



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE HONDURAS  
“NUESTRA SEÑORA REINA DE LA PAZ”  
Dirección de Postgrado e Investigación

**“Síndrome de burnout y su relación con las estrategias de afrontamiento socioemocionales en el personal de Enfermería del Hospital de Occidente”**

POR

**Reina Esmeralda Trigueros**

Asesor técnico

MSc. Jeniffer Sarai Portillo Argueta

Asesora metodológica  
Odessa Zelaya, PhD

TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**MASTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD**

Junio de 2021  
Santa Rosa de Copán, Honduras

# DEDICATORIA

Dedico la presente tesis de manera muy especial a nuestro Divino Creador, que me permitió actuar con entereza y discernimiento durante este tiempo de maestría y aprender en la prestigiosa Universidad Católica de Honduras Campus Santa Rosa de Lima.

En segundo lugar, quiero dedicar este logro a Dios por no soltarme nunca de su mano, por la fuerza y sabiduría que me ha brindado para poder alcanzar este logro, sin él no podría estar donde estoy.

Seguidamente quiero dedicarlo a mis hijos y familia que son un pilar importante y fundamental en mi vida, quien siempre me ha apoyado emocionalmente y de todas las maneras posibles a lo largo de mi vida siendo.

# AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero agradecer a Dios por darme la vida, cuidarme y nunca soltarme de su mano, Sin el en nuestras vidas no tendríamos un camino a seguir y no hubiera culminado los estudios. Pero tenemos que recordar que Dios nunca nos dará una carga que no podemos llevar y siempre existe una solución a todos los problemas y que las cosas que suceden son por algo y ya estaba en los planes que Dios tiene para nuestras vidas.

Agradezco a las personas que más amo en mi vida, mis hijos y mi familia que han sido mi motor y siempre han estado a mi lado dándome el apoyo y el acompañamiento de un buen ejemplo de integridad, responsabilidad y de amor incondicional. Sin ellos no habría alcanzado lo que soy hoy tanto como persona y como profesional.

A la vez quiero dar un emotivo agradecimiento a todos mis catedráticos que a lo largo de toda mi carrera me brindaron el conocimiento necesario para poder desempeñarme en la vida laboral que es tan competitiva y sobresalir en este ámbito que no solo requiere inteligencia y dedicación, sino destreza y actitud positiva para salir adelante, por lo cual estoy muy agradecida con cada uno de ellos, por siempre.

# CONTENIDO

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO .....	iii
RESUMEN .....	ix
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1.1 Situación Problemática .....	11
1.2 Preguntas de Investigación .....	16
1.3 Objetivos.....	16
1.3.1 Objetivo General .....	16
1.3.2 Objetivos específicos.....	16
1.4 Justificación .....	17
CAPÍTULO II MARCO CONTEXTUAL .....	19
2.1 Sistema Nacional de Salud en Honduras .....	20
2.1.1 Fragmentación del Sistema Nacional en Salud .....	21
2.1.2 Objetivos del Modelo Nacional de Salud.....	24
2.2 Hospital de Occidente.....	27
2.2.1 Contexto histórico Hospital de Occidente.....	28
2.2.2 Misión.....	31
2.2.3 Visión .....	31
2.2.4 Colindancia del hospital .....	33
2.2.5 Cartera de servicios del hospital.....	33
CAPÍTULO III MARCO TEÓRICO .....	34
3.1 Síndrome de Burnout .....	35
3.1.1 Antecedentes históricos del Síndrome de Burnout .....	36
3.1.2 Definiciones del Síndrome de Burnout .....	38
3.1.3 Modelo tridimensional del burnout de Maslach .....	41
3.1.4 Modelos explicativos del Burnout.....	42
3.1.5 Modelos etiológicos basados en la Teoría Socio cognitiva del Yo.....	42
3.1.6 Modelos de Cox, Kuk y Leiter .....	43
3.1.7 Modelos etiológicos basados en la Teoría Estructural .....	43

3.1.8 Modelo Page y Cooper (1993) .....	44
3.1.9 La teoría de Maslach es la que se utilizó en este estudio.....	46
3.2 Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidados críticos y hospitalización. ....	47
3.2.1 Sustento teórico sobre las hipótesis propuestas las cuales evidencian estos resultados .....	51
3.3 Estrategias de afrontamiento socioemocionales .....	51
3.4 Investigaciones recientes sobre estrategias de afrontamiento socioemocionales .....	56
3.4.1 Estrategias de Intervención Social .....	56
3.4.2 Estrategias a Nivel Organizacional .....	57
3.4.3 Estrategias de afrontamiento socioemocionales.....	58
3.5 Estrategias de Afrontamiento socioemocionales utilizadas por el personal de enfermería .....	60
3.5.1 Estrategias Individuales .....	61
3.5.2 Técnicas fisiológicas.....	61
3.5.3 Técnicas conductuales .....	61
3.5.4 Técnicas cognitivas.....	62
CAPÍTULO IV MÉTODO .....	68
4.1 Enfoque, alcance y diseño.....	69
4.2 Variables .....	70
4.3 Hipótesis .....	72
4.4 Participantes.....	72
4.4.1 Condiciones Sociodemográficas: .....	73
4.5 Instrumentos.....	73
4.5.1 Validez, Prueba piloto y confiabilidad.....	75
4.6 Procedimiento .....	75
CAPÍTULO V RESULTADOS .....	76
5.1.1 Análisis descriptivo del Síndrome de Burnout.....	77
5.1.2 Análisis descriptivo de las estrategias de afrontamiento socioemocionales .....	77
5.1.2.1 Estrategias de afrontamiento enfocadas al problema.....	79
5.1.2.2 Estrategias de afrontamiento enfocados en la emoción .....	80
5.1.2.3 Estrategias de afrontamiento Enfocados a otros estilos.....	81

5.2 Análisis inferencial .....	82
5.2.1 Correlación entre Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento socioemocionales .....	82
5.2.2 Correlación entre Despersonalización y estrategias de afrontamiento socioemocionales .....	83
5.2.3 Correlación entre agotamiento emocional y estrategias de afrontamiento socioemocionales .....	84
5.2.4 Correlación entre baja realización personal y estrategias de afrontamiento socioemocionales .....	84
CAPÍTULO VI DISCUSIÓN.....	86
CAPITULO VII CONCLUSIONES .....	91
CAPITULO VIII RECOMENDACIONES.....	93
RECOMENDACIONES .....	93
CAPÍTULO IX LÍNEAMIENTOS DE INTERVENCIÓN .....	95
9.1 Propuesta de prevención y afrontamiento para el síndrome de Burnout .....	96
9.2 Estrategias de Autocuidado personal .....	97
9.3 Tipos de Autocuidado.....	97
9.4 Fomentar la flexibilidad de horario .....	98
9.5 Programa de psico-educación .....	98
9.6 Actividades físicas .....	98
9.7 Grupos de mejora.....	99
REFERENCIAS .....	101
APÉNDICES .....	105

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables.....	70
Tabla 2. Análisis del nivel de Síndrome de Burnout.....	77
Tabla 3. Análisis de estrategias de afrontamiento .....	78
Tabla 4. Items 4: intento desarrollarme como persona.....	79
Tabla 5. Items 5: me vuelco en el trabajo y en otras actividades sustitutivas .....	79
Tabla 6. Items 1: me altero y dejo que mis emociones afloren .....	80
Tabla 7. Items 3: intento conseguir consejo de alguien sobre qué hacer.....	80
Tabla 8. Items 2: concentro mis esfuerzos en hacer algo acerca de ello .....	81
Tabla 9. Items 6: me digo a mí mismo " esto no es real " .....	81
Tabla 10. Síndrome de Burnout y Estrategias de Afrontamiento Socioemocionales..	<b>¡Error!</b>
<b>Marcador no definido.</b>	
Tabla 11. Despersonalización y estrategias de afrontamiento socioemocionales .....	<b>¡Error!</b>
<b>Marcador no definido.</b>	
Tabla 12. Agotamiento emocional y estrategias de afrontamiento socioemocionales	<b>¡Error!</b>
<b>Marcador no definido.</b>	
Tabla 13. Baja realización personal y estrategias de afrontamiento socioemocionales	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla 14. Valores de coeficiente Alfa de Cronbach para la escala Maslach.....	<b>¡Error!</b>
<b>Marcador no definido.</b>	

Tabla 15. Valores de coeficiente para escala Estrategias de Afrontamiento..... **¡Error!**

**Marcador no definido.**

# ACRÓNIMOS

SB: Síndrome Burnout

Asonog: Asociación de organismos no gubernamentales

SESAL: Secretaria de Salud

OPS: Organización panamericana de la Salud

EAS: Estrategias de Afrontamiento Socioemocionales

MBI: Maslach Burnout Inventory

SNS: Sistema Nacional de Salud

MNS: Modelo Nacional de Salud

SSH: Secretaria de Salud de Honduras

CARE-MEDICO: Médico de Atención

CAMO: Central American Medical Outreach Inc.

OMS: Organización Mundial de la Salud

OIT: Organización internacional del Trabajador

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

CAPS: Coping Adaptation Processing Scale

MP: Ministerio Público

# RESUMEN

El objetivo de este estudio es analizar el síndrome de burnout y las estrategias de afrontamiento socioemocionales en el personal de Enfermería del Hospital de Occidente. En cuanto a la metodología se redactó bajo el enfoque cuantitativo, alcance correlacional y diseño no experimental transeccional, se seleccionó una muestra que involucró a 153 profesionales de enfermería, utilizando el método de selección probabilística aleatoria simple, mientras que el rango de edad es de 22 a 65 años. Para estimar el nivel de síndrome de burnout y las respectivas estrategias de afrontamiento socioemocionales se utilizaron dos instrumentos, para la medición del síndrome de burnout en sus tres dimensiones se hará uso del Maslach Burnout Inventory (MBI) y Estrategias de Afrontamiento socioemocionales. Llegándose a los siguientes resultados en relación a las dimensiones del síndrome según la Dimensión Agotamiento emocional el 38,0% de las enfermeras presentaron un nivel alto, el 42,0% medio. Según la dimensión Despersonalización el 86,0% presentaron un nivel alto, El 10,0% un nivel medio. Según la dimensión realización personal donde el 20,0% Presentaron un nivel medio; mientras que el 80,0% de las enfermeras un nivel bajo .En cuanto a las estrategias de afrontamiento que los enfermeros utilizan los resultados Fueron que el 40,13% de las enfermeras indicaron que a veces utilizan estrategias de Afrontamiento; el 36,60% indicaron a menudo; mientras que el 20,26% de las enfermeras Indicaron que siempre utilizaba estrategias de afrontamiento ante el estrés que sufren en el Servicio.

**Palabras clave:** síndrome de burnout, estrategias de afrontamiento socioemocionales, despersonalización.

**CAPÍTULO I**  
**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## **1.1 Situación Problemática**

La Enfermería está considerada como una profesión expuesta a altos niveles de estrés laboral. Naturalmente el personal de enfermería se ve sometido en su trabajo a diversos estresores como ser sobrecarga de trabajo, falta de insumos, personal insuficiente , entre otros que, provocan una serie de consecuencias negativas en su salud física y mental, constituyéndose en un colectivo con alto riesgo de desarrollar el conocido síndrome de burnout, tanto en atención primaria como en atención especializada.

Los factores laborales que determinan el bienestar y la salud de los profesionales enfermeros, y que han sido los más ampliamente investigados, son el grado de satisfacción laboral y la turnicidad, y en mayor medida el turno nocturno.

Estas investigaciones se han visto apoyadas por el hecho de que el personal de enfermería es testigo directo del sufrimiento humano y que hace frente, en consecuencia, a un entorno laboral adverso, estresante y poco gratificante que fomenta la aparición del síndrome de burnout.

Actualmente el estrés forma parte de la vida cotidiana de la población, hasta tal punto que puede considerarse como “un malestar de la civilización”; por lo cual afecta la satisfacción laboral y colectiva, así como la salud y bienestar personal (Arrogante, 2017).

El síndrome de burnout se incluye así entre los principales problemas de salud mental y la antesala de muchas patologías psíquicas derivadas de un escaso control y de la carencia de una prevención primaria de este síndrome.

Es importante resaltar que las consecuencias de padecer del síndrome de burnout conllevan a la posible presencia de síntomas de índole somático, conductual, emocional y cognitivo, los cuales pueden llevar a los que padezcan a empeorar su sensación de malestar, afectando aún más su desempeño laboral e interpersonal.

El síndrome de burnout constituye una respuesta lo cual genera agotamiento emocional y despersonalización ocasionando un bajo rendimiento en las actividades cotidianas que realiza el personal de enfermería, así mismo la prevalencia del síndrome en profesionales de la salud que es uno de los grupos más vulnerables para desarrollarlo, debido a la gran cantidad de estresores que se pueden generar en el trabajo.

Como por ejemplo, el inadecuado reconocimiento del papel fundamental que cumplen en el sistema de salud, la poca flexibilización laboral, la tercerización de los servicios de salud, la baja remuneración, sobrecarga laboral, cambios y rotaciones frecuentes del sitio de trabajo, exposición a riesgos ergonómicos, biológicos, físicos, y psicológicos; que representan el deterioro del aspecto emocional y –laboral de los profesionales de enfermería, es común entre el personal de salud, sobre todo al perteneciente al área de cuidados críticos se han observado tasas de prevalencia de 20% a 70% (Vargas, 2015).

El agotamiento puede deteriorar la función cognitiva del profesional de salud, manifestando resultados negativos relacionados con la calidad de trabajo que el mismo ofrece a la institución.

La información epidemiológica refiere que el estrés en los profesionales de salud es mayor que en otro tipo de ocupaciones. Estudios comparativos han demostrado que los

niveles de estrés son superiores en el personal de enfermería que en el médico (Ticas et al, 2012). Ante la presencia de múltiples situaciones estresantes, los enfermeros necesitan aplicar diversas estrategias de afrontamiento adaptativas y de carácter individual para el control de tales situaciones, como: ejercicios de relajación, habilidades sociales, solución de problemas etcétera.

En ocasiones estas estrategias son insuficientes, es ahí en donde el profesional de enfermería se encuentra en riesgo de presentar alteraciones fisiológicas y del comportamiento, los cuales pueden dar lugar al deterioro de su salud y escasa motivación en el trabajo (Vargas, 2015).

Este proceso, en el cual los profesionales son expuestos en forma constante a problemas ajenos, puede llevarlos a situaciones estresantes, dando como resultado la activación de mecanismos de afrontamiento socioemocionales, y, eventualmente, al fracasar estos mecanismos de adaptación, puede desencadenar la aparición del síndrome de burnout.

Cuando los profesionales de salud se ven afectados por el síndrome de burnout tras varios años de actividad laboral, causa frecuente bajas, ausentismo e incapacidad en todos los países desarrollados.

Hasta hace poco se ha empezado a reflejar en los informes oficiales de Honduras la existencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería en los hospitales, volviéndose un factor de suma importancia para el carácter político y económico del sistema de salud en honduras.

En Honduras se realizó un estudio descriptivo de corte transversal; el universo fue de 1,529 trabajadores de salud, la muestra de 324 personas, el sistema de muestreo estratificado, constituido por Hospital Escuela, Hospital San Felipe y Hospital Nacional Cardio- Pulmonar donde determinaron que la prevalencia del síndrome de Burnout fue 12%, para la dimensión agotamiento personal 66%, para la dimensión de despersonalización 54%, para la dimensión baja realización personal 67%, en el sexo femenino 63% y el masculino 37%, y la mayor frecuencia en solteros 42%, según el nivel profesional fue mayor en auxiliares de enfermería 51% y 34% en residentes (Ticas et al., 2012).

Mediante una entrevista aplicada a una persona que forma parte del personal de enfermería del Hospital Regional de Occidente, sobre la temática de síndrome de burnout en el ambiente del hospital, se determinó que, el mayor influyente para incrementar el síndrome de burnout en el personal es la distribución de personal-paciente, en proporción en un estado fuera de pandemia, se estipula que, hay aproximadamente una sala con más de 20 pacientes para dos o cuatro enfermeras (ver apéndice 8).

De esta manera, esto, sumado a una mala remuneración económica, que, lleva a muchos del personal a tener dos empleos y el desgaste mental de una mala organización en los turnos, les empuja a pedir como auxilio una forma en la cual puedan solventar esta situación, buscando alternativas y estrategias de afrontamiento socioemocionales, llegando a esta conclusión mediante el análisis de la información que se recabo en el instrumento.

Se considera que, la falta del servicio de Psicología es un obstáculo para mejorar la calidad y el entorno laboral, y así poder disminuir la aparición del síndrome de burnout.

Teniendo en cuenta que, el síndrome de burnout se genera por situaciones constantes de estrés, y con la pandemia del covid-19 ha crecido exponencialmente; el personal de enfermería del Hospital Regional de Occidente está más expuesto a ambientes de trabajo afectados por factores internos, externos y con grandes carencias en el sistema de salud que generan ambientes hostiles y cargados.

La pandemia ha traído consigo más afecciones de las que esperábamos. El Hospital Regional de Occidente y su personal de enfermería se encuentran a la orden y en primera línea para hacer su trabajo; listos para afrontar los retos del día y aceptando las consecuencias mayores de los mismos.

De esta manera el personal se ve sometido a un estrés creado por muchos factores, turnos, temperamentos de pacientes, temperamento y situaciones personales, falta de insumos y el estar en primera línea ante el Covid-19.

El estrés generado por la pandemia y por la enfermedad afecta de manera descomunal la capacidad del personal para desenvolverse, generándose en ellos miedo por contraer la enfermedad, por contagiar a su familia y en un caso peor, la muerte. Luchando actualmente con todas estas situaciones y entre más pasa el tiempo menor es la efectividad del personal, aumenta el riesgo de aparición del síndrome de burnout en el mismo.

Por lo tanto, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre síndrome de burnout y las estrategias de afrontamiento socioemocionales en el personal de enfermería del Hospital de Occidente?

## **1.2 Preguntas de Investigación**

1. ¿Cuáles son los niveles del síndrome de burnout manifiestos en el personal de enfermería del Hospital de Occidente?
2. ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento socioemocionales utilizadas en el personal de enfermería del Hospital de Occidente?
3. ¿Cuál es la relación entre la despersonalización y las estrategias de afrontamiento socioemocionales en el personal de enfermería del Hospital de Occidente?
4. ¿Cuál es la relación entre el agotamiento emocional y las estrategias de afrontamiento socioemocionales en el personal de enfermería del hospital de occidente?
5. ¿Cuál es la relación entre la baja realización personal y las estrategias de afrontamiento socioemocionales en el personal de enfermería del hospital de occidente?

## **1.3 Objetivos**

A continuación se despliegan los objetivos que orientan el rumbo de la siguiente investigación:

### **1.3.1 Objetivo General**

Analizar el síndrome de burnout y las estrategias de afrontamiento socioemocionales en el personal de Enfermería del Hospital de Occidente.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

1. Analizar los niveles del síndrome de burnout manifiestos en el personal de enfermería del Hospital de Occidente.
2. Identificar las estrategias de afrontamiento socioemocionales utilizadas en el personal de enfermería del Hospital de Occidente.

3. Establecer la relación entre la despersonalización y las estrategias de afrontamiento socioemocionales en el personal de enfermería del Hospital de Occidente.
4. Determinar la relación entre el agotamiento emocional y las estrategias de afrontamiento socioemocionales en el personal de enfermería del hospital de occidente.
5. Determinar la relación entre la baja realización personal y las estrategias de afrontamiento socioemocionales en el personal de enfermería del hospital de occidente.

#### **1.4 Justificación**

La presente investigación es importante llevarla a cabo porque con los resultados obtenidos y entregados a las autoridades del Hospital Regional de Occidente, se podrán diseñar planes estratégicos para optimizar el grado del síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento socioemocionales, institucionalizar políticas de mejora en beneficio de los trabajadores sanitarios y de la sociedad que se atiende.

Los beneficiados directos con los resultados de la investigación serán el personal de enfermería porque al conocer el impacto del síndrome de burnout en los trabajadores del Hospital se reconocerá la necesidad de plantear estrategias de cambio proyectándose esto en beneficio de la sociedad.

Al resolver el problema real sobre la presencia de síndrome de burnout en el personal de salud, se tomarán medidas trascendentales para solucionar una amplia gama de problemas prácticos como dar una atención de calidad y calidez.

Esta investigación además es importante porque constituye un aporte substancial para el desarrollo del conocimiento en las estudiantes de enfermería de las universidades teniendo en consideración su formación como futuras profesionales enfermeras que en corto plazo se enfrentarán al trabajo bajo presión al que son sometidas en sus labores diarias y que necesitarán un conocimiento elemental.

Asimismo, las estrategias de afrontamiento socioemocionales facilitaran al personal del Hospital Regional de Occidente, poder sobrellevar el síndrome de burnout creando condiciones que buscan solucionar y mantener el autocontrol emocional y físico de quienes lo padecen con ayudas psicológicas, terapias grupales, técnicas de relajación, paseos.

El trabajo de un enfermero implica mucha responsabilidad. Mantiene contacto con los pacientes y sus familiares, con el dolor y también con los problemas organizacionales. Todos estos factores contribuyen a que la enfermería sea considerada como una profesión altamente estresante es por esa razón que se necesita talleres de auto ayuda.

Del mismo modo, la presencia de posibles índices significativos del síndrome de burnout y su relación con las estrategias de afrontamiento en el profesional de enfermería del Hospital Regional de Occidente, lleva a que sea relevante indagar acerca del estado en el que se encuentra actualmente el profesional en su ambiente laboral.

**CAPÍTULO II**  
**MARCO CONTEXTUAL**

## **2.1 Sistema Nacional de Salud en Honduras**

El Modelo Nacional de Salud de Honduras comprende todas las organizaciones, instituciones y recursos dirigidos a la realización de acciones cuyo propósito principal es el mejoramiento de la salud, a saber: organizaciones gubernamentales, grupos profesionales, agentes de financiamiento, organizaciones privadas, comunitarias y locales y los proveedores de servicios.

Así concebido, el Sistema está constituido por el sector público y el sector no público o privado, con y sin fines de lucro. Este documento define los principios y los lineamientos para la transformación y desarrollo del Sistema Nacional de Salud (SNS) y, se fundamenta en los postulados contenidos en la Constitución de la República de Honduras, el Código de Salud, Ley para el establecimiento de una visión de país y la adopción de un plan de nación para Honduras

Para la construcción del modelo nacional de salud (MNS) se tomó en cuenta los resultados del análisis de la situación de salud del país; la caracterización de las condiciones de salud de la población; los diversos enfoques que orientan la salud pública y la respuesta histórica del Estado.

La secretaria de salud (SESAL), reconoce el agotamiento del actual modelo de salud y su limitada capacidad para contribuir a reducir la brecha de la inaceptable situación de exclusión en salud y alcanzar las metas que se propone la visión de país al 2038.

De acuerdo al documento Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma, esta situación se evidencia de manera específica en los siguientes aspectos: Débil rectoría, las dificultades para regular los aspectos sanitarios, administrativos y financieros de la

gestión de salud en los diversos subsistemas, bajo cumplimiento de las normas de atención, falta de transparencia en los procedimientos administrativos y financieros y, ausencia de la planificación estratégica del sector (MNS, 2013).

### **2.1.1 Fragmentación del Sistema Nacional en Salud**

Actualmente en el sector salud no existe articulación, ni entre las instituciones del subsector público (Instituto Hondureño de Seguridad Social y la Secretaría de Salud) ni entre éste y el subsector privado, con o sin fines de lucro y, sus acciones se enfocan, casi exclusivamente, en la oferta y en la atención del daño y la enfermedad, con intervenciones muy costosas y poco efectivas; causando con ello un gasto creciente en actividades curativas a expensas de las de promoción y protección de la salud.

Al mismo tiempo, la gestión del sistema es bastante limitada, puesto que: El actual régimen administrativo, los distintos actores e instancias del sistema se relacionan de manera muy débil en su interior y entre sí; los presupuestos se asignan en función de los recursos asignados previamente (criterio histórico); el énfasis del control de los servicios se orienta a las actividades y no a los productos o resultados esperados; y, la toma de decisiones está centralizada en las instancias de conducción nacional del sistema.

Debilidades en el financiamiento de la salud: Actualmente el financiamiento global de la salud en Honduras, es considerado uno de los más inequitativos del continente americano, ya que la mayor proporción (34.5%) del gasto en salud proviene del pago directo de bolsillo de los hogares, las familias y las personas pobres o en peligro de empobrecer.

La exclusión social en salud: un alto porcentaje de la población nacional continúa excluida de los mecanismos de protección contra los riesgos y la carga económica de enfermedad y no cuenta con los recursos suficientes para resolver sus problemas de salud. Situación que se agrava por las diferencias y desigualdades de género, que originan barreras y profundizan la exclusión de mujeres y hombres en sus diferentes ciclos de vida.

El diseño del Modelo Nacional de Salud está fundamentado en la visión de una institución descentralizada, con una gestión de recursos centrada en la obtención de resultados, con la capacidad de toma de decisiones apropiadas en forma oportuna, más cercana a donde los problemas se enfrentan y con una eficaz y eficiente prestación de servicios de salud (MNS, 2013).

Principales lineamientos y principios que se basa el Modelo Nacional de Salud de Honduras: La atención integral de la salud así como de las relaciones entre los distintos elementos estructurales que conforman el Sistema Nacional de Salud. Asegurar a la persona, la familia y la comunidad, en su entorno, el acceso a un conjunto garantizado de prestaciones integrales y continuas de salud con calidad, respetando el derecho a la salud de cada individuo, y el desarrollo hacia una gestión descentralizada orientada al logro de resultados, la amplia participación social y la protección del medio ambiente. Articular y organizar el consenso del país en materia de atención, gestión y financiamiento de los servicios de salud.

Representa el compromiso del Estado en materia de atención de la salud con toda la población del país. Por lo tanto, su aplicación es de carácter obligatorio a nivel nacional por todas las organizaciones que hacen parte del Sistema Nacional de Salud (MNS, 2013).

Asimismo, en el siguiente apartado se describen cada uno de los componentes incluidos en el modelo nacional de salud:

**Atención / Provisión:** Partirá del conocimiento real de las necesidades y demandas de salud de las personas, las familias y la comunidad; y proveerá los criterios a seguir para priorizar, estructurar, organizar y brindar la atención y servicios a través de un conjunto garantizando de prestaciones de salud, de manera integral, completa, continua y equitativa, promoviendo la participación activa y responsable de los individuos (hombres y mujeres), las familias y las comunidades.

Privilegiará a los grupos de población más postergados, vulnerables y con menor oportunidad de acceso a los servicios de salud (MNS, 2013).

**Gestión:** Brindará los lineamientos para planificar, organizar, administrar, conducir y controlar la provisión de servicios de salud y para la adquisición, uso y control apropiado, eficiente y transparente de los recursos que permitan el logro de los objetivos de salud (Secretaría de Salud de Honduras, 2013).

**Financiamiento:** Comprende los aspectos vinculados con la articulación y complementariedad de las fuentes y mecanismos de financiamiento, los criterios de asignación y modulación del financiamiento, las formas y mecanismos de pago por los servicios de salud y los lineamientos para asegurar recursos financieros que cubran los costos de producción de los bienes y servicios de salud facilitando el adecuado funcionamiento de los componentes de atención y gestión (MNS, 2013).

Contribuir, a través del desarrollo de sus tres componentes, al establecimiento de un sistema nacional de salud plural, integrado y debidamente regulado; que centre su razón de

ser en la mejora equitativa del estado de salud de los individuos, las familias, la comunidad en su entorno, de manera sostenible y financieramente solidario que dé respuestas a las necesidades y demandas legítimas de la población (MNS, 2013).

### **2.1.2 Objetivos del Modelo Nacional de Salud**

Mejorar el acceso equitativo de la población, a los beneficios de una atención integral en salud, especialmente las de aquellos grupos poblacionales tradicionalmente excluidos por razones de índole económica, cultural, geográfica o de género (MNS, 2013).

Universalidad: Es el derecho que tienen todas las personas, sin distinción, a la oportunidad de acceder a los beneficios del Sistema Nacional de Salud para el cuidado, protección y recuperación de su salud, con base a sus necesidades y demandas y de acuerdo a las condiciones socio-económicas.

Equidad: Es la organización de la atención y la asignación de los recursos en función a las necesidades específicas, riesgos y vulnerabilidades (criterios de género, interculturalidad, diversidad, condiciones especiales y otros) de las personas, hombres o mujeres, a lo largo de su ciclo de vida, y asegurar la eliminación de las disparidades innecesarias, injustas y evitables entre éstas.

Continuidad: Capacidad del SNS de asegurar la atención oportuna, desde el primer contacto con los servicios de salud hasta el nivel en el que se expresa efectivamente la resolución del problema o la condición que generó la demanda. Se expresa como un servicio: Permanente a las personas, familias y comunidades.

Capaz de garantizar a la persona su tránsito hasta el nivel resolutivo que su demanda amerita. Asegurar el seguimiento de las personas en sus respectivos ámbitos hasta la resolución de su demanda de salud (alta clínica y/o epidemiológica) (MNS, 2013).

Integralidad: Se refiere a la atención brindada con: Un enfoque centrado en la persona, la familia, la comunidad y el entorno con énfasis a aquellos factores determinantes y condicionantes de la salud. Estrategias para el abordaje de la salud en las que la promoción, protección, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud constituye un continuo.

El tratamiento de los problemas para los diferentes ciclos de vida de las personas y las condicionantes de género, diversidad, e interculturalidad. Los cuatro enfoques que transversalizan el Modelo contribuyen a la integración de sus intervenciones.

Eficacia y eficiencia social: capacidad de atender y dar respuesta pertinente a las necesidades y la demanda de servicios de salud de la población, con la combinación más racional de los recursos disponibles.

Calidad: Es el cumplimiento de un conjunto de estándares o normas establecidas por el ente rector bajo dos perspectivas: Calidad técnica, en el desarrollo de los procesos, procedimientos, intervenciones de atención a la salud y sus productos, de forma que aseguren la entrega de la mayor cantidad de beneficios a la población beneficiaria con el menor riesgo posible. Calidad percibida por el usuario(a) sobre los servicios recibidos considerando un trato digno, sin discriminación, con respeto total a su identidad y derechos y, sin la ocurrencia de eventos adversos.

Corresponsabilidad: Es la responsabilidad compartida entre el estado y las personas y sus organizaciones, expresada en el ejercicio de la ciudadanía activa para: La identificación, definición, priorización y solución de los problemas de salud. La planificación, organización, operación y control de los servicios de salud.

La definición de los mecanismos que garanticen el uso eficiente y transparente de los recursos asignados. Solidaridad: Entendida como: La acción mediante la cual todos los hombres y mujeres, en todas las etapas de su vida, contribuyen al desarrollo integral de la salud de acuerdo a sus posibilidades y capacidades.

El aporte de la población económicamente activa para financiar el acceso de la población de los extremos de vida a los servicios. El aporte de los que tienen más recursos o en situación de aportar, a la mitigación del riesgo (Secretaría de Salud de Honduras, 2013).

Interculturalidad: Reconociendo la existencia de múltiples identidades construidas desde el ámbito y la influencia de la cultura generadas por diferentes visiones de la realidad, el mundo, la vida, el cuerpo, la salud, la enfermedad y la muerte; la organización de los servicios respetará las prácticas, conocimientos, valores y creencias de la población, que no representen un riesgo a su salud y adaptará algunos servicios a sus mejores prácticas, previa verificación de su inocuidad.

Provisión de Servicios de Salud en Redes Integradas (RISS): señala que la descentralización de la gestión de los servicios de salud será el instrumento de la separación de funciones que contribuirá al fortalecimiento de la rectoría y constituirá el componente esencial del proceso de la reforma y que, para ello, la SESAL entre otras acciones:

1. Organizará redes de servicios a nivel municipal, intermunicipal y departamental
2. Profundizará la autonomía de la gestión de redes de salud intermunicipales y de los hospitales para el adecuado abordaje de los problemas
3. Establecerá la articulación entre las diferentes unidades proveedoras, para la conformación de estas redes (Secretaría de Salud de Honduras, 2013).

Categorización de Establecimientos de Salud: La SESAL es el ente encargado para la realización del tipo de establecimiento que brindara la atención, en la cual se encargara de los siguientes aspectos: capacidad resolutive (para satisfacer las necesidades y demandas de salud), cuantitativa (producir la cantidad de servicios suficientes para satisfacer el volumen) y cualitativa (para producir el tipo de servicios necesarios para solucionar la severidad de las necesidades).

Nivel de Complejidad (es el grado de diferenciación y desarrollo de los servicios de salud) Cobertura Geográfica-Poblacional (reconocimiento de una relación dinámica entre las necesidades y aspiraciones de la población (demanda de servicios) y los recursos disponibles) Actividades de Docencia e investigación (Secretaría de Salud de Honduras, 2013).

## **2.2 Hospital de Occidente**

En el siguiente capítulo se describe el Hospital de occidente, destacando los apartados más relevantes del mismo.

### **2.2.1 Contexto histórico Hospital de Occidente**

El 25 de septiembre de 1907 se convocó a personas notables de la ciudad y se dispuso que la reapertura del hospital fuera el 29 de septiembre conmemorándose así a la llegada de los Pliegos de la Independencia a Tegucigalpa. El 8 de diciembre de 1907, se dio nombramiento formal del director del Hospital a Juan P. Castillo, en julio de 1920 se presentó una epidemia de disentería bacilar y hubo necesidad de mejorar las instalaciones del centro y de capacitar más recursos para atender a los afectados. El 17 de diciembre 1933 se realiza el primer contacto con las hijas de María Auxiliadora.

Las primeras anestesisistas fueron Sor Virginia Segura y la madre Benigna Alvares. Cuando llegó CARE - MEDICO se capacito al primer anestesista el profesor Eugenio Enamorado. El 15 de septiembre 1941 se inaugura la sala de maternidad del Hospital de Occidente, siendo Concepción Martel la primera partera que prestó sus servicios en esta área; así mismo se crea el área o pabellón pediátrico (Bueso Pineda, 2005).

En mayo de 1949 se informó sobre la donación de un equipo de rayos X, para 1996 el Hospital de Occidente contaba con un área de construcción de 4,300 m<sup>2</sup>, con una capacidad de 200 camas y un total de 9 servicios. El 15 de enero de 1949 se hicieron cargo de la regencia del hospital las hermanas de la congregación terciaria Franciscana de la Purísima.

La primera escuela de enfermería formó las primeras auxiliares de enfermería organizada por CARE-MEDICO en los años 1965-1970, luego el 1 de abril de 1968 quedó organizado el departamento de enfermería del Hospital Regional de Occidente cuya primera directora fue la Lic. Lilian Claudette Núñez.

El departamento de enfermería con un proceso complejo de desarrollo, ha sido vital para los servicios hospitalarios y su vinculación con el que hacer del centro ha sido integral en áreas como:

- Desarrollo técnico –administrativo =Servicios generales =Trabajo de equipo
- Docencia e investigación

Del año 1978-2002 se desempeñó en el cargo como directora del Departamento de Enfermería, la decana Licenciada Gladis Castellanos cargo que actualmente lo desempeña la Lic. Lourdes Guevara labor que desempeña con excelencia. El primer curso para Auxiliares de Enfermería II se da bajo la responsabilidad del Departamento de Enfermería en el año 1989-1990.

El Hospital Regional de Occidente en el ámbito regional, esta es una institución más antigua en la presentación de los servicios de salud. Fue fundada en el año 1902 por un grupo de damas filantrópicas frente a las calamidades sociales y deseosas de servir en el área de salud, funcionó la primera vez en una casa vieja de bahareque en lo que hoy es parte del edificio de la Sociedad Copaneca de Obreros.

Finalmente, se construyó su edificio propio en el terreno bastante irregular que donó el Dr. Reina, inaugurado en 1912 por el Lic. Jerónimo J. Reina, Gobernador y Comandante de Armas de Copán. El 9 de noviembre de 1906 cuando ya se habían emitido los estatutos y reglamentos del hospital, la Junta Directiva nombró al vocal Don Juan P. Castillo.

El primer director no fue un profesional médico, sino que fue un ciudadano de muchas iniciativas originario de Rivas Nicaragua, que según lo dicho por sus familiares actuales inicio estudios de medicina antes de emigrar a Honduras.

El 1 de marzo de 1989 se inició el primer año de internado rotatorio del hospital asignándose por parte de la facultad de ciencias médicas los 12 primeros internos. En 1992 se realizó la primera brigada de apoyo al Hospital de Occidente en las áreas de cirugía plástica, ortopedia, oftalmología y mantenimiento preventivo y correctivo de equipos (Bueso Pineda, 2005).

En 1993 llega el Capítulo CAMO a Honduras siendo su fundadora la licenciada Kathryn Tschiegg. CAMO es una organización sin fines de lucro, con orientación cristiana. Se dedica a gestionar, proveer y distribuir equipo médico y asistencia a hospitales de América Central.

Luego en 1996-1997, se inicia la formulación de proyecto Pro-Hospital que se trata de mejorar la infraestructura, organización y dirección del proyecto continua en marcha ya que se han empleado y se continúa remodelando algunas de las áreas de atención, cuenta con un área de consulta externa especializada y el edificio de área administrativa.

El Hospital Regional de Occidente cuenta con comités internos como: comité de apoyo, farmacia, admisión clínica, mortalidad materna, prevención de infecciones y comité de calidad (Bueso Pineda, 2005).

Así mismo se construyó la nueva sala de emergencia y la construcción del servicio de procedimientos especiales y departamento de Radiografía. Actualmente se está construyendo nuevos quirófanos. Las expectativas son optimistas sobre lo que hoy se hace, con ambición a nuevas expectativas, pero aún se tiene que superar muchas limitaciones que impiden brindar una atención de calidad al usuario (Bueso Pineda, 2005).

### **2.2.2 Misión**

Somos una institución estatal que garantizamos la atención en salud a la población demandante de manera eficaz y eficiente, mejorando la accesibilidad de todos los servicios ofertados con trato humanizado y de calidad (Bueso Pineda, 2005).

### **2.2.3 Visión**

El Hospital Regional de Occidente es una institución estatal que oferta los servicios de curativos y preventivos que se realizan en un ambiente de buenas relaciones interpersonales, eliminado todo tipo de barrera para el acceso a la población que desarrolla con eficacia, calidad, técnica, con servicios íntegros y seguros aunando a la actualización periódica de conocimientos y destrezas, manteniendo la articulación con organismos gubernamentales y no gubernamentales (Bueso Pineda, 2005).

### **2.2.4 Valores del Hospital de Occidente**

El Hospital de Occidente se enfoca en los siguientes valores, para la atención a los pacientes y personal en general:

- **Equidad**

Es la organización de la atención, distribución y asignación de recursos de acuerdo a la necesidad de la población.

- **Integralidad**

Implica visualizar a las personas y el sistema como un todo e interactuando entre sí.

- **Universalidad**

Entendida como el derecho de todas las personas a la oportunidad de acceder a los servicios de salud para el cuidado, protección y recuperación con base a sus necesidades y demandas.

- **Continuidad**

Es la capacidad de asegurar la atención integral oportuna del ser humano, desde el primer contacto con los servicios de salud hasta el nivel en el que se expresa efectivamente la resolución del problema.

- **Solidaridad**

Acción mediante la cual los hombres y mujeres, en todas las etapas de su vida, contribuyen al desarrollo integral de la salud de acuerdo a sus posibilidades y capacidades.

- **Interculturalidad**

En el entendido que la organización de los servicios de salud respetará las prácticas, conocimientos, valores y creencias de la población que no representen un riesgo a su salud.

- **Calidad**

Es el cumplimiento de un conjunto de estándares o normas establecidas por el ente o rector que respondan a: la adecuación técnica de los procesos y procedimientos y la aceptación del servicio por el usuario (hacer las cosas bien desde el inicio y siempre bien). (Bueso Pineda, 2005)

- **Equidad de género**

Acceso con justicia, e igualdad de condiciones en los servicios de salud.

- **Profesionalismo**

Describe todas aquellas prácticas, comportamientos y actitudes que se rigen por las normas preestablecidas del respeto, la objetividad y la efectividad en la actividad que se desempeñe.

- **Respeto**

Es la consideración y valoración especial que se le tiene a alguien o algo.

- **Ética**

Estudia la moral que es lo bueno y como se debe actuar, es la teoría del comportamiento moral.

- **Innovación**

Es un cambio que introduce novedades y que se refiere a modificar elementos ya existentes con el fin de mejorarlos. Es posible la implementación de elementos totalmente nuevos (Bueso Pineda, 2005).

#### **2.2.4 Colindancia del hospital**

El Hospital de Occidente está ubicado en la sede de la región de salud N.º 4 en el Barrio El Calvario Santa Rosa de Copán. Al norte: con el hogar de ancianos “La Inmaculada Concepción”, Al Sur: con Asociación de organismos no gubernamentales (Asonog), Al Este: almacén regional de salud, Al Oeste: hogar de niñas amparo San Antonio (Bueso Pineda, 2005).

#### **2.2.5 Cartera de servicios del hospital**

Esta institución cuenta con las siguientes especialidades básicas de cirugía, medicina interna, pediatría, gineceo obstetricia, oftalmología, ortopedia, otorrinolaringología, psicología, oncología, neurocirugía, consulta externa y odontología (Bueso Pineda, 2005).

**CAPÍTULO III**  
**MARCO TEÓRICO**

El siguiente capítulo, contempla el sustentó teórico de la investigación, se presentan teorías que dan soporte al estudio de variables, hechos históricos, conceptualizaciones, estrategias de afrontamiento socioemocionales y detalles importantes que hacen del tema una rica y amplia fuente de interés en el campo de la salud.

### **3.1 Síndrome de Burnout**

Farber (1983) citado por Quiceno y Vinacia Alpi (2007) explica la relación del burnout con el ámbito laboral:

El burnout es un síndrome relacionado con el trabajo. Surge por las percepciones sujetas de una discrepancia entre los esfuerzos realizados y lo conseguido. Sucede con frecuencia en los profesionales que trabajan cara a cara con clientes necesitados o problemático. Se caracteriza por un agotamiento emocional, falta de energía, distanciamiento y cinismo hacia los destinatarios, sentimientos de incompetencia, deterioro del auto concepto personal, actitudes de rechazo hacia el trabajo y por otros diversos síntomas psicológicos como irritabilidad, ansiedad, tristeza, y baja autoestima. (p. 79)

A pesar de su reconocimiento como un factor de riesgo laboral por parte de la OMS, su corriente diagnóstica por parte de médicos y profesionales de la salud mental, el síndrome del quemado no se describe en la clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), ni en el Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSMIV), ni se incluyó en la nueva versión del Manual de la Asociación Estadounidense de Psicología.

### **3.1.1 Antecedentes históricos del Síndrome de Burnout**

En la historia se ha ido desarrollando el concepto de Burnout desde su origen hasta nuestros días. Para facilitararlo, es importante hablar sobre las definiciones más significativas. Como ser la de Freudenberger (1974), Maslach (1976), Pines y Kafry (1978) y otros, todos estos concluyen que el Burnout describe un frágil patrón de síntomas, conductas y actitudes que es único para cada persona, haciendo muy difícil que se pueda aceptar una definición global del síndrome.

El estrés, término definido por Gutiérrez, (2006,) como:

En los sistemas biológicos: como una condición que perturba seriamente la homeostasis fisiológica y/o psicológica de un organismo. Las consecuencias fisiológicas profundas del estrés fueron mostradas de manera empírica por primera vez Hans Selye en 1936. Quien describe un síndrome producido por diversos agentes nocivos. Investigaciones subsecuentes mostraron un amplio rango de efectos fisiológicos adversos del estrés tanto en animales como en humanos, incluyéndose: crecimiento de las suprarrenales, atrofia del timo y de los ganglios linfáticos, incremento del tono cardiovascular y supresión del sistema inmune y úlceras gástricas. (p. 156)

En décadas recientes una línea importante de investigación en neurociencias ha demostrado que experiencias estresantes pueden tener un aspecto negativo en algunas de las funciones cerebrales. También se ha reconocido que el estrés es un mecanismo adaptativo para responder efectivamente en tiempo real ante una amenaza que pone en riesgo la vida. Hans Selye describió 3 etapas del estrés: alarma o reacción, adaptación y agotamiento o

descompensación. En esta última etapa se produce la pérdida de recursos adaptativos que va acompañada de un grupo típico de síntomas de ansiedad (Gutiérrez, 2006).

En 1974 el psiquiatra Herbert J. Freudenberger, observó que la mayoría de los voluntarios después de un año de trabajar sufrían una pérdida progresiva de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes.

A raíz de estos hallazgos Gutiérrez (2006) explica que “el Burnout, es fallar, desgastarse o sentirse exhausto debido a las demandas excesivas de energía, fuerza o recursos” (p. 167). Esto significa que es lo que pasa cuando un miembro de una organización por las razones que sean y luego de muchos intentos se vuelve inoperante fue en ese momento cuando se introdujo el término Burnout por primera vez en la literatura médica.

En la década de los 80s la psicóloga Cristina Maslach de la Universidad de Berkeley, California en Estados Unidos de Norteamérica, retoma el término utilizado por Freudenberger para definir el síndrome de agotamiento profesional o Burnout, y en conjunto con el psicólogo Michael P. Leiter de la Universidad de Acadia Nova Escotia, Canadá, desarrollaron un instrumento para medir el síndrome, al cual llaman cuestionario de Maslach, que desde su desarrollo en 1986 es el instrumento más utilizado en todo el mundo; este ha sido traducido al español por el doctor José Carlos Minote Adán de la Universidad Complutense de Madrid, España.

### 3.1.2 Definiciones del Síndrome de Burnout

En 1986, Maslach y Jackson, lo definen como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas. Vega (2010) señala que “en estos primeros estudios se destaca más la importancia de las indiferencias emocionales –como de personalidad previa –que la influencia de las condiciones objetivas de trabajo” (p. 89).

Gil-Montes (2005), define el síndrome de burnout como una respuesta psicológica al estrés laboral crónico que aparece en los profesionales que trabajan en el sector de servicios en contacto directo con los clientes o usuarios de la organización.

El síndrome de burnout se conceptualiza como una respuesta prolongada a factores de estrés crónicos personales y relacionales del trabajo. En palabras de Schaufeli y Enzmann (1998) se entiende como: “estado mental, persistente, negativo y relacionado con el trabajo, en individuos ‘normales’ que se caracteriza principalmente por un agotamiento, acompañado de malestar, sentimiento de competencia y motivación disminuidas y el desarrollo de actitudes disfuncionales en el trabajo” (p. 36).

Por otro lado, el término “Burnout” fue utilizado por primera vez por Freudenberg (1974). Para referirse a los problemas de los servicios sociales. La prestación de servicios profesionales en el área de salud puede llevar al padecimiento de estrés crónico en el personal. Fue así que definió el burnout como “un conjunto de síntomas médicos biológicos y psicosociales inespecíficos, que se desarrollan en la actividad laboral, como resultado de una demanda excesiva de energía” Pero fue Maslach quien dio a conocer esta palabra de forma pública en 1977, dentro del Congreso Anual de la Asociación Americana de

Psicólogos. Al asistir a la clínica observo al personal que trabajaba allí, evidencio que aquellos que llevaban más tiempo laborando en el lugar tenía ciertos cambios tales como perdida de energía, desmotivación para trabajar, ansiedad depresión, cambio en el trato de los pacientes y deterioro de las relaciones con los compañeros de trabajo (Alvarez y Fernandez, 1991).

Así mismo, la primera vez que se definió síndrome de burnout en una publicación científica fue desde una perspectiva clínica por Herbert Freudenberger un psiquiatra neoyorquino. Según el autor, este es el término que mejor se ajusta a la situación que definió como: “fallar, agostarse, o llegar a desgastar debido a un exceso de fuerzas, demanda excesivas de energía o recursos. Si esto ocurre a un profesional es sinónimo que esta quemado” (Freudenberger 2010, p. 170).

Para otros autores como Maslach (1976) define, “al síndrome de Burnout como una respuesta prolongada al estrés en el trabajo, un síndrome psicológico que nace de la tensión crónica producto de la interacción conflictiva entre el trabajador y su empleo” (p. 7). El Burnout parece ser una respuesta a los estresores interpersonales en el ambiente laboral, donde el exceso de contacto con los individuos receptores de servicios produce cambios negativos en las actitudes y en las conductas hacia estas personas.

De esta forma, Maslach posiciona a este importante fenómeno como una problemática particularmente real, donde existen respuestas disfuncionales del individuo en contextos laborales caracterizados por fuertes niveles de presión y tensión laboral. Problema socio-laboral consecuencia del estrés laboral crónico, una reacción nociva ante una tensión ocupacional progresiva e intensa. Es su principal investigadora, otorgándole a

este desconocido síndrome el posicionamiento mundial como fenómeno que, insidiosa y progresivamente, afecta de manera determinante la calidad de vida de los seres humanos, visión transcultural y global (Campo y Ortegón, 2012).

Así mismo en 1988 Pines y Aronson citado por Fonseca et ál. (2013) proponen una definición más amplia, no restringida a las profesiones de ayuda: "Es el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones con demandas emocionales" (p. 5).

Las excesivas demandas psicológicas no se dan únicamente en el servicio directo al público, sino que pueden darse también en otros ámbitos laborales, como en puestos directivos, en el trabajo comercial, en la política, etc. Pines destaca la importancia, desde la prevención, de la calidad de las relaciones interpersonales en el trabajo, del modo de supervisión y de las oportunidades de aprendizaje continuo y desarrollo de la carrera con las que cuente el trabajador.

Brill, otro investigador de esta área, lo entiende como un estado disfuncional relacionado con el trabajo en una persona que no padece otra alteración psicopatológica significativa. Una vez que está afectado el trabajador, si no es con una intervención externa de cambio de las condiciones que han motivado esa alteración, de protección, de ayuda o mediante un reajuste laboral, no conseguirá recuperar su salud.

El síndrome de burnout, no se da como consecuencia de un salario insuficiente, o de incompetencia por falta de conocimientos, o debido a las dificultades físicas, ni es consecuencia de cualquier trastorno mental existente. Lo que se deriva de estos aspectos no se debe interpretar como burnout. Brill considera que el desarrollo del (síndrome de sentirse

quemado) puede tener lugar en cualquier trabajo, y no sólo en los que existe un trato directo con el usuario receptor de los servicios laborales (Moreno Jimenez et al., 2001).

Más tarde Maslach y Jackson (1977) citado por Olivares (2017) lo han definido como: “un síndrome de agotamiento emocional y cinismo que ocurre con frecuencia en los individuos que trabajan con otras personas y que les dedican mucho tiempo a las relaciones personales de carácter confidencial” (p. 14).

### **3.1.3 Modelo tridimensional del burnout de Maslach**

Existe una gran dificultad en identificar los síntomas del burnout, dada la gran Cantidad de fenómenos asociados al trastorno que destacan las investigaciones sobre el tema, y señalan hasta más de 100 síntomas asociados al síndrome, lo cual lleva a la confusión (Faúndez, 2013).

No obstante, podemos identificar grupos caracterizados por influir negativamente en los afectos y las emociones (como agotamiento emocional, irritabilidad, odio, etc.), en las actitudes (como cinismo, despersonalización, apatía, hostilidad, etc.), en las cogniciones (como baja ilusión por el trabajo, dificultad de concentración, baja realización personal en el trabajo, etc.) (Faúndez, 2013).

Así mismo en las conductas (como comporta miento suspicaz y paranoide, aislamiento, consumo de tranquilizantes, rigidez, quejas constantes, absentismo, etc.), y en el sistema fisiológico del individuo (como cansancio, insomnio, úlcera de estómago, dolor de cabeza, fatiga, hipertensión, etc.).

Entienden que el síndrome de burnout es una respuesta al estrés laboral crónico, conformado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja, y hacia el propio rol profesional.

Siendo un síndrome caracterizado por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, la doctora Maslach concluye que el burnout se configura como “un síndrome Tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida Realización personal”. Más tarde, Maslach añaden que el burnout es una respuesta a los Estresores interpersonales crónicos que se desarrollan en el trabajo, donde Los síntomas Dominantes de esta respuesta están caracterizados por la presencia de un Agotamiento Abrumador, sensaciones de cinismo en el trabajo, y un sentido de ineficacia y Carencia de la realización personal (Faúndez, 2013).

#### **3.1.4 Modelos explicativos del Burnout**

La etiología del Burnout ha suscitado mucha polémica, ya que, como hemos visto, se le han atribuido causas muy diversas, diferente grado de importancia de las variables antecedentes- consecuentes, y distintos factores implicados. Esto ha dado lugar al desarrollo de múltiples modelos explicativos. Aquí destacarán sólo aquellos modelos más relevantes para la investigación. Una de las clasificaciones más utilizada y actualizada es la de Gil-Monte y Peiró (1997).

#### **3.1.5 Modelos etiológicos basados en la Teoría Socio cognitiva del Yo**

En estos modelos las causas más importantes son (a) Las cogniciones influyen en la forma de percibir la realidad, pero a la vez estas cogniciones se modifican por sus efectos y

consecuencias observadas. (b) El empeño para la consecución de objetivos y las consecuencias emocionales de las acciones están determinadas por la autoconfianza del sujeto. Es evidente que estos modelos etiológicos dan gran importancia a las variables de la autoconfianza, autoeficacia, auto concepto, etcétera (Perez, 2010).

### **3.1.6 Modelos de Cox, Kuk y Leiter**

Este modelo sugiere, desde un enfoque transaccional del estrés laboral, que el Burnout es un acontecimiento particular que se da en las profesiones humanitarias y que el Agotamiento Emocional es la dimensión esencial de este síndrome. La despersonalización es considerada una estrategia de afrontamiento ante el agotamiento, y la baja realización personal es el resultado de la evaluación cognitiva del estrés al que se enfrenta el trabajador. En este punto también intervienen los distintos significados que el sujeto le atribuye al trabajo o las posibles expectativas frustradas en el ámbito laboral. Otro antecedente del Burnout es lo que Cox et al. (1993) denominan "salud de la organización". Éste se refiere al ajuste entre la coherencia e integración de los sistemas psicosociales de la organización (estructuras, políticas, procedimientos, cultura, etc.)

### **3.1.7 Modelos etiológicos basados en la Teoría Estructural**

Estos modelos tienen en cuenta los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales para explicar la etiología del Burnout de manera integral. Se caracterizan, porque se basan en los modelos transaccionales. Dichos modelos plantean que el estrés es consecuencia de una falta de equilibrio de la percepción entre las demandas y la capacidad de respuesta del sujeto (Perez, 2010).

### **3.1.8 Modelo Page y Cooper (1993)**

Destacan cuatro factores implicados en la aparición del Burnout, y señalan que la autoconfianza juega un papel fundamental en ese proceso. Los cuatro factores son. (a) Las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto. (b) El nivel de autoconciencia. (c) Las expectativas de éxito personal. (d) Los sentimientos de autoconfianza. Estos autores plantean que tras reiterados fracasos en la consecución de las metas laborales junto con altos niveles de autoconciencia, de las discrepancias percibidas o anticipadas entre las demandas y recursos, se tiende a utilizar la estrategia de afrontamiento de "retirada mental o conductual" de la situación amenazadora. Un patrón de retirada serían las conductas de despersonalización (Perez, 2010).

Y en las últimas etapas el cansancio psíquico se manifiesta porque el sujeto desarrolla actitudes negativas sobre su persona, su actividad laboral, acompañado de baja autoestima y sentimientos de ineficacia e incompetencia.

De esta manera El "Burnout" es la consecuencia de una situación de trabajo en la cual la persona tiene la sensación de que está golpeándose la cabeza contra la pared "día tras día", y a pesar de su interés y entrega por mejorar la vida de aquellos con quienes se relaciona (los pacientes), con frecuencia ve el fracaso y la miseria en el entrenamiento cotidiano con el sufrimiento, la pobreza, la crueldad, el peligro, el dolor, la muerte, lo mismo que a la preocupación por el aumento de demandas legales por mala práctica.

Todo lo anterior hiere profundamente la sensibilidad y muchos profesionales en salud terminan por crear una barrera, una especie de anestesia contra las penas de los demás (Matamorros, 1997).

Por otro lado, la sociedad ve la salud como un derecho de todos y, en esa medida, los profesionales deben estar disponibles para atender todas las necesidades que surjan como consecuencia de la enfermedad. Se debe aquí resaltar que los profesionales experimentan su secuestro de capacidades físicas y psicológicas que los debilitan y transforman en seres vulnerables, especialmente cuando deben enfrentarse a situaciones difíciles (Matamorros, 1997).

En el Síndrome del Burnout se pueden resaltar tres importantes características:

#### 1. Agotamiento emocional

El profesional comienza a manifestar respuestas emocionales (actitudes, sentimientos, pensamientos, otras) inadecuadas que pueden volverse crónicas, ya que la energía de los mecanismos de ajuste y adaptación y de los recursos internos se ha debilitado.

Generalmente los profesionales deben manejar un estrés que es normal en el área de salud y la forma cómo se sobreponen a dicho estrés, es haciéndose de una armadura de despreocupación, la cual puede llegar a ser tan fuerte que no le permita involucrarse afectivamente con las personas a las que ayuda "Nada sale ni nada entra", "Pero yo no era así".

#### 2. Despersonalización

Los profesionales van lentamente desarrollando una imagen pobre de las personas que tratan de ayudar, las tratan mal y las hacen sentir que caen mal. En este sentido "las reglas del juego las pongo yo, yo mando y si usted no hace lo que yo digo no lo atiendo", y por lo general echan la culpa a los que vienen a pedir ayuda (los pacientes).

### 3. Reducción personal de talento

De nada le sirve a los profesionales preguntarse si son ellos o los otros los culpables. No se puede personalizar el síndrome, porque sería como dejar por fuera todos los demás elementos del ambiente. Muchas veces, las actitudes de defensa, no permiten hacer conciencia de las situaciones emocionales que les están ocurriendo a los trabajadores. Con frecuencia se evade el enfrentamiento y surge el choteo o la broma, la forma indirecta de comunicación, lo cual resulta en una descalificación y agresión a las personas.

Guerrero y Vicente (2006), señala la diferencia entre depresión y Burnout, el primero reúne una serie de síntomas de bajo estado de ánimo generalizado en la persona, mientras que el Burnout es temporal y específico al ámbito laboral. Entre las conexiones entre estrés y Burnout Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991), plantean que, la principal diferencia es que el primero es una consecuencia del estrés crónico experimentado en el contexto laboral, siendo una reacción al estrés en el trabajo en función de las demandas y características de la ocupación.

#### **3.1.9 La teoría de Maslach es la que se utilizó en este estudio**

En los postulados de la doctora Maslach han abierto un nuevo espectro en el estudio de los complejos fenómenos psicosociales en el mundo, los cuales tienen la poderosa capacidad de deteriorar a las personas en sus diversos contextos de desenvolvimiento, especialmente en el ámbito laboral. Hablar de la obra científica de la Profesora Maslach, sin lugar a dudas, nos remite al surgimiento del burnout, peligrosa afección que condiciona de forma fundamental la calidad de vida de las personas, que gracias a los sustanciales aportes

científicos de la doctora Maslach, sabemos de sus alcances transculturales y globales (Amaya, 2016).

Así mismo, en este sentido no podemos dejar de mencionar su emblemático instrumento de medición, el Maslach Burnout Inventory (MBI), herramienta psicométrica más aceptada en la disciplina psicológica y campos asociados, obteniendo un sostenido apoyo empírico en amplias muestras de diversas naturalezas ocupacionales del orbe.

Desde Esta perspectiva, el MBI es el instrumento que más ha aportado a la conceptualización del síndrome, obteniendo valores óptimos de validez y fiabilidad, lo cual ha ayudado, junto a diagnosticar el síndrome, a teorizar su desarrollo e intervenir en los diversos contextos organizacionales, mejorando de esta forma las condiciones de calidad de vida laboral de miles de personas en todo el mundo.

### **3.2 Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidados críticos y hospitalización.**

Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo, transversal en 90 enfermeras y enfermeros. Se utilizó el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory para el personal de salud. Se realizó análisis exploratorio y análisis descriptivo e inferencial; se emplearon los estadísticos U de Mann Whitney y Kruskal Wallis.

Estudios internacionales ponen en evidencia que un menor número de enfermeras(os) se asocia a mayor mortalidad y morbilidad de los pacientes y a una peor calidad en el cuidado profesional. Asimismo, se han mostrado evidencias de que el personal de enfermería aumenta la probabilidad de ausentarse de su jornada laboral debido a

enfermedades donde las principales causas son el estrés y la falta de satisfacción en el trabajo (Amaya, 2016).

Así mismo se encontró nivel medio de Síndrome de Burnout 82.2%; agotamiento Emocional bajo 62.2%; nivel bajo de despersonalización 57.8% y nivel bajo de falta de Realización personal 40%. Se evidenció diferencia estadísticamente significativa entre Síndrome de burnout y turno de trabajo, doble turno al mes, períodos vacacionales al año y carga de trabajo; entre agotamiento emocional y tipo de servicio, ingreso quincenal, doble turno al mes, períodos vacacionales, tipo de contratación y carga de trabajo; entre Despersonalización y carga de trabajo; y entre falta de realización personal y tipo de servicio, gusto por el servicio, turno de trabajo, ingreso quincenal, períodos de descanso en el turno, períodos vacacionales al año y tipo de contratación (Amaya, 2016).

Así mismo Los sujetos afectados por este síndrome muestran desilusión, irritabilidad, enojo, sentimientos de frustración, actitudes suspicaces, rigidez, inflexibilidad y obstinación. Como consecuencia afloran síntomas de carácter psicosomático y se produce deterioro de la salud en las personas afectadas por este síndrome.

Los afectados se identifican con sintomatología que se integra en cuatro grandes grupos en función de sus manifestaciones: emocional, actitud, conductual y psicosomático. Los síntomas cardinales del SB son: sensación de realización personal baja, tendencia a autoevaluación negativa, altos niveles de agotamiento emocional, expresión verbal de incapacidad para dar más de sí en la solución de la problemática del receptor del cuidado, trato deshumanizado o despersonalización, desarrollo de comportamientos que no

corresponden al trato habitual de la persona y cinismo debido a una coraza emocional, entre otros (Santos, 2018).

Las manifestaciones de acuerdo con la gravedad del síndrome, se clasifican en: leves (quejas inespecíficas y frecuentes, cansancio, pocas ganas de acudir al trabajo, dificultad para levantarse en la mañana); moderadas (cinismo, aislamiento, suspicacia y negativismo); graves (ausentismo laboral, desempeño lento de las actividades, automedicación, aversión y abuso de drogas lícitas e ilícitas); y finalmente, extremas (aislamiento social marcado, colapso, cuadros psiquiátricos y suicidios) (Santos, 2018).

El contexto laboral de los profesionales de enfermería está definido por problemas relacionados con condiciones laborales marcadas por la participación de riesgos psicosociales, jornadas extenuantes y extensas, sobrecarga de trabajo, turnos rotatorios, cambios de servicio no programados y estrés por presencia de situaciones críticas y demandantes con los usuarios, familiares e incluso con colegas y profesionales del equipo de trabajo. Estos hechos pueden conducir a una tendencia progresiva en el desarrollo de riesgos ocupacionales que a su vez pueden originar alteraciones fisiológicas (Montoya, 2020).

De esta manera, la jornada de trabajo se convierte en un elemento que favorece el desgaste y sufrimiento en los trabajadores; cuando el ambiente organizacional induce sufrimiento, el individuo desarrolla mecanismos de defensa para enfrentarlo y manejarlo sin que afecte la humanidad de la propia persona. Sin embargo, cuando se incrementan los problemas y el trabajador entra en agotamiento emocional, frustración y el trabajo no le

permite realizarse, los ambientes de las organizaciones pueden volverse más estresantes, incluso amenazantes para los trabajadores (Montoya, 2020).

Hoy en día el síndrome de burnout, constituye un factor de riesgo laboral frecuente en el personal de enfermería.

Es una enfermedad que ha sido reconocida por varios estudiosos de psicología y sociología laboral. Sus manifestaciones se presentan gradualmente en el personal de enfermería y si no se identifican y tratan con oportunidad progresan y se agravan, de manera que pueden causar incapacidad y ausentismo laboral, e incluso la muerte laboral y social del trabajador, a causa de excesivo agotamiento emocional (Montoya, 2020).

Este síndrome, que significa "quemarse en el trabajo", ha sido analizado por expertos nacionales e internacionales de enfermería; ellos señalan la gravedad del problema que vive este grupo de profesionales al enfrentarse cotidiana y permanentemente al estrés en sus actividades, en instituciones de salud, tanto públicas como privadas.

La necesidad de estudiarlo como un factor de riesgo que conduce a patología laboral, se une con los requerimientos de analizar los procesos de estrés laboral, así como el interés que actualmente tienen algunas organizaciones por sus empleados, para otorgarles mejor calidad de vida laboral (Montoya, 2020).

Por ello, y debido a que la enfermería es una de las profesiones que está sometida a altos niveles de estrés y que éste impacta en la calidad de los servicios que otorga, se hace necesario evaluar su actuación para mantener y promover un clima laboral satisfactorio, con importantes resultados no solo para la excelencia de los cuidados de los pacientes, si no

especialmente para el personal de enfermería como trabajador de salud que es el que promueve el cuidado (Montoya, 2020).

### **3.2.1 Sustento teórico sobre las hipótesis propuestas las cuales evidencian estos resultados**

Un porcentaje mayor del personal de enfermería obtuvo nivel medio de síndrome de burnout. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el síndrome de burnout y sus dimensiones con las características sociológicas del personal de enfermería. Se encontró evidencia de que las características laborales y la mala canalización de estrategias socioemocionales son las que presentan mayor influencia en el desarrollo del síndrome de burnout.

### **3.3 Estrategias de afrontamiento socioemocionales**

Las estrategias de intervención para la prevención y tratamiento del síndrome de quemarse por el trabajo pueden ser agrupadas en tres categorías: estrategias individuales, estrategias grupales y estrategias organizacionales (Gil-Monte, 2003).

Dentro de las estrategias del nivel individual se recomienda la utilización del entrenamiento en solución de problemas, el entrenamiento de la asertividad, y los programas de entrenamiento para manejar el tiempo de manera eficaz. En el nivel grupal la estrategia por excelencia es la utilización del apoyo social en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores.

A través del apoyo social en el trabajo los individuos obtienen nueva información, adquieren nuevas habilidades o mejorar las que ya poseen, obtienen refuerzo social y

retroinformación sobre la ejecución de las tareas, y consiguen apoyo emocional, consejos, u otros tipos de ayuda.

Por último, es muy importante considerar el nivel organizacional, pues el origen del problema está en el contexto laboral y, por tanto, la dirección de la organización debe desarrollar programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima de la organización (Gil-Monte, 2003).

Estos modos de afrontamientos ineficaces son definidos, desde una perspectiva conductual, por Lazarus y Folkman (1986) como: “conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que los sujetos desarrollan para afrontar las demandas externas y /o internas, percibidas como excedentes o desbordantes de los propios recursos del individuo” (p. 40).

Los recursos cognitivos y conductuales que utiliza una persona frente a situaciones estresantes es lo que se conoce como afrontamiento (en inglés: coping). Lazarus y Folkman (1986) lo definen como “los esfuerzos cognitivos, emocionales y conductuales dirigidos a manejar las demandas internas y ambientales y que pueden extralimitar o poner a prueba los recursos de las personas” (p. 350). Con base en ello, afirman la existencia de tres tipos de afrontamiento:

1. Afrontamiento cognitivo: permite significar el suceso y hacerlo menos desagradable.
2. Afrontamiento conductual: basado en conductas confrontativas de la realidad para manejar las consecuencias.
3. Afrontamiento afectivo: regulación de las emociones para mantener un equilibrio afectivo. El afrontamiento está relacionado con un procesamiento cognitivo o de

interacción social que surge como resultado de un evento o situación estresante y sugiere el modo en que un sujeto intenta resistir y superar demandas excesivas para adaptarse a una nueva situación y restablecer el equilibrio

Por ello, cuando las demandas del sujeto exceden sus recursos, se genera el estrés. Lazarus y Folkman (1984) consideran que el estrés es la consecuencia del desequilibrio entre los recursos del sujeto y las demandas de la situación; por lo tanto, el afrontamiento es la puesta en práctica de esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes para manejar demandas externas o internas que el sujeto evalúa como excesivas y desbordantes en comparación a sus recursos, mientras que las estrategias son las pautas comportamentales que el sujeto despliega de acuerdo con los recursos que el medio social y cultural le ofrecen (Montoya et al., 2012).

Al desplegar el sujeto una estrategia se producen dos tipos de respuestas de afrontamiento (Roth y Cohen, 1986): una orientada hacia la aproximación al suceso, mediante lo cual el sujeto realiza esfuerzos cognitivos para enfrentarse al problema que está propiciando estrés y emociones negativas, y otra orientada a la evitación del problema, es decir, eluden la situación que provoca ansiedad y esta es una de las respuestas más comunes para intentar regularla; sin embargo, esta evitación es contraproducente; en un primer momento impide un incremento puntual de la ansiedad, lo que posibilita mantenimiento y perpetuación, no obstante, la evitación de las situaciones que generan ansiedad implica la renuncia a planes e intereses que pueden ser importantes para el sujeto, lo que a su vez es fuente de ansiedad.

Folkman y Lazarus (1980) afirman que las personas pueden utilizar un afrontamiento centrado en el problema, cuya finalidad es solucionar el evento que está generando estrés, u optar por un afrontamiento centrado en la emoción, es decir, regula las emociones que se asocian al evento o la situación que ha causado estrés.

Carver, Sheier y Wientraub (1989), posteriormente retomados por Quass (2006), consideran además del afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento centrado en la emoción, la evitación del afrontamiento como un tercer tipo, el cual resulta coherente con lo planteado por Rothy Cohen (1986), quienes afirman que en este tipo de afrontamiento se manifiestan conductas evasivas y evitativas del problema.

Por su parte, Lazarus y Folkman (1984) tiempo atrás describían estos tipos de afrontamiento y afirmaban que si el objetivo era identificar el tipo de estrategia que más utilizará una persona, se debían de evaluar los tres tipos de afrontamiento, y considerar de alta importancia lograr discernir el afrontamiento intrapsíquico o los recursos psicológicos desplegados por las personas cuando hacen frente a situaciones generadoras de estrés. Carver et al. (1989), basados en los tres tipos de afrontamiento (centrado en el problema, centrado en la emoción y centrado en la evitación), proponen 15 estrategias que pudieran ser utilizadas por las personas frente a situaciones generadoras de estrés:

1. Afrontamiento activo
2. Planificación
3. Supresión de actividades distractoras
4. Refreno del afrontamiento
5. Reinterpretación positiva

6. Búsqueda de apoyo social emocional
7. Búsqueda de apoyo social instrumental
8. Reinterpretación positiva
9. Aceptación
10. Desahogo
11. Religión
12. Negación
13. Desconexión conductual
14. Desconexión mental
15. Consumo de drogas y humor

No obstante, el tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas por los diversos autores (Carver et al., 1989) se desprenden de las propuestas por Lazarus y Folkman (1984), quienes son los autores más representativos cuando a estrategias de afrontamiento se refiere. Londoño et ál. (2006) afirman la importancia de considerar 12 tipos de Estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas para hacer frente a las diversas situaciones cotidianas. A continuación se describe qué se refiere cada una de ellas:

1. Solución de problemas: implica una flexibilidad cognitiva para buscar soluciones orientadas a la resolución del problema en el momento que se presente.
2. Apoyo social: es el soporte social percibido; se tiene la convicción de que las personas pueden llegar a ser un sostén posibilitador en la disminución de las secuelas negativas del problema.

3. Espera: implica no afrontar, ni actuar ante el evento estresante, contemplando la posibilidad de que este se solucione sin hacer ningún esfuerzo.
4. Religión: la persona se vale de la oración y de sus creencias religiosas para solucionar el problema.
5. Evitación emocional: es la capacidad de controlar y bloquear las emociones negativas que surgen como consecuencia de la situación estresante.
6. Apoyo profesional: es la búsqueda de otras fuentes de información, incluyendo profesionales que brinden asesoría y posibiliten pensar el problema de forma integral, envolviendo todas las posibles alternativas de solución.
7. Reacción agresiva: es la expresión impulsiva de emociones negativas hacia los otros y hacia sí mismo.
8. Evitación cognitiva: es el bloqueo de pensamientos negativos, que los logra la persona tras la implementación de actividades distractoras, imposibilitando la rumiación, como una manera de evitar pensar en el problema (Montoya Zuluaga & Moreno Moreno, 2012).

### **3.4 Investigaciones recientes sobre estrategias de afrontamiento socioemocionales**

Para Aragón (2016), en referencia a las estrategias de afrontamiento socioemocional de los trabajadores de salud, indica que: “se hallan entre las personas susceptibles al estrés y Burnout. Y no todas tienen la capacidad de saber cómo canalizar las estrategias de afrontamiento ya sea a nivel personal, espiritual, social, organizacional” (p. 65).

#### **3.4.1 Estrategias de Intervención Social**

Con ellas se busca romper el aislamiento y mejorar los procesos de socialización al potenciar el apoyo social a través de políticas de trabajo cooperativo.

Han comprobado que el apoyo social se relaciona significativamente con la salud física y psicológica. Señalan que favorece la salud, porque se relaciona negativamente con el comienzo de las enfermedades, o bien porque facilita la recuperación de los pacientes con algún tipo de trastorno (Matthews, 1994).

Se ha propuesto como estrategia útil la creación de dinámicas potentes de apoyo social con el aumento de las reuniones de grupos profesionales para romper el aislamiento laboral. En este sentido, Esteve (1987) sugiere actuar prioritariamente respecto al apoyo social.

Para García (1990), el trabajo en equipo y los equipos multidisciplinares contribuyen a disipar las actitudes negativas y a mejorar la comprensión de los problemas.

### **3.4.2 Estrategias a Nivel Organizacional**

Parkes (2001), afirma de manera categórica que es ingenuo e incluso éticamente discutible el someter a los trabajadores a programas de entrenamiento contra el estrés mientras persistan en la empresa las exigencias excesivas o las condiciones de trabajo inapropiadas.

La OIT (2006) señala, que:

Las organizaciones deben colaborar con el cuidado de los/as trabajadores/as y hacer frente al estrés, reorganizando, si es necesario, el ambiente de trabajo en función de las aptitudes y aspiraciones humanas. Los directivos de

instituciones deben evaluar las condiciones en las que desarrollan el trabajo los equipos y comprender que las señales de desgaste en sus trabajadores/as pueden vincularse al tipo de trabajo que realizan, a las condiciones laborales, la organización del trabajo, y al igual que en otras áreas productivas o de servicios, a la posible existencia de prácticas de acoso moral en el trabajo o mobbing, problemática laboral que está siendo reconocida recientemente en nuestro país. (p. 49)

### **3.4.3 Estrategias de afrontamiento socioemocionales**

El trabajo de un enfermero implica mucha responsabilidad. Mantiene contacto con los pacientes y sus familiares, con el dolor y también con los problemas organizacionales. Todos estos factores contribuyen a que la enfermería sea considerada como una profesión altamente estresante.

Los servicios que estos profesionales prestan se ven agudizados en las Unidades de cuidados Intensivos (UCI), donde se encuentran más expuestos a situaciones dolorosas como la muerte. Además, en dichas unidades el enfermero se convierte en el personal que está más próximo al paciente y de manera más continua con él, tiene la tarea de resolver problemas inesperados y convive en un ambiente de alta emotividad (Aragon, 2016).

Surge así la necesidad de fortalecer la capacidad de afrontamiento del profesional de enfermería que trabaja en unidades de cuidados intensivos y un caso, donde la interacción con los pacientes es estresante ante el sufrimiento, el dolor y principalmente, ante un evento tan duro como el fallecimiento. El fenómeno de afrontamiento fue abordado fundamentalmente desde la perspectiva de enfermería a partir del modelo de adaptación de

Callista Roy, que define la adaptación como el proceso y el resultado por medio de la cual las personas con pensamientos y sentimientos en forma individual o grupal, utilizan la conciencia consciente y eligen para crear una integración humana y ambiental.

En el 2004, Callista Roy desarrolló la teoría de mediano alcance sobre el “proceso de afrontamiento y adaptación”, además, construyó la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación -Coping Adaptation Processing Scale (CAPS)-, con el propósito de identificar las habilidades que utiliza una persona para controlar el estrés y promover su adaptación (Aragon, 2016).

Es desde este modelo teórico conceptual que se desarrolla este trabajo de investigación, con el propósito de indagar sobre las estrategias del personal de enfermería ante un evento como la muerte de un paciente, con la finalidad de cuidar al cuidador, ya que los resultados de este estudio podrán ser utilizados para mejorar el afrontamiento y la adaptación de los profesionales, además, se podrán desarrollar estrategias educativas, talleres, donde se pueda poner en común aspectos que hasta hoy quizás no son compartidos y que sería de gran impacto a la hora de afrontar situaciones estresantes.

Además, los procesos de afrontamiento de la muerte de un paciente suponen un desgaste para los profesionales, que se pueden mejorar con programas de entrenamiento específicos en habilidades de relación y trabajo en equipo, para aumentar el nivel de competencia al menor costo emocional (Matamorros, 1997).

Cabe mencionar que no se encontraron muchas investigaciones que traten esta problemática, entre los que se destacan un estudio realizado en el hospital de Valdepeñas España, indica que los profesionales de salud que se encargan de pacientes en su estado de

fase final de sus vidas llevan consigo un gran carga de ansiedad; esto se traduce en el tercio de estos profesionales, (37%) que tienen un mal afrontamiento ante la muerte, el 60% de ellos consideran que su formación no es adecuada para brindar cuidado al paciente en su fase terminal, por último el 83.1% mencionan no tener un sistema de apoyo de su institución (Guiterez, 2018).

Por las razones mencionadas es fundamental investigar las estrategias de afrontamiento que usan los profesionales que trabajan en un determinado ambiente, como lo son las unidades de cuidados intensivos, ya que ello puede ayudar a promover acciones para evitar los efectos negativos sobre la salud de los profesionales y mejorar la calidad asistencial.

### **3.5 Estrategias de Afrontamiento socioemocionales utilizadas por el personal de enfermería**

Lazarus y Folkman (1984), distinguen dos tipos o funciones principales del afrontamiento que generalmente coexisten: el manejo o alteración del suceso que causa el malestar y la regulación de la respuesta emocional que el evento genera. El primero, también llamado afrontamiento de acción directa (Omar, 1995), está dirigido a la definición del problema y su resolución a través de la búsqueda de soluciones alternativas. Este tipo de afrontamiento posiblemente se utilice con más frecuencia cuando se evalúan las condiciones como susceptibles de ser modificadas. En lo que respecta al afrontamiento del estrés en el contexto laboral asistencial, los hallazgos son contradictorios.

En cuanto al género, las mujeres sean médicas o enfermeras parecen optar con más frecuencia que sus colegas varones por la búsqueda de apoyo social (incluido el apoyo

profesional), pensamientos positivos y relajación; sin embargo, otros investigadores (Hays et al., 2006), no han encontrado asociación alguna. Con respecto a la edad, algunos estudios han constatado que entre los médicos y enfermeros mayores prevalecen el afrontamiento focalizado en la emoción, en tanto que entre los profesionales más jóvenes pareciera que no predomina un estilo definido.

### **3.5.1 Estrategias Individuales**

Han divulgado el uso de las estrategias de afrontamiento y los esfuerzos tanto conductuales como cognitivos que realiza el individuo para dominar, reducir o tolerar las exigencias creadas por las transacciones estresantes. Afirman que las respuestas de afrontamiento pueden ser adaptativas, al reducir el estrés y Promover estados de salud a largo plazo, o de inadaptación, en cuyo caso, aunque pueden reducir el estrés a corto plazo puede tener consecuencias graves a largo plazo (Arrogante, 2017).

### **3.5.2 Técnicas fisiológicas**

Están orientadas a reducir la activación fisiológica y el malestar emocional y físico provocado por las fuentes de estrés laboral. Entre otras, destacan las técnicas para la relajación física, el control de la respiración y el biofeedback.

### **3.5.3 Técnicas conductuales**

El fin de estas técnicas es conseguir que la persona domine un conjunto de habilidades y competencias que le faciliten el afrontamiento de los problemas laborales. Entre ellas se

encuentran el entrenamiento asertivo, el entrenamiento en habilidades sociales, las técnicas de solución de problemas y las técnicas de autocontrol (Arrogante, 2017).

#### **3.5.4 Técnicas cognitivas**

El abordaje cognitivo busca mejorar la percepción, la interpretación y la evaluación de los problemas laborales y de los recursos personales que realiza el individuo. Entre las técnicas cognitivas más empleadas destacan la desensibilización sistemática, la detención del pensamiento, la inoculación de estrés, la reestructuración cognitiva, el control de pensamientos irracionales, la eliminación de actitudes disfuncionales y la terapia racional Emotiva.

#### **3.6 Relación entre síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento socioemocionales**

Con respecto a ello, Gil-Monte y Peiró (1997), considera que el tipo de EA utilizadas están relacionadas con la probabilidad de desarrollar síndrome de burnout. Sugieren que el tipo de esfuerzos tanto conductuales como cognitivos que realiza una persona para reducir, controlar o tolerar las exigencias excesivas por transacciones estresantes centradas en el problema, predicen negativamente la aparición del síndrome de burnout, mientras que las evitativas o centradas en la emoción facilitan su aparición.

Al respecto, Baron y Kenny (1986), consideran que las EA centradas en la emoción y en la evitación generan mayores niveles de estrés y son directamente proporcionales a la despersonalización y al agotamiento emocional, dos síntomas presentes en el síndrome de burnout, mientras que las EA centradas en el problema predicen la realización personal como aspecto protector para el desarrollo del síndrome. Hasta este punto se muestra una

clara relación entre las EA, como condiciones personales e internas, y la posibilidad de desarrollar síndrome de burnout dependiendo de las mismas.

Ello lleva a asegurar la existencia de condiciones personales e internas que llegan a convertirse en factores protectores para que las demandas laborales que habitualmente generan estrés, imposibiliten la aparición del síndrome de burnout. Si se establece entonces la presencia de condiciones internas que se convierten en factores de riesgo para el desarrollo del síndrome de burnout, también se debe asumir la existencia de condiciones internas que se comporten como factores protectores para el desarrollo del síndrome y que están estrechamente relacionadas con el trabajo (Montoya y Moreno, 2012).

Las estrategias más relevantes para la prevención del síndrome [burnout](#) que pueden ser implantadas desde la dirección de la organización son los programas de socialización anticipada, la implantación de sistemas de evaluación y retroinformación, y los procesos de desarrollo organizacional (Gil-Monte, 2003).

Las salidas emocionales son insuficientes debido a las presiones administrativas y sociales, por lo tanto, el personal de enfermería tiene serias dificultades para reducir el peso acumulativo del estrés, que se va generando día a día en su unidad o servicio. De manera que al poco tiempo aparecen síntomas de ansiedad y/o depresión, tales como insomnio, cambios de apetito, disfunciones sexuales, ira, agresividad, etcétera (Adriana et ál., 2009).

Coherente con los planteamientos teóricos expuestos con antelación, al confirmar la presencia de síndrome de burnout se sospecha que existen estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y en la evitación, lo que supone sin lugar a dudas la existencia de características personales que imposibilitan predecir la existencia de unas malas estrategias

de afrontamiento socioemocionales en el personal de enfermería, la ausencia de una variable que involucra mayores niveles de salud y es una moduladora de la relación entre el estrés laboral y sus efectos (Díaz, 2010).

Es así que existe una relación negativa entre el síndrome de burnout Y EAS, y los sujetos con EAS son los que puntúan más bajo en síndrome de burnout, por lo que la AES se convierte en una variable protectora frente al desarrollo del síndrome (Camacho et ál., 2010).

Asimismo se afirma que la persona con síndrome de burnout es apática, fácilmente irritable, con baja tolerancia a la frustración, con pensamientos recurrentes de incompetencia, lo que facilita una pérdida del sentido en el ámbito laboral, manifestándose a través de un alto grado de absentismo y generando sensibilidad para desarrollar conductas adictivas y una necesidad importante de evitar el contacto interpersonal. Es altamente probable que, a consecuencia de ello, la persona con síndrome de burnout se aísle socialmente, como estrategia interpersonal funcional, facilitando posiblemente la presencia de cuadros internalizarte (Trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad), lo que, sin lugar a dudas, no solo afectaría su desempeño y desarrollo laboral, sino su desarrollo personal (Díaz, 2010).

Desarrollar síndrome de burnout no se relaciona de manera directa con el estrés emergente de situaciones laborales, pues donde ello fuese positivo, se tendría que asumir que aquellas personas involucradas en un ambiente laboral estresante terminan desarrollando síndrome de burnout; no obstante, existen particularidades en las

organizaciones que pudieran controlarse para que no se conviertan en el factor disparador de la sintomatología inherente a un síndrome de burnout.

Es posible que una variable organizacional se convierta en un factor disparador, cuando en el paquete psicológico de un empleado no existen variables de, que lleven al individuo a manifestar EAS funcionales para enfrentar las situaciones laborales estresantes, por lo tanto, no se podría hablar de presencia de síndrome de burnout (Díaz, 2010).

El síndrome de burnout aparece entonces cuando las estrategias de afrontamiento están más centradas en la emoción y la evitación coherente con ello, hablar de recursos personales para hacer frente a las demandas y al estrés causado por las situaciones, es referirnos de igual modo a las EAS, que utiliza la persona para superar o resistir las demandas de la situación que le genera estrés, con lo cual logra una respuesta eficaz para restablecer el equilibrio de la situación, Consideran que una respuesta eficaz frente a las demandas contextuales está relacionada de manera directa con la autoeficacia, entendida como aquella sensación interna que la persona experimenta en lo que siente y piensa que es competente y cree en sus propias capacidades, lo que le posibilita el logro de objetivos (Díaz, 2010).

Así mismo, asumen que la autoeficacia, el control emocional o manejo de las emociones, adaptándolas a cualquier tipo de situación, y el locus de control interno, o aquella capacidad de creer que los sucesos de la vida se pueden controlar por las propias decisiones, son variables que hacen parte de la y se convierten en factores protectores para el desarrollo del síndrome de burnout.

En síntesis, la autoeficacia, el control emocional y el locus de control interno son variables de personalidad relacionadas y a su vez estas son factores protectores frente a la posibilidad de desarrollar el síndrome de burnout. La persona con un alto compromiso psicológico se logra implicar en el trabajo, tener mayor concentración y resistencia mental a los cambios, y obstáculos presentados; además muestra altos niveles de disfrute en el trabajo influenciando positivamente el área laboral, social y personal (Martínez et ál., 2002).

Así mismo se ve posibilitado porque hace uso de estrategias adaptativas y funcionales orientadas al afrontamiento activo del problema. Coherente con lo anterior, otorgan una responsabilidad importante a las EAS, considerando que estas median la relación entre las demandas laborales, el burnout y las Estrategias; así mismo, consideran que las formas adaptativas del afrontamiento y la extinción de las formas mal adaptativas del afrontamiento posibilita que en los contextos laborales se facilite las estrategias de afrontamiento y se reduzca la posibilidad de desarrollar el síndrome de burnout (Alarcón et al, 2011).

Parcialmente se podría concluir que la revisión teórica hasta el momento encuentra una relación entre el síndrome de burnout, las EAS, lo que implica que situaciones laborales estresantes llegan a facilitar presencia de sintomatología de síndrome de burnout cuando las EA asumidas por la persona son centradas en la evitación y en la emoción, lo cual está en concordancia tanto con una baja autoeficacia, ausencia de control emocional y locus de control externo, así como con el tipo de personalidad (Díaz, 2010).

En contraposición a ello, las situaciones laborales estresantes, con una puesta en marcha de EAS centradas en el problema, niveles importantes de autoeficacia, control emocional, locus de control interno y un estado mental, disminuyen la probabilidad de desarrollar síndrome de burnout e indicarían un tipo de personalidad tipo A y características, que involucran mayor adaptabilidad, flexibilidad cognitiva, alto significado atribuido al trabajo y la posibilidad de cambiar o transformar la situación estresante, logrando mayor funcionalidad en el área laboral y posibilitando percepciones objetivas y subjetivas de bienestar en las diversas áreas de desempeño de la persona. Finalmente, se reconoce que, aunque existan profesiones que se convierten en un factor de riesgo para el desarrollo de un síndrome de burnout (Díaz, 2010).

# **CAPÍTULO IV**

## **MÉTODO**

En este capítulo se muestra el enfoque, alcance y diseño de la investigación, así como las variables que se consideraron para el estudio y la elaboración de las hipótesis planteadas. Se detalla la muestra participante en el estudio. De igual manera, se describen los instrumentos utilizados y el procedimiento que se siguió para la investigación.

#### **4.1 Enfoque, alcance y diseño**

Para llevar a cabo este estudio se utilizó la metodología de investigación bajo un enfoque cuantitativo, puesto que para conocer la prevalencia del síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento socioemocionales, es de vital importancia dirigir el estudio a lo que objetivamente se puede medir. La investigación cuantitativa es rica y diversa para poder efectuar comparaciones, análisis, hacer correlaciones y comprobar hipótesis entre las variables de interés.

**Respecto al alcance**, la investigación posee un alcance correlacional, porque relaciona Síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento socioemocionales. (Hernández Sampieri et al., 2014).

En lo que concierne **al diseño**, es no experimental, ya que no se manipulan variables, y transeccional porque los datos se recolectaron en un tiempo único, específicamente en el mes de octubre de 2020.

## 4.2 Variables

En la investigación se promueve el estudio de dos variables: síndrome de burnout y las estrategias de afrontamiento socioemocionales en el personal de enfermería del hospital de occidente, el cual es categorizado y medido en varias dimensiones, lo cual se puede visualizar en la tabla 1.

**Tabla 1**

*Operacionalización de variables*

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores
Síndrome de Burnout	Es una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal. Agotamiento físico o emocional: ocurre cuando un individuo ha excedido su capacidad para soportar el estrés prolongado. (Maslach, 2009)	El síndrome de Burnout se medirá con el instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI).	1. Agotamiento Emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatiga física</li> <li>• Cansancio mental</li> <li>• Pesadez</li> <li>• Fracaso</li> </ul>
			2. Despersonalización	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actitud de Cinismo</li> <li>• Sentimientos negativos hacia otras personas</li> <li>• Irritabilidad</li> <li>• Perdida de la motivación</li> <li>• Reacciones de distanciamiento</li> </ul>
			3. Baja realización personal en el trabajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tensión al momento de interactuar</li> <li>• Frustración</li> <li>• Baja autoestima</li> </ul>

Estrategias de Afrontamiento Socioemocionales	Son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes encaminados a manejar las demandas externas e internas que han sido evaluadas como que agotan o sobrepasan los recursos personales. (Paris & Omar, 2009)	La variable se medirá a partir de una escala de tipo Likert. Instrumento estrategias de afrontamiento socioemocionales.	1. Enfocados al problema	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afrontamiento activo</li> <li>• Aceptación</li> <li>• Refrenar el afrontamiento</li> <li>• Reinterpretación positiva y crecimiento</li> <li>• Búsqueda de apoyo social por razones emocionales</li> <li>• Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales.</li> </ul>
			2. Enfocados en la emoción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenganche mental</li> </ul>
			3. Enfocados en otros estilos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humor</li> <li>• Negación</li> <li>• Desenganche conductual</li> </ul>

### **4.3 Hipótesis**

H<sub>0</sub>: No existe relación entre Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento socioemocionales.

H<sub>1</sub>: Existe relación entre despersonalización y las estrategias de afrontamiento socioemocionales.

H<sub>2</sub>: Existe relación entre el agotamiento emocional y las estrategias de afrontamiento socioemocionales.

H<sub>3</sub>: Existe relación entre la baja realización personal y las estrategias de afrontamiento socioemocionales.

### **4.4 Participantes**

Para el desarrollo de la investigación se trabajó con el personal auxiliar de enfermería de los diferentes turnos (A, B, C) del hospital de occidente en Santa Rosa de Copan en el mes de septiembre con un grupo de 153 enfermeras que concuerdan con las especificaciones requeridas para alcanzar los objetivos del estudio. Para ello se utilizó una muestra probabilística aleatoria simple.

#### **Criterios de Inclusión**

- Edad: entre 20 y 60 años.
- Empleado permanente.
- Disposición para formar parte del estudio

## **Criterios de Exclusión**

- Personal de aseo
- Menores de 20 años de edad
- Menor a un año de laborar en el hospital

### **4.4.1 Condiciones Sociodemográficas:**

Dentro de las características más importantes de la muestra, se tomaron en cuenta variables como la edad, entre 20 y 60, con una edad promedio de 22 para un porcentaje de 20.3%. También el sexo, tanto femenino y masculino, el 90.8% corresponde al sexo femenino y el 9.2 % al sexo masculino. Y, por último, la variable de los años laborados, que fluctúan desde los 2 a 5 años, hasta alcanzar los 30 años para un porcentaje de 10.2%.

## **4.5 Instrumentos**

Para la medición se utilizaron dos instrumentos: El Maslach Burnout Inventory (MBI) y el de estrategias de afrontamiento socioemocionales. El primer instrumento es la versión clásica del MBI (Maslach y Jackson, 1981). Está constituido por 22 ítems que se distribuyen en tres escalas para evaluar la frecuencia con que los profesionales perciben:

1. Baja realización personal (tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial con relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atienden) (8 ítems).
2. Agotamiento emocional (no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo) (9 ítems).

3. Despersonalización (desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo) (5 ítems) (ver apéndice 2).

El segundo instrumento Inventario de estimación de afrontamiento (COPE) (carver y colb., 1989) mide la variable de estrategias de afrontamiento socioemocionales (EAS), con formato de tipo Likert en cuatro escalas: (Nunca, A veces, A menudo y Siempre). Tiene por objetivo determinar como el personal de enfermería responde, reacciona o actúa cuando se enfrenta a situaciones difíciles o estresantes. Está constituido por 30 ítems

Con este propósito, han construido un cuestionario de 30 ítems, los ítems alternativos de cada modo vienen a indicar qué cosas hace o siente con más frecuencia el sujeto, cuando se encuentra en tal situación. Este instrumento trata de determinar cuáles son las alternativas que más usa (ver apéndice 3).

El instrumento incorpora tres dimensiones, cada una con estrategias de afronte: Enfocados en el problema (10 ítems), Enfocados en la emoción (10 ítems) y Enfocados en otros estilos (10 ítems)

Enfoque en el problema: 04, 05, 11, 15, 16, 18, 19, 20,22 y 24

Enfoque en la emoción: 01, 03, 10, 12, 14, 21, 23,27 y 29

Enfoque en otros estilos: 02, 06, 07, 08, 09, 17, 25, 26,28 y 30

#### **4.5.1 Validez, Prueba piloto y confiabilidad**

En cuanto a la validez de los instrumentos que se utilizaron en esta investigación fue determinada principalmente por tres expertos, los cuales afirmaron que algunos ítems presentaban errores o había una probabilidad de llevar al sesgo al encuestado.

Posteriormente, se llevó a cabo una prueba piloto con 30 participantes profesionales, de enfermería en el hospital de occidente, quienes no formaron parte de la muestra definitiva.

Con los datos tabulados recolectados de la prueba piloto, se realizó la confiabilidad de ambos instrumentos, obteniéndose un alfa de Cronbach para el instrumento Maslach, .665 y para estrategias de afrontamiento socioemocionales, .604, lo cual indica una fiabilidad aceptable (ver apéndice 9).

#### **4.6 Procedimiento**

En primera instancia, se llevó a cabo la etapa preparatoria, que consiste en el diagnóstico de la problemática en estudio, seguidamente de la elección de la población y revisión bibliográfica de la temática, de la misma manera la selección del instrumento y ensayo del mismo se hizo validez, y prueba piloto y de confiabilidad a los instrumentos, Se les entrego y explico un consentimiento informado a los participantes, Por otra parte se continuó con la Etapa de Recolección de los instrumentos aplicados además tabulando y analizando los datos arrojados por dicho instrumentos y, se utilizó el software estadístico SPSS 22.0 para realizar el análisis de los resultados (ver apéndice 5).

# **CAPÍTULO V**

## **RESULTADOS**

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos de los datos recabados, durante la investigación, tal como se plantea en la metodología.

### 5.1.1 Análisis descriptivo del Síndrome de Burnout

Por medio de un análisis descriptivo de los datos generados para determinar la incidencia del síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Hospital de Occidente, se obtuvieron los siguientes resultados:

**Tabla 2**

*Análisis del nivel de Síndrome de Burnout*

Ítems	Porcentaje	Total
Alto	77.05%	138
Medio	15.3%	10
Bajo	7.65%	5
Total	100%	153

*Nota:* Basado en los resultados del instrumento Maslach Inventory

Tal como se puede observar los resultados, en la Tabla 2., por el área de enfermería que laboran en el Hospital de Occidente, presentan altos niveles del Síndrome de Burnout, mientras en el nivel medio, aparece el 15.3% de los encuestados, y, 7.65%, corresponde al nivel bajo.

### 5.1.2 Análisis descriptivo de las estrategias de afrontamiento socioemocionales

Tras procesar los datos obtenidos en la escala de estrategias de afrontamiento socioemocionales, los resultados obtenidos son los siguientes:

**Tabla 3**  
*Análisis de estrategias de afrontamiento*

Ítems	Porcentaje	Total
A veces	43.13%	66
A menudo	36.60%	56
Siempre	20.26%	31
Total	100%	153

*Nota:* Basado en los resultados del instrumento Maslach Inventory.

Los resultados que aparecen en la tabla los profesionales de enfermería que laboran en el Hospital de Occidente, manifiestan que *A Veces* afrontan el agotamiento emocional producto de la labor que realizan. Mientras, en el ítem que corresponde *A Menudo*, el 36.60% manifestó hacer frente al agotamiento emocional. Y, por último, un 20.26% dijo que *Siempre* busca la manera de aliviar el agotamiento emocional. Las estrategias emocionales utilizadas por los profesionales de enfermería de los casos estudiados pueden concretarse en dos grandes categorías:

Por un lado, las estrategias internas o personales responden a la capacidad de los profesionales para controlar sus emociones y estados de ánimo, utilizar el sentido del humor como mecanismo de control ante el estrés o la frustración y auto-observar su conducta como mecanismo de afrontamiento. Otras como, quedar callado, valorando qué debo hacer, dejar pasar un tiempo y tener mucha paciencia, son las estrategias que utilizan el personal de enfermería del hospital de Occidente

Por otro lado, las estrategias interpersonales favorecen las habilidades sociales como tácticas comunicativas, empáticas y negociadoras: los procedimientos para mantener conductas adecuadas a través de refuerzos y/o extinguir las respuestas inadecuadas; y también las acciones para mejorar la coordinación y la organización.

### 5.1.2.1 Estrategias de afrontamiento enfocadas al problema

**Tabla 4**

*Ítems 4: intento desarrollarme como persona*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	3	2.0	2.0	2.0
A veces	37	24.2	24.2	26.1
A menudo	25	16.3	16.3	42.5
Siempre	88	57.5	57.5	100.0
Total	153	100.0	100.0	

*Nota:* Basado en los resultados del instrumento (EAS)

Cómo se ilustra en la tabla 4 los profesionales de enfermería del hospital de occidente, manifiestan que, nunca fue de un 2.0% y a veces es de 24.2% y a menudo es de 16.3% y siempre 57.5 % siendo esta respuesta muy favorable para desarrollarse como persona y que siempre tratan de utilizar las estrategias de afrontamiento.

**Tabla 5**

*Ítems 5: me vuelco en el trabajo y en otras actividades sustitutivas para apartar cosas de mi mente*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	23	15.0	15.0	15.0
A veces	49	32.0	32.0	47.1
A menudo	35	22.9	22.9	69.9
Siempre	46	30.1	30.1	100.0
Total	153	100.0	100.0	

*Nota:* Basado en los resultados del instrumento (EAS)

Como se observa en la tabla 5 los profesionales de enfermería del hospital de occidente, manifiestan que, si utilizan estrategias en la pregunta me vuelco en el trabajo y en otras

actividades, y esto tiene un porcentaje, nunca con un 15. % y a veces con un 32% y a menudo con un 22.9% y siempre con 30.1%.

### 5.1.2.2 Estrategias de afrontamiento enfocados en la emoción

**Tabla 6**

*Ítems 1: me altero y dejo que mis emociones afloren*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	71	46.4	46.4	46.4
A veces	60	39.2	39.2	85.6
A menudo	17	11.1	11.1	96.7
Siempre	5	3.3	3.3	100.0
Total	153	100.0	100.0	

*Nota:* Basado en los resultados del instrumento (EAS)

Como se observa en la tabla 6 los profesionales de enfermería del hospital de occidente, manifiestan que, en la pregunta me altero y dejo que mis emociones afloren, y esto represento un porcentaje, nunca 46.4% a veces 39.2% a menudo 11.1% siempre 3.3%.

**Tabla 7**

*Ítems 3: intento conseguir consejo de alguien sobre qué hacer*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	8	5.2	5.2	5.2
A veces	63	41.2	41.2	46.4
A menudo	42	27.5	27.5	73.9
Siempre	40	26.1	26.1	100.0
Total	153	100.0	100.0	

*Nota:* Basado en los resultados del instrumento (EAS)

Como se evidencia en la tabla 7 los profesionales de enfermería del hospital de occidente, manifiestan que, en la pregunta intento conseguir consejo de alguien sobre qué hacer,

esto represento un porcentaje, nunca 5.2% a veces 41.2% a menudo 27.5% siempre 26.1%.

### 5.1.2.3 Estrategias de afrontamiento Enfocados a otros estilos

**Tabla 8**

*Ítems 2: concentro mis esfuerzos en hacer algo acerca de ello*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	7	4.6	4.6	4.6
A veces	44	28.8	28.8	33.3
A menudo	45	29.4	29.4	62.7
Siempre	57	37.3	37.3	100.0
Total	153	100.0	100.0	

*Nota:* Basado en los resultados del instrumento (EAS)

Como se observa en la tabla 8 los profesionales de enfermería del hospital de occidente, manifiestan que, en la pregunta concentro mis esfuerzos en hacer algo acerca de ello, esto representa un porcentaje, nunca 4.6% a veces 28.8% a menudo 29.4% siempre 37.3%.

**Tabla 9**

*Ítems 6: me digo a mí mismo " esto no es real "*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	72	47.1	47.1	47.1
A veces	62	40.5	40.5	87.6
A menudo	10	6.5	6.5	94.1
Siempre	9	5.9	5.9	100.0
Total	153	100.0	100.0	

*Nota:* Basado en los resultados del instrumento (EAS)

Como se manifiesta en la tabla 9 los profesionales de enfermería del hospital de occidente, manifiestan que, en la pregunta me digo a mí mismo “esto no es real”, esto represento un porcentaje, nunca 47.1% a veces 40.5% a menudo 6.5% siempre 5.9%.

## 5.2 Análisis inferencial

Con el fin de comprobar las hipótesis planteadas en el estudio fue necesario realizar un análisis inferencial. Para ello, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, además de, plantear cuatro hipótesis que se especifican según los resultados, la correlación que existe entre síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento socioemocionales. Enseguida la correlación entre las dimensiones despersonalización, agotamiento emocional y baja realización personal.

### 5.2.1 Correlación entre Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento socioemocionales

Respecto a la hipótesis nula:

*H<sub>0</sub>: No existe relación entre síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento socioemocionales*

La correlación entre síndrome de Burnout y Estrategias de afrontamiento socioemocionales, mostró un resultado de  $r = .162$  y un grado de significancia de  $\text{Sig.} = .046$ , lo cual indica que el coeficiente es positivo y si hay correlación significativa, ya que ésta es menor de 0.05, tal como se observa en la tabla 10.

**Tabla 10**

*Síndrome de Burnout y Estrategias de Afrontamiento Socioemocionales*

	Síndrome de Burnout	Estrategias de afrontamiento socioemocionales
--	---------------------	---

Síndrome de Burnout	Correlación de Pearson	1	.162*
	Sig. (bilateral)		.046
	N	152	152
Estrategias de afrontamiento socioemocionales	Correlación de Pearson	.162*	1
	Sig. (bilateral)	.046	
	N	152	153

### 5.2.2 Correlación entre Despersonalización y estrategias de afrontamiento socioemocionales

Respecto a la hipótesis 1

*H1: Existe relación entre Despersonalización y estrategias de afrontamiento socioemocionales*

La correlación entre despersonalización y estrategias de afrontamiento socioemocionales, mostró un resultado de  $r = .227$  y un grado de significancia de  $\text{Sig.} = .005$ , lo cual indica que el coeficiente es positivo y si hay correlación significativa, ya que ésta es menor de 0.05, tal como se observa en la tabla 11.

**Tabla 11**

*Despersonalización y estrategias de afrontamiento socioemocionales*

		Despersonalización	Estrategias de afrontamiento socioemocionales
Despersonalización	Correlación de Pearson	1	.227**
	Sig. (bilateral)		.005
	N	153	153
Estrategias de afrontamiento socioemocionales	Correlación de Pearson	.227**	1
	Sig. (bilateral)	.005	
	N	153	153

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

### 5.2.3 Correlación entre agotamiento emocional y estrategias de afrontamiento socioemocionales

Respecto a la hipótesis 2

*H2: Existe relación entre agotamiento emocional y estrategias de afrontamiento socioemocionales*

La correlación entre agotamiento emocional y estrategias de afrontamiento socioemocionales, mostró un resultado de  $r = .219$  y un grado de significancia de  $\text{Sig.} = .007$ , lo cual indica que el coeficiente es negativo y no hay correlación significativa, ya que ésta es menor de 0.05, tal como se observa en la tabla 12.

**Tabla 12**

*Agotamiento emocional y estrategias de afrontamiento socioemocionales*

		Estrategias de afrontamiento socioemocionales	Agotamiento Emocional
Estrategias de afrontamiento socioemocionales	Correlación de Pearson	1	.219**
	Sig. (bilateral)		.007
	N	153	153
Agotamiento Emocional	Correlación de Pearson	.219**	1
	Sig. (bilateral)	.007	
	N	153	153

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

### 5.2.4 Correlación entre baja realización personal y estrategias de afrontamiento socioemocionales

Respecto a la hipótesis 3

*H3: Existe relación entre baja realización personal y estrategias de afrontamiento socioemocionales*

La correlación entre baja realización personal y estrategias de afrontamiento socioemocionales, mostró un resultado de  $r = .185$  y un grado de significancia de  $\text{Sig.} =$

.022, lo cual indica que el coeficiente es positivo y si hay correlación significativa, ya que ésta es menor de 0.05, tal como se observa en la tabla 13.

**Tabla 13**

*Baja realización personal y estrategias de afrontamiento socioemocionales*

		Estrategias de afrontamiento socioemocionales	Baja Realización Personal
Estrategias de afrontamiento socioemocionales	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1 153	.185* .022 153
Baja Realización Personal	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.185* .022 153	1 153

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

# **CAPÍTULO VI**

## **DISCUSIÓN**

Esta investigación, centró su interés principal, en auscultar la existencia o no del síndrome de burnout en el personal de enfermería que se desempeña en el hospital de occidente, en la ciudad de santa rosa de copan, y de existir, plantear las estrategias para afrontar las situaciones socioemocionales a las que se expuesto dicho personal.

En base a lo anterior, este estudio, a partir de dos variables principales: el síndrome de burnout y las estrategias de afrontamiento socioemocionales, se propuso relacionarlas para determinar hasta donde dicho síndrome está presente en el personal de enfermería que labora en el hospital de occidente de la ciudad de Santa Rosa de Copán.

Entre los resultados obtenidos se encontró lo siguiente:

1. Analizar los niveles del síndrome del [burnout manifestados](#) en el personal de enfermería del hospital de occidente.

Por medio de los análisis realizados los datos que nos dieron el personal de enfermería que laboran presentan altos niveles de síndrome de [burnout](#) como ser: alto: 77.05%, medio: 15.3%, bajo: 7.65%, de todos los encuestados.

2. Identificar las estrategias de afrontamiento socioemocionales utilizadas en el personal de enfermería del hospital de occidente.

Por medio de los datos obtenidos los resultados son los siguientes: a) que a veces afrontan el agotamiento-emocional producto de la labor que realizan. Es de un 43.13%, A menudo un 36.60%, Siempre un 20.26%, y tratando de utilizar estas estrategias para minimizar el estrés. Las estrategias emocionales utilizadas por los profesionales de enfermería de los casos estudiados pueden concretarse en dos grandes categorías:

Por un lado, las estrategias internas o personales responden a la capacidad de los profesionales para controlar sus emociones y estados de ánimo, utilizar el sentido del humor como mecanismo de control ante el estrés o la frustración y auto-observar su conducta como mecanismo de afrontamiento. Otras como, quedar callado, valorando qué debo hacer, dejar pasar un tiempo y tener mucha paciencia, escuchar música, son las estrategias que utilizan el personal de enfermería del hospital de Occidente

Por otro lado, las estrategias interpersonales favorecen las habilidades sociales como tácticas comunicativas, empáticas y negociadoras: los procedimientos para mantener conductas adecuadas a través de refuerzos y/o extinguir las respuestas inadecuadas; y también las acciones para mejorar la coordinación y la organización. Las estrategias externas como establecer contacto visual constante, diálogo, discusión constructiva y razonar las cosas, manteniendo una responsabilidad compartida en las diferentes salas del hospital.

3. Existe una relación entre Síndrome de Burnout y Estrategias de Afrontamiento Socioemocionales. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula de la investigación.

Este resultado, difiere con otros estudios sobre el mismo tema, como el llevado a cabo en el Hospital Regional Lambayeque – Chiclayo, Perú, en el 2016, en el cual se determinó que los profesionales de enfermería del servicio de emergencia de dicho hospital, no manejan en su totalidad estrategias de afrontamiento ante al síndrome de burnout (Cotrina Quintana & Luz Angélica, 2016).

4. Existe una relación entre despersonalización y las estrategias de afrontamiento socioemocionales. Por lo tanto, se acepta la hipótesis 1 de la investigación.

La despersonalización, se concibe como el desarrollo de actitudes, sentimientos y respuestas negativas, distantes y deshumanizadas hacia las otras personas, especialmente a los beneficiarios de su trabajo, acompañadas de un aumento de la irritabilidad y una falta de motivación hacia el trabajo (Bonilla, 2010).

5. Existe una relación entre el agotamiento emocional y las estrategias de afrontamiento socioemocionales. Por lo tanto, se acepta la hipótesis 2 de la investigación.

Con respecto a esta hipótesis sobre la relación entre el agotamiento emocional y las estrategias de afrontamiento socioemocionales, existen investigaciones que describen que situaciones laborales estresantes llegan a facilitar presencia de sintomatología de SB cuando las EAS asumidas por la persona son centradas en la evitación y en la emoción, lo cual no está en concordancia tanto como una baja autoeficacia, ausencia de control emocional y locus de control externo, así como con el tipo de personalidad.

6. Existe una relación entre la baja realización personal y las estrategias de afrontamiento socioemocionales. Por lo tanto, se acepta la hipótesis 3 de la investigación.

Con respecto a esta hipótesis sobre la relación entre la baja realización personal y las estrategias de afrontamiento socioemocionales, existen investigaciones como la realizada en el Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines de Argentina, en el año 2008, en donde esta relación coincide con los resultados obtenidos en esta investigación. El personal de enfermería con baja realización personal tiene que identificar actitudes y saber utilizar las mejores estrategias de afrontamiento

socioemocionales, y la ejecución de acciones que resuelvan el problema disminuiría a medida que aumenta el nivel de despersonalización (Popp, 2008).

De lo anterior, se concluye que efectivamente, existe una relación entre las variables propuestas y los resultados obtenidos al analizar cada una de las hipótesis. Así también se puede inferir que el síndrome de burnout lo padece el personal de enfermería que labora en el Hospital de Occidente, de la ciudad de Santa Rosa de Copán.

**CAPÍTULO VII**  
**CONCLUSIONES**

1. Los profesionales de enfermería del Hospital de Occidente, no utilizan en su totalidad estrategias de afrontamiento socioemocionales ante al síndrome de burnout.
2. Es claro que en relación a la identificación del nivel de síndrome de burnout del profesional de enfermería del Hospital de occidente los resultados evidencian que, El 77.05 % de las enfermeras presentaron un nivel alto de Burnout.
3. La dimensión con mayor incidencia fue la despersonalización seguida del cansancio emocional y la realización personal.
4. Finalmente, los enfermeros no han aprendido a canalizar en su totalidad estrategias de afrontamiento socioemocionales para asumir los niveles de estrés, en el quehacer en los servicios, lo cual hace más agudo el problema y pueden llegar a desarrollar el síndrome de burnout.

**CAPÍTULO VIII**  
**RECOMENDACIONES**

1. Se recomienda a las autoridades del Hospital de Occidente que se implemente planes de mejora emocional para el personal de enfermería y en general a todo el equipo de salud debido a que sus niveles de estrés no están siendo canalizados produciendo daño al personal.
2. Se recomienda a las autoridades del Hospital gestionar una clínica para atención de salud mental y psicológica, para que puedan acudir a terapia en el mismo hospital para afrontar asertivamente la problemática suscitada y que aprendan estrategias de afrontamiento entre compañeros y con los pacientes y sus familiares.
3. Se recomienda a trabajadores que presentan este síndrome, brindar ayuda, apoyo, acompañamiento y tratamiento para reducir sus efectos y de esta manera puedan brindar una mayor calidad de servicios hacia los usuarios o pacientes.
4. Se recomienda al establecimiento realizar actividades como: grupales al menos una vez por mes, ejecutar prácticas de rutinas activas, conocer los procesos de otras unidades de especialización, y elaborar talleres de relajación y recreación para sus empleados.
5. Así como implementar periodos de descanso entre las jornadas de trabajo con el propósito de minimizar los niveles de estrés generados por cualquier circunstancia o situación que se presente.
6. Se recomienda a las autoridades del departamento de enfermería, gestionar un área de salud mental para velar por el bienestar del personal de enfermería y así implementar planes de mejora emocional y atención en general a todo el equipo de salud que necesite de los mismos.

# **CAPÍTULO IX**

## **LÍNEAMIENTOS DE INTERVENCIÓN**

Las siguientes son pautas de intervención que deben tenerse en cuenta para mejorar los índices del síndrome de burnout en el personal de enfermería del Hospital de Occidente:

### **9.1 Propuesta de prevención y afrontamiento para el síndrome de Burnout**

La propuesta de intervención que se presenta a continuación muestra las diversas estrategias que desde el ámbito personal y laboral pueden implementarse como parte de la atención integral a las manifestaciones del síndrome.

Por esta razón la presente propuesta tiene como objetivo general:

Ofrecer al personal de enfermería del Hospital de Occidente estrategias de autocuidado, equipo de ayuda, terapias psicológicas que les ayuden a desarrollar destrezas para prevenir y afrontar las consecuencias del síndrome de burnout.

Los efectos negativos del síndrome de Burnout pueden extenderse a todas las áreas de vida, incluyendo el hogar, el trabajo, y la vida social. De esta manera la única alternativa que existe para que el desgaste laboral no afecte la salud y bienestar de las enfermeras en los contextos antes mencionados, en el desarrollo de los procesos de “autocuidado” y “cuidado del equipo de enfermería”. Estos son recursos protectores que facilitan en el corto y largo plazo una mejor adaptación y satisfacción laboral.

Tanto el autocuidado como el cuidado del equipo de enfermería aluden principalmente a una actitud cotidiana de las personas y los equipos de trabajo en su desempeño laboral. Es decir, una manera de “pensar, hacer, estar y comprometerse con el trabajo” de forma saludable y en una perspectiva de largo plazo. En el marco de este plan

de intervención, la prevención del desgaste laboral y el mejoramiento de la calidad de vida laboral, conjuga:

- Lo que yo puedo hacer para cuidar mi salud y bienestar.
- Lo que podemos hacer como equipo de trabajo y en redes de colaboración con otros.
- Lo que puede hacer la institución por cuidar a sus trabajadores/as.

## **9.2 Estrategias de Autocuidado personal**

El autocuidado está basado en planeamiento que estipula que “el individuo tiene el derecho y el deber de participar, individual y colectivamente, en la planificación y aplicación de la atención en salud”. Es importante considerar las conductas de autocuidado que ya se practican en la sociedad, el ambiente en que viven las personas, sus estilos de vida, sus formas de relacionarse, las creencias y valores que impiden lograr cambios de conducta.

## **9.3 Tipos de Autocuidado**

El autocuidado va desde acciones de la vida cotidiana como bañarse, lavarse las manos y los dientes, hasta los complejos procedimientos de atención del enfermo que a veces requerimos cambios o ajustes en las formas de vida de la familia y la intervención profesional en diversos grados.

Recordando que las personas solo se cuidan si poseen conocimientos, capacidades, confianza y motivos para ello. No es algo que se pueda imponer. El accionar de los miembros del equipo de salud va desde la educación hasta la asistencia total. Pero

en cualquier estadio que se encuentre, el propósito es lograr en un mínimo de tiempo la independencia de la persona para satisfacer sus necesidades.

#### **9.4 Fomentar la flexibilidad de horario**

El horario flexible en las instituciones presenta una serie de beneficios interesantes, para los trabajadores, en especial los que presentan signos y síntomas de agotamiento laboral. No se trata de trabajar menos horas, sino de forma diferente, más concentrados y optimizando el tiempo y los recursos. Las personas que trabajan con modelos de horario flexible, en general tienen mejor balance de vida laboral y personal, lo que aumenta la motivación hacia el trabajo generando un ambiente positivo que se traduce en un mejor clima organizacional.

Así pues, las autoridades del hospital podrían tomar en cuenta la posibilidad de rotar al personal de enfermería por lo menos una vez al año, de esta manera el personal podría canalizar el estrés que generan las responsabilidades de dicha área.

#### **9.5 Programa de psico-educación**

Es un programa que permita, en función del rol desempeñado, identificar y reconocer precozmente la aparición de signos y síntomas sugestivos de la enfermedad. Así, por ejemplo, el programa de capacitación a los trabajadores debe incluir, entre otros temas, las causas, síntomas y consecuencias del síndrome de agotamiento laboral, técnicas para identificar, resolver problemas, y entrenamiento en técnicas de relajación.

#### **9.6 Actividades físicas**

El ejercicio impacta positivamente en la energía física, el estado emocional y la energía mental. La actividad física puede ayudar a controlar el peso, disminuir el riesgo

de sufrir diabetes tipo 2, infartos, disminuir los síntomas de la depresión y la ansiedad, disminuir el dolor y la incapacidad causados por el estrés y desahogar las tensiones ocasionadas por el trabajo. El ejercicio físico es una parte de la actividad física planeada y que persigue un propósito de entrenamiento. Puede dividirse en dos grandes tipos: el dinámico (aeróbico) y el estático (anaeróbico).

- El ejercicio dinámico es aquel en el que hay un gran movimiento muscular y es necesario el oxígeno para proporcionar la energía que precisa el músculo. Son ejemplos de ejercicio dinámico el caminar, correr, nadar, remar, etc.

- El ejercicio estático es aquel en el que hay escaso movimiento muscular y articular, con importante aumento del tono muscular y no es necesario el oxígeno en su realización. El ejemplo típico de ejercicio estático es el levantamiento de pesas. En la mayoría de los deportes se mezclan ambos tipos de ejercicio en diferente proporción según los casos. Estos dos tipos de ejercicio pueden producir cambios beneficiosos en el organismo; sin embargo, es el ejercicio aeróbico el que tiene efectos positivos sobre nuestro sistema cardiovascular y contribuye a reducir la grasa corporal.

## **9.7 Grupos de mejora**

Los equipos de mejora son equipos de profesionales afectados por un mismo problema y que buscan mejorar o solventar esa situación. Se coordinan de forma voluntaria para trabajar juntos durante un período de tiempo determinado. Se trata de formar equipos que trabajen juntos de forma regular para que en ellos se intercambie información, se apoyen unos a otros emocionalmente y resuelvan problemas laborales.

Así pues, las autoridades del hospital podrían tomar en cuenta la posibilidad de rotar al personal de enfermería por lo menos una vez al año en las diferentes salas, de esta

manera el personal podría canalizar el estrés que generan las responsabilidades de dicha y así tener al personal conforme y tranquilo en los trabajos que desempeñan .

## **REFERENCIAS**

- Ahtziri Yunuén Rodríguez Santos, A. D. (2018). Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de salud en áreas críticas y su asociación con ansiedad y depresión. <http://www.medigraphic.org.mx/>.
- Alvarez Gallego, E., & Fernandez Rios, L. (1991). El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional. *Asoc. Esp. Neuropsiq*, XI(39). <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/download/15231/15092>
- Amaya, V. M. (2016). Christina Maslach, comprendiendo el burnout. *13*(2). [https://www.researchgate.net/publication/311611859\\_Christina\\_Maslach\\_comprende\\_el\\_burnout](https://www.researchgate.net/publication/311611859_Christina_Maslach_comprende_el_burnout)
- Aragon, E. M. (2016). Síndrome de burnout. *Revista cubana de enfermería*, 32(2). <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/927>
- Arrogante, O. (2017). Estrategias de Afrontamiento al Estrés Laboral. *Metas de Enfermería*, 71-76.
- Bonilla, J. I. (20 de junio de 2010). *Handle*. Recuperado el 20 de agosto de 2020, de Cybertesis:[https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/547/Tello\\_bj.pdf?sequence=1](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/547/Tello_bj.pdf?sequence=1)
- Bueso Pineda, A. (2005). *Hospital de Occidente: institución centenaria*. Santa Rosa de Copan: Editorial Guaymuras.
- Campo Panesso, L., & Ortegón, J. A. (2012). Síndrome de Bournot. *Redalyc*, 7-10. <https://core.ac.uk/download/pdf/47067265.pdf>
- Cotrina Quintana, L., & Luz Angélica, M. (5 de noviembre de 2016). *Core Ac*. <https://core.ac.uk/download/pdf/270317598.pdf>
- Díaz, C. A. (2010). Síndrome de burnout y estrategias. *Scielo*, 26. <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n26/n26a03.pdf>
- Faúndez, V. O. (2013). Validez factorial del Maslach Burnout. *Scielo*, 13(1).
- Figueredo Ferraz, H., R. Gil Monte, P., & E. Olivares, V. (2016). Síndrome de quemarse por el trabajo. *ResearchGate*. [https://www.researchgate.net/profile/Victor\\_Faundez3/publication/305470122\\_Capitulo\\_6\\_Sindrome\\_de\\_quemarse\\_por\\_el\\_trabajo\\_1\\_DEFINICION\\_DEL\\_SINDROME\\_DE\\_QUEMARSE\\_POR\\_EL\\_TRABAJO\\_SQT/links/5790041108ae64311c0c7ad1/Capitulo-6-Sindrome-de-quemarse-por-el-trabaj](https://www.researchgate.net/profile/Victor_Faundez3/publication/305470122_Capitulo_6_Sindrome_de_quemarse_por_el_trabajo_1_DEFINICION_DEL_SINDROME_DE_QUEMARSE_POR_EL_TRABAJO_SQT/links/5790041108ae64311c0c7ad1/Capitulo-6-Sindrome-de-quemarse-por-el-trabaj)

- Gil-Monte, P. R. (2003). L SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (SÍNDROME DE BURNOUT) EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, p. 19-33.
- Gutierrez, B. (2018). *Síndrome de burnout en personal de enfermería: asociación con estresores del entorno hospitalario*. . Andalucía, España.
- Matamorros, M. (1997). El Síndrome del Burnout en personal profesional de la salud. *Medicina Legal de Costa Rica*, 13(2), 189-192. [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00151997000200017&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00151997000200017&lng=en&tlng=es).
- Milagros Escobar, Trianes, Fernandez, & Miranda. (2010). Estres Cotidiano y Afrontamiento. *Revista Latinoamerica de Psicologia*, 42(3).
- Montoya , Z., Paula, A., & Moreno, S. (2012). Relación entre síndrome de burnout, estrategias de afrontamiento. 29(1), 205-227. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21323171011>
- Montoya Zuluaga, P. A., & Moreno Moreno, S. (2012). Relación entre síndrome de burnout, estrategias de afrontamiento .
- Montoya, M. S. (2020). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. *Scielo*, 19(59). [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412020000300479](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000300479)
- Montoya, M. S. (2020). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. *Scielo*, 19(5).
- Montoya, M. S. (2020). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidados críticos. *Scielo*, 19(59).
- Moreno Jimenez, B., Rodriguez Carvajal, R., & Escobar redonda, E. (2001). Ansiedad y Estres. 7(1), 69-78. [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/45530908/La\\_Evaluacin\\_del\\_Burnout\\_profesional.\\_Fa20160511-1352-14m9rgm.pdf?1462952355=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DLa\\_Evaluacion\\_del\\_Burnout\\_profesional\\_Fa.pdf&Expires=1598995147&Signature=R~tTjQ](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/45530908/La_Evaluacin_del_Burnout_profesional._Fa20160511-1352-14m9rgm.pdf?1462952355=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DLa_Evaluacion_del_Burnout_profesional_Fa.pdf&Expires=1598995147&Signature=R~tTjQ)
- Olivares Faúndez, V. (2017). Comprendiendo el Burnout. *Ciencia & Trabajo*, 19(58), 59-63. doi:<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492017000100059>
- P.V., S., C.G., H., & Fonseka, P. (s.f.). Burnout: una emergencia ocupacionl. *Galle Medical Journal*, 14(1).

[https://www.researchgate.net/publication/244948612\\_Burnout\\_an\\_emerging\\_occupational\\_health\\_problem/link/57bfd95c08aed246b0f7dcb1/download](https://www.researchgate.net/publication/244948612_Burnout_an_emerging_occupational_health_problem/link/57bfd95c08aed246b0f7dcb1/download)

- Paris, L., & Omar, A. (2009). Estrategias de Afrontamiento Socioemocionales. *Psicología Y Salud*, 19(2).  
<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/626/1090>
- Perez, A. M. (2010). El Síndrome de Burnout. Evolución conceptual . *Vivat*(112), P. 42-48. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=525752962004>
- Popp, M. S. (2008). Estudio preliminar sobre el síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva . *Redalyc*, 25(1), 5-27. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18025101>
- Thania Adriana, T.-H. R.-V.-A. (2009). Síndrome de burnout en enfermeras de un hospital regional. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Social*, p. 31-38.
- Ticas, Medina, Mesa, Barahona, & Sierra. (2012). Síndrome de Burnout. *Revista Facultad de Ciencias Medicas*.

## **APÉNDICES**

## Apéndice 1

### Hoja de Consentimiento Informado



# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE HONDURAS NUESTRA SEÑORA REINA DE LA PAZ CAMPUS SANTA ROSA DE LIMA

## Hoja de consentimiento informado

Como estudiante de la I promoción de la Maestría en Gerencia en Servicios de Salud de la Universidad Católica de Honduras, Campus Santa Rosa de Lima, se está llevando a cabo un estudio sobre **“Síndrome de Burnout y su relación con las estrategias de Afrontamiento en el personal de Enfermería del Hospital de Occidente”**

Por medio de la presente se le invita a participar en este proyecto investigativo. Si decide ser parte del mismo, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna responsabilidad de su parte. Además, la información que provea será anónima, confidencial y se utilizará solamente para fines científicos. Al finalizar el estudio, los resultados obtenidos serán compartidos con usted.

Como parte de la investigación se le requerirá información para conocer las variables sociodemográficas de su caso en particular. De igual forma, se le realizará dos encuestas a nivel individual.

Para consentir su participación, favor firmar esta hoja.

Gracias por su colaboración.

---

Nombre del participante

Firma del participante

Fecha

**Hoja de datos personales**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Años de Laborar en el Hospital:** \_\_\_\_\_

---

**Firma**

## Apéndice 2

### Instrumento Maslach (Síndrome de Burnout)

“Universidad Católica Nuestra Señora Reina de Paz”

#### Síndrome de Burnout

Marque con una X según Corresponda:

<b>Determinación del Síndrome de Burnout</b>	<b>Nunca</b>	<b>Pocas veces al año</b>	<b>Una vez al mes</b>	<b>Unas pocas veces al mes</b>	<b>Una vez a la semana</b>	<b>Pocas veces a la semana</b>	<b>Todos los días</b>
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
1. Me siento emocionalmente defraudado de mi trabajo.							
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.							
3. Cuando me levanto en la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.							
4. Siento que puedo comunicarme fácilmente con las personas que tengo que relacionarme con el trabajo.							
5. Siento que estoy tratando a algunos de mis subordinados como si fueran objetos impersonales.							
6. Siento que tratar todo el día con personas me cansa.							
7. Siento que trato, con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.							
8. Siento que mi trabajo me está desgastando.							
9. Siento que estoy influyendo en la vida de otras personas a través de mi trabajo.							
10. Siento que mi trato con la gente es más							

duro.							
11. Me preocupa que esté trabajando me está endureciendo emocionalmente.							
12. Me siento muy energético en mi trabajo.							
13. Me siento frustrado por mi trabajo.							
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.							
15. Siento indiferencia ante el resultado del trabajo de las otras personas.							
16. Siento que trabajar con gente me cansa.							
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.							
18. Me siento estimulado después de haber trabajado estrechamente.							
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.							
20. Me siento como si estuviera en el límite de mis posibilidades.							
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.							
22. Me parece que mis subordinados me cumplan de algunos de sus problemas.							

### Apéndice 3

#### Instrumento de medición Estrategias de Afrontamiento Socioemocionales

##### Instrucciones:

Mediante este instrumento pretendo conocer qué hizo o cómo se **sintió** usted al encontrarse en una situación estresante. Cada pregunta del instrumento señala una manera particular de afrontar dicha situación, NO hay respuestas «correctas» o «incorrectas», solo elija la respuesta más exacta para usted.

Ítems	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
1. Intento desarrollarme como persona, como resultado de la experiencia.				
2. Me vuelco en el trabajo y en otras actividades sustitutivas para apartar cosas de mi mente.				
3. Me altero y dejo que mis emociones afloren.				
4. Intento conseguir consejo de alguien sobre qué hacer.				
5. Concentro mis esfuerzos en hacer algo acerca de ello.				
6. Me digo a mí mismo “esto no es real”.				
7. Me río de la situación.				
8. Admito que no puedo hacerle frente y dejo de intentarlo.				
9. Sueño despierto con cosas diferentes a ésta.				
10. Busco la ayuda de Dios.				
11. Elaboro un plan de acción				

12. Acepto que esto ha pasado y que se puede cambiar.				
13. Intento conseguir apoyo emocional de amigos y familiares.				
14. Intento verlo de manera diferente para hacerlo parecer más positivo.				
15. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.				
16. Me centro en hacer frente a este problema, si es necesario dejo otras cosas un poco de lado.				
17. Bebo alcohol o tomo drogas para pensar menos en ello.				
18. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar precipitadamente.				
19. Intento firmemente evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos por hacer frente a esto.				
20. Pregunto a personas que han tenido experiencias similares qué hicieron.				
21. Siento mucho malestar emocional y termino por expresar ese malestar.				
22. Llevo a cabo una acción directa en torno al problema.				
23. Intento encontrar alivio en la religión.				
24. Me obligo a esperar el momento adecuado para hacer algo.				
25. Hago bromas de la situación.				
26. Reduzco la cantidad de esfuerzo que pongo en marcha para resolver el problema.				
27. Hablo con alguien de cómo me siento.				
28. Utilizo alcohol o drogas para ayudarme a superarlo.				
29. Aprendo a vivir con ello.				
30. Actuó como si nunca hubiera sucedido.				

Por favor, responda todas las preguntas marcando con un equis (X) en el recuadro que señale mejor su respuesta, para lo cual tenga en cuenta las siguientes alternativas:  
**NUNCA, A VECES, A MENUDO, SIEMPRE**

## Apéndice 4

### Matriz de validez síndrome de Burnout

#### Matriz para validez de contenido del Síndrome de Burnout y su relación con las estrategias de Afrontamiento en el personal de Enfermería del Hospital de Occidente

Ítem	Esencial	Útil pero no esencial	No necesario
<b>(EN ESTE ESPACIO SE DEBEN COLOCAR CADA UNO DE LOS ITEMS DE SU INSTRUMENTO)</b>			
1. Intento desarrollarme como persona, como resultado de la experiencia.		X	
2. Me vuelco en el trabajo y en otras actividades sustitutivas para apartar cosas de mi mente.	X		
3. Me altero y dejo que mis emociones afloren.	X		
4. Intento conseguir consejo de alguien sobre qué hacer.	X		
5. Concentro mis esfuerzos en hacer algo acerca de ello.	X		
6. Me digo a mí mismo "esto no es real".	X		
7. Me río de la situación.	X		
8. Admito que no puedo hacerle frente y dejo de intentarlo	X		
9. Sueño despierto con cosas diferentes a ésta.	X		
10. Busco la ayuda de Dios.		X	
11. Elaboro un plan de acción.		X	
12. Acepto que esto ha pasado y que se puede cambiar.	X		
13. Intento conseguir apoyo emocional de amigos y familiares.	X		
14. Intento verlo de manera diferente para hacerlo parecer más positivo.		X	
15. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.	X		
16. Me centro en hacer frente a este problema, si es necesario dejo otras cosas un poco de lado.	X		
17. Bebo alcohol o tomo drogas para pensar menos en ello.	X		
18. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar precipitadamente.		X	
19. Intento firmemente evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos por hacer	X		

frente a esto.							
20. Pregunto a personas que han tenido experiencias similares qué hicieron.					X		
21. Siento mucho malestar emocional y termino por expresar ese malestar.				X			
22. Llevo a cabo una acción directa en torno al problema.				X			
23. Intento encontrar alivio en la religión.					x		
24. Me obligo a esperar el momento adecuado para hacer algo.				X			
25. Hago bromas de la situación.					x		
26. Reduzco la cantidad de esfuerzo que pongo en marcha para resolver el problema					x		
27. Hablo con alguien de cómo me siento.					x		
28. Utilizo alcohol o drogas para ayudarme a superarlo.				X	x		
29. Aprendo a vivir con ello.							
30. Actuó como si nunca hubiera sucedido.					x		
<b>Validez</b>							
Aplicable		No aplicable		Aplicable atendiendo a las observaciones			X
Fecha	24-09-2020	Nombre del experto	Mirna Lizeth Mejia Mejia			Identidad	141199100015
Formación académica	Psicóloga		Áreas de formación profesional		Psicología Educativa		
Institución donde trabaja	Instituto Gubernamental Técnico Luis Rigoberto Santos"		Cargo que desempeña	Consejera		Firma	

x

*Nota:* Adaptado de "Tablas de validez de contenido (TCV) por A. Tristán López y D. Molga

## Apéndice 5

### Matriz de validez Estrategias de afrontamiento socioemocionales

#### Matriz para validez de contenido del Síndrome de Burnout y su relación con las estrategias de Afrontamiento en el personal de Enfermería del Hospital de Occidente

Ítem	Esencial	Útil pero no esencial	No necesario
<b>(EN ESTE ESPACIO SE DEBEN COLOCAR CADA UNO DE LOS ITEMS DE SU INSTRUMENTO)</b>			
1. Me siento emocionalmente defraudado de mi trabajo	X		
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado	X		
3. Cuando me levanto en la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	X		
4. Siento que puedo comunicarme fácilmente con las personas que tengo que relacionarme con el trabajo	X		
5. Siento que estoy tratando a algunos de mis subordinados como si fueran objetos impersonales		X	
6. Siento que tratar todo el día con personas me cansa	X		
7. Siento que trato, con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender		X	
8. Siento que mi trabajo me está desgastando	X		
9. Siento que estoy influyendo en la vida de otras personas a través de mi trabajo		X	
10. Siento que mi trato con la gente es más duro		X	
11. Me preocupa que esté trabajando me está endureciendo emocionalmente	X		
12. Me siento muy energético en mi trabajo	X		
13. Me siento frustrado por mi trabajo	X		
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	X		
15. Siento indiferencia ante el resultado del trabajo de las otras personas	X		
16. Siento que trabajar con gente me cansa	X		

17. Siento que puedo crear con facilidad una clima agradable en mi trabajo				X			
18. Me siento estimulado despues de haber trabajado estrechamente				X			
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo					X		
20. Me siento como si estuviera en el límite de mis posibilidades				X			
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada				X			
22. Me parece que mis subordinados me cumplan de algunos de sus problemas				X			
<b>Validez</b>							
Aplicable		X	No aplicable		x	Aplicable atendiendo a las observaciones	
Fecha	24-09-2020	Nombre del experto	Mirna Lizeth Mejia Mejia			Identidad	1411199100015
Formación académica	Psicologa		Áreas de formación profesional		Psicología Educativa		
Institución donde trabaja	Instituto Gubernamental Técnico Luis Rigoberto Santos	Cargo que desempeña	Consejera			Firma	


*Nota:* Adaptado de "Tablas de validez de contenido (TCV) por A. Tristán López y D. Molgado Ramos, 2007, IEIA, p. 29.

## Apéndice 6

### Matriz de validez Síndrome de Burnout

**Matriz para validez de contenido del Síndrome de Burnout y su relación con las estrategias de Afrontamiento en el personal de Enfermería del Hospital de Occidente**

Ítem	Esencial	Útil pero no esencial	No necesario
<b>(EN ESTE ESPACIO SE DEBEN COLOCAR CADA UNO DE LOS ITEMS DE SU INSTRUMENTO)</b>			
1. Intento desarrollarme como persona, como resultado de la experiencia.	X		
2. Me vuelco en el trabajo y en otras actividades sustitutivas para apartar cosas de mi mente.	X		
3. Me altero y dejo que mis emociones afloren.	X		
4. Intento conseguir consejo de alguien sobre qué hacer.	X		
5. Concentro mis esfuerzos en hacer algo acerca de ello.	X		
6. Me digo a mí mismo "esto no es real".	X		
7. Me río de la situación.	X		
8. Admito que no puedo hacerle frente y dejo de intentarlo	X		
9. Sueño despierto con cosas diferentes a ésta.	X		
10. Busco la ayuda de Dios.	X		
11. Elaboro un plan de acción.	X		
12. Acepto que esto ha pasado y que se puede cambiar.	X		
13. Intento conseguir apoyo emocional de amigos y familiares.	X		
14. Intento verlo de manera diferente para hacerlo parecer más positivo.	X		
15. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.	X		
16. Me centro en hacer frente a este problema, si es necesario dejo otras cosas un poco de lado.	X		
17. Bebo alcohol o tomo drogas para pensar menos en ello.	X		
18. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar precipitadamente.	X		
19. Intento firmemente evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos por hacer	X		

frente a esto.							
20. Pregunto a personas que han tenido experiencias similares qué hicieron.				X			
21. Siento mucho malestar emocional y termino por expresar ese malestar.				X			
22. Llevo a cabo una acción directa en torno al problema.				X			
23. Intento encontrar alivio en la religión.				X			
24. Me obligo a esperar el momento adecuado para hacer algo.				X			
25. Hago bromas de la situación.				X			
26. Reduzco la cantidad de esfuerzo que pongo en marcha para resolver el problema.				X			
27. Hablo con alguien de cómo me siento.				X			
28. Utilizo alcohol o drogas para ayudarme a superarlo.				X			
29. Aprendo a vivir con ello.				X			
30. Actuó como si nunca hubiera sucedido.				X			
<b>Validez</b>							
Aplicable		X	No aplicable		Aplicable atendiendo a las observaciones		
					X		
Fecha	10 de septiembre de 2020	Nombre experto del	Mabel Dariela Gómez Castellanos			Identidad	0401-1992-00662
Formación académica	Master en Psicología		Áreas de formación profesional		Psicología Educativa		
Institución donde trabaja	Liceo Tecnológico Copaneco	Cargo que desempeña	Docente			Firma	


Nota: Adaptado de "Tablas de validez de contenido (TCV) por A. Tristán López y D. Molga

## Apéndice 7

### Matriz de validez Estrategias de afrontamiento socioemocionales

#### Matriz para validez de contenido del Síndrome de Burnout y su relación con las estrategias de Afrontamiento en el personal de Enfermería del Hospital de Occidente

Ítem	Esencial	Útil pero no esencial	No necesario
<b>(EN ESTE ESPACIO SE DEBEN COLOCAR CADA UNO DE LOS ITEMS DE SU INSTRUMENTO)</b>			
23. Me siento emocionalmente defraudado de mi trabajo	X		
24. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado	X		
25. Cuando me levanto en la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	X		
26. Siento que puedo comunicarme fácilmente con las personas que tengo que relacionarme con el trabajo	X		
27. Siento que estoy tratando a algunos de mis subordinados como si fueran objetos impersonales	X		
28. Siento que tratar todo el día con personas me cansa	X		
29. Siento que trato, con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender	X		
30. Siento que mi trabajo me está desgastando	X		
31. Siento que estoy influyendo en la vida de otras personas a través de mi trabajo	X		
32. Siento que mi trato con la gente es más duro	X		
33. Me preocupa que esté trabajando me está endureciendo emocionalmente	X		
34. Me siento muy energético en mi trabajo	X		
35. Me siento frustrado por mi trabajo	X		
36. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	X		
37. Siento indiferencia ante el resultado del trabajo de las otras personas	X		
38. Siento que trabajar con gente me cansa	X		

39. Siento que puedo crear con facilidad una clima agradable en mi trabajo				X			
40. Me siento estimulado despues de haber trabajado estrechamente				X			
41. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo				X			
42. Me siento como si estuviera en el límite de mis posibilidades				X			
43. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada				X			
44. Me parece que mis subordinados me cumplan de algunos de sus problemas				X			
<b>Validez</b>							
Aplicable		X	No aplicable		Aplicable atendiendo a las observaciones		X
Fecha	10 de septiembre de 20202	Nombre del experto	Mabel Dariela Gómez Castellanos			Identidad	0401-1992-00662
Formación académica	Master en Psicología		Áreas de formación profesional		Psicología Educativa		
Institución donde trabaja	Liceo Tecnológico Copaneco	Cargo que desempeña	Docente			Firma	

*Nota:* Adaptado de "Tablas de validez de contenido (TCV) por A. Tristán López y D. Molgado Ramos, 2007, IEIA, p. 29.

## Apéndice 8



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE HONDURAS  
“NUESTRA SEÑORA REINA DE LA PAZ”  
Dirección de Postgrado e Investigación

### “Síndrome de Burnout y su relación con las estrategias socio emocionales de Afrontamiento en el personal de Enfermería del Hospital de Occidente”

#### ENTREVISTA

Nombre del entrevistado: \_\_\_\_\_

Cargo del entrevistado: \_\_\_\_\_

**Objetivo:** Determinar el síndrome de Burnout y su relación con las estrategias de afrontamiento socioemocionales en el trabajo del personal de enfermería del Hospital de Occidente.

#### *Preguntas*

1. Según su percepción ¿Considera usted que el personal de enfermería que labora en el Hospital presenta síndrome de Burnout? ¿Por qué de su respuesta?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
2. ¿Considera usted que el personal de enfermería del hospital cuenta con estrategias de afrontamiento socioemocionales para combatir el síndrome de Burnout? ¿Por qué de su respuesta?

Entrevistador: \_\_\_\_\_

## Apéndice 9

### Cálculo de confiabilidad – Prueba piloto

**Tabla 14.**

*Valores de coeficiente Alfa de Cronbach para la escala Maslach*

<b>Resumen de procesamiento de casos</b>			
		N	%
Casos	Válido	30	100.0
	Excluido <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

<b>Estadísticas de fiabilidad</b>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.665	26

**Tabla 15.**

*Valores de coeficiente para escala Estrategias de Afrontamiento*

<b>Resumen de procesamiento de casos</b>			
		N	%
Casos	Válido	30	100.0
	Excluido <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

<b>Estadísticas de fiabilidad</b>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.604	29