

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA



TESIS

“Síndrome de Burnout, resiliencia y estrés en el personal de salud del Hospital

Manuel de Jesús Subirana, Yoro”

Presentada por

Andrea Nicolle Urbina Palma

Para optar al grado de Máster en Psicología Clínica

Asesor:

Arantxa Cristina Bonilla Núñez

Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, C.A.

Mayo, 2023

LISTADO DE AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Doctor Odir Fernández

Rector

Máster Belinda Flores de Mendoza

Vice-Rectora Académica

Abogada Emma Virginia Rivera Mejía

Secretaria General

Máster Magda Elsy Hernández

Directora de Docencia

Doctor Armando Euceda

Director Sistema de Estudios de Postgrado

Doctora Carmen Julia Fajardo

Decana Facultad de Ciencias Sociales

Máster Andrea Castillo

Jefa de la Escuela de Ciencias Psicológicas

Máster Yarani Echenique

Coordinadora Académica Maestría en Psicología Clínica

Doctor Miguel Landa Blanco

Coordinador de Investigación y Vinculación de la Maestría en Psicología Clínica

Agradecimientos

A Arantxa Bonilla, asesora temática, quien fue un elemento clave en este estudio.

A Miguel Landa Blanco, asesor metodológico, quien me ha mostrado el apasionante mundo de la investigación. Agradezco sus consejos, aclaraciones, correcciones, su paciencia y la disponibilidad siempre durante todo este proceso. Infinitamente gracias por su trabajo incansable.

A Gretel Portillo, colega y compañera de maestría, por su apoyo en todo momento, aportando sus buenas ideas en relación con el estudio, por sus palabras de ánimo.

A Dunia Varela, colega, por su apoyo e igual aportando buenas ideas y disponibilidad en todo momento.

A cada uno de los participantes de este estudio, por mostrarse anuentes desde un inicio, les agradezco la disponibilidad, han sido un pilar clave para la realización del mismo.

Dedicatoria

A mi Dios, quien, en momentos de desánimo, me dio fortaleza y me ayudo a superar adversidades.

A mis padres, quienes han sido el cimiento para que yo siga adelante, les agradezco el apoyo incondicional, por motivarme en todo momento, mis deseos más anhelados es poder honrarlos con la culminación de mis estudios de postgrado.

A Osman Rugama, por su amor, paciencia y apoyo incondicional e incansable.

DEGT-UNAH

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre la resiliencia, estrés y síndrome de burnout en el personal de la salud del Hospital Manuel de Jesús Subirana, Yoro. La metodología utilizada fue de tipo cuantitativo, con un diseño descriptivo-correlacional. Se utilizaron tres instrumentos de recolección de información la Escala Burnout Screening Inventory (BSI), Escala de Estrés Percibido-Perceived Stress Scale (PSS-14), Escala de Resiliencia (ER-14) de Wagnild. La muestra fue conformada por 131 participantes, donde los criterios de inclusión consistían en que las personas del estudio fuesen mayores de 18 años, distribuidos entre médicos especialistas, médicos generales, licenciadas en enfermería, auxiliares en enfermería, entre otros. De acuerdo a los resultados obtenidos, al momento de correlacionar el estrés percibido con el síndrome de Burnout, refiere que las personas que obtienen un alto nivel de estrés, presentan una baja probabilidad de presentar Burnout. Por otro lado, al correlacionar resiliencia con estrés percibido, y, aunque se encuentre fuera de lo esperado en el estudio, las personas que puntúan niveles altos de estrés, presentan valores significativos en lo que respecta a la resiliencia. Además, al correlacionar estrés con el factor I competencia y factor II aceptación de uno mismo, indican que niveles altos de estrés se ve relacionado en niveles bajos de resiliencia.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, Resiliencia, Estrés, Profesionales de la salud, Salud Mental

Abstract

The present study aimed to analyze the relationship between resilience, stress and burnout syndrome in the health personnel of the Manuel de Jesús Subirana Hospital, Yoro. The methodology used was quantitative, with a descriptive-correlational design. Three information collection instruments were used: The Burnout Screening Inventory Scale (BSI), Perceived Stress Scale - Perceived Stress Scale (PSS-14), Wagnild's Resilience Scale (ER-14). The sample consisted of 131 participants, where the inclusion criteria consisted of the people in the study being over 18 years of age, distributed among specialist doctors, general practitioners, nursing graduates, nursing assistants, among others. According to the results obtained, at the time of correlating the perceived stress with the Burnout syndrome, it says that people who obtain a high level of stress, have a low probability of presenting Burnout. On the other hand, by correlating resilience with perceived stress, and, although it is out of expectations in the study, people who score high levels of stress, have significant values in terms of resilience. In addition, by correlating stress with factor I competition and factor II self-acceptance, they indicate that high levels of stress are related to low levels of resilience.

Keywords: Burnout Syndrome, Resilience, Stress, Health Professionals, Mental Health

Índice

Resumen	iv
Abstract.....	v
Introducción.....	1
Capítulo 1: Planteamiento del Problema	5
1.1 Construcción del objeto de estudio.....	5
1.2 Preguntas de investigación	8
1.3 Objetivos de la investigación.....	8
1.3.1 Objetivo general.	8
1.3.2 Objetivos específicos.....	8
1.4 Justificación	9
Capítulo 2: Marco Teórico	11
2.1 Fundamentación Teórica	11
2.1.1 Salud Mental: Enfoque en los Profesionales de la Salud	11
2.1.2 Bienestar psicológico en el personal de salud	15
2.1.3 Relación entre salud-comportamiento en el personal de salud.....	16
2.1.4 Calidad de vida relacionada a la salud del personal hospitalario	17
2.1.5 Psicología para la salud	18
2.2 Repercusiones que influyen en el personal de salud	19
2.3 Evolución conceptual	21
2.3.1 Síndrome de Burnout.....	21
2.3.2 Etiología del Síndrome de Burnout	22
2.3.3 El Síndrome de Burnout y sus factores de riesgo en el personal de salud	23
2.3.4 Síndrome de Burnout y técnicas de evaluación.....	24
2.3.5 Estrategias de Intervención.....	25
2.3.5.1 Estrategias de Afrontamiento ante el Burnout en el Personal de Salud.	25
2.3.5.2 Estrategias de Afrontamiento ante el Burnout en el Ámbito Laboral del Personal Sanitario.....	26
2.4 Modelos explicativos del Síndrome del Burnout	27
2.4.1 Modelos Etiológicos basados en la Teoría Sociocognitiva del Yo.	28
2.4.2 Modelo de Competencia Social de Harrison.	28
2.4.3 Modelo de Pines.	29
2.4.4 Modelo de la Autoeficacia de Cherniss.....	30
2.4.5 Modelo de Thompson, Page y Cooper.	30
2.4.6 Modelos Etiológicos basados en la Teoría del Intercambio Social.....	31

2.4.7 Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll.	32
2.4.8 Modelo de Winnubst.	32
2.5 Estrés	33
2.5.1 El Estrés en el Ámbito de los Profesionales Sanitarios	36
2.5.2 Consecuencias de una vida estresante	39
2.6 Resiliencia	40
2.6.1 Psicología Positiva y Resiliencia.....	40
2.6.2 Factores de resiliencia	41
2.7 Estado del arte	42
2.7.1 Estudios Internacionales.....	42
2.7.2 Estudios Nacionales.....	45
Capítulo 3: Marco Contextual	47
3.1 Burnout a Nivel Mundial.....	47
3.1.1 Programa de Intervención Breve (PIB) para la reducción del Síndrome de Burnout	48
3.1.2 Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR)	49
3.1.3 Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT)	50
3.1.4 Síndrome de Burnout en Latinoamérica.....	50
3.1.5 Síndrome de Burnout en Honduras	52
3.1.6 Cruz Roja Hondureña (CRH)	53
3.1.7 Sistema de salud en Honduras	55
3.1.8 Recurso humano por categoría que trabaja en la secretaria de Salud de Honduras	55
3.1.9 Hospital Manuel de Jesús Subirana, Yoro, Honduras	57
3.1.10 Condiciones de salud en Honduras.....	59
3.2 Estrés a Nivel Mundial	60
3.3 Resiliencia a Nivel Mundial	61
3.4 Resiliencia en Latinoamérica.....	62
Capítulo 4: Metodología de la Investigación.....	64
4.1 Enfoque, alcance y diseño de la investigación	64
4.2 Técnicas de recolección de información	64
4.2.1 Escala Burnout Screening Inventory (BSI)	65
4.2.2 Escala de Estrés Percibido - Perceived Stress Scale (PSS-14).....	65
4.2.3 Escala de Resiliencia (ER-14) de Wagnild	66
4.3 Población y muestra	68

4.4 Consideraciones éticas.....	70
4.5 Plan de análisis	73
Capítulo 5: Resultados.....	74
Capítulo 6: Discusión	88
Referencias Bibliográficas.....	97
Anexos	121

DEGT-UNAH

Índice de Tablas

Tabla 1. Recursos Humanos Permanentes Secretaria de Salud, C.A 2021	56
Tabla 2. Recursos permanentes y contratos del Hospital Manuel de Jesús Subirana	58
Tabla 3. Descripción demográfica de la muestra	69
Tabla 4. Descripción de respuesta por rango Escala Burnout Screening Inventory (BSI)	74
Tabla 5. Descripción de puntajes obtenidos de la Escala Burnout Screening Inventory (BSI)	75
Tabla 6. Descripción de puntajes obtenidos de la Escala de Estrés Percibido (PSS).....	77
Tabla 7. Descripción de puntajes obtenidos de la Escala de Resiliencia (ER)	80
Tabla 8. Correlación por puntajes en función al sexo	83
Tabla 9. Comparación por sexo, variables, factores de competencia personal y aceptación de uno mismo y de la vida	84
Tabla 10. Relación entre Burnout, Estrés Percibido, Resiliencia, Factor I y Factor II ..	86

Índice de Figuras

Figura 1. Escala Burnout Screening Inventory (BSI).....	¡Error! Marcador no definido.
Figura 2. Escala de Estrés Percibido (PSS)	79
Figura 3. Relación entre resiliencia y los factores de Competencia Personal y Aceptacion de uno mismo y de la vida.....	82
Figura 4. Descripcion univariada de Burnout, Estrés Percibido, Resiliencia, Factores de Competencia personal y Aceptación de uno mismo y de la vida	87

DEGT-UNAH

Índice de Anexos

Anexo N° 1 Consentimiento Informado	121
Anexo N° 2 Escala Burnout Screening inventory	123
Anexo N° 3 Escala de Estrés Percibido- Perceived Stress Scale (PSS)	124-125
Anexo N° 4 Escala de Resiliencia ER-14.....	126
Anexo N° 5 Solicitud de Permiso Institucional.....	127
Anexo N° 6 Resolución del Comité de Ética en Investigación UNAH.....	128

DEGT-UNAH

Introducción

El Síndrome de Burnout también conocido como el síndrome del quemado o síndrome de fatiga de las personas que trabajan en diferentes áreas de servicios de la salud (Martínez Pérez, 2010). El Burnout parece ser una respuesta a los estresores interpersonales en el entorno laboral, donde el contacto excesivo con las personas que reciben los servicios provoca cambios negativos en la actitud y el comportamiento hacia esas personas. Además, se presenta una clasificación de modelos teóricos secuenciales que proponen diferentes investigadores sobre el Síndrome de Burnout: La teoría del yo cognitivo-social, teoría del intercambio social, teoría de la conversación, teoría organización, modelo estructural y el modelo de culpa.

Actualmente, la definición de resiliencia, ha tenido diversos cambios. La American Psychological Asociación (APA), define la resiliencia como: el proceso para poder adaptarse ante la adversidad, tragedia, trauma, amenaza o un estrés significativo (American Psychological Association, 2011). Considerando lo mencionado se presentan diversos comportamientos, pensamientos y conductas que se pueden aprender. Se ha descrito este proceso como una habilidad aprendida.

El personal de la salud se encuentra expuestos de manera constante a factores estresantes. Por lo tanto, es importante examinar de qué manera la resiliencia afecta el estrés y claramente poder reforzar las capacidades para proporcionar herramientas con la finalidad de mejorar e impulsar su bienestar; personas que pertenecen a este rubro pueden aprender de estrategias de afrontamiento y manejar el estrés. Por otro lado, depende mucho de la teoría que se adopte, dado a que la resiliencia puede considerarse como una capacidad o un rasgo (Mealer et al., 2014).

Freire-Garabal (2011) señala que el estrés se ha convertido en uno de los síndromes más comunes en el ámbito laboral. Actualmente, la literatura científica ha realizado una revisión con respecto al estrés dando la importancia como un riesgo emergente, lo que repercute este problema en la productividad y el deterioro en la calidad de vida del personal de la salud en el ámbito hospitalario, identificando los principales métodos de evaluación del estrés más utilizados actualmente (Aguado Martin & Batíz Cano, 2013).

Varias investigaciones en cuanto a la resiliencia y el estrés, se han estudiado en la salud y en el campo social. Un estudio con respecto al estrés percibido por cuidadores de pacientes con Alzheimer demostró que al disminuir situaciones que generen estrés puede ayudar a superar obstáculos, influyendo de manera positiva en la resiliencia y evitando efectos de estrés. Varios autores reconocen que hay factores protectores que ayudan a moderar el efecto negativo que produce el estrés, siendo también el soporte familiar y social que influyen en la percepción de resiliencia del paciente (Wilks & Croom, 2008).

El profesional de la salud tiene a cabo diversas tareas una de las principales es promover la salud, al mismo tiempo el cuidado de la misma y cura de las enfermedades o patologías, esto incluye médicos, enfermeras, auxiliares en enfermería, odontólogos, entre otros. El profesional no está exento de padecer problemas físicos y psicológicos, sino que se encuentran expuesto a diversos factores de riesgo, como biológicos y psicosociales, encontrándose íntimamente ligadas a características estresantes; las condiciones de trabajo que repercuten en la salud del personal, el ámbito organizacional, en la satisfacción laboral y la calidad asistencial que prestan, esto a la relación directa al usuario y la familia (A. Rodríguez & C, 2019).

En cuanto a las estrategias de intervención, varios autores que exponen que debido a las exigencias y presión del trabajo generan fatiga (Durán, 2010), enfatizando que se debe de garantizar la calidad de vida en el ámbito laboral y considerándose el bienestar de cada empleado como una condición básica beneficiando a todo el personal de salud.

Por todo lo anterior expuesto, el presente estudio pretende abordar la pregunta: ¿Cuál es la relación que existe entre el Síndrome de Burnout, resiliencia y estrés? Lo anterior enmarcado en todo el personal de salud del Hospital Manuel de Jesús Subirana, Yoro.

A continuación, se detalla el contenido de cada uno de los apartados generales de la presente investigación:

El Capítulo 1 inicia con el planteamiento del problema, luego, se plantea el constructo del objeto de estudio, la pregunta de investigación, objetivos de la tesis y finalizando con la justificación.

En el Capítulo 2, se hace un recorrido de la fundamentación teórica del estudio las cuales comprende: Salud Mental-enfoque en los profesionales de la salud, bienestar psicológico en el personal de salud, relación entre salud-comportamiento, calidad de vida relacionada a la salud, psicología para la salud. Además, se presentan las repercusiones que influyen en el personal, los principales conceptos que comprenden el Síndrome de Burnout la cual aborda los modelos explicativos, modelos etiológicos del Síndrome de Burnout, entre los otros principales conceptos se incluye estrés y resiliencia, además, de la elaboración del estado del arte, donde se hace una revisión de otras investigaciones similares al presente estudio.

En el Capítulo 3, se presenta el marco contextual incluyendo información del Síndrome de Burnout, estrés y resiliencia a nivel mundial, Latinoamérica y a nivel nacional, además, se abordan organizaciones que apoyan el personal sanitario como ser el Programa de Intervención Breve (PIB) para la reducción del Síndrome de Burnout, Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), Cruz Roja Hondureña (CRH). Además, se aborda la situación y condiciones de sistema de salud de Honduras.

En el Capítulo 4, en este apartado se exponen la metodología de la investigación incluyendo lo que es el enfoque, alcance y diseño de la investigación, las técnicas de recolección de información que comprenden a los instrumentos utilizados en el estudio siendo la Escala Burnout Screening Inventory (BSI), Escala de Estrés Percibido - Perceived Stress Scale (PSS-14), Escala de Resiliencia (ER-14) de Wagnild, además de describirse la población y muestra, consideraciones éticas, privacidad y confidencialidad de los participantes y consentimiento informado.

En lo que respecta al Capítulo 5, se discuten los resultados obtenidos del estudio e implicaciones, se expone las limitaciones y recomendaciones para futuras investigaciones. El documento concluye anexos que pueden ser útiles al lector.

Capítulo 1: Planteamiento del Problema

1.1 Construcción del objeto de estudio

El término “Síndrome de Burnout” se empleó en el ámbito de la psicología por el psicólogo estadounidense Freudenberg en el año 1974 (Pereda-Torales et al., 2009, p. 3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha considerado que el Síndrome de Burnout radica en el trabajo siendo un riesgo que impacta en la relación laboral tanto en el personal, así mismo como en las instituciones de la salud (Pereda-Torales et al., 2009, p. 3).

Se ha desarrollado por la rama de la biología el concepto del estrés como una poderosa influencia en los campos de la psicología y medicina, de lo cual existen múltiples estresores que mantienen el organismo de la persona en un estado de hiperactividad, ante la presencia de estos estresores hay dos reacciones: lucha o huir. En tal sentido, el estrés es una de las variables que afecta al personal de salud en los trabajos hospitalarios, dada a la combinación de una labor intensa; como resultado sobre esto es de una responsabilidad con una disponibilidad y entrega de forma continua abierta a las necesidades de la población que acuden a consultas, emergencias y otras (Lovo, 2020, p.110).

La resiliencia es un factor importante que puede proteger el bienestar de las personas frente a los efectos negativos del estrés laboral tanto a nivel personal como organizacional. Se define la resiliencia como las cualidades personales y cognitivas como la confianza en uno mismo, el ingenio, la curiosidad, la confianza en uno mismo, la disciplina y flexibilidad, así como resolución de problemas y flexibilidad emocional. También es importante definirla como la capacidad de recuperarse de la adversidad.

Una revisión sistemática muestra que la flexibilidad puede mitigar los efectos del agotamiento emocional entre el personal de salud que trabaja en el cuidado de la salud (Zambrano Bohórquez et al., 2022, p. 2).

En Honduras en relación con el tema, es necesario continuar realizando estudios que brinden información al personal de salud y a entes involucrados, en cómo manejar este tipo de enfermedad ya que impacta directamente a los pacientes enfermos.

Es importante enfatizar que la sociedad ve la salud como un derecho de todos y, en esa medida, los profesionales de la salud deben estar disponibles para atender todas las necesidades que surjan como consecuencia de la enfermedad.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en estudios realizados advierte los altos niveles de síntomas depresión, intentos suicidas y malestar psicológico, estos resultados arrojados por los países de Chile y Colombia en colaboración con la OPS. Uno de los informes fue por la pandemia de la covid-19 “La pandemia evidenció el desgaste del personal de salud y en los países en los que el sistema de salud colapsó, el personal sufrió jornadas extenuantes y dilemas éticos que impactaron en su salud mental”, afirmó Anselm Hennis, director del Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental de la OPS (OPS, 2022).

Debido a los aumentos de demandas cualitativas y cuantitativas en el personal de salud existe un factor muy importante, aunque se presenta un sustrato de diferencias personales, se asocia más comúnmente a factores extrínsecos propios de la organización del trabajo y la gestión de los riesgos laborales. Para el sistema sanitario implica graves costes de forma indirecta, por ejemplo, absentismo laboral, alta economía, provocando la pérdida

de salud y bienestar de las personas que lo padecen (Bouza et al., 2020). En varios estudios se ha determinado que el Síndrome de Burnout y la relación con el estrés es una entidad con una alta incidencia en el personal de salud, con diferentes repercusiones laborales graves, tanto personales y económicas, cuyo reconocimiento como enfermedad en los últimos años (Bouza et al., 2020).

Ante la presencia de diferentes factores que actúan directamente en el individuo y en grupos de trabajo lo cual provocan un malestar que pueden manifestarse en fuertes cargas negativas, estrés e insatisfacción, entre otras, generando la deficiencia calidad de la atención hacia nuestra población enferma y en el trabajador de salud, produciendo el agotamiento por el estrés. Es por esto que se deberían de realizar intervenciones multidisciplinaria, en la que tendrá demasiada relevancia la constante interacción entre el paciente, personal de salud del hospital, redes de apoyo, intervenciones psicológicas si se requiere (Bianchini Matamoros, 1997).

Con estos antecedentes se considera importante analizar la relación entre resiliencia, estrés y el Síndrome de Burnout en el personal de la salud del Hospital Manuel de Jesús Subirana, Yoro en diferentes escenarios laborales dado el papel que desempeña cada una de estas variables en la salud.

Ticas (2012) es uno de los investigadores hondureños que ha realizado diversos estudios en Honduras con respecto al Síndrome de Burnout en personal de salud en los centros hospitalarios del Dr. Mario Mendoza y Hospital Escuela comprobando la presencia del Síndrome de Burnout, donde se ha producido una alta prevalencia de la misma asociado la depresión en el sexo femenino, por otro lado, la forma más grave se observa en solteros.

Por lo anterior, es un problema serio de salud en la población medica relacionados con la mala calidad de vida, bajo rendimiento, deterioro de la condición física del paciente. Por lo que se deben desarrollar medidas preventivas de factores de riesgo del Síndrome de Burnout y que esta línea de base sirva como plataforma a futuras investigaciones (Ticas et al., 2012).

1.2 Preguntas de investigación

¿Cuál es la relación que existe entre el Síndrome de Burnout, resiliencia y estrés en el personal de la salud del Hospital Manuel de Jesús Subirana, Yoro?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general.

Analizar la relación entre resiliencia, estrés y síndrome de burnout en el personal de la salud del Hospital Manuel de Jesús Subirana, Yoro.

1.3.2 Objetivos específicos.

1. Describir el nivel de estrés en el personal de la salud del Hospital Manuel de Jesús Subirana, Yoro.
2. Describir la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de la salud del Hospital Manuel de Jesús Subirana, Yoro.
3. Describir los niveles de resiliencia en el personal de la salud del Hospital Manuel de Jesús Subirana, Yoro.
4. Determinar la relación entre resiliencia, estrés y Síndrome de Burnout en el personal de la salud del Hospital Manuel de Jesús Subirana, Yoro.

1.4 Justificación

El Síndrome de Burnout, repercute en los profesionales de la salud, además de ser un problema sanitario, afectando significativamente en la calidad asistencial, deteriorando la relación con el paciente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que no existe una definición oficial con respecto a la salud mental, dado a que hay una influencia con la cultura, asunciones subjetivas, disputas entre teorías profesionales, entre otras. Así que el Síndrome de Burnout está relacionado con los problemas de salud, afectando de forma directa en aquellas profesiones que requieren de un contacto directo como el caso del personal de salud (Santes et al., 2009).

Actualmente, un porcentaje alto de trabajadores a nivel mundial se encuentran expuestos a la gran variedad de riesgos, tanto físicos, químicos, biológicos, psicosociales, entre otros. Sin embargo, los profesionales de la salud son los individuos que están más expuestos a riesgos de tipo psicosocial (Saborío & Hidalgo, 2015).

En varias investigaciones se ha determinado el enorme peso mental y físico que involucra ver un número significativo de profesionales de salud que ha impactado psicológicamente a causa del síndrome de burnout.

El objetivo de esta investigación es comprender la relación que tiene el Síndrome de Burnout, resiliencia y estrés en el personal de salud del Hospital Manuel de Jesús Subirana del municipio de Yoro, Departamento de Yoro, considerando que este síndrome se refiere a una situación que se hace presente de manera frecuente en el personal de salud quienes se esfuerzan en mejorar la seguridad de los pacientes, el tratamiento de pacientes, entre otras.

A partir de los hallazgos de esta investigación se pueden elaborar estrategias orientadas a: hacer conciencia en el personal de salud sobre el riesgo de este y las repercusiones que puede ocasionar para poder dar una calidad de atención a los pacientes, también las implicaciones prácticas del mismo de orientar a los coordinadores de cada área del hospital de cuál es el momento oportuno de que dicho personal pueda gozar de un descanso profiláctico (vacaciones) o de realizar rotaciones del personal que presente esta enfermedad que es el Burnout (Serna Corredor et al., 2020). La línea de investigación se encuentra en el Eje N°3 Población y condiciones de vida y dentro del tema prioritario N°9 Salud, estado y sociedad, esto en base a las prioridades de investigación de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Capítulo 2: Marco Teórico

2.1 Fundamentación Teórica

2.1.1 Salud Mental: Enfoque en los Profesionales de la Salud

A nivel sistémico y laboral, las personas se encuentran en un constante contacto a situaciones de estrés, por lo tanto, la salud mental es un factor determinante en el bienestar del ser humano, determinados así mismo, en las capacidades individuales pertenecientes a cada individuo, por lo que, el estado en que se encuentre la salud mental de la persona se convierte en un interés crucial en materia de salud pública (OPS, 2022).

Por lo que, el hablar de salud mental es de suma relevancia en el imaginario de la salud pública, esto se debe a la proliferación de trastornos mentales que se presentan indistintamente del nivel socioeconómico o área geográfica en la que se situó la persona, lo que representa un costo económico y emocional considerable para el sujeto y su entorno, coexistiendo al mismo tiempo enfermedades físicas (Vilca Villegas et al., 2021).

Por lo tanto, de acuerdo a la revisión sistemática mediante un estudio de metaanálisis, se determinó que el impacto psicológico que presentan los trabajadores del sistema de salud es mayor en comparación a la población en general, esto es debido a la presencia de distintos estresores como ser largas horas de trabajo, falta de suministros, ordenes de jefatura y demandas precisas, procedimientos, bioseguridad constante, contacto social limitado, lo que representa para ellos niveles altos de ansiedad (Vilca Villegas et al., 2021).

Por lo que, el tener una adecuada salud mental, puede representar para el individuo una buena calidad de vida, sin embargo, los ambientes laborales son diversos y pueden suscitar diferentes problemáticas en materia de salud mental, y, por lo tanto, el impacto de un mal clima laboral guarda una estrecha relación con los índices de ausentismo, costos humanos y pérdida de inversiones significativas, infringiendo en la persona sensación de dolor y enfermedad que afectan tanto a la persona como a su familia (Mingote Adán & Núñez López, 2011).

Por lo que, debido a que la salud mental de los trabajadores es un aspecto relevante en la salud pública, se debe garantizar que el empleado tenga libre acceso a servicios de salud mental, lo que, podría favorecer en la disminución de los índices de morbilidad y mejorar de forma considerable la salud física y emocional de la persona (Mingote Adán & Núñez López, 2011).

De acuerdo a estudios epidemiológicos realizados a personal de salud, refieren que un gran número de personas padecen trastornos mentales con criterios diagnósticos claros, con una prevalencia de 32,6%, lo que indica que un tercio de personas sufre un trastorno (Mingote Adán & Núñez López, 2011).

Por otro lado, los estudios epidemiológicos apuntan que solo un pequeño porcentaje de las personas son beneficiarias de un tratamiento eficaz, sin embargo, la mayoría de los casos ya se encuentra en un estadio avanzado de la enfermedad, por ejemplo, la psicosis recesiva oscila entre el 40% y el 65% de la población general que se encuentra desempleada (Mingote Adán & Núñez López, 2011).

Así mismo, diversos trastornos psiquiátricos se encuentran asociados a factores de riesgo como el sexo y la clase social más desfavorecidas, siendo así, necesario crear estrategias de intervención eficaces (Mingote Adán & Núñez López, 2011).

Por otro lado, los factores biológicos, la competencia emocional, el uso de estupefacientes y la genética, guardan una gran incidencia en la aparición de trastornos mentales en los seres humanos (OPS, 2022).

Por lo tanto, OMS (2022), manifiesta que a lo largo de la vida se dan una serie de determinantes sociales, personales y estructurales, que al combinarse pueden servir como factores protectores o de riesgo para la salud mental y modificar así la percepción que tenemos de nosotros mismos.

Los factores de riesgo y de protección en lo que respecta a la salud mental de la población, y la presencia de amenazas locales, aumentan el riesgo para las personas, familias y comunidades, dichos riesgos, conllevan a recesiones económicas, brotes de enfermedades, emergencias humanitarias, desplazamiento forzado y crecientes crisis climáticas (OPS, 2022)

Así mismo, tomando en cuenta las dificultades y riesgos existentes en materia de salud mental, la Organización Mundial de la Salud OMS, se han esforzado en identificar los diferentes determinantes sociales, individuales y estructurales con el objetivo de poder implementar intervenciones en materia de salud mental y poder reducir así los factores de riesgo, donde, la resiliencia y un entorno seguro juegan un papel importante para mejorar la calidad psicosocial del individuo (OMS, 2022).

Por lo tanto, las estrategias de prevención en salud mental son importantes en la vida del empleado, donde la carta de promoción de la salud de Ottawa ha tenido a bien, promover campañas que lleva el slogan “El proceso de capacitar a las personas para controlar su propia salud”, este organismo busca que las personas puedan tener un buen bienestar físico, social y mental, que los lleve a obtener sus objetivos, aspiraciones y que sean capaces de satisfacer sus necesidades y aprender a administrar sus recursos o cambiar su entorno (Bang, 2014).

Son varias organizaciones internacionales que hasta el día de hoy han querido dar respuesta y seguimiento a las dificultades en materia de salud mental, este es el caso de la Organización Mundial de la Salud (OMS), quienes se han comprometido en implementar un plan de acción integral de salud mental 2013-2030, la cual busca brindar una atención integral y adaptada a la comunidad, utilizando herramientas de promoción y prevención en aras de mejorar los sistemas de información, datos científicos a través, de una gestión e investigaciones más efectivas, sin embargo, los resultados demuestran según el Atlas de salud mental 2020 propuesto por la OMS que los países no están logrando los objetivos del plan de acción (OMS,2022).

Por lo que, la Organización Mundial de Salud OMS de acuerdo al informe mundial de salud mental, hace un llamado enérgico a todos los países, para que se aplique de forma eficiente la implementación del plan de acción, donde la organización en mención, se encuentra altamente convencida en la capacidad que tiene cada país en mejorar la salud mental de sus poblaciones (OMS,2022).

2.1.2 Bienestar psicológico en el personal de salud

El bienestar psicológico es un factor que ha sido tema central en diversos estudios, donde lo abordan desde dos perspectivas tradicionales: la primera se centra en la felicidad o bienestar hedónico y la segunda se encuentra relacionada con el desarrollo del potencial humano o bienestar eudaimónico. Donde el bienestar psicológico enfocado en la felicidad se rige desde la subjetividad mientras la relacionada con el desarrollo del potencial humano es la suma de felicidad subjetiva, propósito en la vida y satisfacción con la vida (García-Torres et al., 2021).

Por lo tanto, el bienestar psicológico propuesto por Ryff & Keyes (1995), manifiesta que está compuesto por seis componentes los cuales comprenden: a) autonomía, que consiste en la capacidad para mantener la independencia individual con el objetivo de resistir la presión social. b) dominio del entorno, el cual consiste en elegir entornos favorables para obtener metas y necesidades. c) autoaceptación, ser conscientes de nuestras acciones, pensamientos y sentimientos. d) relaciones positivas con otros, considera el hecho de sostener confianza mutua y empatía e) crecimiento personal, desarrollar el potencial humano f) propósito en la vida, establecimiento de metas y objetivos.

Por lo tanto, el bienestar psicológico se encuentra influido en diferentes ámbitos de la vida del ser humano, es decir, la persona que se siente satisfecho con su trabajo se verá fuertemente en el reflejo de su bienestar psicológico, por lo que, Arrogante & Aparicio-Zaldívar (2020), menciona que la satisfacción laboral se encuentra relacionada con la información continua y la experiencia laboral, sin embargo, el tener un clima laboral desfavorable puede afectar no solo el bienestar psicológico de los demás sino de todo su entorno en el que se desarrolla.

Por lo tanto, García-Torres et al. (2021), manifiesta que las personas que presentan un ambiente laboral nocivo, pueden llegar a sufrir maltrato psicológico por las autoridades hospitalarias, sintiéndose vulnerables, poniendo entre dicho la seriedad de su trabajo, por lo que, manifiestan miedo, horror, ansiedad, y depresión.

Por otro lado, las personas andan en una constante búsqueda de autoaceptación y desarrollo de sí mismos, por lo que, Freire al (2017), manifiesta que el bienestar psicológico ha sido estudiado desde la tradición eudaimónica, que incluye el desarrollo de capacidades individuales relacionadas con el ajuste y funcionamiento saludable del individuo. En este sentido nos posicionamos en nuestra búsqueda personal de la excelencia no solo desde los sentimientos felices, sino, también desde una visión normativa personal de nosotros mismos, moldeada por la autoconciencia, la autoestima y la autoeficacia.

2.1.3 Relación entre salud-comportamiento en el personal de salud

La clave de este nuevo enfoque de la salud es, sin duda, que las principales causas de muerte ya no son las enfermedades infecciosas, sino, las derivadas de estilos de vida y conductas poco saludables. Hoy en día son pocos los expertos en salud que dudan del impacto de nuestras actividades diarias, por lo que, se ha evidenciado de que la enfermedad es causada por el comportamiento y estilo de vida del ser humano (L. A. Oblitas, 2008).

Por lo tanto, la psicología de la salud debe de estar enfocada en fomentar los procesos de investigación básica y aplicada que se encuentren fundamentados en evidencia científica y con perspectivas cognitivas y afectivas acerca de los principales problemas de salud como: trastorno de estrés postraumáticos, trastornos del sueño, ansiedad, depresión, enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar, fibromialgia, entre otras (L. A. Oblitas, 2008).

2.1.4 Calidad de vida relacionada a la salud del personal hospitalario

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como un estado de salud física, mental y social. Esta definición indica que la evaluación de la salud no puede limitarse a factores clínicos convencionales basados en variables biológicas (Esteve & Roca, 1997).

Se hicieron estudios diversos sobre el personal de salud durante la pandemia de COVID-19, donde los hallazgos arrojaron la presencia de factores de daño moral, agotamiento emocional, depresión y despersonalización (Zhizhong et al., 2020). La crisis sanitaria por COVID-19 llegó de forma repentina a América latina, donde, el personal de salud pasaron por diversos riesgos debido a la falta de suministros de protección en el lugar de trabajo (Martin-Delgado et al., 2020).

Por lo que, debido a la amplia exposición frente al estrés, se empezó a utilizar el término “Calidad de vida” cuyo nacimiento radica en los años 70 respectivamente, siendo un concepto multidisciplinario que trata de analizar al personal de salud desde diferentes perspectivas y como la presencia de estresores puede influir en el aspecto individual, familiar y social (Soto & Failde, 2004).

Por lo tanto, el término “Calidad de vida” pone un verdadero énfasis en las valoraciones subjetivas del individuo, esto quiere decir, que refleja la opinión del individuo acerca de diferentes áreas de su vida y dichas dimensiones son limitadas y definidas (Soto & Failde, 2004).

Por lo tanto, no debemos olvidar que la calidad de vida está influenciada por factores económicos, sociales y culturales. De esta forma, la salud percibida integra

aspectos de la vida relacionados directamente con la función física, mental y el estado de bienestar, el cual puede desglosarse en cuatro componentes (Soto & Failde, 2004):

1. Condición física y capacidad funcional
2. Estado mental y bienestar
3. Interacción social
4. Situación económica y sus factores influyentes

2.1.5 Psicología para la salud

La psicología de la salud según Oblitas (2006), refiere que es una disciplina o campo profesional que aplica sus principios, métodos y conocimiento científicos con el objetivo de evaluar, diagnosticar, prevenir, interpretar, tratar, y, mejorar las dificultades físicas y mentales relacionadas con la salud, además, también prevén otros comportamientos asociados con el proceso de enfermedad en diferentes contextos.

Por lo que, Oblitas (2006), menciona que la psicología de la salud cumple con una serie de objetivos que son:

1. Promoción de la salud: se encaminan en la promoción del estilo de vida saludable, estado de salud física y mental de una persona. Su principal meta es promover hábitos saludables que puedan hacerse día a día.
2. Prevención de enfermedades: implica el cambio de hábitos poco saludables asociados con varias condiciones, tanto crónicas como agudas (por ejemplo, fumar).

En este caso, se hace clara la estrecha conexión entre los campos de prevención y promoción.
3. Evaluación y tratamiento de enfermedades específicas: por ejemplo, diabetes, cáncer, SIDA, entre otras. En estos casos, los psicólogos trabajan con otros

profesionales de la salud para combinar el tratamiento médico convencional de la salud y el tratamiento médico con la psicoterapia.

4. Evaluación y mejora del sector salud: además del desarrollo de manejos de salud, esta categoría incluirá todas las recomendaciones destinadas a mejorar la atención de salud, incluida la práctica profesional, la educación sanitaria de los usuarios y las relaciones entre grupos relevantes.

2.2 Repercusiones que influyen en el personal de salud

2.2.1 Riesgos Psicosociales en el Trabajo

El enfoque de riesgos psicosociales en el trabajo es una perspectiva innovadora y amplia que pretende ir más allá de los enfoques tradicionales mencionados anteriormente. Así, en los últimos años, este flujo interdisciplinario ha comenzado a generar investigaciones que pretenden arrojar luz sobre la compleja relación entre salud y riesgos laborales (Henry, 2020).

Por lo tanto, el ser humano está conformado por una serie de componentes físicos, mental y espiritual, donde, se potencian en el ámbito laboral, por lo que, si una falla, se ven perjudicadas las demás por ello, es necesario mantener una buena sincronía para no afectar la propia salud y la de los demás, lo que puede llegar a infringir dolor físico y emocional (Henry, 2020).

Por lo tanto, las presiones en el ámbito laboral son cada día más exigentes, por lo que, se han realizado diferentes investigaciones para poder medir los riesgos psicosociales en el trabajo, donde los hallazgos apunta, que las presiones se han convertido en más intensas de manera cognitiva y emocional, exigiendo en las personas mayor esfuerzo en las dimensiones psicológicas y espirituales (Henry, 2020).

2.2.2 Tipo de trabajo

La forma en cómo se desarrolle las funciones de trabajo, la exigencia de manejo del tiempo, y el tipo de tareas, puede influir de forma significativa en la calidad de vida del empleado, siendo así, una fuente importante de estrés, especialmente cuando todo esto se traduce en un aumento de las exigencias de la carga de trabajo, bajo el control del empleado, más allá de su capacidad (Ramírez Velázquez, 2019).

Por lo tanto, las reacciones que tengan las personas frente al estrés, generan una respuesta de alarma, seguidamente de una activación prolongada y, si el estrés no se detiene, se forma una fase de agotamiento y riesgo de enfermedad mental. Aunque en población general el estrés se da en un 5% al 10% y en médicos padecen de un 18% con un nivel de ansiedad alto, siendo el estrés el principal responsable (Montesdeoca Hernández et al., 1997).

En este sentido, se presentan dos manifestaciones que genera el estrés laboral siendo estos el Síndrome de Burnout y el acoso institucional. Por lo demás, en ocasiones se deriva más de la dinámica institucional, la organización del trabajo, gestión autoritaria, mayor estrés y responsabilidad combinado con falta de autonomía. Del mismo modo, el síndrome de acoso institucional o también llamado bullying también es representado como estrés laboral en la relaciones interpersonales dentro de la institución (Gómez Esteban, 2004).

Además, es necesario tomar conciencia de esta situación, dado a que la mayoría de los profesionales sufren en silencio cuando se prolonga durante mucho tiempo los síntomas, presentando consecuencias en el entorno familiar y laboral. Por lo que, si se produce una enfermedad, también se silencia, sobre todo si es psicológica, porque la psicosis siempre ha sido un tabú entre los médicos (Gómez Esteban, 2004).

De hecho, un proyecto de ley redactado por la Asociación Médica Estadounidense en 1973, se establece que los médicos tenían la obligación ética de informar los casos de colegas que padecieran un trastorno mental que afectara su práctica profesional y no recibían un tratamiento adecuado (Gómez Esteban, 2004).

2.3 Evolución conceptual

2.3.1 Síndrome de Burnout

El término “Síndrome de Burnout” se empieza a utilizar a partir de los años 1977, en una exposición realizada por Maslach, exactamente, en una convención realizada por la asociación de Psicólogos, donde se conceptualizo por primera vez como desgaste profesional, o, mejor conocido como el síndrome del quemado o síndrome de fatiga de las personas en el área de salud (Martínez Pérez, 2010). Dicho síndrome es considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un factor de riesgo laboral, dado a la influencia que tiene en la calidad de vida, salud mental de las personas, incluso, puede llegar a poner en riesgo la vida de la persona (OMS, 2022).

De hecho, el Síndrome de Burnout se ha definido de muchas maneras, Sin embargo, la definición más habitual de este conocido fenómeno psicológico es la propuesta por (Maslach & Jackson, 1981), quienes lo definen como un síndrome caracterizado por agotamiento emocional, despersonalizado y bajo rendimiento personal en el trabajo, que puede darse en personas cuyas actividades diarias son solo para servir al paciente. Asimismo, el Burnout parece ser una respuesta a los estresores interpersonales en el entorno laboral, donde el contacto excesivo con las personas que reciben los servicios, provoca cambios negativos en la actitud y el comportamiento hacia esas personas.

Por otro lado, Maslach define el Burnout como una reacción a largo plazo al estrés laboral, al malestar psicológico o síndrome que surge de la tensión crónica derivada de la interacción contradictoria entre el trabajador y su trabajo (Olivares Faúndez, 2017).

De esta forma, Maslach posiciona este importante fenómeno, como un problema donde la disfunción individual, se desarrolla dentro de contextos laborales de alta presión y tensión laboral, por lo que, es considerado como un problema de trabajo social que surge como consecuencia del estrés laboral progresivo e intenso (Olivares Faúndez, 2017).

Por lo tanto, de acuerdo a una investigación empírica antigua sobre el Burnout, donde se encontró centrada en el trabajo de Maslach, se identifican dos perspectivas, las mismas que buscaron definir conceptualmente el fenómeno: la clínica y la psicosocial, por lo que, en el componente clínico, el foco se encuentra centrado en los síntomas y sus aplicaciones en el contexto de la salud mental, en cambio, el lado psicosocial, se centra en el desarrollo de la relación entre el trabajo ambiental y las características humanas. Los individuos involucrados en estos contextos de servicios (proceso) desde un punto de vista original por Maslach sustenta el futuro de la investigación actual sobre el tema (Olivares Faúndez, 2017).

2.3.2 Etiología del Síndrome de Burnout

El agotamiento que presentan los profesionales sanitarios es de suma importancia, ya que afecta de manera negativa en la atención del paciente y en el personal de salud. Según informes, el personal médico con altos niveles de agotamiento comete más irregularidades. A esto se suman ciertos componentes relacionados con el Síndrome de Burnout entre ellas: el género (las mujeres son más capaces de afrontar situaciones de conflicto), la edad, la personalidad (pueden ser competitivos, exigentes, perfeccionistas),

familiares (la estabilidad en la familia necesita un equilibrio en relación a situaciones de conflicto, la armonía) (Hernández, 2003).

En este sentido, Romaní & Ashkar (2014) señala diferentes factores que influyen en el lugar de trabajo:

- ❖ Formación profesional inadecuada: demasiado conocimiento técnico, poca formación práctica e insuficiente aprendizaje de habilidades de autocontrol emocional.
- ❖ Factores laborales o profesionales: inadecuadas condiciones en el medio material, medio humano, organización del trabajo, salarios bajos, exceso de trabajo, falta de verdadero espíritu de equipo.
- ❖ Factores sociales: en este caso la necesidad que tiene el profesional de mantener el prestigio a toda costa, de lograr una alta consideración social y familiar, y por ende alcanzar un estatus económico elevado.
- ❖ Circunstancias: por ejemplo, la persona quiere obtener cambios importantes en la vida, nacimiento de un hijo, matrimonio, como pueden surgir otras circunstancias un divorcio, la muerte de un ser querido que afectan en el estado emocional de la persona.

2.3.3 El Síndrome de Burnout y sus factores de riesgo en el personal de salud

Los factores de riesgo del Burnout en el personal de salud están relacionados con el ambiente psicosocial del trabajo (presión de tiempo, insatisfacción laboral, aumento de trabajo, etc.). Existe un mayor riesgo en personal médico que tienen dos o más trabajos, ya sea en clínica o en un centro hospitalario (Atenas Arteaga-Romaní et al., 2019).

Por lo que, también influyen factores en la aparición del Síndrome de Burnout donde se pueden localizar en el contexto y en la persona: en lo laboral, se puede identificar

la necesidad emocional de empleado a las cuales se asiste. Mientras más intensas sean estas demandas que presenta la persona, más alto será el grado de dependencia del trabajo, y mayor la probabilidad que haya una aparición del síndrome. Además, agregar que la persona puede presentar alguna condición física y social en el trabajo, teniendo escasos recursos, atacado por las críticas externas. Dentro la parte personal, se muestra una diferencia con obtener buenos resultados, trabajo muy comprometido con el dolor y el sufrimiento, relaciones negativas con los colegas (Pulido' & Fonseca, s. f.).

2.3.4 Síndrome de Burnout y técnicas de evaluación

En el término de agotamiento y método de evaluación es donde surge la necesidad de definir el síndrome de Burnout o agotamiento, cuyo término fue acuñado en 1974 por el psicoanalista Freudenberg, que lo relaciona como un desgaste profesional, ocasionado por sobrecarga de actividades que consumen mucha energía, sensación de fracaso, y cansancio (Austria Corrales et al., 2011).

Por otra parte, otros investigadores han abordado este concepto, Sin embargo, todavía es mantenido por muchas de las definiciones iniciales. Estos autores Maslach y Jackson (1981), después de varios estudios realizados con el personal de salud concretan el estrés crónico basado en tres factores: fatiga emocional, despersonalización y baja satisfacción personal (Mármol Maestre & Núñez Castañeda, 2014).

Sin embargo, estos factores tienen un mal efecto en el rendimiento y el cuidado del trabajo proporcionado a los pacientes, la sensación de que su trabajo carece de algún significado (Polo Vargas et al., 2016). De la misma manera, se reconoce que el empleado que trabaja con condiciones difíciles o problemáticas, pueden llegar a presentar consecuencias a nivel físico, tales como dolor muscular, el insomnio, la presión arterial

alta, la deficiencia de energía, por otro lado, en la parte emocional con dificultad de expresar emociones y mostrar síntomas de irritabilidad, miedo o tristeza (Herrera Cardona & Castañeda Sánchez, 2020).

2.3.5 Estrategias de Intervención

2.3.5.1 Estrategias de Afrontamiento ante el Burnout en el Personal de Salud.

Las estrategias de afrontamiento ante el Burnout, es un término que no debe tomarse a la ligera, esto se debe, a que la mayoría de las personas consideran que estas herramientas, son las únicas actividades que nos llevan a superar el síndrome, sin embargo, existen diversas estrategias, como ser, la estrategia de resistencia que es un mecanismo de respuesta al estrés que se encuentra conformado por tres etapas: prevención, efecto y consecuencia (Serna Corredor et al., 2020).

Por lo tanto, el mecanismo de prevención se refiere cuando una persona evalúa la situación que enfrenta, identifica los posibles factores estresantes y se hace una idea de cómo superarlos; por otro lado, se encuentra el mecanismo del efecto que nos habla del momento en que ocurre el evento y determina que tan predecibles son los sucesos, y, por último, es la consecuencia, es donde se da respuesta al estresor y se ven las consecuencias y se analizan las decisiones para ser asumidas (Serna Corredor et al., 2020).

Por lo tanto, dichas estrategias de afrontamiento pueden clasificarse como adaptativas, comprometidas, y solidarias, no adaptativas y falta de compromiso, por lo que, la falta de compromiso, es representado como un intento que el individuo tiene para distanciarse de la situación estresante a través de la auto distracción o la negación, ocasionando efectos negativos como despersonalización y agotamiento emocional (Serna Corredor et al., 2020).

2.3.5.2 Estrategias de Afrontamiento ante el Burnout en el Ámbito Laboral del Personal Sanitario.

El burnout se desarrolla con mayor frecuencia en el ámbito laboral, por lo que, las organizaciones se encuentran en la obligación de generar e implementar estrategias de intervención, con la intención de reducir la sintomatología de fatiga ocasionada por las altas exigencias en el trabajo, por lo tanto, (Durán, 2010) cito a Segurado & Agulló (2002), el cual hace énfasis en los cambios en la calidad de vida del empleado en su lugar de trabajo.

Por lo tanto, cada organización debe hacerse responsable en la creación de un modelo intermedio que logre no solo disminuir el Síndrome de Burnout en los trabajadores, si no, aumentar sus índices de bienestar, donde el empleado pueda redefinirse e identificarse con el tipo de trabajo que realiza (Polo Vargas et al., 2016).

Por lo que, a nivel teórico, explicada desde la Terapia racional emotiva (TRE), dicha corriente cuenta con el objetivo de poder ayudar a la persona a aceptar la realidad y ayudar a enfrentar las dificultades, por lo que, el papel del Psicólogo no solo radica en el diagnóstico de un trastorno como el agotamiento o dependencia laboral, si no, en dotar a la persona de un espacio y entrenamiento en habilidades que le ayuden a enfrentar dicha problemática (Calvete Zumalde & Villa Sánchez, 1999).

Las terapias basadas en la aceptación y exposición presentes (por ejemplo, la terapia de aceptación y compromiso y el mindfulness o atención plena) están acumulando evidencia para apoyar su uso en el lugar de trabajo para prevenir o reducir el estrés y otras consecuencias negativas del entorno laboral (Bond et al., 2010).

Por otro lado, la sintomatología que desencadena el Síndrome del burnout en los empleados, ha dado una señal de alarma a diversas organizaciones internacionales como la Unión Europea y la OMS, las cuales se encuentran enfocadas en crear estrategias de intervención y prevención en los lugares de trabajo. Sin embargo, las organizaciones comienzan a reconocer que debido a la necesidad se deben realizar acciones en la implementación de programas de prevención e intervención (Rodríguez Carvajal & Rivas Hermosilla, 2011).

En este sentido, algunos servicios en relación a la prevención de riesgos laborales están comenzando a desarrollar programas que se centren en variables dentro de la propia organización. Estos tipos de procedimientos a menudo se denominan procedimientos de control de presión (Rodríguez Carvajal & Rivas Hermosilla, 2011)..

Las organizaciones manejan una serie de procedimientos para poder reducir el agotamiento en los empleados de salud, como ser la reprogramación de tareas, clarificar los procesos de toma de decisiones, mejorar la supervisión, fijar metas y procedimientos, mejoramiento de los canales de comunicación, mejoras en las condiciones físicas del trabajo, sistema de recompensa, alineación de la promoción profesional basada en criterios claros, mejora de la alineación de los niveles de autonomía y responsabilidad de los empleados, flexibilidad de la plantilla y políticas de mediación, entre otras (Rodríguez Carvajal & Rivas Hermosilla, 2011).

2.4 Modelos explicativos del Síndrome del Burnout

La necesidad de comprender el Síndrome de Burnout ha llevado a los investigadores a proponer diversos modelos teóricos que intentan explicar este fenómeno. La mayoría se basan en la idea de que el síndrome es secuencial y entienden el agotamiento como una

respuesta al estrés laboral crónico. Las principales teorías de tales modelos provienen de la psicología social y la psicología organizacional (Manzano-García & Ayala-Calvo, 2013).

Dichos modelos se han elaborado con consideraciones psicosociales que agrupan una serie de variables, consideradas como antecedentes y consecuentes del síndrome, además, de destacarse con ciertas variables que servirán de base en el desarrollo de sus respectivas teorías (Manzano-García & Ayala-Calvo, 2013):

2.4.1 Modelos Etiológicos basados en la Teoría Sociocognitiva del Yo.

El modelo etiológico basado en la Teoría Sociocognitiva del Yo, menciona que existen varias causas importantes que sirven de influencia en la manera en cómo percibimos la realidad, además, de la forma en como perseguimos nuestros objetivos y, como las consecuencias emocionales influyen en la autoconfianza del sujeto (Monte, 2012).

La teoría sociocognitiva del yo se caracteriza por las cambiantes del self (autoeficacia, autoconfianza, auto concepto) que desempeñan un papel central en la elucidación del problema, tomando en cuenta que las cogniciones influyen en cómo los sujetos perciben y realizan su trabajo (Ramón & Pedro, 2015).

2.4.2 Modelo de Competencia Social de Harrison.

El modelo de competencia social de Harrison en función al “Síndrome de Burnout” se basa en la competencia y eficacia percibida, por lo que, Harrison (1983), explica que cuando los profesionales en gran parte comienzan a trabajar en áreas de servicios donde se da asistencia siempre hay un alto grado de motivación para ayudar a los demás y de altruismo, pero bien la mayor parte se presentaran factores que serán de ayuda o de barreras, lo cual determinara la eficacia del personal (Martínez Pérez, 2010).

Por otro lado, la exclusión entre persona y ambiente es una de las propiedades simples en este modelo. Esta exclusión se convierte por consiguiente en un prerrequisito para la conceptualización de los niveles de ajuste persona y ambiente, siendo esta la base causación mutua entre la persona y su ámbito. Posteriormente, al implantar los niveles de ajuste, se analizan tanto los niveles de ajuste persona-ambiente, objetivo y perceptivo, así como los niveles de ajuste entre la percepción del ambiente y sus propiedades objetivable, y el grado de exactitud en la autovaloración del individuo (Rodríguez Carvajal & Rivas Hermosilla, 2011).

2.4.3 Modelo de Pines.

El modelo de Pines es un modelo que incluye la idea de que solo se queman aquellos sujetos que intentan crear un sentido existencial de la vida, por lo que, el Burnout ocurre en personas altamente motivadas que se identifican fuertemente con su trabajo y, incluso llegan a frustrarse por no lograr sus metas, se decepcionan con sus expectativas y se sienten incapaces de contribuir significativamente a la vida (Pines, 1993).

Además, señala que el Síndrome de Burnout permanece cuando la persona da búsqueda del sentido existencial en su trabajo y fracasa en su labor. Estos individuos dan sentido a su existencia por medio de tareas humanitarias, por lo que este modelo diseña que los trabajadores de la salud solo se queman, ya con un trabajador que tiene una baja autoestima se sentirá estresado, podrá experimentar depresión o fatiga, pero no podrá llegar a desarrollar el Síndrome de Burnout (Martínez Pérez, 2010).

2.4.4 Modelo de la Autoeficacia de Cherniss.

El modelo de la autoeficacia de Cherniss, independientemente de que el trabajador realice sus metas de manera exitosa, aumentara la eficacia, sin embargo, el no realizar bien las metas, lo llevara al fracaso psicológico, esto quiere decir se presentara una disminución de la autoeficacia percibida y por último desarrollada Burnout (Cherniss et al., 1993).

Por lo que, es posible establecer una relación causal entre la incapacidad del sujeto para desarrollar un sentimiento de éxito personal y el Síndrome de Burnout. (Cherniss et al., 1993), Para ello, incorpora el concepto de autoeficacia percibida entendida como las creencias de las personas sobre su capacidad para controlar las situaciones que les afectan (Bandura, 1989).

2.4.5 Modelo de Thompson, Page y Cooper.

El modelo de Thompson, Page y Cooper, es un supuesto donde la autoconfianza juega un papel muy importante en el proceso de la aparición del Burnout (Thompson et al., 1993). Por lo tanto, está definido como un modelo de autocontrol que es utilizado para brindar una explicación sobre el estrés, donde, utilizaron dicho precepto para reducir la etiología del síndrome en cuatro variables: Nivel de autoconciencia, desviaciones entre la tarea y los requisitos de recuerdos del sujeto, expectativas de éxito y sentimientos de confianza (Carver, Scheier y Weintraub, 1989).

Por lo tanto, la variable de autoconciencia es la capacidad conceptual para autorregular el nivel de estrés creado durante la realización de una tarea. La variable de diferencias percibidas puede aumentar el nivel de autoconciencia y afectar negativamente el estado de ánimo del sujeto, provocando incertidumbre percibida en la resolución de dichos

conflictos y un sentimiento débil de satisfacción personal en el trabajo (Manzano-García & Ayala-Calvo, 2013).

Por lo tanto, una alta autoexigencia aumenta la decepción, la frustración o la pérdida, y, una tendencia hacia expectativas optimistas de éxito puede aumentar la autoconfianza en la persona (Thompson et al., 1993).

2.4.6 Modelos Etiológicos basados en la Teoría del Intercambio Social.

Este modelo es considerado dentro de los principios de equidad, modelo de comparación o la teoría de conversación de recursos, por lo que, se explica el origen del Burnout a partir de dos etiologías que refieren a la emocionalidad y aplicabilidad, al mismo tiempo, se logran identificar tres variables estresantes en los procesos de intercambio social en los pacientes, los cuales son: Incertidumbre, percepción de justicia, y falta de control, por lo que, para estos autores la enfermería significa un trabajo que genera mucha incertidumbre y muchas veces la remuneración es desigual (Martínez Pérez, 2010).

Por lo tanto, el personal de enfermería en los centros hospitalarios se encuentran en muchas ocasiones en una constante sobrecarga de estrés, sin embargo, no buscan apoyo social de sus pares, esto se debe, a que temen ser cuestionadas o recibir críticas de su desempeño en sus labores, por otro lado, el pertenecer a un grupo social conlleva a situaciones de propagación del síndrome (Manzano-García & Ayala-Calvo, 2013) por lo tanto, estos modelos se encuentran dentro de la línea de investigación como Modelo de comparación social (Buunk & Schaufeli, 1993).

2.4.7 Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll.

El modelo de conservación de recursos de Hobfoll, promueve los procesos internos del self, valorizando los eventos estresantes determinándolos de acuerdo a un contexto cultural y social, por lo tanto, la presencia de estresores en la vida de las personas reducen los recursos internos derivando a la presencia de inseguridades en ellos mismos Manzano-García & Ayala-Calvo (2013). Por otro lado, se destaca la importancia de las relaciones humanas y su influencia en los niveles de estrés en situaciones de pérdida o ganancia (Hobfoll & Freedy, 1993).

Según Martínez Pérez (2010) esta teoría es motivacional, la cual se basa en la idea de que cuando el personal se ve amenazado esto lo lleva al estrés, produciendo a desarrollarse el Burnout, además, para reducir los niveles de Síndrome de Burnout se tiene que aumentar los recursos de los empleados y excluir la vulnerabilidad de perderlos.

2.4.8 Modelo de Winnubst.

De acuerdo al Modelo de Winnubst, las interrelaciones de estrés, la tensión, y el apoyo social son comunes en el contexto de la estructura de la cultura organizacional, por lo tanto, de acuerdo a la etiología establecida del Burnout, se encuentra influido en los problemas que se suscitan dentro de la estructura, el clima y la cultura organizacional (Winnubst, 1993).

Por lo tanto, el modelo es de la idea que el Burnout es un agotamiento físico, emocional y mental, que resulta de la tensiones y demandas que viven día a día los trabajadores, estas presiones se convierten en estrés laboral crónico, por lo que, este modelo se centra en relacionar la estructura organizacional, la cultura, el clima organizacional y el apoyo social, y, enmarcan en su teoría que el agotamiento tiene su origen del conflicto que

se tenga en relación con los demás, lo que favorece a una disfunción del rol y a incrementar el conflicto interpersonal (Manzano-García & Ayala-Calvo, 2013).

Winnubst (1993) construyó su modelo de acuerdo con cuatro supuestos:

1. Todas las estructuras organizacionales tienen un sistema de apoyo social que mejor se adapta al tipo de estructura.
2. Los sistemas de apoyo social se crean en dependencia mutua con el ambiente de trabajo, para que puedan ser mantenidos y mejorados mediante la optimización del clima.
3. La estructura, la cultura y el apoyo social de la organización también se guían por criterios éticos que se originan en los valores sociales y culturales de la organización.

Con base en estos criterios éticos, es posible predecir en qué medida las organizaciones provocan estrés y Síndrome de Burnout en sus miembros (Manzano-García & Ayala-Calvo, 2013).

2.5 Estrés

El estrés según Melgosa (1999), pasa por una serie de etapas, donde una de ellas es la fase de alarma, el cual es una clase de aviso de la presencia del estresor frente a una situación difícil o nueva, por lo que, nuestro cerebro analiza los nuevos elementos, utiliza los recuerdos que ya se tenían almacenados en la memoria para poder hacer comparaciones con el nuevo evento, y, si no contamos con los recursos para poder afrontarlo, el cuerpo va desarrollando adrenalina.

Por otro lado, se encuentra la fase de resistencia, y, se presenta cuando los individuos se encuentran activos, es decir, responden de forma positiva durante el evento estresante, a pesar, de los síntomas iniciales de fatiga, finalmente, sucede la etapa de agotamiento, y, es donde, la activación, el evento estresante y las necesidades van en aumento, por lo que, se disminuye el nivel de resistencia, existiendo claras señales de ansiedad, presentándose así, sintomatología físicas y psicológicas, lo que lleva al individuo a un desgaste paulatino de sus capacidades, de su propio cuerpo, que se caracteriza por la presencia de fatiga, ansiedad y depresión, estos síntomas pueden presentarse juntos o separados (Ávila, 2014).

Por otro lado, el estrés es representado por diferentes enfoques, esto como causa ambiental de los problemas de salud, por lo que, se podría ver al estrés desde la perspectiva de diversos componentes, que dan su propia conceptualización, por lo tanto, el componente fisiológico lo considera como una reacción física a un ambiente amenazante o dañino, mientras, que el enfoque psicológico lo ve desde el estrés laboral como una interacción entre una persona y su ambiente de trabajo, y que se da de forma dinámica (López et al., 2012).

Por otro lado, se encuentra el estrés laboral, que se encuentra relacionado principalmente con las emociones del personal asistencial humanitario, la cual sostienen la incertidumbre asociada con el diagnóstico y tratamiento para cada paciente, sin embargo, se encuentran en muchas ocasiones inmiscuidos el personal de salud a conflictos éticos y legales (Sarsosa-Prowesk & Charria-Ortiz, 2017).

Melgosa (1995) sitúa tres grandes categorías en respuesta al estrés: Cognitivas, emotivas y conductuales.

1. **Área cognitiva (pensamientos e ideas):** Los individuos tienen dificultades para centrarse en una actividad y a menudo hay problemas de concentración, por lo que, la respuesta inmediata y espontanea disminuye de manera impredecible. Cualquier problema que requiera esfuerzo mental tiende a eliminar muchos errores. En general, una persona se siente incapaz de evaluar correctamente el futuro, además, el pensamiento no sigue una secuencia lógica y coherente, sino que aparece desorganizado (Naranjo Pereira, 2009).
2. **Área emotiva (sentimientos y emociones):** La persona percibe dificultades para poder conservar su estado físico y emotivo. Por lo que las perturbaciones físicas reales, comienzan a dudar de nuevas enfermedades (hipocondría), surgen características como el desarrollo impaciente, otros no tolerantes, autoritarismo y falta de consideraciones por las personas (Naranjo Pereira, 2009).
3. **Área conductual (actitudes y comportamientos):** Con respecto a esta área la persona tiene una incapacidad con su lenguaje lo cual no le permite que se dirija de una forma verbal a otras personas. Está persona carece de entusiasmo por su pasatiempo favorito, surgiendo una tardanza frecuente al trabajo y a la escuela, aumento del consumo de alcohol, tabaco, café u otras drogas. Por lo general, sufren de insomnio y tiene a veces hasta la extrema necesidad de dormir (Naranjo Pereira, 2009).

2.5.1 El Estrés en el Ámbito de los Profesionales Sanitarios

El estrés es un proceso o un reflejo frente a situaciones de amenaza, es decir, estas amenazas hacen que el individuo active sus reservas personales para poder evitar u huir de los que representan como peligro, viéndose así, comprometido su bienestar personal, por lo que, podríamos concluir que el estrés responde a fenómenos sociales y psicofisiológicos (Pérez Núñez et al., 2014).

Los seres humanos a lo largo de su vida se encuentran expuestos a situaciones de estrés, por lo que, su presencia puede suscitar en las personas respuestas emocionales y conductuales, que, según Londoño (2011), manifiesta que para que el estrés se convierta en crónico deben de ocurrir por lo menos 3 meses después del evento estresante, presentando signos y síntomas muy intensos, por ejemplo, llorar ante un examen, enfermedad, etc. por lo que, podríamos enumerar una serie de síntomas:

1. Mayor malestar del esperado en respuesta a un estímulo estresante
2. Deterioro significativo de la actividad social y laboral (o académica). Para decir estrés crónico, los síntomas anteriores deben durar más de 6 meses. Es importante aclarar que estos síntomas o deben ser una respuesta a la reacción de duelo, ya que sería una respuesta normal y no una respuesta desadaptativa.
3. Trastornos de adaptación con depresión: este tipo incluye síntomas como bajo estado de ánimo, llanto y desesperanza.
4. Trastorno adaptativo con ansiedad: Estos incluirán síntomas como nerviosismo, agitación o irritabilidad, o en los niños miedo a separarse de personas importantes en su vida, generalmente uno de los padres.

5. Trastorno adaptativo con ansiedad y estados depresivo: de esta forma se combinan los síntomas de los dos primeros.
6. Trastorno de adaptación con alteración del comportamiento: una persona con este trastorno se involucra en un comportamiento que implica violar los derechos de los demás.
7. Violación de normas y reglas sociales: por ejemplo, obstrucción, destrucción de propiedad, peleas.
8. Trastorno de adaptación en los trastornos del estado de ánimo y de la conducta: siendo esta una sintomatología combinada.

Del mismo modo, es importante mencionar que dentro de los tres meses del evento estresante, aparecen una serie de síntomas que tienen una duración de al menos seis meses tras su finalización, sin embargo, hay sintomatología que se mantiene con el tiempo convirtiéndose en crónico, por lo que, es necesario desarrollar procesos resilientes para poder enfrentar los eventos estresantes de la vida (Souza, 2022).

Por lo otro lado, el estrés puede presentarse de diferentes maneras y perdurar con el tiempo, sin embargo, también podemos entender al estrés como respuesta o reacción de un individuo que comprenden cambios fisiológicos, reacciones emocionales, cambios en el comportamiento, estímulo que puede provocar una respuesta de estrés, interacción de las características del estímulo y los recursos individuales (Pérez Núñez et al., 2014).

Por lo que, el estrés se encuentra relacionado en la aparición o propulsor del avance de enfermedades, esto es debido, que su presencia en la vida de la persona influye a que se generen comportamientos nocivos para la salud del individuo, por lo tanto, a raíz de estos

fenómenos de estrés, las personas adoptan hábitos poco saludables como ser beber, fumar, malos hábitos alimenticios (Pérez Núñez et al., 2014).

Por consiguiente, entre las enfermedades que son provocadas por la presencia de estrés en la vida de la persona, se encuentran los padecimientos gastrointestinales y cardiovasculares, además, que su influencia también radica en dificultades inmunológicas tomando al mismo tiempo los factores sociales y personales en la progresión de enfermedades como artritis reumatoide, alergias, problemas en la piel, y ciertos tumores (Pérez Núñez et al., 2014).

La salud ocupacional por otra parte, se refiere a la seguridad o condiciones físicas, psíquicas y sociales en que trabajan el personal, para asegurar medidas de control encaminada a promover el bienestar y reducir o eliminar el riesgo de enfermedad o accidente, Así, la salud ocupacional o laboral, se convirtió en una especialidad médica, también conocida, como medicina del trabajo, pero al mismo tiempo es un elemento del concepto de salud humana holística (Matabanchoy Tulcán, 2012).

Así mismo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), manifiesta que los lugares de trabajo se han convertido en el lugar clave para la promoción de la salud en el siglo XXI. Además, establece que la salud ocupacional y un entorno de trabajo saludable, son los activos más valiosos de las personas, las comunidades y los países (OPS, 2020).

Por lo que, la OPS ha elaborado un documento que establece estrategias de promoción en la salud en el campo laboral dirigido a América latina y el caribe, las cuales se encuentran encaminadas a brindar políticas e intervenciones en el lugar de trabajo, con el

objetivo de aumentar el control y productividad, competitividad de las empresas y desarrollo económico social (OPS, 2020a).

Por lo que, el programa de promoción de la salud y el bienestar en el trabajo ofrece los siguientes factores que son claves para promover la salud de los trabajadores: integridad, diseño de políticas públicas y laborales, creación de un ambiente laboral favorable para el trabajo, fortalecimiento de la organización, y, participación de la comunidad del trabajo (OPS, 2020a).

2.5.2 Consecuencias de una vida estresante

2.5.2.1 Antigüedad Laboral.

En muchos estudios sobre el ambiente de trabajo, la antigüedad ha sido importante, ya sea en la medicina social, psicología industrial y la salud ocupacional debido a la relación entre la enfermedad y la duración de la exposición. Esta es una categoría relacionada con diversas variables para poder comprender la satisfacción o insatisfacción laboral (Ramírez Velázquez, 2019).

Por lo tanto, el tiempo que llevan en su lugar de trabajo, pueden definir de forma específica sus roles sociales, donde, cada uno de los empleados tienen en su trayectoria agravios, necesidades, logros, estancamientos, decepción, expectativas de cambio, por lo que, dan un indicio de cómo responden a la exposición al estrés, lo que se manifiestan mediante dos eventos importantes: el tiempo en que se encuentren expuestos al estrés, donde diversos investigadores lo denominan estrés de rol, y, el cambio tecnológico, donde es tomado como un factor de riesgo, produciendo cambios en el proceso productivo (Ramírez Velázquez, 2019).

2.6 Resiliencia

2.6.1 Psicología Positiva y Resiliencia

La psicología tradicional en la antigüedad solo se ha centrado en estudiar los efectos negativos que tienen en el ser humano las experiencias adversas o de riesgo, sin embargo, también es importante poder remarcar los recursos positivos o los aprendizajes que pueden aportar estas situaciones difíciles en los seres humanos (Bermejo, 2010).

Por lo tanto, la psicología tradicional, ha sostenido a lo largo del tiempo, que las personas que han sufrido un evento traumático desarrollan un comportamiento de acuerdo a dicha experiencia, sin embargo, la psicología misma ha visto al ser humano como un ser pasivo que responde a estímulos ambientales (Poseck et al., 2006).

Por lo tal razón, se debe de ver al ser humano como un fuerte activo, es decir, con la capacidad innata para poder afrontar las adversidades y renovarse, dicho concepto se encuadra dentro de la psicología positiva, cuya corriente busca percibir los métodos y mecanismos que subyacen a la fuerza y virtud humana, por lo que, esta teoría apunta que las personas tienen la capacidad para adaptarse y recuperarse de las situaciones adversas (Vera Poseck, 2006).

Otros estudios longitudinales han demostrado como las personas que han experimentado traumas en la infancia o eventos negativos de la vida, pueden adaptarse con éxito en la vida adulta. Además diversas investigaciones han manifestado que no todas las personas que viven situaciones adversas o padecen alguna enfermedad desarrollan una patología o un comportamiento negativo, pero, algunas personas tienen la capacidad de sobreponerse a la situación y volverse más fuertes (Caro Alonso et al., 2018).

Como proveedores de atención, la resiliencia nos da el aporte para poder interactuar con el paciente, fomentando factores de confianza, seguridad, motivando la confianza en uno mismo, la fe, la voluntad de vivir y superar la enfermedad, con el objetivo de que las personas aumente su potencial mediante la movilización con recursos disponibles en el entorno, servicios y redes sociales (Caro Alonso et al., 2018).

2.6.2 Factores de resiliencia

2.6.2.1 Competencia personal

Por lo tanto, el factor de resiliencia denominado competencia personal postulado por Wagnild & Young (1993), quienes fueron citados por (Salgado Lévano, 2005), describe a las personas con competencia personal como individuos con autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio y perseverancia.

La resiliencia va a depender en cierta medida de las características internas y contextuales en lo que se desenvuelve el individuo, por lo que, Sánchez et al. (2021), menciona que una persona que tiene un buen sistema inmunológico y aspectos resilientes, es menor la posibilidad de que aparezcan dificultades en materia de salud mental.

2.6.2.2 Aceptación de uno mismo y de la vida

El factor de aceptación de uno mismo y de la vida, describe a personas que poseen una adecuada adaptabilidad, balance y flexibilidad, además, de que poseen estabilidad en sus propias vidas (Salgado Lévano, 2005).

Desde la terapia de aceptación y compromiso, ve al ser humano como un ser capaz de utilizar sus valores, para que les facilite el momento de la toma de decisiones y, sea

capaz de identificar todos los aspectos de su vida que necesiten transformarse (Vargas & Ramírez, 2012).

Por otro lado, y, en la misma línea de que el individuo pueda ser capaz de verse a sí mismo, y, darse cuenta de sus recursos, también, es de vital importancia que puedan desarrollar estrategias de afrontamiento frente a altas demandas de estrés, donde, unido al factor de la resiliencia, les ayuda a poder sobreponerse y salir fortalecido de la situación generadora de estrés (Córdoba et al., 2020).

2.7 Estado del arte

A continuación, se realizará una revisión de la literatura relacionados con la idea de investigación desde una perspectiva internacional y nacional:

2.7.1 Estudios Internacionales

Medina & Vargas (2020), realizaron una investigación que lleva por nombre Síndrome de Burnout en personal de salud de atención primaria en el Centro de Salud Tipo C Quero, el estudio posee un enfoque cualitativo, con un diseño del tipo prospectivo y de corte transversal, la recolección de datos se dio mediante una entrevista semiestructurada, la muestra fue compuesta por 20 profesionales de la salud que están en contacto directo con los pacientes y que laboran más de 1 año en la unidad, los hallazgos de este estudio fueron que la prevalencia del síndrome de Burnout asociado a sus tres dimensiones demuestra que la despersonalización afecta a un 75% de los empleados en salud siendo esta dimensión el porcentaje más alto, mientras que el agotamiento afecta a un 65% seguida de la baja realización personal que afecta a un 50%

Miranda (2019), realizó una investigación sobre Síndrome del "Burnout" en personal de salud de un centro hospitalario de la dirección distrital Junín-Bolívar, el objetivo fue conocer las principales causas del síndrome del quemado en el personal de un centro de salud, se aplicó un instrumento que lleva por nombre cuestionario de *Maslach Burnout Inventory* (MBI), contaba con una muestra de 65 médicos, el estudio muestra que el 15% del personal padece del Síndrome de fatiga crónica con mayor predominancia en población femenina.

Montoya et al., (2020), realizó una investigación que lleva por nombre Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización, el objetivo del estudio fue el poder identificar la prevalencia del Síndrome de Burnout y sus dimensiones en el personal de salud, el estudio es observacional y descriptivo de tipo transversal con una muestra de 90 enfermeras y enfermeros, se realizó análisis exploratorio y análisis descriptivo e inferencial; se emplearon los estadísticos U de Mann Whitney y Kruskal Wallis, los resultados apuntan a un nivel medio de Síndrome de Burnout 82.2%, en conclusión, el personal de enfermería obtuvo nivel medio de Síndrome de Burnout.

Zambrano et al., (2015), realizó una investigación que lleva por nombre Síndrome de Burnout en trabajadores de salud del Hospital de Arequipa (Perú) durante la pandemia, cuyo objetivo fue determinar la frecuencia y severidad del síndrome de Burnout, es un estudio descriptivo y transaccional que registraron las características demográficas de 147 trabajadores de salud, es un estudio descriptivo transaccional, se aplicó el Inventario de Burnout de Maslach, los resultados arrojan que el 70.7% tienen niveles altos de Síndrome de Burnout.

Bohórquez et al. (2022), realizaron un estudio que lleva por nombre Síndrome de burnout, resiliencia y miedo a la COVID-19 en personal sanitario durante la pandemia por SARS-CoV-2, el estudio tenía como objetivo describir la relación entre Burnout, resiliencia y miedo frente al COVID-19, el estudio tiene un diseño descriptivo, observacional y transversal, participaron 96 profesionales de la salud, en cuanto a los resultados la prevalencia del burnout fue de 36,5%, el riesgo de desarrollar burnout fue de 28,1%. Un 50% de los profesionales tenía alterada la subescala de agotamiento emocional (AE).

Bogado et al., (2023), realizaron una investigación que se titula Síndrome de Burnout en el personal de salud en un servicio de referencia de enfermedades respiratorias. Itapúa-2020, es un estudio de tipo descriptivo y transversal, se aplicó una encuesta por la plataforma de Google Forms, se utilizó el cuestionario de Maslach, el tamaño poblacional de este estudio fue de 260, En cuanto a los índices de burnout, de los 108 participantes, 70 (64,8%) reportaron índices asociados a padecer el síndrome.

Masó et al.,(2022), realizaron un estudio que lleva por nombre Afrontamiento del síndrome de Burnout asociado a un rebrote de COVID-19 en Santiago de Cuba, cuyo objetivo era identificar la presencia del síndrome de Burnout en profesionales sanitarios, es un estudio cuantitativo, descriptivo transversal, el tamaño de la muestra fue de 71 profesionales de la salud, se aplicó la escala breve de Burnout, por lo que, de acuerdo a los resultados se determinó que el 83.3% presencian sintomatología de Burnout.

Solano (2020) realizaron una investigación que lleva por nombre Riesgos psicosociales, estrés laboral y síndrome burnout en trabajadores universitarios de una escuela de bioanálisis, el objetivo del estudio fue evaluar los riesgos psicosociales, el estrés laboral, y el síndrome del Burnout en trabajadores universitarios, por lo que, los resultados

apuntaban a que los principales riesgos psicosociales fueron el ritmo del trabajo 80,8% y la inseguridad en las condiciones de trabajo 54.9% en la situación más desfavorable de la salud, tanto el estrés laboral como el Burnout se presentan en una posición desfavorable.

Moura et al.,(2019), realizaron un estudio que se titula Estrés, burnout y depresión en los profesionales de enfermería de las unidades de cuidados intensivos, el objetivo del estudio fue analizar los niveles preliminares del estrés, Burnout, y depresión entre los auxiliares y técnicos de enfermería, es un estudio de tipo cuantitativo, analítico y transversal, se aplicaron cinco instrumentos perfil socioeconómico y demográfico, sintomatología del estrés en Bacarro, Escala de Estrés en el Trabajo, Cuestionario de JBeili, versión brasileña inspirada en el Maslach Burnout Inventory (versión HSS - Human Services Survey) el Inventario de Depresión, el tamaño de la muestra estuvo compuesta por 72 personas, donde los resultados arrojaron que los participantes se encontraban en un punto inicial del síndrome de Burnout.

2.7.2 Estudios Nacionales

Ticas et al.,(2012), realizó un estudio aquí en Honduras acerca de síndrome de burnout, depresión y factores asociados en los practicantes internos del Hospital Escuela, por lo que tenía como objetivo determinar la presencia del síndrome de Burnout, depresión y factores asociados en practicantes internos, se realizó un estudio transversal descriptivo en 201 internos estudiantes de medicina se les aplicó el Inventario de Burnout de Maslach y la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung. La prevalencia global del síndrome de burnout en internos fue de 86.6% y la depresión de 24.4%. El 60.3% del síndrome de burnout correspondía al sexo femenino y un 39.7% al sexo masculino.

Por otro lado, en el año 2021 se realizó un estudio sobre ansiedad y depresión en la atención sanitaria, personal de salud durante el coronavirus-2019 en Honduras, en donde los encuestados experimentaron eventos potencialmente morales perjudicial, siendo un riesgo significativo de deterioro en la relación al daño moral 45,6%, además, se determinó a través de un modelo de regresión jerárquica afectaba significativamente los síntomas de depresión (E. A. Rodríguez et al., 2021). Además, en este estudio se hace referencia que el personal de salud corre el riesgo de verse expuestos a incidentes que pueden afectar su bienestar moral, incluyendo personal como militares, periodistas y socorristas (Williamson et al., 2018).

Los profesionales de la salud frecuentemente tienen que tomar decisiones, incompatible con valores personales o limitaciones clínicas. Considerándose una fuente importante de estrés, culpa y vergüenza. Sin embargo, las limitaciones de los sistemas de salud, continuamente se presentan situaciones en las que algunos pacientes tienen acceso a determinados tratamientos mientras que otros quedan excluidos de ellos Por lo que, es una amenaza particular para el sistema de salud, debido a los recursos limitados y abrumados por la pandemia de la COVID-19, misma que se presentó en la región de América Latina (Litewka & Heitman, 2020).

Según lo que refiere Korkmaz et al., (2020) los profesionales de la salud que están en primera línea, están frecuentemente expuestos a situaciones de estrés, largas jornadas de trabajo, dañando su salud física y mental. Recientemente se realizó un estudio durante las crisis de la pandemia de la COVID-19, donde se informó que el 38% de los participantes padecían de ansiedad leve, el 20% ansiedad moderada y el 13% ansiedad severa.

Capítulo 3: Marco Contextual

3.1 Burnout a Nivel Mundial

Se han realizado múltiples estudios con respecto al síndrome de burnout, lo cual muchos resultados no coinciden, por lo que, se podría decir que la prevalencia del síndrome de burnout depende mucho del ambiente donde se desarrolla el individuo y las características propias del mismo. Uno de los países que más sufre de este síndrome es Holanda con aproximadamente el 15% de población trabajadora con síndrome de burnout la que se estima perdidas por enfermedades relacionadas al estrés es de aproximadamente 1.7 billones de euros; siendo las ocupaciones donde se brindan servicios de salud, los individuos poseen más posibilidades desarrollarlo; médicos, enfermeros, odontólogos y psicólogos (Saborío & Hidalgo, 2015).

Se ha determinado la incidencia en el Hospital del Norte en Colombia con un 9.1% de síndrome de fatiga en el trabajo en internos universitarios de medicina, así mismo en el Costa Rica se han realizado varios estudios sobre la incidencia del síndrome de sobrecarga emocional entre personal de salud, en el año 2004 se determinó que la incidencia del SB era en población medica de la Clínica de Pavas, lo cual estaban integrada por médicos generales y especialistas, la incidencia de un 20% en población siendo el sexo masculino en trabajadores jóvenes (entre 25-34 años) (Saborío & Hidalgo, 2015).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene estadísticas que el personal de salud es uno de los sectores más afectados que padezcan Burnout. Para el año 2016 entre el 25% y 33% de quienes trabajan en el área de terapia intensiva a nivel global padecían de esta enfermedad Burnout. Habiendo un incremento con la pandemia de la covid-19 con un

51% reportándose un agotamiento severo según la revista británica de medicina The Lancet. Según Medscape, en un sitio web de información y educación médica, el 13% de los médicos de ambos sexos en los Estados Unidos han experimentado pensamientos suicidas (Torres, 2022).

3.1.1 Programa de Intervención Breve (PIB) para la reducción del Síndrome de Burnout

Las investigaciones realizadas durante los últimos cinco años han demostrado que la prevalencia del agotamiento está aumentando entre los profesionales de la salud. El propósito de este estudio fue describir las etapas y niveles de la dimensión del Síndrome de Burnout y determinar el impacto de un programa de intervención (PIB) en el desgaste profesional de dos hospitales del Ministerio de Salud de Ancash, Perú (Méndez, 2020).

El Programa de Intervención Breve (PIB), una contribución especial diseñada por los investigadores de este estudio, se basa en un modelo multimodal centrado en la persona; se basa en los fundamentos teóricos y técnicos de la psicología positiva y humanista: en modelo teórico del proceso y organizacional del Síndrome de Burnout (Méndez, 2020).

El PIB se enfoca en la formación de estrategias de afrontamiento para el Síndrome de Burnout, a través de psicoeducación y psicoterapia diseñadas para mejorar los recursos y capacidades individuales, a través de métodos psicológico y técnicas de programación neurolingüística (PNL), Gestalt, Mindfulness y fitness cerebral para aliviar el estrés laboral; superación de trastornos emocionales, mejorar el comportamiento y la comunicación interpersonal para facilitar cambios conductuales, cognitivos y emocionales que permitan a los profesionales de la salud desempeñar su trabajo con mayor seguridad y estabilidad emocional (Méndez, 2020).

3.1.2 Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR)

Desde su creación en 1863, el único propósito del CICR ha sido brindar protección y apoyo a las víctimas de los conflictos armados a través de sus operaciones en todo el mundo, promover el derecho internacional humanitario y promover el respeto de esta rama del derecho por parte de los gobiernos. Las actividades del CICR se basan en los Convenios de Ginebra de 1949 y sus protocolos adicionales, así como en los estatutos de la institución: los estatutos del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, así como las resoluciones de la Conferencia Roja Internacional (CICR, 2014).

Además, de ser una organización independiente y neutral que brinda protección y asistencia humanitaria a las víctimas de conflictos armados y otras situaciones de violencia y promueve el cumplimiento del derecho internacional humanitario (CICR, 2014).

El CICR está claramente comprometido con un programa de salud responsable y de alta calidad que tiene como objetivo cumplir con los estándares profesionales. El CICR a menudo colabora con otras organizaciones y reúne a expertos de diferentes campos (CICR, 2018).

Entre el 2016 y 2020 hubo un promedio de al menos 3,780 ataques contra el personal e infraestructura de salud en 33 países, según el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR). El 19 de mayo el famoso futbolista Blaise Matuidi y Saatchi lanzaron una campaña para llamar la atención sobre el importante papel del personal médico y la necesidad de protegerlo (CICR, 2021).

3.1.3 Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT)

Las directrices de la OMS se interpretan como estrategias prácticas para gobiernos, empleadores, trabajadores y sus organizaciones en los sectores públicos y privados. El objetivo es apoyar la prevención de riesgos para la salud mental, proteger y promover la salud en el lugar de trabajo y ayudar a las personas con problemas mentales a participar y prosperar en su trabajo. Por lo tanto, la inversión y la gestión son esenciales para la implementación de la estrategia (OIT, 2022).

El Convenio sobre seguridad y salud en el trabajo (N°155) y la recomendación (N°164) de la OIT proporcionan el marco legal para la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores. Sin embargo, el Atlas de Salud Mental de la OMS encontró que solo el 35% de los países informaron tener un programa nación para promover y prevenir la salud mental relacionada con el trabajo (OIT, 2022).

3.1.4 Síndrome de Burnout en Latinoamérica

Aproximadamente 28 millones de profesionales de la salud en todo el mundo, de los cuales 30 o aproximadamente 8 millones trabajan en los Estados Unidos. Estos profesionales representan el 56% de la fuerza laboral total de la salud (que constan de odontólogos, enfermeras, farmacéuticos, médicos y parteras), en comparación con un promedio mundial estimado de 59%. Más del 80% de la fuerza laboral de enfermería se encuentra en países con una población combinada de la mitad de la población mundial. Hay una escasez estimada de 5,9 millones de profesionales en todo el mundo, y se estima que el 89% (5,3 millones) de esta escasez se concentra en países de ingresos bajos y medios-bajos. En regiones americanas, el 59% de esta fuerza laboral son enfermeras y el 37% son

profesionales afines. Por otro lado, existe 69 enfermeras profesionales y 22 especialistas a nivel mundial (Cassiani et al., 2020).

En un estudio realizado en América Latina se realizó una descripción sistemática de 89 estudios, realizado y publicas en diferentes revistas científicas, tanto en libros y memorias de eventos científicos en 12 países latinoamericanos entre los años 2000 y el 2010. Se revisaron un total de 89 estudios empíricos sobre el Burnout, realizaron búsquedas en base de datos en fuentes confiables como ser Scielo, Redalyc, Scopus y otros. Las descripciones de búsqueda fueron Burnout Syndrome, Burnout Síndrome for Work y nombres similares de países latinoamericanos (Bambula & Gómez, 2016).

Dichos estudios realizados en Latinoamérica con respecto a Burnout se encuentran validaciones de los instrumentos de Maslach, se ha considerado que el cuestionario como el estándar de oro para evaluar el burnout, a excepción de embargo ha sido fuertemente criticado a nivel mundial. El psicólogo Shirom es uno de los autores que critica el MBI y su conceptualización, considera la poca solidez para entender el burnout desde una perspectiva tridimensional. En el siglo XXI, se han realizado diversas investigaciones con respecto al burnout, lo cual se ha ido consolidando en Latinoamérica reconociéndose como un problema de salud vinculado a los riesgos psicosociales en el trabajo como se mencionaba anteriormente (Bambula & Gómez, 2016). En países de América Latina se han desarrollado modelos conceptuales referente al Burnout propios del contexto. Lo cual es evidente el uso de teorías y métodos de medición, evaluados y creados por países desarrollados, industrializados, sin la reflexión acerca de la especificidad de los procesos de trabajo (Bambula & Gómez, 2016).

3.1.5 Síndrome de Burnout en Honduras

Se han realizado estudios transversales descriptivos a población de practicantes internos de la carrera de Medicina que realizan entrenamiento en los servicios clínicos del Hospital Escuela, en dicho se aplicó instrumento de manera estructurada para determinar variables a estudiar, así mismo se aplicó el cuestionario de Burnout de Maslach y la escala de autoevaluación para la depresión de Zung. En resultado global del estudio realizado en el Hospital Escuela con respecto al Síndrome de Burnout en personal interno de la carrera de Medicina fue de 86.6%, tomando en cuenta que el 60.3% correspondía al sexo femenino y el 39.7% al sexo masculino una baja realización de personal, en cuanto al agotamiento emocional es alto con un 75.1% en despersonalización fue de un 60.2% y en baja realización de 26.4%. Se realizó una comparación de los internos solteros teniendo una mayor prevalencia de despersonalización de un 64.2% en comparación con los casados de 36.0% reportando un efecto protector marginal con el ejercicio, observándose hasta un mayor consumo de sustancias psicotrópicas (Ticas et al., 2012).

Por otra parte, Honduras ha realizado estudios en médicos residentes de diferentes especialidades de área médica siempre de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) encontrando prevalencia de un 64.8% del Síndrome de Burnout (Ticas et al., 2012).

Estudio realizado por un estudiante del cuarto año de anestesiología de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), preciso que 35 de los 29 residentes de dicha especialidad médica presentan Síndrome de Burnout, también conocido como Síndrome de agotamiento o Burnout. Según los resultados del estudio “objeto psicológico multidimensional” descrito por Maslach y Jackson en la década de 1980 y declarado factor

de riesgo laboral por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000, cinco de 34 participantes (14,7%) tenían una enfermedad crónica y solo dos un nivel bajo. La prevalencia es mayor entre las personas solteras, sin hijos y que viven lejos de sus seres queridos. El análisis se realizó desde noviembre del 2019 hasta febrero del 2020, 34 residentes, 13 hombres y 21 mujeres, adscritos al área quirúrgica tanto del departamento de cirugía como del materno infantil del hospital escuela (Fuentes, 2020).

Sus resultados muestran que el 41, 18% calificaron de excesivo el número de pacientes que atendían en su jornada laboral, 35,29% suficiente y el 23,53% de insuficiente; en cuanto al tiempo de interacción con ellos o sus familiares, cinco de ellos dijeron que era menos del 25%, 1 dijo que estaba entre el 25% y el 50%, 10 dijeron que estaban ente el 50% y el 75% y cinco dijeron que era el 75% y el 100% (Fuentes, 2020).

3.1.6 Cruz Roja Hondureña (CRH)

La política del movimiento internacional de la Cruz Roja y la Luna Roja (Movimiento) para el cuidado de las necesidades de salud mental y psicosociales se relaciona con el trabajo que los componentes del movimiento proporcionan en todos los contexto (CRH, 2021).

Contiene ocho declaraciones políticas para diferencias y cumplir con la salud psicosocial y mental de los grupos de población afectados, incluidos los empleados y voluntarios del movimiento. Además, fue aprobado en la reunión del Consejo delegado, que tuvo lugar en 2017, se solicitó una salud psicosocial y mental y el desarrollo de una política de movimiento para el cuidado de las necesidades psicosociales y mentales (CRH, 2021).

En 2017, la reunión de delegados del Movimiento aprobó la resolución del enfoque en las necesidades de salud mental y atención psicosocial, reconociendo la urgente necesidad de fortalecer los esfuerzos colectivos del movimiento, asimismo solicito se elaborar un política de Movimiento para la atención de las necesidades en salud mental y psicosocial (CRH, 2021).

En relación a lo anterior, el movimiento establece objetivos amplios a las necesidades psicosociales y de salud mental, mitigando y calmando el sufrimiento humano, salvaguardar la vida, la salud, dignidad y promover el bienestar social de las personas, las familias, comunidades, incluso los trabajadores y voluntarios que laboran en todos los entornos. Los esfuerzos humanitarios del movimiento implican a los estados y actores para abordar las necesidades psicosociales y de salud mental (CRH, 2021).

Dentro de las declaraciones políticas se encuentran:

- Garantizar el acceso equitativo a la salud mental y el apoyo psicosocial dentro de una intervención temprana.
- Brindar ayuda y atención general e integrada a la población con necesidades psicológicas y psicosociales.
- Reconocer la resiliencia, el compromiso y la diversidad.
- Garantizar la seguridad, dignidad y la protección de los derechos, con medidas contra el estigma, la exclusión y la discriminación.
- Realizar y difundir las intervenciones de acuerdo con modelos y practicas reconocidas internacionalmente basados en evidencia en salud mental y apoyo psicosocial.
- Resguardar la salud mental y el bienestar de los empleados y voluntarios.

- Creación de capacidad para la salud mental y apoyo psicosocial.

3.1.7 Sistema de salud en Honduras

El sistema de salud en Honduras consta de dos niveles de atención: el primer nivel y el segundo nivel: El primer nivel de atención es la primera entrada al sistema de salud, brinda atención ambulatoria y tiene la mayor demanda, se divide en 3 niveles de dificultad según su personal y equipo. Este nivel reemplaza básicamente a los modelos actuales de los periodos CESAR (centro de salud rural), CESAMO (Centro de salud), CLIPPER (clínica de emergencia periférica) y CEO (centro escolar odontológico). El segundo nivel debe asegurar la continuidad del proceso de tratamiento de los problemas de salud que por su complejidad son derivados al primer nivel, brinda servicios de emergencia, atención hospitalaria y atención quirúrgica. Este a su vez se divide en cuatro niveles de complejidad y reemplaza los términos de la muestra anterior hospital; área o público (Carmenate Milian et al., 2017).

3.1.8 Recurso humano por categoría que trabaja en la secretaria de Salud de Honduras

Durante en el año 2021 el total de trabajadores de la salud a nivel nacional ascendió a 20,103 recursos humanos permanentes donde se identifican por categoría, dentro del personal no hospitalaria por categoría según regiones sanitarias y de nivel central se cuenta con un total de 9,460 recursos humanos y por hospitales se cuenta con un total de 8,135 empleados de salud a nivel nacional, ver Tabla 1.

Tabla 1*Recursos Humanos Permanentes secretaria de Salud, C.A 2021*

Nº	Categoría	Número
1	Medico General	1,374
2	Medico Especialista	227
3	Enfermera Profesional	1,895
4	Auxiliar de Enfermería	6,288
5	Odontólogo	353
6	Psicólogo	73
7	Microbiólogo	429
8	Químico Farmacéutico	320
9	Trabajador Social	85
10	Técnico en Laboratorio Clínico	558
11	Técnico Instrumentista	527
12	Técnico en Radiología	154
13	Técnico en Salud Ambiental (TSA)	1,127
14	Administrativos y Oficios	6,148
	SUB TOTAL DE MEDICO	2,146
	SUB TOTAL DE ENFERMERAS	8,183
	TOTAL	20,103

Nota. Secretaría de Salud, Área Estadística de la Salud, Departamento de Planillas (Anuario Estadístico 2021 Segmento I, s. f.)

3.1.9 Hospital Manuel de Jesús Subirana, Yoro, Honduras

El Hospital Manuel de Jesús Subirana por sus siglas HMJS, una institución pública encargada de la recuperación de la salud de la población yoreña y sus alrededores. Se encuentra ubicado en la ciudad de Yoro, Honduras, en el B° Subirana contiguo al ICF. Dicha institución cuenta con cinco especialidades básicas (Pediatria, Cirugia, Ortopedia, ginecología y medicina interna), además de otros servicios de salud (psicología, odontología, control prenatal, consejerías ITS, medicina general, vacunas y atención integral SAI).

En el año 1970, se inauguró el Hospital Manuel de Jesús Subirana en el gobierno del general Oswaldo López Arellano, se contaba únicamente en ese momento con 4 especialidades, 130 empleados y se contaba solo con 68 camas.

Actualmente el HMJS, atiende 24,500 anualmente pacientes en el área de emergencia, y en consulta externa un promedio de 27,000 al año. Por parte de la secretaria de Salud se han realizado visitas para constatar la atención de calidad que se brinda a los pacientes que acuden a este centro asistencia. Se han contabilizado que dentro un promedio de 250 partos mensual y 3000 mil anualmente se realizan. Dentro de las atenciones, mensualmente en la sala de emergencias atienden unas 2,100 personas, registrándose un total anual de 24,500 pacientes. Y en consulta externa mencionábamos anteriormente que 27,000 al año, y al mes se reciben 4,500 personas.

Tabla 2*Recursos permanentes y contratos del Hospital Manuel de Jesús Subirana*

Nº	Cargo	Total, Empleados
1	Medicos Generales	45
2	Medicos Especialista	9
3	Enfermera Profesional	21
4	Auxiliares en Enfermería	134
5	Odontólogo	2
6	Psicólogo	2
7	Personal Administrativos	134
8	Microbiólogo	3
9	Técnicos en Laboratorio	3
10	Lavandería	5
11	Mantenimiento	5
12	Personal de aseo	12

Nota. El Hospital Manuel de Jesús Subirana, Yoro cuenta con 375 empleados

El personal de salud que labora en el Hospital Manuel de Jesús Subirana, Yoro de entidad pública, se encargan de atender a la población que necesita asistencia médica en todo el municipio de Yoro y sus alrededores, sin descanso, respetando las necesidades de sus pacientes, principios, valores, culturas, prácticas y creencias. Actualmente, en la situación que enfrentamos del Covid-19 se mantienen las medidas preventivas de bioseguridad para proteger a los pacientes y evitar el contagio del virus, siempre se

mantiene un protocolo donde el paciente debe de pasar por un filtro (Triage), a lo que se le debe de tomar los signos (Pulso, temperatura, presión arterial, y otros), además se le debe de llenar una ficha de investigación al paciente por si presenta otro síntoma, previo a la consulta con cualquiera de los profesionales de la salud. Estas intervenciones profesionales aseguran que las personas reciban una atención justa y de manera equitativa.

3.1.10 Condiciones de salud en Honduras

Honduras vive actualmente en una transición epidemiológica caracterizada por un aumento de enfermedades no transmisibles y lesiones, debido a una persistencia de enfermedades infecciosas y transmisibles. La tasa bruta de mortalidad disminuyó de 5.2% por 1000 habitantes en el 2009, principalmente por una disminución de la mortalidad infantil, que ahora es de 27.8% por 1000 nacidos vivos. Estas muertes ocurren en el recién nacido y se deben principalmente a traumatismos/asfixia, parto prematuro e infecciones propias del periodo perinatal. Como se puede observar en la tabla muertes perinatales son las principales causas de muerte (Bermúdez-Madriz et al., 2011).

Para el año 2010, el presupuesto asignado a la secretaria de Salud fue aproximadamente de 530 millones de dólares; el 76% proviene de Tesoro Nacional, 11% de créditos externos, 9% de donaciones y de desendeudamiento del gobierno. En el ejercicio fiscal 2010, y el IHSS tiene \$193.5 millones en operaciones. El IHSS REM se financia con los recursos que recauda y administra con base en las contribuciones de los empleados (5 euros de salario) y los empleados del sector formal (2.5%) además de la contribución estatal (0.5%). En el sistema IVM el aporte del empleador es de 2% salario y el del trabajador del 1% y el aporte estatal se mantiene en el 0.5%. En el año 2000, los costos de salud en Honduras superó el 5% en el Producto Interno Bruto (PIB). En 2008, fue del 5,7%.

El gasto per capital en el mismo año los costos de atención de la salud fueron de 227, los más bajos de Centroamérica después de El Salvador. Los costos nacionales de atención representan 61.4% de costos de atención médica (Bermúdez-Madriz et al., 2011).

Por otro lado, en el año 2022 según lo que refiere (Rodríguez et al., 2021), quien fue citado por (Landa Blanco, 2022), refieren que el sistema de salud en Honduras pasa por una serie de deficiencias en diferentes ámbitos, en las que se pueden incluir deficiencia de personal médico y la carencia de insumos necesarios para brindar una atención con dignidad a los pacientes.

3.2 Estrés a Nivel Mundial

Con lo que respecta al estrés, el tema del Día Mundial de la Seguridad y la Salud en el Trabajo y el título del nuevo informe de la OI, “El estrés en el trabajo: un desafío colectivo para todos”, subraya la falta de datos mundiales sobre la prevalencia y el impacto del estrés en el lugar de trabajo. Pero los estudios realizados en los EE. UU y en otros lugares muestran que este es un problema grave (Mitchell, 2016).

Un estudio del 2012 sobre condiciones de trabajo y salud en América Central encontró que más del 10% de los encuestados informaron sentirse estresados, tristes o deprimidos, o tenían trastornos del sueño y estaban preocupados por las condiciones de trabajo (Mitchell, 2016).

De manera similar, en una encuesta de 2009 en Argentina el 26,7 % de los trabajadores informaron estrés mental debido a lo que percibían como una carga de trabajo excesiva. En Brasil, un estudio que evaluó el ausentismo debido a accidentes y enfermedades relacionados con el trabajo mostro el 14% del uso anual de atención medica

estaba relacionada con enfermedades mentales. Una encuesta en el 2011 en Chile encontró que el 27,9% de los trabajadores y el 13,8% de los empleadores reportaron estrés y depresión en sus empresas (Mitchell, 2016).

3.3 Resiliencia a Nivel Mundial

En la década de 1980, el trabajo de Werner y Smith (1982) introdujo el concepto de resiliencia en la psicología, en un momento en que el concepto de vulnerabilidad era dominante. En 1955, Werner evaluó a 698 recién nacido en la Isla Hawaiana de Kauai. Luego pasó a dar seguimiento a 201 niños de entornos familiares socialmente desfavorecidos. Y predecir que tendrán un desarrollo psicosocial negativo en el futuro (Grzegorzewska & Farnicka, 2013).

Casi tres décadas después, Werner descubrió que 72 de estos 201 sujetos en riesgo llevaban vidas normales y bien adaptadas, a pesar de no recibir atención especial de ningún tipo. Estos investigadores llaman a su resistencia al destino y al denominador común de todos ellos “resiliencia”(Castagnola Sánchez et al., 2021).

La mediana del gasto mundial en servicios de salud mental es del 2,8% del gasto sanitario total. Los países de bajos ingresos gastan aproximadamente el 0,5% de sus presupuestos de salud en servicios de salud mental, en comparación con 5,1% en los países de altos ingresos (OPS, 2020b).

En región de las Américas, Bolivia gastó el 0,2% y Surinam reportó el 8,6%. Existe una correlación lineal directa significativa entre el ingreso nacional y el gasto público en salud mental como proporción del presupuesto total de salud. La Organización Mundial de la Salud OMS recomienda que los gastos de salud se asignen en proporción a la carga de

enfermedad y con equivalencia en los aspectos físicos y mentales de la atención médica (OPS, 2020b).

En la práctica, esto significa que los servicios de salud física y mental deben brindarse de manera integrada, y que la proporción del gasto asignado a los servicios de salud mental debe ser proporcional a su asequibilidad (OPS, 2020b).

3.4 Resiliencia en Latinoamérica

Un estudio realizado en Brasil, uno de los países más afectados debido a la reducción del espacio político, bajo a 10 lugares en el ranking del índice de Resiliencia 2020, mientras que en México se espera que suba a 7 lugares. Una fuerte disminución de la resiliencia en algunos países significa que otros ascienden en la clasificación, incluso si el nivel absoluto de resiliencia no mejora necesariamente (*Resiliencia mundial*, 2020).

Un estudio realizado en Perú con respecto a la resiliencia en personal de salud de enfermería, este país fue considerado en tomar medidas drásticas para controlar el brote por la pandemia de la COVID-19; sin embargo, los resultados no fueron tan alentadores, resultado a la pérdida de un gran número de enfermeras que se enfermaron durante las severas crisis, lo que hizo que se acumularan sentimientos adversos, mostrando la capacidad de resiliencia y resignación (Quiroz Ubillus et al., 2021).

Otro estudio realizado con respecto a la resiliencia en profesionales sanitarios de los servicios de emergencia, hacen mención que el personal de salud debe de enfrentarse a situaciones extremas, dado a que no solo implica que el empleado debe ocuparse de un servicio sino que debe de tener capacidad para enfrentarlo, por lo tanto la resiliencia en los trabajadores de la salud ha demostrado que no solo está relacionado con las características

de la personalidad, sino que también con los factores externos (Zaballos & Mosterior- Diaz, 2021).

En este estudio trasversal, participaron médicos de urgencias, enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería. Con un total de 320 profesionales, donde el 81,87% eran mujeres y la media fue de 43,5 años. Los resultados arrojados se relacionaron con factores personales y laborales (Zaballos & Mosterior- Diaz, 2021).

Capítulo 4: Metodología de la Investigación

4.1 Enfoque, alcance y diseño de la investigación

Esta investigación se realiza bajo un enfoque cuantitativo ya que estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas, la generalización y la objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia en una población en este caso en personal de salud del Hospital Manuel de Jesús Subirana, dicha muestra permitirá proceder y confirmar o rechazar la hipótesis que se planteen (Corona Lisboa, 2016).

Los métodos de recopilación de datos cuantitativos juegan un papel muy importante en la evaluación de impacto porque brindan información valiosa para comprender los procesos detrás de los resultados (Cadena-Iñiguez et al., s. f.).

El alcance es descriptivo correlacional ya que el propósito es medir el grado de relación que existen entre dos o más variables, a su vez cuantificar y analizar la vinculación de las mismas y poder sustentar las hipótesis sometidas a las pruebas, se considera el diseño no experimental transversal ya que se observa en su ambiente natural sin manipular las variables para después analizarlas (Hernández Sampieri, 2014). El diseño es transversal ya que se describe la relación de dos o más variables en un momento determinado (Sánchez, 2022).

4.2 Técnicas de recolección de información

Para este estudio se está utilizando tres técnicas de recolección de información en escala Likert, con una serie de ítems. Las preguntas de las escalas buscan obtener información acerca de los diferentes temas que se han considerado en los objetivos específicos.

4.2.1 Escala Burnout Screening Inventory (BSI)

Jaggi (2008) desarrolló la Escala Burnout Screening Inventory (BSI) fue desarrollada para medir los síntomas de Burnout para el personal sanitario. La escala consta de 10 preguntas divididas en tres dominios denominados, ver Anexo 2:

- Emoción de 4 ítems
- Despersonalización de 3 ítems
- Rendimiento de 3 ítems

Cada uno de los componentes viene con una escala Likert que indica con qué frecuencia experimenta la situación descrita. Los elementos se definen a valores en una escala de frecuencia unidireccional de 7 niveles, donde 0 equivale a “nunca” y 6 equivale a “todos los días”. Con respecto a los puntajes que tiene un valor de 0-29 siendo poco probable, 30-39 leve, 40-49 moderado y más de 50 Burnout grave (Dávila & Nevado, 2016).

En base a los datos obtenidos en este estudio, se obtuvo un omega de McDonald 0.900, IC 95% [0.874; 0.925] razón por la cual las puntuaciones del Escala Burnout Screening Inventory (BSI) son consistentes.

4.2.2 Escala de Estrés Percibido - Perceived Stress Scale (PSS-14)

La escala de Estrés Percibido (PSS-14), ver Anexo 3, versión de Cohen, Kamarak y Mermelstein, es uno de los métodos de evaluación del estrés más utilizados y tiene como objetivo medir el grado en que las personas perciben las situaciones de la vida como estresantes. Es un instrumento de autoinforme que consta de 14 ítems, incluye preguntas directas y evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes. Utiliza un formato de

respuesta tipo Likert con 5 alternativas que van de 0 (nunca) a 4 (muy a menudo) e invierte la puntuación de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13. Las puntuaciones de las escalas van de 0 a 56; puntuaciones más altas indican mayor estrés percibido (Cohen et al., 1983).

La escala PSS-14 ha demostrado ser fiable y válida para evaluar el estrés en diferentes poblaciones: mujeres, hombres, estudiantes, inmigrantes, enfermos cardíacos, renales, dermatológicos o pacientes con VIH. Se ha utilizado en muchos países, poblaciones grupos de edad y en diferentes entornos: México, Suecia, Grecia, China, Brasil; estudiantes, trabajadores, amas de casa, adultos y jóvenes (<35 años), adultos mayores (58 años) y mayores de (60 años) con o sin problema de salud, como ser trastornos de estrés, enfermedad coronaria, fumadores de ambos sexos (Torres-Lagunas et al., 2015).

En base a los datos del presente estudio, se obtuvo un omega de McDonald 0.864, IC 95% [0.830; 0.898], logrando una adecuada consistencia interna.

4.2.3 Escala de Resiliencia (ER-14) de Wagnild

Wagnild & Young (1993), manifiesta que el nivel de resiliencia de un individuo, la cual se considera un rasgo positivo de la personalidad que le permite adaptarse a situaciones adversas. Además, esta escala se correlaciona negativamente con la depresión y la ansiedad. Mide dos factores: Factor I: Competencia personal (11 ítem- autoconfianza, independencia, decisión, ingenio y perseverancia) y Factor II: Aceptación de uno mismo y de la vida (3 ítem de adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable), ver Anexo 3. El autor de la escala original (Wagnild, 2009c) sugiere los siguientes niveles de resiliencia en el rango 98-82= muy alta resiliencia; 81-64= alta resiliencia; 63-49=normal; 48-31=baja; e 30-14=muy baja (Sánchez-Teruel, 2015).

Para analizar la estructura factorial de la ER-14, se utilizó un método de componentes principales para analizar la estructura factorial. En este estudio, la media de la escala total es 71 ($DE=32.81$) y la media del Factor I= Competencia personal es 56 ($DE=19.29$) y la media del Factor II: Aceptación de uno mismo y de la vida es 15.08 ($DE=7.84$), y el rango de puntuación estará comprendido entre el mínimo 24 y máximo de 98 puntos. En la ER-14 la prueba de significancia de Barlett ($\chi^2 (3) =435,465$; $p<0,001$), El KMO (0,764) y el determinante de la matriz de correlación (0,009) indicaron una correlación adecuada entre los ítems y una buena adecuación muestral y ajuste de datos para análisis factorial con ER-14. Los resultados obtenidos utilizando el criterio de separación de Cattell fueron los mismos. El procedimiento factorial extrae un factor que explica el 75.97% de la varianza común de los datos originales y una comparación de saturación relativa de cada variable en este factor revela ambas dimensiones de la escala original (competencia personal y aceptación de uno mismo y de la vida) se satura en este único factor, que podríamos llamar resiliencia) (Sánchez-Teruel, 2015).

Todas las correlaciones ítem-total corregida excedieron 0,30, y las correlaciones de escala entre ítems fueron todas significativas ($p<0,05$). El coeficiente alfa de Cronbach factor obtenido a través del análisis factorial exploratorio. Los resultados muestran que alfa de 0,79 y la eliminación de cualquiera de los elementos no mejoró significativamente el coeficiente alfa (Sánchez-Teruel, 2015). Para examinar la validez de criterio, analizamos como se relacionan las puntuaciones de ER-14 con las puntuaciones de la Escala de resiliencia de Connor-Davidson Resilience Scale-Escala de Resiliencia de Connor y Davidson-CD-RISC (Connor & Davidson, 2003). En español como una de las escalas de medición de resiliencia con mejores propiedades psicométricas (Windle et al., 2011). Los

resultados de resistencia de ER-14 son significativas. Así, se encontró una alta correlación entre el ER-14 en español y la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) (Sánchez-Teruel, 2015).

En base a los datos obtenidos de la muestra, se estableció un omega de McDonald 0.926, *IC* 95% [0.908; 0.945] de la Escala de Resiliencia (ER-14).

4.3 Población y muestra

Un grupo que consiste en todos los procesos que corresponden a una caracterización particular y necesitan ser localizados claramente por su contenido, propiedades espaciales y temporales. Para esta investigación se toma de muestra el personal de salud del Hospital Manuel de Jesús Subirana, Yoro del periodo 2022, de las diferentes profesiones (médicos, enfermeras profesionales, enfermeras auxiliares, entre otros), que laboran dentro de la institución, que corresponden a 375 profesionales de la salud, a los que se le aplicará diversas escalas de forma estructurada (Hernández Sampieri, 2014).

Para la selección, se usó una calculadora de tamaño de muestra (Raosoft), por lo que a un nivel de confianza del 95%, con un margen de error de 5%, cuyo total de la población es de 375 personas. Por lo que el tamaño de muestra resultó en 131 personas que forman parte de la muestra de este estudio. Se opta por un muestreo no probabilístico, mediante un tipo de muestreo por conveniencia ya que permitirá la accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador (Otzen & Manterola, 2017).

De total de 131 participantes, el 76.3% ($n=100$) eran mujeres y el 23.6% ($n=31$) hombres. Representando que todos los encuestados tenían más de 18 años. En cuanto a la modalidad la mayor parte de los sujetos laboran bajo la modalidad permanente 62.5% ($n=$

82), el 23.6 % ($n=31$) son de servicio social, el 10.6% ($n=14$) son de modalidad de contrato y el 3.0% ($n=4$) son de interinato. Con respecto al perfil profesional de los participantes se aprecia que el 63% ($n=82$) son auxiliares en enfermería, el 14% ($n=19$) son personal administrativo, el 11% ($n=14$) son médicos generales, el 9% ($n=12$) son enfermeras profesionales, el 1% ($n=2$) son médicos especialistas, el 1% ($n=1$) representa a microbiólogo, y el 1% ($n=1$) son psicólogo. Notándose una cantidad alta en las auxiliares en enfermería, ver Tabla 3.

Tabla 3*Descripción demográfica de la muestra*

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Femenino	100	76.3
Masculino	31	23.6
Modalidad		
Permanente	82	62.5
Servicio social	31	23.6
Contrato	14	10.6
Interinato	4	3.0
Cargo		
Auxiliares en enfermería	82	63
Administrativo	19	14
Médicos generales	14	11
Enfermeras Profesionales	12	9

Médicos especialistas	2	1
Microbiólogos	1	1
Psicólogo	1	1

Nota. Elaboración propia

4.4 Consideraciones éticas

Cada vez que se realiza una investigación, independientemente de su alcance o método, debe realizarse las pautas éticas establecidas, el voluntariado y el cumplimiento requerido por la universidad, por lo que este estudio fue sometido y aprobado por el Comité de Ética en investigación de la Facultad de Ciencias Sociales con el código CEIFCS-2023-P5, ver Anexo 6.

4.4.1 Privacidad y confidencialidad de los participantes

En las sociedades científicas de diversas disciplinas han adoptado pautas que afirman la necesidad de respetar la privacidad de los participantes y de garantizar la confidencialidad de los datos de la investigación. Además, hacer énfasis el respeto de voluntariedad y también que el participante puede retirarse cuando lo considere pertinente, ya que se respeta la dignidad y el valor del participante, sus derechos, privacidad, confidencialidad y autodeterminación.

Para poder garantizar la confidencialidad del estudio el participante recibirá un documento oficial con toda la información datos demográficos y escalas donde tendrá la oportunidad de valorar la información y preguntar lo que no tenga claro. En el caso de la protección de los datos se utilizarán códigos especiales de identificación para establecer un orden lógico y tener un mejor análisis de datos. En los datos obtenidos del estudio estarán

protegidos y únicamente por el investigador principal, donde estarán resguardadas en carpetas en la computadora asegurándose que la carpeta esté restringida. Por lo tanto, con el fin de mantener el anonimato de los participantes, se excluirá los datos que lo identifiquen (nombre, dirección, correo electrónico, cédula).

4.4.2 Consentimiento informado

En relación al proceso legal y ético que requiere el consentimiento informado, la aplicación de dicho consentimiento se elaborará en un documento electrónico con toda la información correspondiente, donde se le explicara el objetivo del estudio, manifestando al participante que todos los datos que proporcione serán confidenciales y su participación será de forma voluntaria, se le manifestara que tendrá la libertad de dejar el proceso de la investigación cuando lo considere conveniente, sin tener alguna represalia por ello. Y que no se recibirá ningún beneficio monetario por participar en este estudio. Manifestando que puede negarse a participar sin que esto tenga consecuencias en su bienestar, ya que el estudio no representa ningún riesgo para usted. La interacción con el participante con respecto al estudio tendrá lugar durante comunicaciones electrónicas (correo electrónico), ver Anexo 1.

4.4.3 Riesgos potenciales para los participantes y las estrategias para minimizarlo

Se considera en este estudio un tipo de riesgo mínimo, porque al hablar acerca de sentimientos y pensamientos en diversas situaciones de la parte laboral y personal puede ocasionar una respuesta emocional a la persona, por lo tanto, para afrontar esta situación se brindará los números telefónicos del programa “La UNAH Te Escucha”, Centro

Psicológico “Teléfono de la Esperanza” o podrán abocarse al área de atención psicológica del Hospital Manuel Jesús Subirana.

4.4.4 Compensaciones para los participantes

La participación en este estudio es totalmente voluntaria, y no representa ningún riesgo para su persona, por lo tanto, no recibirá ninguna compensación económica.

4.4.5 Divulgación de los resultados de la investigación

El proceso de divulgación de los resultados de este estudio, procederá a una terna evaluadora de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, además de realizarse un artículo reportándose los hallazgos preliminares de la investigación. Posteriormente una vez esté concluido y revisado se entregará copia del estudio a la institución donde se ejecutó para poder brindar los resultados generales a los participantes.

4.4.6 Resguardo de la información

Con respecto a la protección de la información, se recopilarán los datos de los participantes por medio de códigos que ayude a conformar una base de datos con propósitos investigativos. Los datos estarán en custodia de la investigadora principal, protegiendo la información brindada por los participantes en carpetas con contraseñas seguras para que ningún particular tenga acceso a los datos. Asimismo, las escalas serán resguardadas en una base de datos computarizada después de que se cumpla el objetivo de la investigación.

4.5 Plan de análisis

En este apartado se obtendrán los puntajes sumativos de cada una de las escalas, de tal manera se realizará un análisis de la consistencia interna de cada instrumento, posteriormente se describirá estadísticamente cada variable, esto mediante un análisis porcentual, de tendencia central y de dispersión.

Se utilizó la prueba de student para usos independientes en función al sexo, así mismo, se utilizó la r de Pearson para la correlación de variables, por otro lado, para la prueba de hipótesis se tomará como punto de referencia un nivel de confianza del 95%. Finalmente, se calcula el tamaño de efecto del modelo resultante. Todos los análisis estadísticos se realizarán utilizando JASP.

Capítulo 5: Resultados

5.1 Interpretación de resultados Escala Burnout Screening Inventory (BSI)

En la escala de Burnout Screening Inventory (BSI) en total se obtuvo una media de 10.901 con una desviación estándar de 13.768 con puntajes que oscilaban entre 0 a 75.

En relación a los resultados en la Escala de Burnout, se muestra que el 87.7% ($n=115$) de los participantes presentan niveles bajos de Burnout, lo que hace poco probable que presenten sintomatología. Por otro lado, se muestran valores moderados los cuales representan el 2.2% ($n=3$) de la muestra, así mismo, se presentan niveles leves los cuales comprenden el 6.8% ($n=9$), el 3.0% ($n=4$) presentan niveles altos en Burnout, ver *Tabla 4*.

Tabla 4

Descripción de respuesta por rango Escala Burnout Screening Inventory (BSI)

BSI	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulativo
Grave	4	3.053	3.053	3.053
Leve	9	6.870	6.870	9.924
Moderado	3	2.290	2.290	12.214
Poco probable	115	87.786	87.786	100.000
Total	131	100.000		

Nota. Esta tabla muestra la frecuencia de respuestas de cada ítem de la escala de

Burnout, reflejando que la más alta fue la de poco probable.

Se encuestó a 131 personas pertenecientes a personal en formación del área de salud. El ítem “Me siento mal cuando pienso en cómo trato a los demás” se obtuvo un puntaje de una media 1.328 ($DE=1.935$), “Parece que los demás tienen cada vez menos interés por mi trabajo” con una media 1.282 ($DE=1.883$), “Cada vez con más frecuencia me enfada o me asusta que personas de mi entorno tengan problemas” tuvo una media de 1.229 ($DE= 1.842$). Los puntajes oscilaban entre 0 a 7; ver Tabla 5 y Figura 1.

Tabla 5

Descripción de puntajes obtenidos de la Escala Burnout Screening Inventory (BSI)

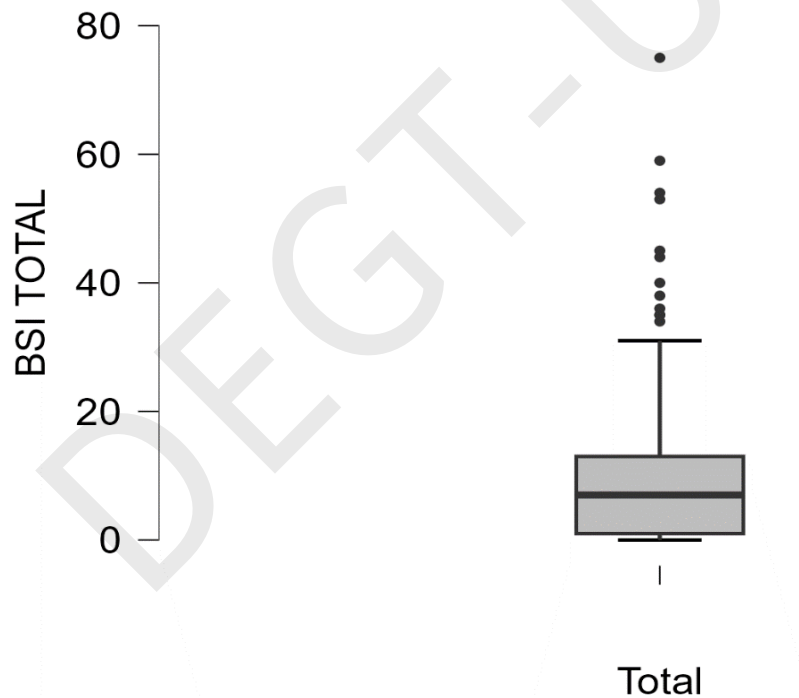
Ítem	Media	Desviación Estándar
BSI1. Cada vez es más frecuente que trate a las personas como si fueran objetos.	0.481	1.48
BSI2. Parece que los demás tienen cada vez menos interés por mi trabajo.	1.282	2.039
BSI3. Mi trabajo hace que cada vez me importen menos los demás. Además, tampoco tengo tiempo para dedicarles.	0.718	1.715
BSI4. Mi trabajo me deja emocionalmente frío o insensible.	1.099	1.921
BSI5. Cada vez me satura mantener que hacer cosas con otras personas. Después de trabajar con compañeros me siento agotado.	1.176	1.883
BSI6. Cada vez con más frecuencia me enfada o me asusta que personas de mi entorno tengan problemas.	1.229	1.842

BSI7.Ultimamente participo en las conversaciones más irritado que antes.	1	1.758
BSI8. Últimamente no consigo desempeñar mi profesión como se supone que deberá realizarla.	0.687	1.365
BSI9. Me siento mal cuando pienso en cómo trato a los demás.	1.328	1.935
BSI10. Mi situación es desesperada y no tengo ninguna salida. A veces tengo la sensación de estar al borde del precipicio.	0.954	1.831

Nota. Los puntajes de cada reactivo oscilan de 0 a los 7.

Figura 1

Escala Burnout Screening Inventory (BSI)



5.2 Escala Estrés Percibido

El estrés percibido fue evaluado por medio de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14), originalmente elaborada por Cohen, Kamarek, & Mermelstein (1983). Se obtuvo una media de 35.931 ($DE= 8.145$; $MIN= 18.0$; $MAX= 55.0$). Comparándolo con otro estudio, el cual fue realizado por Zárate-Flores et al., (2022), se obtuvo una media de 38.1 con una desviación estándar de 7.6 que corresponde a un nivel alto de estrés.

El reactivo con el puntaje más alto es: “¿En el último mes, con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?” ($M=3.664$; $DE=1.423$), mientras que el puntaje más bajo el del ítem “En el último mes, con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida” ($M=1.969$; $DE=1.116$). Los puntajes de cada reactivo oscilan de 1 a 5, ver Tabla 6, ver Figura 2.

Tabla 6

Descripción de puntajes obtenidos de la Escala de Estrés Percibido (PSS)

Ítem	Media	Desviación Estándar
PSS1. ¿En el último mes, con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	2.206	1.287
PSS2. ¿En el último mes, con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	1.969	1.116
PSS3. ¿En el último mes, con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	2.672	1.35

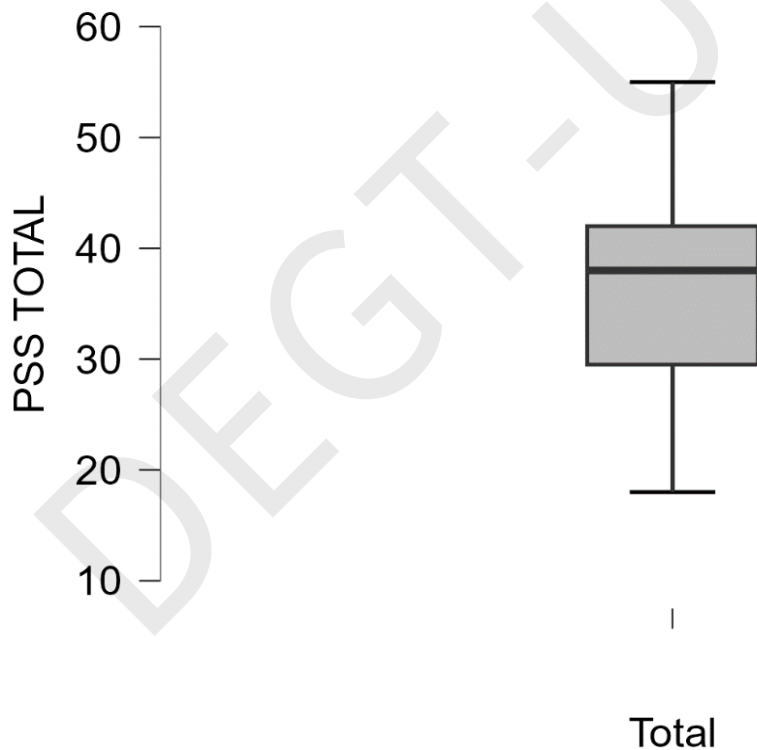
PSS4. ¿En el último mes, con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	2.977	1.411
PSS5. ¿En el último mes, con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	2.939	1.402
PSS6. ¿En el último mes, con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	3.481	1.501
PSS7. ¿En el último mes, con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	3.664	1.423
PSS8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podrá afrontar todas las cosas que tenga que hacer?	2.359	1.271
PSS9. ¿En el último mes, con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	3.496	1.389
PSS10. ¿En el último mes, con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	3.305	1.408
PSS11. ¿En el último mes, con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	2.298	1.34
PSS12. ¿En el último mes, con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	3.221	1.437

PSS13. ¿En el último mes, con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	3.137	1.418
PSS14. ¿En el último mes, con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	2.206	1.251

Nota. Las opciones de respuesta son: a) nunca (0), b) casi nunca (1), c) de vez en cuando (2), d) a menudo (3), e) muy a menudo (4). Tomado de (Moral de la Rubia & Cázares de León, 2014).

Figura 2

Escala de Estrés Percibido (PSS)



5.3 Escala de Resiliencia ER-14

En los factores de la Escala de Resiliencia, el factor de competencia personal con una media de 21.626 ($DE=8.708$), con un puntaje que oscilaban entre 11 y 55. En el factor de aceptación obtuvo una media de 6.481 ($DE=2.721$), con un puntaje que oscilaban entre 3 y 15. Por último, para el total de la escala, se encontró una media de 8.107 ($DE=11.036$), con puntajes que oscilan entre 14 y 70.

El reactivo con el puntaje más alto es: “siento que puedo manejar muchas situaciones a la vez”, con una media de 2.412 ($DE=1.136$). Mientras que el puntaje más bajo el del ítem “en situaciones de emergencia, soy una persona con quien los otros pueden confiar”, con una media de 1.687 ($DE=1.031$). Ver Tabla 7 y Figura 3.

Tabla 7

Descripción de puntajes obtenidos de la Escala de Resiliencia (ER)

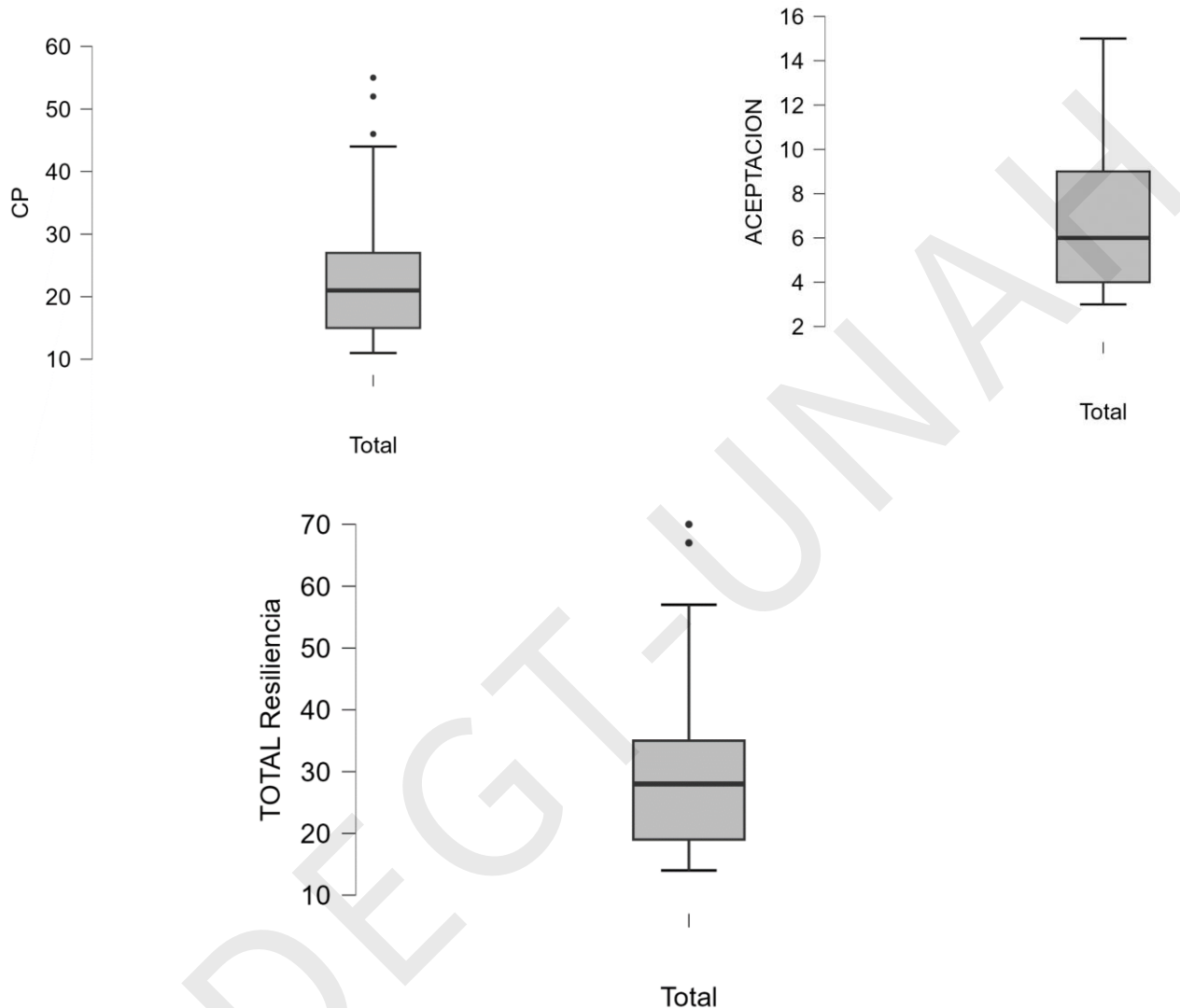
Ítem	Media	Desviación Estándar
ER1. Normalmente, me las arreglo de una manera u otra.	2.107	1.025
ER2. Me siento orgulloso de las cosas que he logrado.	1.695	1.037
ER3. En general, me tomo las cosas con calma.	2.328	1.193
ER4. Soy una persona con una adecuada autoestima.	2.168	1.165
ER5. Siento que puedo manejar muchas situaciones a la vez	2.412	1.136
ER6. Soy resuelto y decidido.	2.084	1.089

ER7. No me asusta sufrir dificultades porque ya las he experimentado en el pasado.	2.374	1.315
ER8. Soy una persona disciplinada.	1.985	1.038
ER9. Pongo interés en las cosas.	1.656	0.975
ER10. Puedo encontrar, generalmente, algo sobre lo que reírme.	2.092	1.077
ER11. La seguridad en mí mismo me ayuda en los momentos difíciles.	1.985	1.157
ER12. En situaciones de emergencia, soy una persona con quien los otros pueden confiar	1.687	1.031
ER13. Mi vida tiene sentido.	1.565	1.075
ER14. Cuando estoy en una situación difícil, por lo general puedo encontrar una salida.	1.969	1.095

Nota: Los puntajes de cada reactivo oscilan de 1 a los 5 puntos.

Figura 3

Relación entre resiliencia y los factores de Competencia Personal y Aceptación de uno mismo y de la vida



5.4 Comparación por puntajes de cada escala en función al sexo

Adicionalmente, se elaboró un análisis de comparación de cada escala en función al sexo de los participantes, los factores de competencia personal y aceptación de uno mismo.

Los resultados indican que en total de la Escala Burnout Screening Inventory (BSI) la

categoría de hombres indica una media de 15.355 ($DE=17.419$) y en mujeres una media de 9.520 ($DE=12.199$), ver Tabla 9. Esto parece indicar que se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($t=2.088$; $p=0.039$), en donde los hombres reportan una media significativamente más alta que las mujeres, ver Tabla 8.

Además, los resultados obtenidos en las otras escalas de Estrés Percibido (PSS-14), escala de Resiliencia ER, los factores de Competencia personal y Aceptación a uno mismo no hay una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres ($p < 0.05$).

Tabla 8

Diferencia de medias en función al sexo

Instrumento	<i>T</i>	<i>Df</i>	<i>p</i>
Escala Burnout Screening Inventory (BSI)	2.088	129	0.039
Escala de Estrés Percibido (PSS-14)	- 0.500	129	0.618
Escala de Resiliencia (ER-14)	0.384	129	0.702
Competencia Personal	0.532	129	0.596
Aceptación de uno mismo y de la vida	-0.144	129	0.886

Nota. Se utilizó la prueba de student para usos independientes.

Tabla 9

Comparación por sexo, variables, factores de competencia personal y aceptación de uno mismo y de la vida

Instrumento	Grupo	Frecuencia	Media	Desviación Estándar	SE	Coefficiente de variación
Escala Burnout Screening Inventory (BSI)	Hombre	31	15.355	17.419	3.129	1.134
	Mujer	100	9.520	12.199	1.220	1.281
Escala de Estrés Percibido (PSS-14)	Hombre	31	35.290	9.332	1.676	0.264
	Mujer	100	36.130	7.782	0.778	0.215
Escala de Resiliencia (ER- 14)	Hombre	31	28.774	12.974	2.330	0.451
	Mujer	100	27.900	10.429	1.043	0.374
Competencia Personal	Hombre	31	22.355	10.317	1.853	0.462
	Mujer	100	21.400	8.192	0.819	0.383
Aceptación de uno mismo y de la vida	Hombre	31	6.419	2.953	0.530	0.460
	Mujer	100	6.500	2.661	0.266	0.409

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Por lo tanto, de acuerdo a los resultados obtenidos muestra que las personas que presentan mayor Burnout o desgaste laboral ($r=0.452$; $p=.001$), tienden a mostrar mayor nivel de estrés percibido, por otro lado, las personas que presentan mayor nivel de Burnout pueden ostentar niveles bajos de resiliencia ($r=0.205$; $p=0.019$), así mismo, las personas que obtienen relación significativa en la escala de Burnout, presentan dificultades para

poder gestionar situaciones, es decir ,muestran un bajo nivel de competencia personal ($r=0.196$; $p=0.025$), sin embargo, las personas con una relación significativa en la escala de Burnout, presentan dificultades en la aceptación de sí mismos y de la vida ($r=0.207$; $p=0.018$).

Por otro lado, las personas que obtienen una relación significativa de estrés percibido tienden a ser más resilientes ($r=0.281$; $p=0.001$). Por lo tanto, Silva et al.,(2021), menciona que las personas a pesar de estar viviendo procesos de estrés en su campo de trabajo, pudiesen estar presentando niveles altos de resiliencia, debido a factores como la antigüedad laboral, lo que, los prepara a tolerar más el estrés y poder sobrellevar la carga de sus funciones diarias, sin embargo, es un dato que se encuentra fuera de lo esperado en el presente estudio. Por otro lado, las personas que perciben mayor nivel de estrés tienden de forma moderada a no gestionar sus emociones y a no poder enfrentar las situaciones nuevas, por lo que, tienen baja competencia personal ($r=0.269$; $p=0.002$), por último, las personas que obtienen mayores niveles de estrés percibido, se encuentran relacionados de forma moderada con la aceptación de uno mismo y de la vida, ($r=0.278$; $p=0.001$) por lo que, a mayor estrés las personas tienden a sentirse inadecuadas consigo mismas.

Así mismo, las personas que obtienen relaciones significativas de resiliencia, tienden a reportar valores significativos de competencia personal ($r=0.990$; $p=.001$), por lo que, las personas que tienden a ser resilientes tienen mayor capacidad para poder enfrentar los nuevos retos y a poder gestionar sus emociones frente a situaciones adversas, de la misma forma, las personas que puntúan más resiliencia tienden a tener mayor capacidad para aceptarse a sí mismos y a la vida ($r=0.889$; $p=.001$).

Por último, las personas que tienen una relación significativa de competencia personal, tienden a tener mayor facilidad para aceptarse a sí mismo y a la vida ($r=0.814$; $p=.001$), por lo tanto, el que las personas se conozcan más a sí mismas y tengan una mejor percepción ante su propia vida, pueden llegar a confiar más en sus competencias personales, ver Tabla 10, ver Figura 4.

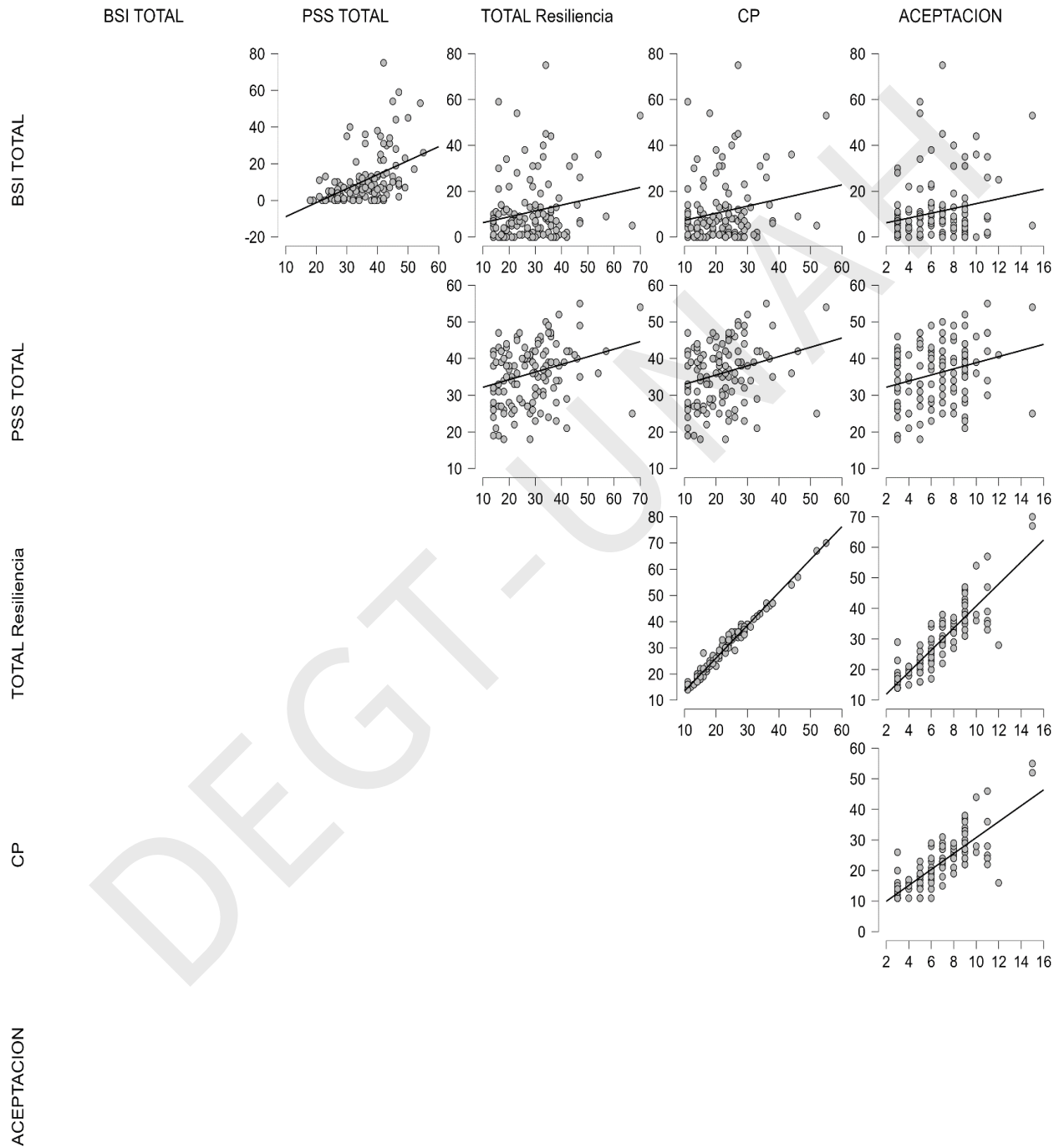
Tabla 10

Relación entre Burnout, Estrés Percibido, Resiliencia, Factor I y Factor II

Variable		1	2	3	4	5
1.Escala Burnout Screening Inventory (BSI)	<i>r</i>	—				
	<i>p</i>	—				
2.Escala de Estrés Percibido (PSS-14)	<i>r</i>	0.452***	—			
	<i>p</i>	< .001	—			
3.Escala de Resiliencia (ER-14)	<i>r</i>	0.205*	0.281***	—		
	<i>p</i>	0.019	0.001	—		
4.Competencia Personal (Factor I)	<i>r</i>	0.196*	0.269**	0.990***	—	
	<i>p</i>	0.025	0.002	< .001	—	
5.Aceptación de uno mismo y de la vida (Factor II)	<i>r</i>	0.207*	0.278**	0.889***	0.814***	-
	<i>P</i>	0.018	0.001	< .001	< .001	-

Figura 4

Descripción univariada de Burnout, Estrés Percibido, Resiliencia, Factores de Competencia personal y Aceptación de uno mismo y de la vida



Capítulo 6: Discusión

6.1 Implicaciones del estudio

El presente estudio utilizó el método cuantitativo para analizar la relación que existe entre el Síndrome de Burnout, resiliencia y estrés y sus determinantes en una muestra de profesionales de la salud del Centro Hospitalario Manuel de Jesús Subirana, Yoro. La presente tesis se incluyó también al personal del área administrativa, debido a que la carga laboral es mayor y el tiempo de entrega de sus actividades es reducido.

El síndrome de burnout o agotamiento profesional es reconocido en toda Latinoamérica, debido a que interfiere de una manera en la vida profesional cambiando el comportamiento de los pacientes y también en las personas del entorno laboral; incluso puede cambiar la vida de principio a fin. Desde hace años se ha venido estudiando sobre la forma correcta de diagnosticarlo, cuáles son sus factores de riesgo, poblaciones prevalentes, donde se ha descubierto que los trabajadores de la salud son más susceptibles a este síndrome por el contacto directo y el bienestar humano (Betancur et al., 2012).

El Burnout ya es un problema emergente en salud pública, debido a que ha sido muy poco estudiado en Honduras, uno de los beneficios de este estudio va encaminado en generar fuentes de conocimientos, de tal forma, brindar estrategias de prevención dirigidas al personal de salud. El personal de salud está sometido a grandes cargas y tensión que pueden afectar en el desempeño laboral.

En relación a los niveles del Síndrome de Burnout se utilizó la escala de BSI desarrollada por Jaggi, las puntuaciones obtenidas en la escala de BSI, se realiza sobre el total con resultados que van de 0-23 poco probable (considerándose que se producen a

causas de estrés diferentes a las laborales); 34-36 leve, no se identifica que haya un burnout moderado ni grave.

Se puede apreciar que los resultados obtenidos en la escala de Burnout Screening Inventory (BSI) la mayoría de los participantes se encuentran en un nivel medio que equivale al 87.7% (n=115). Uno de los ítems más predominantes en este apartado “Me siento mal cuando pienso en cómo trato a los demás”.

En otras palabras, los participantes pueden llegar a padecer de un alto Burnout, debido a la tensión laboral, además de la alta demanda de atención que requiere el usuario, a lo mejor la falta de personal que labora, condiciones del lugar de trabajo, causando al trabajador problemas psicológicos como ser: la baja tolerancia a la frustración, irritabilidad, alta demanda emocional. Ocasionando de tal manera en el ámbito laboral la falta de motivación por el trabajo hasta el punto de creer que sus esfuerzos son inútiles.

Actualmente, el estrés en el trabajo es una de las manifestaciones más comunes en el personal de salud, presentándose de manera continua; sin embargo, esto ocurre en tiempos periodos cortos de tiempo. Cuando se presenta congestión o sobrecarga de trabajo se produce estrés, pero en periodos prolongados, lo que repercute la salud del que lo padece.

En varios estudios realizados, una de las profesiones con una alta demanda de presentar estrés ha sido el personal de enfermería, debido a las múltiples funciones que desempeñan y debido a ello, obliga a que el personal que laboran en estas áreas esté sumergidos a situaciones estresantes de manera continua. En diversas ocasiones, el personal de enfermería en este caso, se enfocan en satisfacer las necesidades de sus pacientes,

dejando de lado el autocuidado para brindar ayuda a quienes la merecen (Muñoz Zambrano et al., 2015).

A pesar de las limitaciones reflejadas en este estudio, deja constancia que el uso de competencias sociales y las fortalezas humanas de los prestadores de salud pueden servir como factores protectores contra el riesgo de desgaste y estimular el compromiso y la productividad. En este sentido, estimular la autoeficacia profesional de los empleados sería una estrategia preventiva adecuada frente a factores estresantes inevitables en las organizaciones. Asimismo, una política adecuada de recursos humanos que fortalezcan el compromiso y la participación de los empleados en la consecución de los objetivos organizacionales ayudara a reducir el ausentismo (Salanova Soria et al., 2005).

Por lo tanto, tomando en cuenta los principales hallazgos del presente estudio, se crea la necesidad de poder implementar un plan de intervención que pueda ayudar a la mejora de las relaciones interpersonales de los empleados del Hospital Manuel de Jesús Subirana, por lo que, es de vital importancia la creación de espacios terapéuticos y de salud que ayuden a poder prevenir factores de riesgo y así, no afectar la calidad de vida de las personas. Por lo tanto, algunas estrategias que podrían servir de ayuda para estos efectos es la creación de un espacio físico “Rincón de la calma” que pueda servir como una estrategia de mindfulness y así bajar la tensión y carga emocional de los empleados

Por otro lado, según Michaud (1999) señala que la resiliencia también implica prevenir los riesgos, limitándolos, asumiendo una actitud positiva entorno a sus capacidades y a las personas, además de incorporar en la anamnesis indagar sobre las propiedades positivas del desarrollo y de la salud en general. En otras palabras, no

únicamente centrarse en la sintomatología para identificar y activar los recursos de las personas, de los sistemas de salud, contextos y de las redes sociales (Seligman, 2002).

Estudios o evidencias empíricas sugieren que ciertas fortalezas y características positivas forman barreras protectoras, una de ellas es la actitud optimista, la esperanza y la perseverancia. Dichas características son las que forman la frecuencia de estudios como indicadores de resiliencia y el crecimiento personal (Seligman, 2002)..

Respecto a los resultados obtenidos de la encuesta, de acuerdo a la metodología a aplicar a través de la escala de resiliencia ER-14, nos permite verificar el grado de depresión ya ansiedad generado por la carga laboral, también de poder anticipar el grado de resiliencia que tiene el personal de salud.

Por lo anterior, se encontró que el nivel de resiliencia del personal de salud del Hospital Manuel de Jesús Subirana fue muy bajo, predominando el sexo femenino en los resultados descriptivos de esta escala. Se percibe que los encuestados tienen un autocontrol sobre situaciones de trabajo, asociados a la resiliencia que de tal manera pueden contribuir a la reducción de la exposición del estrés.

Se ha confirmado en diversas investigaciones y publicaciones la notabilidad del concepto de resiliencia aplicado a la salud, dado a que afronta la existencia de una perspectiva activa y optimista, dispuesta a las nuevas experiencias con altos niveles de emocionalidad positiva, esto además de acompañamiento de una sana curiosidad. Referente a lo mencionado, varias investigaciones han confirmado de la relevancia de las emociones positivas en la protección de la salud (Asensio et al., 2018). Efectuando las revisiones respecto al efecto positivo de la resiliencia en la salud, se concluye que existe una mayor

relevancia a nivel de salud mental, refieren varias investigaciones la confirmación benéfica de la resiliencia aportando la disminución de infarto, control glicémico y la reducción de los niveles de colesterol; por ende, incide de manera positiva en el bienestar de la persona y su calidad de vida (Cala, 2020).

Por lo tanto, se encontró que existe una relación altamente significativa entre las variables de Resiliencia y Estrés Percibido, es decir que a mayor Estrés Percibido presenten los participantes menor capacidad de resiliencia. En cuanto al factor de Competencia Personal relacionada con Estrés Percibido y Resiliencia se encontraron los mismos resultados, bajas asociaciones, por lo que, a mayor nivel de estrés, mayores niveles de resiliencia presentaron los participantes, presentando coeficiente positivo débil.

De acuerdo a otro estudio realizado por Silva et al. (2021), menciona que aunque sea infrecuente, las personas llegan a tolerar con mayor facilidad niveles altos de estrés debido a la presencia de factores como ser la resiliencia. Por otro lado, un estudio planteado por (Lirios et al., 2017) y Valdivia Baca (2018) explican el hecho de que las personas al adquirir una actitud resiliente, se puede sentir más seguras y sobreponerse a la adversidad, para así poder rededir los niveles de Estrés.

6.2 Recomendaciones

De acuerdo a los principales hallazgos del presente estudio, se crea la necesidad de implementar estrategias para poder disminuir el Burnout, el estrés y poder así, favorecer el incremento de la resiliencia en el personal de salud del Hospital Manuel de Jesús de Subirana, Yoro, por lo que, según Marín et al. (2023), menciona que es necesario la creación de estrategias que sirvan de diagnóstico y se pueda identificar a aquellos

empleados que están padeciendo de algún tipo de hostigamiento laboral, debido, a que es uno de los factores que favorece la aparición de Burnout en el personal de salud.

Por lo que, tomando en cuenta que el personal de salud se encuentra sometido de forma constante a demandas que en muchas ocasiones les desencadena estados de estrés, por lo que esto podría representar, según Vidotti et al. (2019), un riesgo a nivel psicosocial en el personal de enfermería, esto se debe, a que de forma continua se encuentran expuestos al sufrimiento del paciente, la muerte, y, las constantes demandas de parte de usuarios o pacientes que llegan diariamente al hospital, por lo que, es de vital importancia que se le ayude al personal a poder gestionar y que cuenten con un espacio donde puedan ser atendidos en sus necesidades de salud mental.

En cuanto a la salud mental y los espacios que potencien o ayuden al empleado a tener un mejor ambiente laboral, puede servir de beneficio para la reducción de los niveles de estrés, donde Vidotti et al. (2019), menciona que una de las herramientas que puedan ayudar al empleado a reducir la presencia de Burnout, son las actividades de ocio, dado, que son actividades que generan placer, amortiguan el agotamiento de los empleados, en particular en aquellos que reciben altas demandas y exigencias laborales.

Además, se recomienda garantizar que el empleado tenga una buena calidad de vida o ambiente laboral, menciona Vidotti et al. (2019), ayudara a que se dé una mejor atención al paciente, y, se reduzca el malestar en el empleado de salud.

Desde luego se debe de mantener una buena relación con compañeros de trabajo, puede garantizar que las personas se sientan apoyados, por lo que, Torres et al. (2021),

Menciona que el apoyo social por parte de sus compañeros, puede servir como factor protector contra el síndrome de Burnout.

En otras palabras, el personal de salud cumple una función importante dentro de la sociedad, donde su labor de cuidado al paciente es una herramienta clave en la recuperación del usuario que llega en solicitud de servicios clínicos, sin embargo, menciona Masó et al. (2022), que a pesar que sus labores son de servicio, también es necesario implementar estrategias que ayuden a cómo cuidar al cuidador, donde se debe de garantizar ambientes que les ayude a cuidar su bienestar físico y mental.

Otro de los aspectos que puede ser determinante en la aparición del Síndrome de Burnout, según Solano (2020), es la inestabilidad laboral, además, de tener inseguridad en las condiciones de trabajo, lo que, genera angustia y sensaciones inadecuadas de estrés.

Por lo tanto, es de vital importancia cuidar al empleado, poder garantizar que cuente con espacios y herramientas necesarias para sus labores, además, de poder ayudar a que tengan una buena calidad de vida, así como lo menciona Solano (2020), que es necesario crear límites laborales saludables, es decir, que las demandas sean proporcionales a las capacidades de cada uno de los empleados, y, así poder reducir la sobrecarga tanto física, laboral y emocional del empleado de salud.

Unas de las herramientas que puede ayudar al personal de salud a sufragar los efectos nocivos del estrés, es la resiliencia, donde Moreno et al.,(2021), menciona y otorga un valor importante en la reducción de los niveles de estrés y, al mismo tiempo les sirve como herramientas de afrontamiento ante las adversidades, mejorando de manera notable el clima laboral del empleado de salud.

Sin embargo, es necesario que se brinde real importancia en ayudar al personal de salud, en desarrollar factores de resiliencia, como lo indica Moreno et al.(2021), donde la resiliencia ayuda a que la persona se sienta satisfecha en su trabajo y creando una actitud positiva, desarrollando de forma positiva sus labores.

6.3 Futuras investigaciones

De acuerdo a los principales hallazgos del presente estudio, es necesario poder indagar sobre el Síndrome de Burnout, resiliencia y estrés en el personal de salud de Hospitales públicos y privados en Yoro, Yoro, Honduras, esto es debido a que, en el presente estudio, solo se tomó a un solo centro asistencial, por lo que, podría brindarse un estudio comparativo entre ambas muestras. Por otro lado, la presente investigación trato el Síndrome de Burnout, resiliencia y estrés percibido en personal de salud, sin embargo, es necesario poder tomar en cuenta a estudiantes en servicio social, debido a que producto de sus primeros acercamientos al mundo laboral podrían presentar niveles significativos de Burnout, por lo que, podría ser beneficio que se utilice otro tipo de abordajes para poder enriquecer las futuras investigaciones.

6.4 Limitaciones del estudio y recomendaciones para futuras investigaciones

En relación a las limitaciones encontradas en el estudio, se encuentra las diferencias heterogéneas en el personal perteneciente a la muestra, es decir, se tomó en cuenta personal asistencial (Médicos Generales, Enfermeras Profesionales, Auxiliares en Enfermería entre otros), y, personal administrativo, existiendo diferencias en relación a la carga laboral, Otra de las limitantes es que el presente estudio se encuentra centrado en un único hospital, por lo que, no se pudo abarcar a otros hospitales, y, así, poder tener mayor representatividad en

la ciudad de Yoro, además, de no poder hacer diferencias entre grupos. Por otro lado, una de las dificultades presentes en el estudio fue las deficiencias de sistema de internet, algunos profesionales de la salud no contaban con teléfonos celulares, por lo que, retraso el proceso de llenado de las encuestas, además, de apatía por parte de los médicos en participar en la investigación.

Tomando en cuenta que se tomó personal administrativo y de salud, las obligaciones o cargas laborales pueden resultar ser distintas, por lo que, pudo existir algún tipo de sesgo en los resultados, por otra parte, debido a la región donde fue aplicado la encuesta, no todos contaban con medios electrónicos, además, de diferencias en los turnos de trabajo, por lo que, la participación no se dio de forma fluida.

Referencias Bibliográficas

Aguado Martin, J. I., & Batíz Cano, A. (2013, junio). *El estrés en personal sanitario hospitalario:*

Estado actual. DOI 10.4321/S0465-546X2013000200006, ISSN 0465-546X ,

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2013000200006

American Psychological Association. (2011, julio). *El Camino a la Resiliencia*.

[Https://Www.Apa.Org](https://www.apa.org/topics/resilience/camino). <https://www.apa.org/topics/resilience/camino>

Anuario Estadístico 2021 Segmento I. (s. f.). Secretaria de Salud Honduras. Recuperado 1 de

diciembre de 2022, <https://www.salud.gob.hn/site/index.php/component/edocman/anuario-estadistico-2021-segmento-i>

Asensio, A., Magallón-Botaya, R., & Garcia-Campayo, J. (2018). Resiliencia: Impacto positivo en

la salud física y mental. *International Journal of Developmental and Educational*

Psychology. Revista INFAD de Psicología., 2, 231, ISSN

10.17060/ijodaep.2017.n2.v2.1096 <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v2.1096>

Atenas Arteaga-Romaní, Wendy Junes-Gonzales, & Adrián Navarrete-Saravia. (2019). Prevalencia

del Síndrome de Burnout en personal de Salud. *Revista Médica Panacea*, 4(2).

<https://doi.org/10.35563/rmp.v4i2.165>

Austria Corrales, F., Cruz Valdés, B., Herrera Kienhelger, L., & Salas Hernández, J. (2011).

Relaciones Estructurales entre Estrategias de Afrontamiento y Síndrome de Burnout en

personal de salud: Un estudio de validez externa y de constructo. *Universitas Psychologica*,

11(1), 197-206. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy11-1.reea>

- Ávila, J. (2014). El estrés un problema de salud del mundo actual. *revista con-ciencia*, 2(1), 117-125. ISSN 2310 0265 http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2310-02652014000100013
- Bambula, F. D., & Gómez, I. C. (2016). La investigación sobre el síndrome de burnout en Latinoamérica entre 2000 y el 2010. *Psicología desde el Caribe*, 33(1), 113-131. ISSN 1935-990X, <https://www.redalyc.org/journal/213/21345152008/html/>
- Bandura, A. (1989). *Human Agency in Social Cognitive Theory. The American Psychologist*. 1175-1184. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.9.1175>
- Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 13(2), 109-120. ISSN 0718-6924 <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue2-fulltext-399>
- Bermejo, R. C. (2010). Resiliencia. Una visión positiva para la prevención e intervención desde los servicios sociales. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 27, 14. ISSN 1578-6730 https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjK4vSB_KaEAXW7RzABHd4GA8wQFnoECBkQAAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Fpdf%2F181%2F18113757004.pdf&usg=AOvVaw2Wk3ZJqacr-bc9Hf5OXx84&opi=89978449
- Bermúdez-Madriz, J. L., Sáenz, M. del R., Muiser, J., & Acosta, M. (2011). Sistema de salud de Honduras. *Salud Pública de México*, 53, s209-s219. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342011000800016>

- Betancur, A., Guzmán, C., Lema, C., Pérez, C., Pizarro, M. C., Salazar, S., Uribe, L., & Vásquez, E. M. (2012). Síndrome de Burnout en trabajadores del sector salud (Burnout syndrome in health workers) (Síndrome de burnout em profissionais de saúde). *CES Salud Pública*, 3(2), Article 2. ISSN 2145-9932 <https://doi.org/10.21615/cessp>
- Bianchini Matamoros, M. (1997). El Síndrome del Burnout en personal profesional de la salud. *Medicina Legal de Costa Rica*, 13-14(2-1-2), 189-192. ISSN 1409-0015
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-00151997000200017&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Bogado, F., Acosta, M., Taline-Pires, A., Bogado, F., Acosta, M., & Taline-Pires, A. (2023). Síndrome de Burnout en el personal de salud en un servicio de referencia de enfermedades respiratorias. Itapúa-2020. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 21(1), 12. ISSN 1812-9528 <https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2023.e21122312>
- Bohórquez, B., Villarín-Castro, A., Muñoz-Bodas, F., Gómez-Rey, I., Zambrano-Bohorquez, B., Villarín-Castro, A., Muñoz-Bodas, F., & Gómez-Rey, I. (2022). Síndrome de burnout, resiliencia y miedo a la COVID-19 en personal sanitario durante la pandemia por SARS-CoV-2. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 15(3), 134-142.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1699-695X2022000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Bond, F., Flaxman, P., van Veldhoven, M., & Biron, M. (2010). *Contemporary Occupational Health Psychology, Volume 1: Global Perspectives ...* - Google Libros.
<https://books.google.hn/books?hl=es&lr=&id=WDmA-8au->

tUC&oi=fnd&pg=PA296&ots=BbEoPNAERn&sig=qZw39tgMEDmmNxE-
ur4MD67B2AQ&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Bouza, E., Gil-Monte, P. R., & Palomo, E. (2020). Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en los médicos de España. *Revista Clínica Española*, 220(6), 359-363. ISSN 0014-2565
<https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.02.002>

Buunk, B., & Schaufeli, W. (1993). *Burnout: Una perspectiva desde la teoría de la comparación social*. 53-66. ISSN: 1576-5962 *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, vol. 21, pp. 15-35
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj19qCBq7aEAXUefDABHXX0AQoQFnoECBgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Fpdf%2F5257%2F525752962004.pdf&usg=AOvVaw1OvfkEhSTTaUAqP5EbAz9u&opi=899784495962>

Cadena-Iñiguez, P., Rendón-Medel, R., Aguilar-Ávila, J., & Salinas-Cruz, E. (s. f.). *Métodos cuantitativos, métodos cualitativos o su combinación en la investigación: Un acercamiento en las ciencias sociales* Quantitative methods, qualitative methods or combination of research: An approach in the social sciences*. 16. ISSN: 2007-0934 *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas*, vol. 8, núm. 7, septiembre-noviembre, 2017, pp. 1603

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiRho7Fh6eEAXWgbDABHcd2DR0QFnoECBQQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Fpdf%2F2631%2F263153520009.pdf&usg=AOvVaw2H9BaMDPgliW0LockDh6MA&opi=89978449>

- Cala, M. L. P. (2020). La salud desde la perspectiva de la resiliencia. *Archivos de Medicina (Col)*, 20(1), 203-216. Universidad de Manizales
<https://doi.org/10.30554/archmed.20.1.3600.2020>
- Calvete Zumalde, E., & Villa Sánchez, A. (1999). Estrés y burnout docente: Influencia de variables cognitivas. *Revista de educación*.
<https://redined.educacion.gob.es/xmlui/handle/11162/67860>
- Carmenate Milian, L., Herrera Ramos, A., Ramos Caceres, D., Lagos Ordoñez, K., Ordoñez, T. L., & Valladares, C. S. (2017). Situation of the Health System in Honduras and the New Proposed Health Model. *Archives of Medicine*, 09(04). <https://doi.org/10.21767/1989-5216.1000222>
- Caro Alonso, P. Á., Rodríguez-Martín, B., Caro Alonso, P. Á., & Rodríguez-Martín, B. (2018). Potencialidades de la resiliencia para los profesionales de Enfermería. *Index de Enfermería*, 27(1-2), 42-46. ISSN 1699
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962018000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Cassiani, S. H. D. B., Munar Jiménez, E. F., Umpiérrez Ferreira, A., Peduzzi, M., & Leija Hernández, C. (2020). La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e64. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2020.64>
- Castagnola Sánchez, C. G., Cotrina-Aliaga, J. C., & Aguinaga-Villegas, D. (2021). La resiliencia como factor fundamental en tiempos de Covid-19. *Propósitos y Representaciones*, 9(1).
<https://doi.org/10.20511/pyr2021.v9n1.1044>, ISSN 2307-7999

Cherniss, C., Schaufeli, W., Maslach, C., & Marek, T. (1993). *Role of Professional Self-Efficacy in the Etiology and Amelioration of Burnout*. 135-143. Vol.11 No.6, Rev. Scientific Research, <https://doi.org/10.4324/9781315227979-11>

CICR. (2014, noviembre 4). *Historia* [Tema]. Comité Internacional de la Cruz Roja. <https://www.icrc.org/es/quienes-somos/historia>

CICR. (2018, diciembre 27). *Asistencia de salud: Trabajo con nosotros* [Tema]. Comité Internacional de la Cruz Roja. <https://www.icrc.org/es/asistencia-de-salud-trabajo-con-nosotros>

CICR. (2021, mayo 19). *Blaise Matuidi junto al Comité Internacional de la Cruz Roja para proteger al personal de salud en zonas de conflicto* [Comunicado de prensa]. Comité Internacional de la Cruz Roja. <https://www.icrc.org/es/document/blaise-matuidi-junto-al-comite-internacional-de-la-cruz-roja-para-proteger-al-personal-de>

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). *A Global Measure of Perceived Stress*. *Journal of Health and Social Behavior* (pp. 385-396). <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewjf3Lvcq7aEAX1STABHRksBmoQFnoECBsQAQ&url=https%3A%2F%2Fpsycnet.apa.org%2Frecord%2F1984-24885-001&usg=AOvVaw3sDr40LhCipow15r9mmmRu&opi=89978449>

Córdoba, A. M., Matajira Camacho, Y. J., Peña Peña, A. J., Cerquera Córdoba, A. M., Matajira Camacho, Y. J., & Peña Peña, A. J. (2020). Estrategias de Afrontamiento y Nivel de Resiliencia Presentes en Adultos Jóvenes Víctimas del Conflicto Armado Colombiano: Un

Estudio Correlacional. *Psykhé (Santiago)*, 29(2), 1-14.

<https://doi.org/10.7764/psykhe.29.2.1513>

Corona Lisboa, J. (2016). Apuntes sobre métodos de investigación. *MediSur*, 14(1), 81-83.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-

[897X2016000100016&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-897X2016000100016&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

CRH. (2021, Agosto 5). *Movimiento Internacional de Cruz Roja y Media Luna Roja presenta su Política sobre la atención a necesidades de salud mental y apoyo psicosocial—Cruz Roja Hondureña*. <https://cruzroja.org.hn/2021/08/05/movimiento-internacional-de-cruz-roja-y-media-luna-roja-presenta-su-politica-sobre-la-atencion-a-necesidades-de-salud-mental-y-apoyo-psicosocial/>, <https://cruzroja.org.hn/2021/08/05/movimiento-internacional-de-cruz-roja-y-media-luna-roja-presenta-su-politica-sobre-la-atencion-a-necesidades-de-salud-mental-y-apoyo-psicosocial/>

Davila, F., & Nevado, N. (2016). *Validación de Burnout screening inventory en personal de formación del área de la salud* | Elsevier Enhanced Reader.

<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2016.08.007>

Diaz (2022) *Resiliencia mundial: A prueba de la pandemia* | Swiss Re. (2020, agosto 26).

<https://www.swissre.com/mexico/articulos-y-publicaciones/resiliencia-mundial-a-prueba-de-la-pandemia.html>

Durán, M. M. (2010). Bienestar psicológico: el estrés y la calidad de vida en el contexto laboral.

Revista Nacional de Administración, 1(1), Article 1. <https://doi.org/10.22458/rna.v1i1.285>

Esteve, M., & Roca, J. (1997). Calidad de vida relacionada con la salud: Un nuevo parámetro a tener en cuenta. *Medicina Clinica*, 108(12), 458-459.

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewju5->

GPrLaEAxUfTTABHbU4BpcQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fportalrecerca.uab.cat%2Fes%2Fpublications%2Fcalidad-de-vida-relacionada-con-la-salud-un-nuevo-par%25C3%25A1metro-a-ten&usg=AOvVaw34kiZi-fLpS_xJENmuY4LI&opi=89978449

Fuentes, C. (2020). *Más del 35% de residentes de anestesiología de la UNAH presentan el síndrome de burnout*. <https://presencia.unah.edu.hk/archivo/2020/mas-del-35-de-residentes-de-anestesiologia-de-la-unah-presentan-sindrome-de-burnout/>

Gamboa-Moreno, L. N., Becerra-Rodríguez, K. G., López-Vergara, Y. I., Goicochea-Ríos, E., Gamboa-Moreno, L. N., Becerra-Rodríguez, K. G., López-Vergara, Y. I., & Goicochea-Ríos, E. (2021). Nivel de resiliencia del personal de salud frente a la pandemia por Covid-19. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 14, 49-54. ISSN 2225

<https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.14sup1.1170>

García-Torres, M., Aguilar-Castro, J., García-Méndez, M., García-Torres, M., Aguilar-Castro, J., & García-Méndez, M. (2021). Bienestar psicológico y burnout en personal de salud durante la pandemia de COVID-19. *Escritos de Psicología ISSN 1138-2635 (Internet)*, 14(2), 96-106. <https://doi.org/10.24310/espiescpsi.v14i2.13618>

Gómez Esteban, R. (2004). El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 90, 41-56. ISSN 0211-5735, https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000200004

- Grzegorzewska, I., & Farnicka, M. (2013). The Correlates of the Resilience of the Children of Alcoholics. *Psychology*, 4(12), Article 12. <https://doi.org/10.4236/psych.2013.412138>
- Henry, M. (2020). Salud laboral en el escenario productivo actual: La creciente incidencia de los riesgos psicosociales. *Revista de ciencias sociales*, 33(47). ISSN 0797-5538
<https://doi.org/10.26489/rvs.v32i44.8>
- Hernández, J. R. (2003). *Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención*. Rev Cubana Salud Pública v.29 n.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2003, http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000200002
- Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación* (6 edición). McGRAW-Hill/Interamericana Editores, S.A. De C.V. <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
- Herrera Cardona, A., & Castañeda Sánchez, V. (2020). Síndrome de trabajador quemado: Existencia del burnout sector salud. *Cultura del Cuidado Enfermería*, 17(1), 32-44.
<https://doi.org/10.18041/1794-5232/cultrua.2020v17n1.7204>
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjgx4HGrLaEAXWrQzABHalsAX0QFnoECBIQAQ&url=https%3A%2F%2Frevistas.unilibre.edu.co%2Findex.php%2Fcultura%2Farticle%2Fview%2F7204&usg=AOvVaw1O7IZnoMzU8HI3YX_V186p&opi=89978449
- Hobfoll, S., & Freedy, J. (1993). *Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout*. <https://doi.org/10.18041/1794-5232/cultrua.2020v17n1.7204>
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjgx4HGrLaEAXWrQzABHalsAX0QFnoECBIQAQ&url=https%3A%2F%2Frevistas.unilibre.edu.co%2Findex.php%2Fcultura%2Farticle%2Fview%2F7204&usg=AOvVaw1O7IZnoMzU8HI3YX_V186p&opi=89978449

ce=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjC97HgrLaEAxVrVzABHQWYBBYQFno
 ECA8QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.taylorfrancis.com%2Fchapters%2Fedit%2F10.4
 324%2F9781315227979-9%2Fconservation-resources-general-stress-theory-applied-
 burnout-stevan-hobfoll-john-
 freedy&usg=AOvVawIAAxEC8wybXg3Rieg33I2Y&opi=89978449

Jaggi, F. (2008). *Burnout—Praxisnah: 2 Tabellen. Vol. 17. Núm. 4. Páginas 158-163* DOI:

10.1016/j.edumed.2016.08.007

<https://books.google.com/books?id=fDsP5EiF4nQC&pgis=1>

Korkmaz, S., Kazgan, A., Çekiç, S., Tartar, A. S., Balci, H. N., & Atmaca, M. (2020). The anxiety levels, quality of sleep and life and problem-solving skills in healthcare workers employed in COVID-19 services. *Journal of Clinical Neuroscience: Official Journal of the Neurosurgical Society of Australasia*, 80, 131-136.
<https://doi.org/10.1016/j.jocn.2020.07.073>

Landa Blanco. (2022). *Determinantes de la desconfianza médica en población hondureña: El rol de las creencias negativas sobre la ciencia, la mentalidad conspirativa y el pensamiento intuitivo*, DOI:10.13140/RG.2.2.18719.74405 [Universidad de Valencia].

https://www.researchgate.net/publication/371139452_Determinantes_de_la_desconfianza_medica_en_poblacion_hondurena_el_rol_de_las_creencias_negativas_sobre_la_ciencia_la_mentalidad_conspirativa_y_el_pensamiento_intuitivo

Lirios, C. G., Nájera, M. J., Vázquez, F. R. S., & Aguayo, J. M. B. (2017). Una aproximación psicológica a la complejidad ambiental: Especificación de un modelo de estrés y resiliencia comunitaria. *Comunitania. Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 14, Article 14. <https://doi.org/10.5944/comunitania.14.5>

- Litewka, S. G., & Heitman, E. (2020). Latin American healthcare systems in times of pandemic. *Developing World Bioethics*, 20(2), 69-73. <https://doi.org/10.1111/dewb.12262>
- López, L., Solano, A., Aguirre, S., Osorio, C., & Vásquez, E. M. (2012). El Estrés laboral y los trastornos psiquiátricos en profesionales de la medicina (Work Stress and psychiatric disorders in medical professionals) (Esporotricose: Uma doença pouco conhecida ocupacional). *CES Salud Pública*, 3(2), Article 2. ISSN 2145-9932
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewi9zryHrbaEAxWDTTABHdMhDyUQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Frevistas.ces.edu.co%2Findex.php%2Fces_salud_publica%2Farticle%2Fview%2F2123%2F1532&usg=AOvVaw2LqPq9vivD1QXQj7nsDRPq&opi=89978449
- Lovo, J. (2020). Síndrome de burnout: Un problema moderno. *Entorno*, 70, 110-120.
<https://doi.org/10.5377/entorno.v0i70.10371>
- Manzano-García, G., & Ayala-Calvo, J.-C. (2013). Nuevas perspectivas: Hacia una integración del concepto de burnout y sus modelos explicativos. *Anales de Psicología*, 29(3), 800-809.
<https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.145241>
- Marín Marín, D., Soto, A., Marín Marín, D., & Soto, A. (2023). Hostigamiento laboral y síndrome de burnout en personal sanitario en un hospital de referencia. *Horizonte Médico (Lima)*, 23(3). <https://doi.org/10.24265/horizmed.2023.v23n3.07>
- Mármol Maestre, B., & Nuñez Castañeda, L. (2014). *Síndrome de Burnout en personal de Enfermería en unidades de cuidados intensivos adulto de la ciudad de Santa Marta, Colombia. 2013*. Universidad del Magdalena SE-00062 (213.01 KB).
<http://repositorio.unimagdalena.edu.co/handle/123456789/601>

- Martin-Delgado, J., Viteri, E., Mula, A., Serpa, P., Pacheco, G., Prada, D., Campos de Andrade Lourenção, D., Campos Pavan Baptista, P., Ramirez, G., & Mira, J. J. (2020). Availability of personal protective equipment and diagnostic and treatment facilities for healthcare workers involved in COVID-19 care: A cross-sectional study in Brazil, Colombia, and Ecuador. *PloS One*, 15(11), e0242185. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242185>
- Martínez Pérez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 0(112), 42. E-ISSN: 1575-2844 <https://doi.org/10.15178/va.2010.112.42-80>
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). *The measurement of experienced burnout—Maslach—1981—Journal of Organizational Behavior—Wiley Online Library*.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/job.4030020205>
- Mealer, M., Conrad, D., Evans, J., Jooste, K., Solyntjes, J., Rothbaum, B., & Moss, M. (2014). Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. *American Journal of Critical Care: An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 23(6), e97-105. <https://doi.org/10.4037/ajcc2014747>
- Medina, & Vargas. (2020). *Síndrome de Burnout en personal de salud de atención primaria en el Centro de Salud Tipo C Quero*. 6(4), 322-338. ISSN: 2477-8818 <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v6i4.1660>
- Méndez, R. M. Y. (2020). *de intervención breve para reducir el burnout de profesionales de la salud, Perú*. 12(5). ISSN 2218-3620 <http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v12n5/2218-3620-rus-12-05-279.pdf>

- Mingote Adán, J. C., & Núñez López, C. (2011). Importancia de la consideración de la salud mental en la gestión de la salud laboral: Una responsabilidad compartida. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57, 239-262. ISSN 0465-546X <https://doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500015>
- Miranda1, S. A. (2019). Síndrome del «Burnout» en personal de salud de un centro hospitalario de la dirección distrital Junín-Bolívar. *Revista San Gregorio*, 35, 94-107. <https://doi.org/10.36097/rsan.v1i35.962>
- Mitchell, C. (2016, mayo 4). *OPS/OMS | Estrés laboral es una carga para los individuos, los trabajadores y las sociedades*. Pan American Health Organization / World Health Organization. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11973:workplace-stress-takes-a-toll-on-individuals-employers-and-societies&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
- Montes de oca Hernández, D., Rodríguez Pulido, F., Pou Polanco, L., & Montesdeoca Hernández, M. J. (1997). El medio laboral y la salud mental (II), estrés, Burnout y drogodependencias: Una propuesta preventiva. *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, 18(3), 24-34. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2552707>
- Montoya, Peralta Peña, S. L., Hernández Villa, E. A., Hernández, R. I., Vargas, M. R., Favela Ocaño, M. A., Rendón Montoya, M. S., Peralta Peña, S. L., Hernández Villa, E. A., Hernández, R. I., Vargas, M. R., & Favela Ocaño, M. A. (2020). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. *Enfermería Global*, 19(59), 479-506. ISSN 1695-6141 <https://doi.org/10.6018/eglobal.398221>

- Moral de la Rubia, J., & Cázares de León, F. (2014). Validación de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14) en la población de dentistas colegiados de Monterrey. *Ansiedad estrés*, 193-209.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=104865>
- Moura, R. dos S., Saraiva, F. J. C., Lima Rocha, K. R. da S., Santos, R. M. dos, Silva, N. A. R. da, Albuquerque, W. D. M., Moura, R. dos S., Saraiva, F. J. C., Lima Rocha, K. R. da S., Santos, R. M. dos, Silva, N. A. R. da, & Albuquerque, W. D. M. (2019). Estrés, burnout y depresión en los profesionales de enfermería de las unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Global*, 18(54), 79-123. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.2.337321>
- Muñoz Zambrano, C. L., Rumie Díaz, H., Torres Gómez, G., & Villarroel Julio, K. (2015). Impacto en la salud mental de la(del) enfermera(o) que otorga cuidados en situaciones estresantes. *Ciencia y enfermería*, 21(1), 45-53. ISSN 0717-9553 <https://doi.org/10.4067/S0717-95532015000100005>
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud* (2 edición). Vol. XXVI (2), 2008, ISSN 0254-9247
<http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/1058>
- Oblitas, L. A. (2008). El estado del arte de la Psicología de la Salud. *Revista de Psicología (Lima)*, 26(2), 219-254. Vol. XXVI (2), 2008 (ISSN 0254-9247) <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjC25WlrraEAxUHm7AFHQ4CDrcQFnoECBAQAQ&url=http%3A%2F%2Fpepsic.bvsalud.org%2Fpdf%2Frp%2Fv26n2%2Fv26n2a02.pdf&usg=AOvVaw2rUhHkknBsG6BsVUquwJsm&opi=89978449>

- OIT. (2022, septiembre 28). *La OMS y la OIT piden nuevas medidas para abordar los problemas de salud mental en el trabajo* [Comunicado de prensa]. http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_856931/lang--es/index.htm
- Olivares Faúndez, V. (2017). Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout. *Ciencia & trabajo*, 19(58), 59-63. ISSN 0718-2449 <https://doi.org/10.4067/S0718-24492017000100059>
- OMS. (2022). *La salud mental en el trabajo*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>
- OPS. (2020a). *Salud de los trabajadores—OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud*. <https://www.paho.org/es/temas/salud-trabajadores>
- OPS. (2020b). *Salud Mental—OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud*. <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
- OPS. (2022). *Estudio advierte sobre elevados niveles de depresión y pensamientos suicidas en personal de salud de América Latina durante la pandemia—OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud*. <https://www.paho.org/es/noticias/13-1-2022-estudio-advier-te-sobre-elevados-niveles-depresion-pensamientos-suicidas-personal>
- Organización Panamericana de la salud OPS. (2022). *Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. ISSN 0717-9502 <https://doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>

Pereda-Torales, L., Celedonio, F. G. M., Vásquez, M. T. H., & Zamora, M. I. Y. (2009). *Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico*. 32(5), 6. ISSN 0185-3325, Rev. Salud mental http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-33252009000500006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Pérez Núñez, D., García Viamontes, J., García González, T. E., Ortiz Vázquez, D., & Centelles Cabrerías, M. (2014). Conocimientos sobre estrés, salud y creencias de control para la Atención Primaria de Salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(3), 354-363. ISSN 0864-
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwimhsPArEAxU_fTABHUfGAmkQFnoECBEQAQ&url=http%3A%2F%2Fscielo.sld.cu%2Fscielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS0864-21252014000300009&usg=AOvVaw27S_P5y0J0EjP8y3z787Sd&opi=89978449

Polo Vargas, J. D., Santiago Briñez, V., Navarro Segura, M. C., & Alí Nieto, A. (2016). Creencias irracionales, síndrome de Burnout y adicción al trabajo en las organizaciones. *Psicogente*, 19(35), 148-160. ISSN 0124-0137 <https://doi.org/10.17081/psico.19.35.1215>

Poseck, B. V., Baquero, B. C., & Jiménez, M. L. V. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: Resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-49.
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiPo5b9lLaEAxWSTTABHR51CSAQFnoECA8QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.papelesdelpsicologo.es%2Fpdf%2F1283.pdf&usg=AOvVaw28rrugFmbBmW6ayMSC1QWY&opi=89978449>

Pulido', M. E. C., & Fonseca, J. P. M. (s. f.). *descripción y comparación de patrones de conducta, estrés laboral y burnout en personal sanitario*. Revista Hacia la Promoción de la Salud, vol. 14, núm. 1, enero-junio, 2009, pp. 109-123, ISSN: 0121-7577

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewiPgpnHlraEAXUWQTABHStyDSEQFnoECA4QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Fpdf%2F3091%2F309126691008.pdf&usg=AOvVaw0z-F9zQkQXAg8G_TifR2lQ&opi=89978449

Quiroz Ubillus, L. E., Abarca Arias, Y. M., Angulo Calderón, C. A., Espinoza Moreno, T. M., Quiroz Ubillus, L. E., Abarca Arias, Y. M., Angulo Calderón, C. A., & Espinoza Moreno, T. M. (2021). Resiliencia en enfermeras durante la pandemia COVID-19. ISSN 2007-7890 *Dilemas contemporáneos: educación, política y valores*, 8(SPE4).
<https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2818>

Ramírez Velázquez, J. (2019). El estrés laboral desde una perspectiva relacional. Un modelo interpretativo. *Revista Colombiana de Antropología*, 55(2), 117-147.
<https://doi.org/10.22380/2539472X.802>

Ramón, M., & Pedro, J. (2015). Cómo se defiende el profesorado de secundaria del estrés: Burnout y estrategias de afrontamiento. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 31(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.rpto.2015.02.001>

Reyes Ticas, A., Medina, M. T., Mesa, X., Paredes, Y., Barahona, Y., & Sierra, M. (2012). Estudio de síndrome de burnout, depresión y factores asociados en los practicantes internos del Hospital Escuela. *Rev. fac. cienc. méd. (Impr.)*, 14-20.
<http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2012/pdf/RFCMVol9-1-2012-4.pdf>

- Rodríguez, A., & C, M. S. O. (2019). Resiliencia en trabajadores de la salud de una unidad de cuidados intensivos pediátricos. *Revista Venezolana de Salud Pública*, 7(1), 27-33.
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewiduc6kr7aEAXUggIQIHcEbBhEQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Frevistas.uclave.org%2Findex.php%2Frvsp%2Farticle%2Fview%2F2182&usg=AOvVaw0dsasKkoLMhqpHcFIKl_4Q&opi=89978449
- Rodríguez Carvajal, R., & Rivas Hermosilla, S. de. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): Diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57, 72-88. ISSN 1989-779
<https://doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500006>
- Rodríguez, E. A., Agüero-Flores, M., Landa-Blanco, M., Agurcia, D., & Santos-Midence, C. (2021). Moral Injury and Light Triad Traits: Anxiety and Depression in Health-Care Personnel During the Coronavirus-2019 Pandemic in Honduras. *Hispanic Health Care International*, 19(4), 230-238. <https://doi.org/10.1177/15404153211042371>
- Romani, M., & Ashkar, K. (2014). Burnout among physicians. *The Libyan Journal of Medicine*, 9(1), 23556. <https://doi.org/10.3402/ljm.v9.23556>
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Saborío, L., & Hidalgo, L. F. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1), 119-124. ISSN 2215- 5287

http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S140900152015000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Salanova Soria, M., Grau Gumbau, R. M., & Martínez Martínez, I. M. (2005). Demandas laborales y conductas de afrontamiento: El rol modulador de la autoeficacia profesional. *Psicothema*, 17(3), 390-395. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1224118>

Salgado Lévano, A. C. (2005). Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: Una alternativa peruana. *Liberabit*, 11(11), 41-48. ISSN 1729-4822 http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-482272005000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=es

Sánchez Masó, Y., Jiménez Betancourt, E., Sánchez Masó, Y., & Jiménez Betancourt, E. (2022a). Afrontamiento del síndrome de Burnout asociado a un rebrote de COVID-19 en Santiago de Cuba. *Revista Cubana de Enfermería*, 38(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192022000400010&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Sanchez, V. (2022). *Diseño de estudios transversales | Metodología de la investigación, bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud, 2e | AccessMedicina | McGraw Hill Medical*. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1721§ionid=115929954>

Sánchez-Teruel, D. (2015). *Escala de Resiliencia 14 ítems (RS-14): Propiedades Psicométricas de la Versión en Español*. 12. <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3061>

Santes, M. del C., Meléndez, S., Martínez, N., Ramos, I., Preciado, M. de L., & Pando, M. (2009). La salud mental y predisposición a síndrome de burnout en estudiantes de enfermería.

Revista Chilena de Salud Pública, 13(1), Article 1.

<https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/656>

Sarsosa-Prowesk, K., & Charria-Ortiz, V. H. (2017). Estrés laboral en personal asistencial de cuatro instituciones de salud nivel III de Cali, Colombia. *Universidad y Salud*, 20(1), 44.

<https://doi.org/10.22267/rus.182001.108>

Segurado Torres, A., & Agulló Tomás, E. (2002). Calidad de vida laboral: Hacia un enfoque integrador desde la Psicología Social. *Psicothema*, 14(4).

<https://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/26765>

Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment* (pp. xiv, 321). Free Press.

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi__bf8r7aEAXUvRjABHcHUBhcQFnoECBYQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.savetoalistebalans.rs%2Fwp-content%2Fuploads%2F2021%2F06%2FAuthentic-Happiness-Using-the-New-Positive-Psychology-to-Realize-Your-Potential-for-Lasting-Fulfillment-by-Martin-E.P.-Seligman.pdf&usg=AOvVaw0sJkyzsH1gU3eFkW9-t5ip&opi=89978449

Serna Corredor, D. S., Martínez Sánchez, L. M., Serna Corredor, D. S., & Martínez Sánchez, L. M. (2020). Burnout en el personal del área de salud y estrategias de afrontamiento. *Correo Científico Médico*, 24(1), 372-387.

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjCtbijSLaEAXWYSjABHQJUCNcQFnoECBMQAQ&url=https%3A%2F>

%2Frevcocmed.sld.cu%2Findex.php%2Fcocmed%2Farticle%2Fview%2F3061&usg=AOvVaw187R78CqzV2rNq9XxAmiVn&opi=89978449

Silva, Y. N., Justo, M. M., Davies, A. P., Gracia, M. F., Rietti, S., & Preuss, M. (2021). Niveles de Resiliencia y Estrés Percibido en personal Esencial y No Esencial durante la cuarentena por COVID-19. *PSOCIAL*, 7(2), 1-17. <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/123/1232267016/index.html>

Solano, D. E. (2020). Riesgos psicosociales, estrés laboral y síndrome burnout en trabajadores universitarios de una escuela de bioanálisis. *Revista de Salud Pública*, 21, 102-108. <https://doi.org/10.15446/rsap.v21n1.71907>

Soto, M., & Failde, I. (2004). La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11(8), 53-62. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-80462004000800004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Souza, M. (2022). *Reacciones al estrés y aspectos psicoterapéuticos*. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422022000400007

Thompson, M., Page, S., & Cooper, C. (1993). *A test of Carver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses*. *Stress Medicine*, 221-235. <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewiTs7fWsLaEAxXGTTABHQ9nBQMqFnoECA8QAQ&url=https%3A%2F%2Fonlinelibrary.wiley.com%2Fdoi%2Fabs%2F10.1002%2Fsmi.2460090405&usg=AOvVaw1f-5wk7V8I7yl2b66Qg13K&opi=89978449>

- Ticas, A. R., Medina, M. T., Mesa, X., Paredes, Y., Barahona, Y., & Sierra, M. (2012). *Estudio de Síndrome de «Burnout», Depresión y factores asociados en los practicantes internos del Hospital Escuela*. 7. <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2012/pdf/RFCMVol9-1-2012-4.pdf>
- Torres, Y. (2022). *OMS oficializa el Síndrome del Burnout como una enfermedad de trabajo*. Medicina y Salud Pública. <https://medicinaysaludpublica.com/noticias/salud-publica/oms-oficializa-el-sindrome-del-burnout-como-una-enfermedad-de-trabajo/12348>
- Torres-Lagunas, M. A., Vega-Morales, E. G., Vinalay-Carrillo, I., Arenas-Montaña, G., Rodríguez-Alonzo, E., Torres-Lagunas, M. A., Vega-Morales, E. G., Vinalay-Carrillo, I., Arenas-Montaña, G., & Rodríguez-Alonzo, E. (2015). Validación psicométrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en púerperas mexicanas con y sin preeclampsia. *Enfermería universitaria*, 12(3), 122-133. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.08.001>
- Valdivia Baca, Y. (2018). Resiliencia Y Estrés Laboral En Los Trabajadores De La Municipalidad Distrital De Santiago, Cusco-2018. *Repositorio Institucional - UCV*. <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2979237>
- Vargas & Ramírez. (2012). *terapia de aceptación y compromiso: descripción general de una aproximación con énfasis en los valores personales*. iv (138), 101-110. [https://doi.org/01-110/2012\(iv\)](https://doi.org/01-110/2012(iv))
- Vidotti, V., Martins, J. T., Galdino, M. J. Q., Ribeiro, R. P., Robazzi, M. L. do C. C., Vidotti, V., Martins, J. T., Galdino, M. J. Q., Ribeiro, R. P., & Robazzi, M. L. do C. C. (2019). Síndrome de burnout, estrés laboral y calidad de vida en trabajadores de enfermería. *Enfermería Global*, 18(55), 344-376. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.3.325961>

- Villca Villegas, J. L., Moreno Choque, R. A., Gómez Verduguez, C. A., & Vargas Aguilar, A. A. (2021). Influencia de la pandemia del COVID-19 en la salud mental de los trabajadores en salud. *Gaceta Médica Boliviana*, 44(1), 75-80. ISSN 1012-2966
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1012-29662021000100013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Wilks, S. E., & Croom, B. (2008). Perceived stress and resilience in Alzheimer's disease caregivers: Testing moderation and mediation models of social support. *Aging & Mental Health*, 12(3), 357-365. <https://doi.org/10.1080/13607860801933323>
- Williamson, V., Stevelink, S. A. M., & Greenberg, N. (2018). Occupational moral injury and mental health: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 212(6), 339-346. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.55>
- Winnubst, J. (1993). *Professional Burnout* (1st Edition).
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiQn_-1sbaEAXVUmbAFHfeiDyIQFnoECBMQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.taylorfrancis.com%2Fbooks%2Fedit%2F10.4324%2F9781315227979%2Fprofessional-burnout-wilmar-schaufeli-christina-maslach-tadeusz-marek&usg=AOvVaw0fMalVkGJgQMh5Ki1ROr7Z&opi=89978449
- Zaballos, M., & Mosterior- Diaz, M. (2021). *Resilience Among Professional Health Workers in Emergency Services—Science Direct*. 47, 925-932. DOI 10.1016/j.jen.2020.07.007, ISSN 1527-2966, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32962846/>

Zambrano Bohorquez, B., Villarín Castro, A., Muñoz Bodas, F., Gómez Rey, I., Zambrano

Bohorquez, B., Villarín Castro, A., Muñoz Bodas, F., & Gómez Rey, I. (2022). Síndrome de burnout, resiliencia y miedo a la COVID-19 en personal sanitario durante la pandemia por SARS-CoV-2. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 15(3), 134-142. ISSN 1699-695X https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1699-695X2022000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Zárate-Flores, L. M., Morales-Sánchez, M. A., Zárate-Flores, L. M., & Morales-Sánchez, M. A. (2022). Compromiso laboral y estrés percibido en residentes de dermatología y otras especialidades en instituciones públicas. *Investigación en educación médica*, 11(42), 78-85. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2022.42.21405>

Zhizhong, W., Koenig, H. G., Yan, T., Jing, W., Mu, S., Hongyu, L., & Guangtian, L. (2020). Psychometric properties of the moral injury symptom scale among Chinese health professionals during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*, 20(1), 556. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02954-w>

Anexos**Anexo 1.Consentimiento informado**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE CIENCIAS PSÍCOLOGICAS
MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**SÍNDROME DE BURNOUT, RESILIENCIA Y ESTRÉS EN EL PERSONAL DE
SALUD DEL HOSPITAL MANUEL DE JESÚS SUBIRANA, YORO**

I. Investigador principal

Lic. Andrea Nicolle Urbina Palma

anupjums27@gmail.com

II. Objetivo de la investigación

El objetivo de este estudio es analizar la relación entre resiliencia y estrés con el Síndrome de Burnout en el personal de la salud del Hospital Manuel de Jesús Subirana, Yoro.

III. Procedimiento del estudio

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá llenar tres instrumentos anónimos en línea sobre ciertos aspectos relacionados con experiencias y comportamientos. Esto tomara algunos minutos de su tiempo. En caso de tener alguna duda o inquietud puede hacerla con libertad, al mismo tiempo usted cuenta con la libertad de dejar el proceso de la investigación cuando usted lo considere conveniente, sin tener alguna represalia por ello.

IV. Beneficios/Riesgos

No se recibirá ningún beneficio monetario por participar en este estudio. Usted puede negarse a participar sin que esto tenga consecuencias en su bienestar, se considera en este estudio un riesgo mínimo, dado a que se trata de temas relacionados con situaciones en la parte laboral y personal lo que puede generar alguna reacción de tipo emocional en usted. Por lo anterior, para afrontar alguna situación adversa tendrá a la disposición los contactos telefónicos del centro psicológico UNAH, teléfono la esperanza o podrán abocarse al área de atención psicológica del Hospital Manuel Jesús Subirana.

Confidencialidad

Si usted accede a participar en esta investigación la información brindada será completamente anónima, no se recopilarán su nombre ni alguna forma que violente su confidencialidad. Y como objetivo de recopilación de datos para el presente estudio se hará por medio de códigos que ayude a conformar una base de datos con propósitos investigativos. Los datos estarán en custodia de la investigadora, así mismo las escalas serán resguardadas en una base de datos computarizada después de que se cumpla el objetivo de la investigación.

De antemano agradecemos su participación.

Firma del Empleado _____

Fecha _____

Contactos del investigador:

Lic. Andrea Nicolle Urbina Palma, correo: anupjums27@gmail.com

Anexo 2. Escala Burnout Screening Inventory (BSI)

Ítems	Nunca	Varias veces en el año	Una vez al mes	Un par de veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces por semana	Todos los días
	0	1	2	3	4	5	6
1. Cada vez es más frecuente que trate a las personas como si fueran objetos							
2. Parece que los demás tienen cada vez menos interés por mi trabajo. No saben valorar mi trabajo							
3. Mi trabajo hace que cada vez me importen menos los demás. Además, tampoco tengo tiempo para dedicarles							
4. Mi trabajo me deja emocionalmente frío o insensible							
5. Cada vez me satura más tener que hacer cosas con otras personas. Después de trabajar con compañeros me siento agotado							
6. Cada vez con más frecuencia me enfada o me asusta que personas de mi entorno tengan problemas.							
7. Últimamente participo en las conversaciones más irritado que antes							
8. Últimamente no consigo desempeñar mi profesión como se supone que debería realizarla.							
9. Me siento mal cuando pienso en cómo trato a los demás							
10. Mi situación es desesperada y no tengo ninguna salida. A veces tengo la sensación de estar al borde del precipicio							

Anexo 3. Escala de Estrés Percibido (PSS)

<u>Ítem</u>	<u>Nunca</u>	<u>Casi nunca</u>	<u>De vez en cuando</u>	<u>A menudo</u>	<u>Muy a menudo</u>
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?					
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?					
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?					
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?					
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?					
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?					
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?					
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?					
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?					
10. En el último mes, ¿con que frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?					

11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?

12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?

13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?

14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?

Nota. Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el último mes.

Anexo 4. Escala de Resiliencia (ER-14)

Ítems	Muy alta	Alta	Normal	Baja	Muy baja
1. Normalmente, me las arreglo de una manera u otra					
2. Me siento orgulloso de las cosas que he logrado					
3. En general, me tomo las cosas con calma					
4. Soy una persona con una adecuada autoestima					
5. Siento que puedo manejar muchas situaciones a la vez					
6. Soy resuelto y decidido					
7. No me asusta sufrir dificultades porque ya las he experimentado en el pasado					
8. Soy una persona disciplinada					
9. Pongo interés en las cosas					
10. Puedo encontrar, generalmente, algo sobre lo que reírme					
11. La seguridad en mí mismo me ayuda en los momentos difíciles					
12. En una emergencia, soy alguien en quien la gente puede confiar					
13. Mi vida tiene sentido					
14. Cuando estoy en una situación difícil, por lo general puedo encontrar una salida					

Anexo 5. Solicitud de Permiso Institucional**UNAH**
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS**MAESTRÍA EN
PSICOLOGÍA CLÍNICA**cienciassociales.unah.edu.hn
maestriaps.clinica@unah.edu.hn
Tel: (504) 2235-6127 / 2216-3060
9455-5477 / 8934-2491

Tegucigalpa, MDC

17/03/2023

Hospital Manuel de Jesús Subirana

Director Ejecutivo: Doctor Héctor Eulalio Martínez Green

Reciba un cordial y respetuoso saludo de parte de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Actualmente nuestro programa de posgrado se encuentra desarrollando su Tercera Promoción, de la cual forma parte la Licenciada Andrea Nicolle Urbina Palma (0801-1995-09598). Como parte de su experiencia académica, la Lic. Urbina debe realizar un proyecto de investigación que sirva como tesis. Este es un requisito indispensable para poder obtener su grado de Maestría en Psicología Clínica. La Lic. Urbina ha tenido a bien proponer el estudio "Relación entre síndrome de burnout, resiliencia y estrés en el personal de salud del Hospital Manuel de Jesús Subirana, Yoro".

Estimamos que este es un tema relevante para la psicología clínica en Honduras, más aún, considerando que hay literatura limitada en el campo local. Los resultados del estudio propuesto también podrán ser de utilidad para su institución, ya que brindarán evidencia para sustentar la toma de decisiones en temas psicológicos. Como tal, una vez concluido y revisado el proyecto, la Lic. Urbina se compromete a entregar a la institución una copia del estudio. Tomando en cuenta lo anterior, de la manera más respetuosa posible, pedimos su apoyo para autorizar a la Licenciada Urbina a ejecutar el estudio en su institución; esto bajo las condiciones que usted establezca.

Esperamos que este primer acercamiento pueda ser el inicio de relación cercana entre nuestras instituciones, abriendo oportunidades para futuras colaboraciones.

Atentamente,

Miguel Landa Blanco, PhD
Coordinador de Investigación de la Maestría en Psicología Clínica
Universidad Nacional Autónoma de Honduras

Anexo 6. Resolución del Comité de Ética en investigación UNAH

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

**RESOLUCIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN**

Estimado(a): Andrea Urbina

Referencia del proyecto: CEIFCS-2023-P5

Título del estudio: Síndrome de burnout, resiliencia y estrés en el personal de salud del Hospital Manuel de Jesús Subirana, Yoro.

Fecha de dictamen: 28/07/2023

Dictamen: Aceptado

El Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales ha evaluado el proyecto en mención y ha determinado que cumple con los criterios éticos necesarios para su ejecución. Por lo tanto, se da por aprobado bajo resolución CEIFCS-2023-P5.

Usted deberá:

- 1) Notificar al Comité de Ética cualquier modificación metodológica al protocolo, ya que esto implicaría una nueva revisión.
- 2) Reportar cualquier evento adverso que ocurra durante el desarrollo del estudio.
- 3) En caso de aplicar, deberá obtener los permisos institucionales necesarios para recolectar datos en el lugar en donde se desarrollará el estudio.
- 4) Guardar copia de los consentimientos informados de sus participantes.
- 5) Enviar al Comité de Ética los productos finales del estudio (por ejemplo: informes, artículos, libros).

Atentamente,

Master Fabio Andrade
Secretario- Comité de Ética en Investigación (FCS)

