace plantear la necesidad de estrategias preventivas en etapas tempranas.

Respecto a las estrategias de afrontamiento, las predominantes fueron las estrategias adaptativas, lo que demostró que el personal estudiado desarrolla estrategias adecuadas que contribuyen a no desarrollar Burnout y limitar el uso de sustancias como mecanismo de afrontamiento ante situaciones laborales complejas, sin importar el sexo, turno laboral o grado académico que tenga el personal de enfermería.

Finalmente este estudio permitió demostrar que el personal de enfermería de una institución en salud mental, a pesar de trabajar en un entorno de alta presión, ha logrado desarrollar mecanismos funcionales de afrontamiento ante las situaciones de estrés laboral donde previenen el desarrollo del SB, no obstante es necesario continuar investigaciones con otros factores de riesgo a considerar como el trabajo en equipo, las redes de apoyo en el

personal, la presencia de enfermedades crónicas, la falta de reconocimiento profesional, antecedentes de padecimientos mentales como la ansiedad o depresión y el consumo de otras sustancias para así poder considerar intervenciones de prevención dirigidas al personal con menor experiencia. Así mismo se recomienda realizar estudios futuros con poblaciones más amplias en el ámbito de la salud mental que permitan generalizar y profundizar en el entendimiento de estos padecimientos.

Referencias

- Abdulaziz F. A., Abdullah M. Alhotheyfa, S. Z. Alkhiraisy, H. A. Abugad, B. F. Alshahrani. (2022). Burnout relacionado con el trabajo entre médicos y enfermeras de urgencias en la ciudad de Dammam, Arabia Saudí. *World Family Medicine/Middle East Journal of Family Medicine*, 20(1), 121-129. DOI: 10.5742/MEWFM.2022.95219.
- Acuña, M. G., Fernández, L. S., Gaitán, M. R., Pereira, I., & Medina, Ó. A. (2022). Estrategias de afrontamiento centradas en las emociones de enfermeros de un hospital de Corrientes en el año 2022. *Notas de Enfermería*, 24(42), 4-12. <https://doi.org/10.59843/2618-3692.v24.n42.42630>
- Andreo, A., Salvador Hilario, P., & Orteso, F. J. (2020). Ansiedad y estrategias de afrontamiento. *European Journal of Health Research*, 6(2), 213-225. <https://doi.org/10.30552/ejhr.v6i2.218>
- Ángulo 7. (2019, 22 de mayo). *En Puebla, 25.4% de la población fuma; la mitad son mujeres: experto*. <https://www.angulo7.com.mx/2019/educacion/en-puebla-25-4-de-la-poblacion-fuma-la-mitad-son-mujeres-experto/221838/>
- Brambila-Tapia, A. J. L., Martínez-Arriaga, R. J., González-Cantero, J. O., González-Becerra, V. H., Reyes-Domínguez, Y. A., Ramírez-García, M. L., & Macías-Espinoza, F. (2023). Brief COPE short version (Mini-COPE): A proposal of item and factorial reduction in Mexican population. *Healthcare*, 11(8), 1070. <https://doi.org/10.3390/healthcare11081070>
- Barrera-Núñez, D. A., López-Olmedo, N., Zavala-Arciniega, L., Barrientos-Gutiérrez, I., & Reynales-Shigematsu, L. M. (2022). Consumo de tabaco y uso de cigarro

- electrónico en adolescentes y adultos mexicanos. *Ensanut Continua 2022, Salud Publica Mex.*, 65(1), 65-74.
- Bautista-García, J., Hinojosa-García, L., Guerra-Ordóñez, J. A., García-García, P., & Jiménez-Martínez, A. A. (2022). *Síndrome de burnout y su relación con la calidad de vida laboral en enfermería*. *Enfermería Universitaria*, 19(1), 58-69.
<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2022.1.1359>
- Borges, E. M. N., Queirós, C. M. L., Abreu, M. S. N., Mosteiro-Diaz, M. P., Baldonado-Mosteiro, M., Baptista, P. C. P., Felli, V. E. A., Almeida, M. C. S., & Silva, S. M. (2021). Burnout entre enfermeros: un estudio multicéntrico comparativo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, 3432. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4320.3432>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud* (última reforma 02-04-2014). Diario Oficial de la Federación.
https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Carrillo, R., Gómez, G., & Monteros, I. (2012). Síndrome de Burnout en la práctica médica. *Medicina Interna de México*, 28(6), 579-584.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2012/mim126j.pdf>
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F. & Robinson, D. S. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with

- early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8366426/>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. <https://psycnet.apa.org/record/1989-17570-001>
- Castillo-Martinez, G., Morales-Cruz, . L. F. ., Arriaga-Martínez , J. L. ., Aspera-Campos , T., Lara-Pérez , R. ., & Morelos-García, E. N. (2024). Consumo de Tabaco y Dependencia a la Nicotina en Profesionales de Enfermería. *Cuidado Multidisciplinario De La Salud BUAP*, 6(11), 46–62. <https://rd.buap.mx/ojs-dm/index.php/cmsj/article/view/1443>
- Cerón, L. E. M. (2020). Síndrome de Burnout en enfermeros de hospitales públicos y privados en guayaquil, ecuador. *Medicina e investigación*, 1(1), 33-40. <https://revistaclinicaguayaquil.org/index.php/revclinicaguaya/article/view/55>
- Correa Cruzado, W. M. (2023). Factores de estrés y estrategias de afrontamiento en enfermeros del servicio de emergencia. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(2), 3358-3370. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.840>
- Cruz, M. C., León, P. B. & Ángulo, R. E. (2019). Lo que hay que saber sobre las drogas México. *Centros de integración juvenil*, 2(1), 1-108. <https://www.gob.mx/salud/cij/prensa/lo-que-hay-que-saber-sobre-drogas?idiom=es>
- Davia-Cantos, María Jesús, Tárrega-Marcos, Loreto, Tárrega-Marcos, Almudena, & Tárrega-López, Pedro Juan. (2022). Patología orgánica asociada al tabaquismo. *Journal of Negative & No Positive Result*, 7(4), 385-408.

<file:///C:/Users/Hp%2014/Documents/Articulos%20ME/PATOLOGIA%20ASOCIADA%20AL%20TABAQUISMO.pdf>

De Avila Arroyo, M. L., Tenahua Quitl, I., Villanueva Ordaz, E., Gallegos Acevedo, M. G., & López Méndez, E. E. (2023). Estrés laboral, sensibilidad ética y consumo de alcohol en personal de enfermería de Puebla, México. *Horiz. enferm*, 34(2), 271-286. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/09/1509694/8.pdf>

Escobar, M. & Mendez, R. (2020). El Tabaquismo Pasivo Como Factor De Riesgo Para La Salud Infantil. *Ciencias Básicas de Granma Manzanillo*.
<file:///C:/Users/Hp%2014/Documents/Articulos%20ME/TABAQUISMO%20PASIVO.pdf>

Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
<https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>

García V., J. C., Rodríguez R. G., & Hidalgo A., I. (2022). *Prevalencia de burnout en el profesional de enfermería*. *Revista de Extensión Científica en Salud UPAEP*, 5, 91-92.
https://investigacion.upaep.mx/micrositios/recsu/assets/miep_prevalencia_de_burnout_en_el_profesional_de_enfermeria....pdf

Gómez Aranda, C., García Pérez, A., González Aragón Pineda, A. E., & Reyes-Jiménez, O. (2021). Asociación entre estrés laboral y dependencia nicotínica en trabajadores de la salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 59(6), 510-516.
<http://revistamedica.imss.gob.mx/>

- Guarino, L. (2022). Burnout laboral: Estos son los países más “exhaustos” de Latinoamérica. *Bloomberg Línea*.
<https://www.bloomberglinea.com/2022/10/28/Burnout-laboral-estos-son-los-paises-mas-exhaustos-de-latinoamerica/>
- Hernández Sampieri, R., Mendoza Torres, C. P., & Fernández Collado, C. (2023). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (2ª ed.). McGraw Hill.
- Hernández, J. Á., Razo, D. M., Ricardez, M. A., & Sarmiento, P. (2024). Síndrome de burnout en personal de enfermería tras la atención de pacientes con COVID-19 en un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México. *XIKUA Boletín Científico de la Escuela Superior de Tlahuelilpan*, 12(23), 13-19.
<https://doi.org/10.29057/xikua.v12i23.11834>
- Hernández-Pérez, Andrea, García-Gómez, Leonor, Osio-Echánove, Jennifer, & Pérez-Padilla, Rogelio. (2021). Fumadores ocasionales y ligeros, prevalencia, importancia y alternativas de tratamiento. *Neumología y Cirugía de Tórax*, 80(2), 89-93.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0028-37462021000200089
- Ilasaca, O. J. E., Epiquien, R. R. C., Diaz, O. M. M., & Alberca-L. A. L. (2023). Burnout, estrategias de afrontamiento y satisfacción laboral en enfermeros. *Horizonte Sanitario*, 22(3), 642-649. DOI: 10.19136/hs.a22n3.5640
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2023). Estrés laboral.
<https://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/estres-laboral>

- Jiang, F., Hu, L., Zhu, L., Wang, X., Zhang, P., Xie, Y., ... & Shen, X. (2020). Cigarette Smoking, Health-Related Behaviors, and Burnout Among Mental Health Professionals in China. A Nationwide Survey. *Front Psychiatry*, 11(706), 1-8
<file:///C:/Users/Hp%2014/Documents/ARTICULOS%20RELACIONADOS/TABAQUISMO%20Y%20ENFERMERIA%20EN%20SALUD%20MENTAL%202020.pdf>
- Jiménez, E. A., Ramírez, M., Jiménez, J., Decat, C., Meneses, A., & Galindo, O. (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>
- Kabunga, A., Kigongo, E., Okalo, P., Udho, S., Grace, A. A., Tumwesigye, R., Akello, A. R., Musinguzi, M., Acup, W., Nabaziwa, J., Shikanga, E. M., & Namata, H. (2024). Burnout and coping mechanisms among healthcare professionals in central Uganda. *Frontiers in psychiatry*, 15, 1373743.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1373743>
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). Escala de modos de afrontamiento. Estrés, evaluación y afrontamiento. *Diario de personalidad y Psicología social*, 45,150-170.
https://books.google.com.mx/books?id=iySQQuUpr8C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Ley General de Salud. (2014). Diario Oficial de la Federación.
https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_240614.pdf

- Londoño Restrepo, J., & Álvarez Gómez, M. L. (2017). *Consumo de sustancias psicoactivas en auxiliares de enfermería*. *Revista Cuidarte*, 8(2), 1591–1598.
<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.378>
- López, M. S., Ricarte T. J. J., & López H. R. (2019). Actitudes hacia el consumo de sustancias psicoactivas y su relación con el estado emocional en estudiantes y profesionales de enfermería. *Rev Enferm Salud Ment*. 12(1), 5-12.
[file:///C:/Users/Hp%2014/Downloads/Dialnet-ActitudesHaciaElConsumoDeSustanciasPsicoactivasYSu-6853892%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Hp%2014/Downloads/Dialnet-ActitudesHaciaElConsumoDeSustanciasPsicoactivasYSu-6853892%20(1).pdf)
- Lovo, J. (2021). Síndrome de burnout: Un problema moderno. *Entorno*, (70), 110–120.
<file:///C:/Users/Hp%2014/Downloads/12034.pdf>
- Lukan, J., Bolliger, L., Pauwels, N. S., Luštrek, M., De Bacquer, D., & Clays, E. (2022). Work environment risk factors causing day-to-day stress in occupational settings: A systematic review. *BMC Public Health*, 22(240). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12354-8>
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford Press.
https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=FyC1x5a_IjYC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Relapse+prevention:+Maintenance+strategies+in+the+treatment+of+addictive+behaviors.&ots=UarZ3G6tyX&sig=NcfC_5UcXn8Jm6ixOedc3-InCxo#v=onepage&q=Relapse%20prevention%3A%20Maintenance%20strategies%20in%20the%20treatment%20of%20addictive%20behaviors.&f=false
- Ministerio de Sanidad. (2024). *Alcohol*. Gobierno de España. <https://www.sanidad.gob.es/>

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2023). *Alcohol's Effects on Health*.

National Institutes of Health. <https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health>.

[https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/overview-alcohol-](https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/overview-alcohol-consumption/definicion-de-los-niveles-de-consumo-de-alcohol)

[consumption/definicion-de-los-niveles-de-consumo-de-alcohol](https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/overview-alcohol-consumption/definicion-de-los-niveles-de-consumo-de-alcohol)

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Síndrome de Burnout Ocupacional*

[https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-](https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases)

[phenomenon-international-classification-of-diseases](https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases)

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Sobredosis de opioides*.

<https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Tabaco*. [https://www.who.int/es/news-](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco)

[room/fact-sheets/detail/tobacco](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco)

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Alcohol*. [https://www.who.int/news-room/fact-](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol)

[sheets/detail/alcohol](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol)

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Uso de tabaco: datos e indicadores*.

<https://data.who.int/indicator/75DDA77>

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Control del tabaco*.

<https://www.paho.org/es/temas/control-tabaco> Organización Panamericana de la

[Salud](https://www.paho.org/es/temas/control-tabaco)

Organización Panamericana de Salud. (2023). *Sustancias Psicoactivas*.

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=list&Itemid=270

[&layout=table&slug=alcohol-abuso-sustancias-1430&lang=es#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=list&Itemid=270)

- Ortiz, C. O. & Fuentes, S. M. (2023). Estrés laboral y estrategias de afrontamiento del personal de enfermería en el servicio de Hospitalización de una Clínica Privada, Lima – Perú. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(2), 3879-3895.
<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/5616>
- 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>
- Real Academia Española. (2023). *Consumo*. Diccionario de la lengua española.
<https://dle.rae.es/consumo>
- Rendón, M., Militza, S., Peralta, P., SL., Hernández V. EA., Hernández, RI., Vargas, MR. & Favela, O. MA. (2020). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. *Enfermería Global*, 59, 479-492.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000300479
- Ríos, A. M. (2020). Síndrome de Burnout y afrontamiento en el personal de enfermería. *Universidad Autónoma del Estado de México*.
<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/109651/TESIS+BURNOUT+Y+AFRONTAMIENTO+ENFERMERIA+2020.pdf?sequence=1>
- Romero, O. SC., & Urrea, H. E. R. (2022). Factores de riesgos psicosociales que inciden en el desarrollo del síndrome de Burnout en profesionales de enfermería. *Más Vita*, 4(2), 31-49.
<https://www.acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/355>

Secretaría de Salud hasta abajo Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (ENSANUT, 2018).

https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf

Secretaría de Salud. (2009). *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*. Diario Oficial de la Federación.

<https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR20.pdf>

Shah, J., Smith, C., Mostert, C., Khakali, L., Merali, Z., & Ali, S. K. (2025). Substance use among healthcare professionals: A cross-sectional study in Kenya. *PLOS global public health*, 5(3), e0003863. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003863>

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. (SISVEA, 2024). Informes

Anuales del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones.

<https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-anuales-del-sistema-de-vigilancia-epidemiologica-de-las-adicciones>

Velázquez, G. I., Parra, T. N. & Almonte, B. M. (2022). Síndrome de Burnout relacionado con la atención a pacientes con COVID-19 en el hospital rural general de

Tlatlauquitepec. *HOLOPRAXIS Ciencia, Tecnología e Innovación*, 6 (2), 3-15

<https://revista.uniandes.edu.ec/ojs/index.php/holopraxis/article/view/2976/pdf>

Villarreal-Mata, J. L., Armendáriz-García, N. A., Sánchez-Gómez, M., Alonso Castillo, M.

M., & López García, K. S. (2023). Inteligencia emocional, satisfacción laboral y consumo de alcohol en el personal de enfermería. *Horizonte sanitario*, 22(2), 393-399. <https://doi.org/10.19136/hs.a22n2.5591>

Wang, J., Wang, W., Laureys, S., & Di, H. (2020). Síndrome de Burnout en profesionales sanitarios que atienden a pacientes con trastornos prolongados de la conciencia: una

encuesta transversal. *BMC Health Services Research*, 20, 841.

<https://doi.org/10.1186/s12913-020-05694-5>

Yeşil, A., & Polat, Ş. (2023). *Investigation of psychological factors related to compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among nurses*. *BMC Nursing*, 22, 12.

<https://doi.org/10.1186/s12912-023-01174-3>

Yoon, J. M., Trinkoff, A. M., Selby, V., & Kim, E. (2025). The association between self-reported substance use and work schedule characteristics among nurses: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 170, 105162.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2025.105162>

CCM Salud. (2016). *El alcohol: efectos inmediatos*. <https://salud.ccm.net/faq/3498-el-alcohol-efectos-inmediatos> salud.ccm.net

Anexos

Anexo A.

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Programa de Maestría en Enfermería

Cédula de Datos Generales y Prevalencia del Consumo de Alcohol y Tabaco

Introducción: Este instrumento está diseñado para recolectar información valiosa que ayudará a investigar ciertos aspectos de su experiencia y bienestar. Es importante destacar que no existen respuestas correctas o incorrectas, se espera que responda con la mayor honestidad posible, reflejando sus verdaderos sentimientos y percepciones.

Datos Generales

ID de identificación:

Edad: _____

Sexo:

1. Hombre
2. Mujer

Grado Académico:

1. Licenciatura
2. Especialidad
3. Maestría

Turno:

1. Matutino
2. Vespertino
3. Nocturno

¿Cuántos años lleva laborando en la institución?: _____

Estado Civil:

1. Soltero (a)
2. Casado (a)
3. Unión libre
4. Viudo

1. ¿Estás recibiendo algún tipo de tratamiento o asistencia psicológica por un profesional en salud mental? Si ____ No ____ ¿Cuál?

2. ¿Estás recibiendo algún tipo de tratamiento o asistencia bajo cesación para el consumo de alcohol o tabaco? Si ____ No ____ ¿Cuál?

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Programa de Maestría en Enfermería

Prevalencia de Consumo de Alcohol

1. ¿Has consumido alcohol alguna vez en la vida? Si ____ No ____
2. ¿A qué edad consumiste tu primer alcohol? _____
3. ¿Has consumido alcohol en el último año? Si ____ No ____
4. ¿Has consumido alcohol en el último mes? Si ____ No ____
5. ¿Has consumido alcohol en los últimos siete días? Si ____ No ____
6. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes en un día típico? _____

Prevalencia de Consumo de Tabaco

1. ¿Has consumido tabaco alguna vez en la vida? Si ____ No ____
2. ¿A qué edad consumiste tu primer tabaco? _____
3. ¿Has consumido tabaco en el último año? Si ____ No ____
4. ¿Has consumido tabaco en el último mes? Si ____ No ____
5. ¿Has consumido tabaco en los últimos siete días? Si ____ No ____
6. ¿Cuántas cigarrillos consumes en un día típico? _____

Anexo B.

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Programa de Maestría en Enfermería
Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)

A continuación, se presentan los valores de referencia que debe utilizar para completar las casillas vacías en el cuestionario. Por favor, elija el valor que mejor refleje su situación o sentimiento en cada caso.

Marque el recuadro con una “X” que crea oportuno sobre la frecuencia con que siente los enunciados.

Ítems	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca	Pocas veces al año o menos.	Una vez al mes o menos.	Unas pocas veces al mes.	Una vez a la semana.	Unas pocas veces a la semana.	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.							

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

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Programa de Maestría en Enfermería

Cuestionario de Orientación a Problemas Experimentados (Brief COPE)

Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras.

Marque con una "X" el recuadro que más crea adecuado, es decir, el número que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a ello, al problema

Ítems	1	2	3	4
	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.				
2. Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.				
3. Acepto la realidad de lo que ha sucedido.				
4. Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.				
5. Me digo a mí mismo "esto no es real".				
6. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.				
7. Hago bromas sobre ello.				
8. Me critico a mí mismo.				
9. Consigo apoyo emocional de otros.				
10. Tomo medidas para intentar que la situación mejore.				
11. Renuncio a intentar ocuparme de ello.				
12. Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.				
13. Me niego a creer que haya sucedido.				
14. Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.				
15. Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.				

Ítems	1	2	3	4
	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
16. Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.				
17. Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.				
18. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.				
19. Me río de la situación.				
20. Rezo o medito.				
21. Aprendo a vivir con ello.				
22. Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.				
23. Expreso mis sentimientos negativos				
24. Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.				
25. Renuncio al intento de hacer frente al problema.				
26. Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.				
27. Me echo la culpa de lo que ha sucedido.				
28. Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.				

Gracias por tomarse el tiempo para responder este instrumento.

Anexo D.

Consentimiento Informado

Estimado(a) personal de enfermería

Se le invita a participar en el estudio titulado **“Síndrome de Burnout, consumo de alcohol, tabaco y estrategias de afrontamiento en el personal de enfermería”**. Este estudio busca determinar la relación entre el síndrome de Burnout, consumo de alcohol, tabaco y estrategias de afrontamiento utilizadas por el personal de enfermería de una institución en salud mental. En caso de participar por favor completar los cuestionarios de Burnout, consumo de alcohol, tabaco, y las estrategias de afrontamiento que utiliza, el proceso tomará aproximadamente 30-45 minutos. Toda la información proporcionada será confidencial y se tratará de manera anónima con respeto y privacidad. Por lo tanto, los datos se identificarán con un número de folio conforme a lo establecido por la Ley General de Salud. Esta investigación al realizarla no se anticipan riesgos físicos; sin embargo, algunas preguntas podrían generar incomodidad emocional, por ello puede detener su participación en cualquier momento y solicitar ayuda de un profesional en salud mental, el cual estará presente en todo momento. Al participar no recibirá un beneficio directo, sin embargo, su colaboración será crucial para una comprensión de estos problemas, lo cual mejorará significativamente el bienestar personal y la eficacia profesional. Además, la información obtenida proporcionará valiosas orientaciones sobre el estado de salud del personal de enfermería en esta área, por ello si es necesario se publicarán informes parciales y finales derivados de este estudio y los hallazgos podrán ser difundidos a través de diferentes medios, siempre asegurando la confidencialidad de la información que se le concierne como participante.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y tiene derecho a retirarse en cualquier momento sin ninguna repercusión. Si tiene alguna duda o requiere más información, puede contactar a la investigadora principal, María José Pérez Portillo, a través del correo electrónico pp223450055@alm.buap.mx.

Al firmar este documento, ha leído, comprendido la información proporcionada y acepta participar en este estudio de manera voluntaria

Firma del Participante: _____

Firma del Investigador _____

Firma de los Testigos: _____

Firma de los Testigos: _____