

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA



TESIS

**“RELACIÓN ENTRE FATIGA POR COMPASIÓN Y LOS SÍNTOMAS DE
DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN SALAS
COVID DEL HOSPITAL ESCUELA AÑO 2023”**

Presentada por

ANA MIRELLA HERNÁNDEZ CERRATO

Para optar al grado de Máster en Psicología Clínica

Asesor:

NANCY MARICELA MARTÍNEZ CUBAS

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

Junio, 2025

LISTADO DE AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Doctor Odir Aarón Fernández Flores

Rector

Dra. Lourdes Rosario Murcia Carbajal

Vice-Rectora Académica

Doctor Oscar Arquímedes Zelaya Villafranca

Director Sistema de Estudios de Postgrado

Máster Carmen Julia Fajardo

Decana Facultad de Ciencias Sociales

Doctora María Victoria Ponce

Coordinadora General de Posgrados Facultad de Ciencias Sociales

Máster Yaraní Echenique

Coordinadora Académica Maestría en Psicología Clínica

Doctor Miguel Landa Blanco

Coordinador de Investigación y Vinculación de la Maestría en Psicología Clínica

Agradecimientos

A Miguel Landa Blanco, mi asesor metodológico, de quien he aprendido todos los conocimientos de investigación científica.

A Yarani Echenique, por todo su apoyo brindado en este proceso de maestría.

A Estrella, Gabriela, Sandra, Tania, Rina, Sara, colegas y compañeras de maestría por su constante apoyo y retroalimentación, paciencia en todo este proceso de redacción de tesis.

A Francis Bueso por su apoyo en revisión de coherencia y consistencia del documento.

A todos los participantes en la investigación que sin ellos no hubiese sido posible este proyecto.

Dedicatoria

A Dios primeramente por ser el inspirador y darme fortaleza para continuar en este proceso y no dejarme caer para obtener uno de mis anhelos más deseados.

A mis hijos María Fernanda y Álvaro, que son la razón de mi ser gracias infinitas por su comprensión, paciencia, y ceder tiempo para que mamá estudiara.

A la memoria de mi madre María Beatriz, mis sobrinos, Alejandra Machado, Fernando canales y mi cuñado Roberto Canales, ángeles que me bendicen desde el cielo.

A toda mi familia que estuvieron presentes algunos desde el inicio y otros durante el camino de mi carrera brindándome motivación para alcanzar la meta que me propuse.

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre el síndrome de fatiga por compasión y los síntomas de depresión y ansiedad en el personal de enfermería que laboró en la sala de COVID-19 del Hospital Escuela durante el año 2023. La investigación surge ante la creciente evidencia de que los profesionales de enfermería, expuestos de forma constante al sufrimiento humano y a condiciones de alta presión, son vulnerables a desarrollar afectaciones emocionales que comprometen su bienestar psicológico y desempeño laboral. El estudio se realizó bajo un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental y alcance correlacional. La muestra estuvo conformada por 77 profesionales de enfermería, a quienes se les aplicaron tres instrumentos validados: la escala ProQOL-V, el PHQ-9 para depresión y la GAD-7 para ansiedad. Los resultados indicaron que la satisfacción por compasión presentó la media más alta (38.8), seguida del burnout (37.6) y, en menor medida, la fatiga por compasión (17.8). Se encontró una relación significativa entre fatiga por compasión y ansiedad ($R = 0.314$, $p = 0.005$), mientras que no se halló asociación significativa entre fatiga por compasión y depresión. Además, se identificó una fuerte correlación entre ansiedad y depresión ($R = 0.707$, $p < 0.001$). Estos hallazgos permiten concluir que el estrés emocional en contextos hospitalarios críticos tiende a manifestarse con mayor frecuencia en forma de ansiedad, lo que destaca la necesidad de implementar programas institucionales de apoyo emocional y autocuidado en el personal de enfermería.

Palabras clave: Fatiga por Compasión, Depresión, Ansiedad

Abstract

This study aimed to analyze the relationship between compassion fatigue syndrome and symptoms of depression and anxiety among nursing staff working in the COVID-19 ward at the Hospital Escuela during the year 2023. The research stems from growing evidence that nursing professionals, who are constantly exposed to human suffering and high-pressure conditions, are vulnerable to developing emotional distress that compromises their psychological well-being and job performance. The study followed a quantitative approach with a non-experimental, correlational design. The sample consisted of 77 nursing professionals who completed three validated instruments: the ProQOL-V scale, the PHQ-9 for depression, and the GAD-7 for anxiety. Results showed that compassion satisfaction had the highest mean score ($M = 38.8$), followed by burnout ($M = 37.6$), and compassion fatigue ($M = 17.8$) as the lowest. A statistically significant relationship was found between compassion fatigue and anxiety ($R = 0.314$, $p = 0.005$), while no significant association was observed between compassion fatigue and depression. Additionally, a strong correlation between anxiety and depression was identified ($R = 0.707$, $p < 0.001$). These findings suggest that emotional stress in critical hospital contexts tends to manifest more frequently as anxiety, emphasizing the need to implement institutional programs focused on emotional support and self-care for nursing staff.

Keywords: Compassion Fatigue, Depression, Anxiety

Tabla de Contenido

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1. Construcción del objeto de estudio.....	3
1.2. Preguntas de investigación	7
1.2.1. Pregunta general	7
1.2.2. Preguntas específicas	7
1.3. Objetivos de la investigación	7
1.3.1. Objetivo general.....	7
1.3.2. Objetivos específicos	7
1.4. Justificación.....	8
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	10
2.1. Síndrome de la fatiga por compasión.....	10
2.1.1. Síntomas de la fatiga por compasión	12
2.1.1.2. Etiología y factores de riesgo de la fatiga por compasión.....	18
2.2. Diagnóstico de la fatiga por compasión	20
2.3. Depresión en el personal de enfermería	21
2.3.1. Clasificación de la depresión.....	22
2.3.2. Trastorno depresivo persistente (distimia)	23
2.3.3. Especificadores para trastornos depresivos	24
2.4. La ansiedad en el personal de enfermería.....	27
2.4.1. Etiología de la ansiedad	28
2.4.2. Niveles de ansiedad	29
2.5. Situación emocional del personal de enfermería en pandemia	30
2.6. Vulnerabilidad del personal de enfermería	31
2.6.1. Gestión de la atención en salud en profesionales de la enfermería ante la COVID-19	32

2.6.2. Estrategias de afrontamiento.....	33
CAPÍTULO III: MARCO CONTEXTUAL.....	38
3.1. Sistema de salud en Honduras.....	38
3.1.1. Cobertura del sistema de salud en Honduras	40
3.2. Personal médico en Honduras	42
3.2.1. Estatuto del personal de enfermería.....	44
3.2.2. Personal médico en el Hospital Escuela	45
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	51
4.1. Enfoque, alcance y diseño.....	51
4.1.1. Enfoque.....	51
4.1.2. Alcance	51
4.1.3. Diseño	52
4.2. Variables	52
4.3. Hipótesis.....	55
4.4. Técnicas de recolección de información	55
4.4.1. Componente sociodemográfico	55
4.4.2. Cuestionario fatiga por compasión y satisfacción ProQol-vlV	55
4.4.3. Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9).....	57
4.4.4. Escala para el trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7)	58
4.5. Población y muestra	58
4.6. Consideraciones éticas	60
4.7. Plan de análisis.....	60
CAPÍTULO V: RESULTADOS	62
5.1 Resultados sociodemográficos	62
5.2 Resultados descriptivos	64
5.2.1. Resultados descriptivos variable fatiga por compasión.....	64

5.2.2 Resultados descriptivos variable estrés.....	68
5.2.3 Resultados descriptivos variable ansiedad	70
5.2.4 Análisis descriptivo síntomas del síndrome por compasión en el personal de enfermería que labora en la sala de COVID-19	72
5.3 Resultados inferenciales	75
5.4.1 Prueba de correlación de Pearson	75
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	78
6.2. Recomendaciones.....	81
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
ANEXOS.....	94
Anexo 1. Consentimiento informado	94
Anexo 2. Cuestionario de fatiga de compasión y satisfacción.....	96
Anexo 3. PHQ-9: Lista de verificación de nueve síntomas	98
Anexo 4. Escala para el trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7)	99

Índice de Tablas

Tabla 1: Clasificación de los Síntomas de Fatiga por Compasión	16
Tabla 2: Signos para Diagnosticar el Estado de Fatiga por Compasión.....	20
Tabla 3: Tipos de estrategias para el afrontamiento basadas en el modelo de Lazarus y Folkman	35
Tabla 4: Operacionalización de variables.....	53
Tabla 5 Características sociodemográficas y antecedentes relacionados con COVID-19 del personal de enfermería encuestado	63
Tabla 6 Resultados sobre la fatiga por compasión	66
Tabla 7 Resultados descriptivos variable estrés	69
Tabla 8 Resultados descriptivos variable ansiedad	71
Tabla 9 Síndrome de fatiga por compasión del personal de enfermería	72
Tabla 10 Matriz de Correlaciones entre las Variables.....	76

Índice de Figuras

Figura 1 Sistema de Salud Vigente en Honduras	40
Figura 2 Densidad de Médicos en Honduras.....	43
Figura 3 Histograma de frecuencias satisfacción por compasión.....	73
Figura 4 Histograma de frecuencias Burnout en el Personal de enfermería	74
Figura 5 Histograma de frecuencias Fatiga por Compasión o Estrés Postraumático	75

DEGT-UNAH

INTRODUCCIÓN

El contexto de la pandemia por COVID-19 transformó radicalmente los entornos hospitalarios, generando un impacto sin precedentes en la salud física y emocional del personal de salud, especialmente en los profesionales de enfermería. Estos trabajadores han desempeñado un rol esencial en la atención directa a pacientes con complicaciones respiratorias graves, lo que los ha expuesto no solo a elevados riesgos de contagio, sino también a una constante tensión emocional. La combinación de jornadas extensas, escasez de recursos, presión asistencial y enfrentamiento cotidiano con el sufrimiento y la muerte ha desencadenado una serie de reacciones psicológicas que comprometen su bienestar, entre ellas el síndrome de fatiga por compasión.

El síndrome de fatiga por compasión, también conocido como estrés traumático secundario, hace referencia a un conjunto de síntomas emocionales y físicos derivados de una implicación empática sostenida con personas que atraviesan experiencias traumáticas. Este síndrome puede manifestarse junto a trastornos como la ansiedad o la depresión, generando consecuencias significativas tanto en la calidad de vida de los profesionales como en la eficiencia del sistema de salud. Por ello, resulta indispensable explorar la manera en que estas variables se relacionan entre sí, especialmente en entornos de alta demanda como las salas destinadas a pacientes con COVID-19.

En este sentido, el presente estudio tuvo como objetivo general analizar la relación entre el síndrome de la fatiga por compasión y los síntomas de depresión y ansiedad en el personal de enfermería que labora en la sala de COVID-19 del Hospital Escuela durante el año 2023. Para cumplir este propósito, se desarrolló una investigación con enfoque cuantitativo, diseño no experimental y alcance correlacional.

La estructura del trabajo se organiza en seis capítulos. En el Capítulo I, se presenta el planteamiento del problema, así como las preguntas y objetivos de la investigación, su

justificación y relevancia. El Capítulo II desarrolla el marco teórico, abordando conceptos clave como la fatiga por compasión, la depresión y la ansiedad, junto con sus síntomas, causas y efectos en el personal de salud. El Capítulo III contiene el marco contextual, que describe el sistema de salud en Honduras, el perfil del personal médico y en particular del Hospital Escuela.

El Capítulo IV detalla la metodología empleada, incluyendo el enfoque, diseño, variables, técnicas de recolección de datos, muestra, aspectos éticos y plan de análisis. En el Capítulo V se reportan los resultados obtenidos a partir de los instrumentos aplicados, organizados en análisis sociodemográfico, descriptivo e inferencial. Finalmente, el Capítulo VI expone la discusión de los resultados, contrastándolos con la teoría y estudios previos, para ofrecer interpretaciones y propuestas que contribuyan a la mejora del bienestar emocional del personal de enfermería en contextos críticos.

Este estudio busca generar conocimiento relevante para el diseño de estrategias institucionales que fortalezcan la salud mental de los profesionales en primera línea, asegurando tanto su bienestar como la calidad del servicio que brindan.

CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Construcción del objeto de estudio

La cantidad de horas diarias que el profesional de enfermería pasa junto al paciente, así como el hecho de ser la persona que habitualmente hace de intermediario ante el paciente, el médico y sus familiares son algunas de las razones que hace más vulnerable a este colectivo. Hecho que se agudiza cuando el profesional labora en áreas críticas como una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), que por su propia naturaleza resulta un ambiente estresante, dónde pacientes y familiares están sumidos en un entorno de sufrimiento e incertidumbre, al mismo tiempo que exigen del profesional alta competitividad (Gómez Sánchez et al., 2009).

Si a estos factores se añaden las características físicas y emocionales de ciertas unidades de trabajo, con pacientes conflictivos, moribundos, duras condiciones de trabajo, fuertes críticas, insuficiente reconocimiento social, imagen devaluada de la profesión, entre otras, conducen a un estado de impotencia e insatisfacción profesional que llevan al desgaste (Gómez Sánchez et al., 2009).

El profesional de enfermería brinda atención a los pacientes basado en conocimientos teóricos y prácticos en la búsqueda de realizar sus diferentes actividades de manera eficiente y efectiva, por lo que las enfermeras (os) que laboran en las áreas asistenciales y atención primaria de salud están sometidas a situaciones de estrés, aparte de las actividades propias del cuidado que brinda, tiene que asumir otras responsabilidades del trabajo y también es afectada por la presencia excesiva de estresores, de diferentes maneras y formas (Hurtado, 2016).

En este caso el estrés laboral en enfermería afecta en la actividad y rendimiento en el trabajo de cualquier profesional y también a la vida personal. Una de las áreas que causan mayor estrés es un hospital, ya que los profesionales de la salud, en este caso, los

profesionales de enfermería son más susceptibles a presentar estrés como reacción a la tensión emocional crónica creada por el contacto continuo con otros seres humanos, es decir, el factor característico es el estrés que surge en la interacción social paciente-cuidador (Hurtado, 2016).

Entre los posibles problemas se encuentra el síndrome de la fatiga por compasión, que se basa en la dificultad que muestran los profesionales de enfermería al estar ante situaciones en las cuales no pueden expresar sus propios sentimientos, debido a actividades que acontecen en las salas de los centros hospitalarios (Cáceres, 2020).

Cabe recalcar que el personal de enfermería es un elemento esencial en los Hospitales, ya que estos tienen la posibilidad de ayudar a los médicos a combatir las enfermedades de toda la población de un lugar determinado, sin embargo, esta gran responsabilidad en ocasiones provoca que se encuentren expuestas a un nivel de vulnerabilidad elevado, debido a diversas razones, como por ejemplo el caso de la pandemia de COVID-19, debido a que el personal de los centros hospitalarios ha tenido que estar al frente en primera línea, combatiendo el virus en muchas ocasiones sin contar con un equipo de protección adecuado y con pocos recursos a la mano (Martínez et al., 2021).

Esto, según el autor anterior, ha ocasionado que los profesionales de enfermería sientan temor a contagiarse y transmitir el virus a sus familiares, además, el estar en contacto con personas que presentan COVID-19, aumenta el nivel de ansiedad, desesperanza, soledad, depresión, sentimientos de impotencia y culpa, empeorando aún más al presentarse casos en los cuales sus pacientes pierdan la batalla contra la enfermedad (Martínez et al., 2021).

Por otro lado, el no contar con una cantidad adecuada de personal para atender a pacientes con la COVID-19 ocasiona que los profesionales de enfermería tengan que duplicar sus turnos y con ello generar en sus actividades laborales un esfuerzo extra (Boyle, 2016).

Cuando esto sucede puede producir problemas en la salud física y emocional de la o el enfermero, ya que no trabaja en condiciones adecuadas, esto trae consigo aparte de todos los sentimientos manifestado en el párrafo anterior, un agotamiento crónico, insomnio, tristeza y apatía, debido a ello, se pueden presentar climas laborales desagradables y poco compañerismo (Boyle, 2016).

Así mismo, este autor asegura que, este síndrome puede ser el causante de que el personal de enfermería que ha presenciado situaciones traumáticas como es el caso de los que han estado con los pacientes ingresados en la sala de COVID-19 se aíslen y no disfruten de la misma manera, actividades que le resultaban placenteras, además, presenta un alto nivel de insatisfacción laboral y se vuelve ineficiente en sus actividades laborales (Boyle, 2016).

Sin duda alguna, la situación ocasionada frente a la pandemia de la COVID-19 ha venido a revolucionar a toda la sociedad, y a pesar de los esfuerzos de las distintas instituciones gubernamentales, ha provocado caos en el personal de los centros hospitalarios públicos y privados y esto ha desenfrenado, altos problemas en la salud de cada uno de ello, el tener en sus manos la vida de una persona y tratar de que los procedimientos aplicados logren establecer un estado de salud óptimo, pero fracasar en el intento, esto causa que en la mayor parte de los profesionales de enfermería, se desarrollen dificultades debido a su personalidad, experiencia laboral, calidad de vida personal, educación y reforma del sistema de salud a nivel organizacional (Neves et al., 2019) .

Por eso es importante en todo este proceso de investigación saber la condición emocional del personal de enfermería ya que en pandemia en el Hospital Escuela no se contaba con suficiente recurso humano teniendo que doblar turnos sabiendo que la atención de cada paciente con COVID 19, significa un desgaste en la logística humana.

En el contexto de esta investigación, se aborda la fatiga por compasión como un estado de agotamiento físico, emocional y mental que puede afectar a los profesionales de la

salud expuestos de manera prolongada al sufrimiento ajeno. Según Córdoba et al., (2021) esta condición se manifiesta a través de síntomas como insomnio, irritabilidad, sentimientos de impotencia, aislamiento social y disminución de la satisfacción laboral, afectando tanto el bienestar psicológico como el desempeño profesional.

Asimismo, se considera la depresión como un trastorno del estado de ánimo con síntomas característicos como tristeza persistente, fatiga, alteraciones del sueño y apetito, dificultades de concentración y pérdida de interés en actividades cotidianas. De acuerdo con Cerecero et al., (2022) en el personal de enfermería, esta condición puede desarrollarse como resultado del estrés acumulado y la exposición continua a contextos emocionalmente exigentes, lo cual compromete su calidad de vida y su eficacia en la atención clínica.

Por lo tanto, comprender la relación entre la fatiga por compasión y la depresión en el personal de enfermería es fundamental para identificar los efectos que el estrés emocional sostenido tiene en su bienestar y desempeño. Dado que estos profesionales desempeñan un rol esencial en la atención de los pacientes, especialmente en situaciones de crisis como la pandemia de COVID-19, es necesario analizar cómo la exposición prolongada a estas condiciones impacta su salud mental. En este sentido, el presente estudio tiene como propósito determinar la relación entre la fatiga por compasión y los síntomas de depresión en el personal de enfermería de la sala COVID-19 del Hospital Escuela, con el fin de generar conocimiento que contribuya al desarrollo de estrategias de prevención y apoyo para mejorar su calidad de vida y desempeño laboral.

1.2. Preguntas de investigación

1.2.1. Pregunta general

¿Cuál es la relación entre el síndrome de la fatiga por compasión y los síntomas de depresión y ansiedad en el personal de enfermería que laboró en la sala de COVID-19 en el Hospital Escuela durante el año 2023?

1.2.2. Preguntas específicas

1. ¿Cuáles son los síntomas del síndrome de la fatiga por compasión en el personal de enfermería que laboró en la sala de COVID-19 en el Hospital Escuela durante el año 2023?
2. ¿Cómo es el nivel de depresión en el personal de enfermería que laboró en la sala de COVID-19 en el Hospital Escuela durante el año 2023?
3. ¿Cómo es el nivel de ansiedad en el personal de enfermería que laboró en la sala de COVID-19 en el Hospital Escuela durante el año 2023?
4. ¿Cómo es la relación entre los síntomas por fatiga por compasión y el nivel de depresión y ansiedad en el personal de enfermería que laboró en la sala de COVID-19 en el Hospital Escuela durante el año 2023?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Analizar la relación entre el síndrome de la fatiga por compasión y los síntomas de depresión y ansiedad en el personal de enfermería que laboró en la sala de COVID-19 en el Hospital Escuela durante el año 2023.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Identificar los síntomas del síndrome de la fatiga por compasión en el personal de enfermería que laboró en la sala de COVID-19 en el Hospital Escuela durante el año 2023.

2. Describir el nivel de depresión en el personal de enfermería que laboró en la sala de COVID-19 en el Hospital Escuela durante el año 2023.
3. Definir el nivel de ansiedad en el personal de enfermería que laboró en la sala de COVID-19 en el Hospital Escuela durante el año 2023.
4. Determinar la relación entre la fatiga por compasión y el nivel de depresión y ansiedad en el personal de enfermería que laboró en la sala de COVID-19 en el Hospital Escuela durante el año 2023.

1.4. Justificación

La investigación será conveniente debido a que en ella se abordará la problemática existente en los centros hospitalarios a raíz de la COVID-19 y en la cual, el personal de salud ha sufrido de padecimientos físicos y psicológicos que probablemente se relacionan con las condiciones demandantes de la labor asistencial; a su vez, esos padecimientos, pueden influir en las actividades laborales y en la salud de los pacientes, a los que han brindado un tratamiento contra el COVID-19

Por otra parte, la relevancia social del estudio se hará presente al beneficiar por medio de ella al personal de enfermería que labora en las salas de COVID-19 del Hospital Escuela, esto a través de la generación de un mayor conocimiento sobre los síntomas del síndrome de la fatiga por compasión, situación emocional en la que se encuentran e identificar el grado de vulnerabilidad del personal.

Las implicaciones prácticas se mostrarán al ayudar por medio de la realización de la investigación a generar estrategias que mejoren las condiciones laborales de los colaboradores de enfermería que se encuentran en la sala de COVID-19 y con ello reducir el síndrome de la fatiga por compasión en estos, además, se pueden generar soluciones a los altos niveles de estrés que estos presentan debido a la enfermedad y al encontrarse en

situaciones de impotencia al no poder ayudar de manera más profunda a un paciente que se encuentra batallando por la enfermedad.

El valor teórico del estudio se hará presente al realizar un apartado en donde se analizará la literatura sobre la problemática que se está tratando en esta investigación y diversos autores que la abordan y con ello crear un sustento teórico que permita a los interesados conocer más sobre el síndrome de la fatiga por compasión y a través de ello llenar vacíos de conocimiento sobre el tema.

DEGT-UNAH

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1. Síndrome de la fatiga por compasión

La fatiga de compasión es un término que se utiliza para describir los efectos negativos que produce, a largo plazo, el estar sometido de manera continua a situaciones emocionalmente demandantes (West, 2015). El término fue introducido en 1992 a partir de una investigación sobre el burnout, donde se describió la fatiga de compasión como una variante de este síndrome, caracterizada por el impacto de las necesidades físicas y emocionales de los pacientes en las enfermeras, lo cual provocaba síntomas similares al agotamiento emocional (Campos Aguerre, 2016).

En 1995, Figley definió la fatiga por compasión como las respuestas emocionales y conductuales que surgen de conocer el trauma vivido por una persona significativa, así como el estrés asociado al brindar o desear brindar apoyo a alguien que ha sido traumatizado o que está atravesando sufrimiento (Figley, 1995). Actualmente, las definiciones han evolucionado y ya no se centran únicamente en el trauma o en el contacto con personas que han sufrido eventos traumáticos, sino que se enfocan en el coste emocional que implica para el profesional involucrarse de manera empática con el sufrimiento de sus pacientes (Campos Aguerre, 2016).

La fatiga por compasión, también conocida como desgaste por empatía, es un tipo de malestar que aqueja a cualquier individuo expuesto al sufrimiento de otras personas; dicha situación se ha estudiado más en el ámbito de los profesionales de la salud, ya que se ven expuestos continuamente a la angustia de sus pacientes, lo cual puede causar síntomas emocionales y sociales (Alvear Velez, 2023). Es evidente que los profesionales de la salud se encuentran expuestos a diferentes situaciones de sufrimiento por parte de los pacientes que visitan a diario los hospitales; pacientes que experimentan dolor a raíz de las diferentes

afecciones clínicas; es en estas situaciones donde se presenta el síndrome de fatiga por compasión.

En esta misma línea Mosquera y Rivera (2015), afirman que, dentro del contexto psicológico, existen diferentes conceptualizaciones sobre la fatiga por compasión, eventualmente el término es relacionado con el estrés que puede ser inducido en el contexto laboral, social y familiar. También las diferentes consecuencias llegan a ser nocivas para la salud física y emocional de las personas, en especial para aquellas personas que dedican su tiempo al cuidado de otros.

Uno de los ejemplos que mejor ilustran esta afirmación es la aparición frecuente de enfermedades somáticas entre los profesionales que cuidan a enfermos de Alzheimer. Con el avance de la enfermedad, el paciente requiere más cuidados y la gratificación personal del profesional resulta menor. En el gremio sanitario, se dispone de evidencia empírica sobre cómo la calidad de vida de las enfermeras desciende a medida que aumenta su fatiga; y esa fatiga, está muy relacionada con la demanda excesiva de cuidados (Wagner-Raphael et al., 1999).

El personal de enfermería se encuentra dedicado al cuidado de los pacientes que se presentan en el centro asistencial, lo que causa factores de riesgo que son perjudiciales para la salud en la vertiente psíquica y social, en la que se relaciona el personal (Mosquera & Rivera, 2015).

En las diferentes manifestaciones de fatiga compasiva pueden ser distinguidas por los trabajadores en un contexto social a través de pérdidas afines con aspectos de la vida personal, donde se pueden presentar diferentes problemas de salud de carácter físico y emocional, por parte de la persona y, sobre todo, por la rutina de trabajo La cual puede influir de forma notoria en los empleados de la salud, para que se presente el síndrome de fatiga por compasión, que reduce la calidad de atención al paciente, implicando el proceso de trabajo

del establecimiento y las relaciones interpersonales que se pueden presentar (Souza et al., 2019).

Por otra parte, Violim Fabri et al., (2021), señalan que la vida de las enfermeras de atención primaria se ve afectada tanto en el ámbito laboral y profesional, como resultado de la despersonalización y la baja satisfacción emocional que ocurre durante las actividades laborales.

Esta afirmación es confirmada por la literatura japonesa al presentar qué factores como la irritabilidad, la ansiedad, la depresión y el tiempo de servicio están asociados con la baja satisfacción profesional y el desarrollo del burnout, influyendo significativamente en la calidad de vida profesional de estos profesionales (Tanaka et al., 2020). Por otra parte, hay que destacar que existe una falta de conocimiento científico sobre la calidad de vida profesional y la perspectiva de satisfacción y fatiga debido a la compasión entre los profesionales de la salud, especialmente los profesionales de enfermería (Garcia & Marziale, 2018, p. 71).

2.1.1. Síntomas de la fatiga por compasión

La fatiga por compasión está legítimamente asociada con la disminución de la satisfacción, además de la exacerbación del estrés traumático secundario y el agotamiento aspectos de la fatiga por compasión que afectan la calidad de vida de los trabajadores, donde se destaca que la satisfacción compasiva se refiere a la capacidad de un profesional para hacer frente a situaciones de dolor, sufrimiento, tristeza, enfermedad y, a pesar de todo, sentirse feliz de ayudar al otro teniendo compasión de la persona (Violim et al., 2021).

Las manifestaciones de fatiga trágica pueden ser reconocidas por el personal de salud a través de pérdidas relacionadas con aspectos de su vida personal, problemas de salud física y emocional y, sobre todo, hábitos de trabajo, donde la calidad de la atención al paciente

afecta el flujo de trabajo del establecimiento y las relaciones interpersonales que se puedan presentar (Hernández, 2017).

La fatiga por compasión o estrés por compasión es una respuesta a la angustia de una persona con relación a la situación laboral, señalando que este síndrome afecta las esferas física, emocional, social y espiritual de la profesión, por lo tanto, las personas con fatiga por compasión informan una sensación de angustia que se traduce en una disminución del deseo, la capacidad o la energía para ayudar a los demás (Hernández, 2017).

La satisfacción compasiva, descrita como la capacidad de recibir satisfacción del cuidado, es un aspecto positivo del desempeño de los profesionales de la salud que los impulsa a ayudar a los demás lo que les ayuda a sentirse bien en el entorno (Hernández, 2017).

Filgueira (2014) considera que es importante las prácticas de autocuidado mediante el psicodrama y el cambio de roles, a más de ello es importante supervisar a los empleados de la institución en cuanto a estrategias de resolución de problemas; además, se puede presentar taller con temas orientados al psicodrama individual, en pareja, trabajo con la familia.

Jiménez et al., (2004) consideran que la intervención en estrés traumático secundario debe ir orientado a tres puntos, primero está la educación, misma que debe ser descriptiva de los síntomas del síndrome en cuestión, además se debe realizar entrevistas estructuradas para comentar el impacto emocional y cognitivo producido por incidentes críticos.

Como segundo punto se debe generar un afrontamiento grupal mediante la terapia de grupo para que los profesionales visualicen el incidente como un potencial de estrés grupal y no individual, por tanto, se evidencia el apoyo y la visualización de una solución (Jiménez et al., 2004).

Como último punto, los autores en mención, se encuentra el compromiso organizacional donde se define el rol de cada una de las partes y fomentar una disciplina de autocuidado (González Procel et al., 2018).

2.1.1.1. Síntomas intrusivos

El contexto en el que se relaciona un profesional se debe de entender desde dos perspectivas según Souza et al., (2019) una perspectiva es orientada a la situación compasiva de forma positiva la cual ocurre en el instante en que el profesional de la salud o de otra rama siente alegría por ayudar a otras personas.

En cambio, la fatiga negativa y compasiva; es la fatiga que abarca los sentimientos de extenuación emocional y frustración con el trabajo, los cuales se relacionan con el burnout y los diferentes traumas relacionados con el trabajo, que son característicos del estrés traumático secundario para parte del profesional (Souza et al., 2019).

Los síntomas intrusivos son descritos por el deseo obsesivo y compulsivo que presenta el profesional al presentar la necesidad de ayudar con asuntos relacionados con pacientes, situación que invaden el tiempo personal, donde se evidencia una cercanía física y emocional con los pacientes por parte del profesional que presenta el síndrome de compasión (Castillo, 2014).

Las imágenes o relatos del evento del paciente se reflejan en los pensamientos del profesional de la salud, disparando memorias, ideologías y sentimientos de falta de idoneidad como profesional asistencial, llegando a pensar; si la asistencia que brindó fue de la mejor forma lo que lleva a recrear la escena, caracterizada como un síntoma intrusivo (Castillo, 2014).

Por su parte, Montt y Hermosilla (2001), señalan que existen tres síntomas principales que prevén la fatiga por compasión siendo la base que despliega o presenta los demás síntomas como ser; los físicos, emocionales, de conocimiento y, por ende, académicos. En

primer lugar, se sitúan los síntomas intrusivos donde se proyectan las imágenes intrusivas, conducidas por sentimientos de angustia (que se muestran por ejemplo en la reacción física) mediante los diferentes pensamientos que llevan a recrear el evento en el pensamiento.

En diferentes ocasiones estos síntomas se manifiestan con regresiones, tratar de olvidar el suceso, evitar acciones en que aflore el recuerdo y en algunos casos se puede presentar una amnesia parcial o total, con cambios en la memoria y secuencia de los hechos (Montt & Hermosilla, 2001).

Por ejemplo, cuando una persona es víctima de algún tipo de evento traumático, en cualquier momento de su vida diaria, las imágenes y pensamientos del evento pueden aparecer repentina e inesperadamente, se remonta al momento del evento (Castillo, 2014).

Por lo que, revivir la emoción expresada en ese momento, también puede empezar a repensar todo lo que hizo o dejó de hacer, lo que le crea una fuerte ansiedad: por eso, prefiere evitar el tema del evento y mantenerse alejado de todo lo que pueda recordarlo (Castillo, 2014).

En notorio cabe reconocer que todas las personas en alguna circunstancia de la vida han experimentado los síntomas y manifestaciones de la fatiga por compasión en algún contexto de la vida, en donde se presenta la combinación de diferentes síntomas (ver en tabla 1) los síntomas se van a presentar de forma diferente según el organismo de cada persona, debido a que cada persona tiene su propia historia, quienes han de contar con sus propios recursos y capacidades que intermedian al instante de ser deslumbrados o afectados por un evento o una situación, lo cual ha de determinar el trato con el paciente y el proceso terapéutico (Castillo, 2014).

La tabla 1 muestra la clasificación de los síntomas experimentados en la fatiga por compasión, con la correspondiente descripción de cada uno de ellos.

Tabla 1:*Clasificación de los Síntomas de Fatiga por Compasión*

Síntomas	Descripción
Síntomas Intrusivos Reexperimentación del evento traumático que el profesional de salud presencié de modo directa o indirectamente.	Deseo obsesivo y compulsivo de ayudar a los demás Asuntos relacionados con pacientes invaden el tiempo personal o en tiempo de recreación Cercanía física y emocional con los pacientes Identificación con los pacientes Las imágenes o relatos del evento del paciente disparan memorias. Pensamientos y sentimientos de falta de idoneidad como profesional asistencial.
Síntomas Evitativos; es la evitación de todo lo que recuerde el evento traumático del paciente	Se presenta una respuesta silenciadora. Pérdida del sentimiento de gratificación producido por actividades que cotidianamente le complacían. Retiro social y disfunción relacional. Automedicación/adicción. Depresión, desilusión, sensación de impotencia. Cinismo. Cuestionamiento de las creencias fundamentales y pérdida de la esperanza de poder ayudar. Pérdida de la energía. Temor para trabajar con ciertos temas de los pacientes. Desesperación y desesperanza. - Evitación de salidas extralaborales con compañeros
Síntomas de Hiperactivación; se presenta como la activación del sistema nervioso afectando la respuesta ante el miedo.	Aumento de la ansiedad. Impulsividad/reactividad. Dificultad para conciliar el sueño. Dificultad para concentrarse. Cambio en los hábitos alimenticios y modificaciones del peso. Aumento de la percepción de exigencias o amenazas Aumento de la frustración

Nota: datos obtenidos de (Castillo, 2014).

2.1.1.2. Síntomas evitativos

Estos síntomas se relacionan a evitar recordar la acciones que han sucedido es la reacción al silencio, pérdida de satisfacción con las actividades diarias, disfunción social y de relaciones, automedicación/adicción, desilusión, depresión, sentimientos de injusticia, energía, cinismo, dudas sobre las creencias esenciales y pérdida de la esperanza de que puedan ayudar, desgaste de energía, desesperación y desesperanza, y evitación de salidas extralaborales con los compañeros de trabajo según (Castillo, 2014), quien señala lo siguiente:

Entre otros síntomas se pueden encontrar: la interrupción de las actividades de cuidado personal; el cambio en la forma de percibir al mundo desde una perspectiva de víctima-victimario; ruptura de los esquemas cognitivos. También la manifestación de emociones como tristeza y culpa de modo más intenso; sensación de adormecimiento o congelación; dolencias somáticas como trastornos gastrointestinales, intensas cefaleas; desconfiar de otros, que antes probablemente eran de entera confianza; aumento de vulnerabilidad personal y falta de seguridad; aumento o disminución de la sensación de poder al creer que otros no tienen la capacidad de manejar un problema; excesiva identificación con el sufrimiento de otros; alejamiento de situaciones emocionales e irritabilidad. (p.29).

Todos los síntomas mencionados conlleva a la evitación y el desgaste dentro del campo laboral, es decir el profesional evita tanto los recordatorios del evento al mostrarse cansado y desgastado emocional y físicamente, lo que en ciertas situaciones lo lleva al aislamiento, a la desvalorización en los intereses sociales y laborales, abstención conductual, depreciación de la cabida para sentir emociones, y, esencialmente, las relacionadas a la intimidad o devociones positivas, en cambio, se presenta la sensación de un futuro desolador (Montt &

Hermosilla, 2001), es decir un comportamiento negativo y una falta de apoyo con relación a las actividades que se deben realizar.

1.1.1.1. Síntomas de hiperactivación

Este síndrome es presentado como el aumento del comportamiento de la ansiedad, ímpetu/ reactividad, problema para conciliar el sueño, dificultad para reunirse con demás personas cercanas a su área laboral, se pueden presentar cambios en los hábitos alimenticios y modificaciones en el peso, de igual forma se refleja una ampliación de la percepción de diferentes exigencias o amenazas donde se evidencia el aumento de la frustración por parte del profesional (Castillo, 2014).

La Hiperactivación o hiperarousal, en diferentes situaciones es relacionada a la activación del sistema nervioso simpático, el cual es regulado por el locus coeruleus, siendo el encargado de liberar la norepinefrina en todas las zonas axonales en relación con el área donde se proyecta (sistema límbico, ganglios basales, corteza frontal, hipotálamo) debido a la función central en la filtración de información, siendo un intermediario clave en cuanto a la respuesta al estrés o miedo (Montt & Hermosilla, 2001).

Este síntoma se manifiesta generalmente con irritabilidad, hipervigilancia, dificultad para concentrarse, dar respuestas de forma alterada, entre otras.

2.1.1.2. Etiología y factores de riesgo de la fatiga por compasión

En los síntomas relacionados con el síndrome de la fatiga por compasión en la mayoría de los casos se presenta en el personal de asistencia de salud, especialmente en los enfermeros y doctores son los autores que presentan los niveles altos en fatiga por compasión en relación con otros profesionales que trabajan en el centro asistencial como los psicólogos y los administrativos, que rara vez presencian actos nocivos donde se presenta el síndrome de compasión, debido a la jornada completa que laboran brindando asistencia de salud, en el que deben brindar los servicios a los pacientes que lo requieran (Hernández, 2017).

En general, los profesionales que son afectados por la fatiga por compasión según Castillo (2014), también pueden inducir otro tipo de trastorno debido al estrés, la inoculación emocional y las relaciones frecuentes con personas que padecen esta condición, de igual forma, los efectos, síntomas y manifestaciones son afines en algunos casos porque las circunstancias profesionales, afectivas, familiares y personales son factores que influyen en el manejo del estrés y el bienestar del sufrimiento de los demás.

Por otra parte, el síndrome de fatiga compasiva o burnout por fatiga se presenta a la población en general como un tema relativamente nuevo, sobre todo porque anteriormente se ha utilizado únicamente y asociado al sector médico o sanitario, siendo los operadores que atienden las llamadas de emergencia de las personas quienes se involucran directamente en el dolor y sufrimiento de quienes buscan ayuda, dejándolos mentalmente agotados, afectando su salud mental (Cedeño et al., 2020).

Debido a la reciente introducción del término fatiga compasiva y su falta de comprensión, a menudo se lo confunde con otros conceptos, como contra tráfico, agotamiento, trauma de la víctima, Trastorno de Estrés Traumático Secundario (TETS), entre otros conceptos; en la actualidad se encuentran disponibles mediante informes de tasas más completos siendo esta la razón principal por la que no se han hecho mayores esfuerzos para establecer una teoría amplia y completa de la fatiga por compasión, debido a que existen diferentes términos y teorías que establecen y enmarcan los síntomas que pueden acontecer en contextos traumáticos, de crisis o angustiosas según Castillo (2014) quien detalla que:

La Fatiga por Compasión, va más allá de la experimentación de situaciones o eventos que representen una amenaza real o simbólica a la integridad de un individuo; afecta principalmente al personal que se ocupa del sufrimiento ajeno, ya que debe cargar con todo el peso que este sufrimiento trae consigo al espacio de consulta, con el objetivo

de ser liberado por el paciente. Por esta razón, la definición, síntomas y tratamientos van a tener un enfoque diferente para los profesionales de la salud (p.23).

2.2. Diagnóstico de la fatiga por compasión

La fatiga compasiva es un riesgo laboral para todos los profesionales de la salud que hacen trabajo clínico con pacientes traumatizados, lo que es probable que la mayoría de estos profesionales experimentan estos síntomas en mayor o menor grado, sin embargo, es probable que algunos médicos lleguen a una etapa crítica que afecte no solo su desempeño laboral sino también su salud mental, individual y familiar, por ello, es fundamental un diagnóstico del síndrome de la fatiga por compasión y un seguimiento del profesional que presente el síndrome (Saraguro, 2019).

Los profesionales de la salud generalmente reflejan un conjunto de signos y síntomas que son de ayuda para que el psicólogo determine la presencia del síndrome de fatiga por compasión, a partir de ello (Campos et al., 2015), proponen un respaldo presentando en la tabla 2 siguiendo la forma de organización, estructuración de la personalidad CASIC (Conducta, Afecto, somatización, Interacción y Cognición), con lo que se puede identificar los rasgos:

Tabla 2:

Signos para Diagnosticar el Estado de Fatiga por Compasión

Subsistemas	Signos y Síntomas
Subsistema Conductual	Evitación de pacientes, absentismo, consumo de psicofármacos, retraimiento, dificultades para separar la vida personal de la laboral, hipervigilancia, actitud de crítica hacia los pacientes, aislamiento, pérdida del interés en actividades generadoras de placer
Subsistema Afectivo y Somático	Rabia e irritabilidad, desgaste y agotamiento emocional, deterioro significativo de la capacidad empática, experiencia negativa del mundo externo, dificultades para la tolerancia de emociones fuertes, cambios de peso, agotamiento muscular, trastornos del sueño, cefaleas, taquicardia, disminución del sistema inmunológico

Subsistemas	Signos y Síntomas
Subsistema Interpersonal	Conflictos interpersonales íntimos, incapacidad de desarrollar aspectos de la vida que no estén relacionados con el trabajo, despersonalización, distancia con familiares y amigos
Subsistema Cognitivo	Exagerado sentido de la responsabilidad, dificultades para tomar decisiones, tendencia a olvidar, descenso del compromiso con el paciente, deterioro de la autoimagen, deterioro de la capacidad empática, miedo irracional, ansiedad, pensamientos constantes sobre el paciente y el trabajo

Nota: datos obtenidos (Campos et al., 2015).

Para la valoración de la Fatiga por compasión se ha utilizado el sistema ProQOL IV (Professional Quality of Life) Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales. Versión IV, según Acinas (2012). Los cuales incluyen diferentes variables de Satisfacción de compasión, burnout y fatiga por compasión en los que se debe de tomar en cuenta la personalidad que generalmente se evidencian en los profesionales con fatiga por compasión, quienes reflejan los niveles elevados de: altruismo, autoexigencia e idealismo; características que hacen que el profesional de salud se asigne como reto personal la solución de problemas de los pacientes, la influencia de personas con comportamiento de tipo A y posiciones de control externo; es decir, atribuyen las causas de los problemas a contextos externas o ajenas a ellos mismos.

2.3. Depresión en el personal de enfermería

La depresión es un trastorno psicológico que afecta de manera significativa a los profesionales de la salud, especialmente al personal de enfermería, quienes se enfrentan diariamente a situaciones de sufrimiento, muerte y alta carga laboral. Diversos estudios evidencian una correlación directa entre el desempeño de tareas en contextos altamente demandantes y la aparición de enfermedades psíquicas como la depresión. El ambiente hospitalario, caracterizado por turnos prolongados, exposición constante a enfermedades y la necesidad de mantener una actitud empática, genera un desgaste físico y emocional que repercute en la salud mental del personal de enfermería (Missel, 1999).

En estos contextos, los trabajadores recurren consciente o inconscientemente a mecanismos de defensa para protegerse del sufrimiento ajeno. No obstante, la exposición prolongada a estos factores puede provocar síntomas depresivos. De Vargas y Vieira Días (2011) explican que la depresión se manifiesta con alteraciones en el humor, la motivación, la cognición y la función psicomotora. Entre sus síntomas comunes están la tristeza persistente, la pérdida de interés por las actividades cotidianas, alteraciones del sueño y del apetito, fatiga, dificultades de concentración, baja autoestima y sentimientos de culpa.

Durante la pandemia de COVID-19, la situación del personal de enfermería se agravó. Espinoza et al. (2021) señalan que aproximadamente 1 de cada 10 trabajadores de la salud presentó síntomas depresivos, asociados a factores como la muerte de seres queridos, el miedo al contagio y la escasez de equipo de protección personal (EPP). En cambio, el uso adecuado de EPP se identificó como un factor protector. Estas condiciones aumentaron el riesgo de depresión en este grupo profesional, disminuyendo su capacidad de respuesta y bienestar general.

2.3.1. Clasificación de la depresión

De acuerdo con OMS (2021) “la depresión se agrupa según sus signos y síntomas en tres tipos: depresión leve, moderada y severa” (p. 7).

La depresión leve: Es un sentimiento de pena, pérdida afectiva, desinterés por las cosas que antes se disfrutaban; La depresión no es culpa del individuo, ni es un defecto de personalidad. La depresión leve es una enfermedad común que a veces pasa desapercibida o negada. El peligro de la depresión leve es que sus víctimas no se identifican como deprimidas. Las personas con depresión leve a menudo piensan que todos los demás son diferentes. Como ellos, estar triste es normal; Esta es una enfermedad que inicia con síntomas

leves. Si no se trata adecuadamente, puede conducir a una condición crónica y repetitivo (Cujes, 2021).

La depresión Moderada: Puede provocar dificultad en las labores o con el trabajo cotidiano: Los síntomas suelen estar presentes y son leves; generalmente más ligero. Durante un episodio depresivo moderado, los signos reveladores son cambios de humor, infelicidad, pensamientos negativos y disminución de la energía, todo lo cual conduce a una disminución de la actividad social y laboral (Cujes, 2021).

La depresión Grave/Severa: Es una situación en la que los individuos siempre están de insatisfechos, se mueven lentamente, se sienten cansadas; En mayor parte, los individuos con depresión mayor se confinan en sus habitaciones y se echan a llorar porque todavía se sienten emocionalmente desposeídos y tienen la intención de quitarse la vida (Cujes, 2021).

2.3.2. Trastorno depresivo persistente (*distimia*)

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años. En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año (APA, 2014).

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

- Poco apetito o sobrealimentación.
- Insomnio o hipersomnia.
- Poca energía o fatiga.
- Baja autoestima.
- Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
- Sentimientos de desesperanza.

Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico (APA, 2014).

La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo), los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (APA, 2014).

Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrán síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años, pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente (APA, 2014).

Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado (APA, 2014).

2.3.3. Especificadores para trastornos depresivos

La ansiedad es un síntoma común que puede presentarse junto con los trastornos depresivos, afectando la evolución y el tratamiento de la enfermedad. En muchos casos, los episodios depresivos pueden ir acompañados de altos niveles de ansiedad, lo que incrementa la gravedad del cuadro clínico y el riesgo de complicaciones, como ideación suicida y resistencia al tratamiento. Por esta razón, es fundamental identificar la presencia de síntomas

ansiosos dentro de un trastorno depresivo y clasificar su severidad, permitiendo así un abordaje terapéutico más preciso y efectivo (Fiorella et al., 2024).

En el contexto de los trastornos depresivos, es común que se presenten síntomas de ansiedad que agravan el cuadro clínico. Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) la ansiedad se define como la presencia de dos o más de los síntomas siguientes durante la mayoría de los días de un episodio de depresión mayor o trastorno depresivo persistente (distimia):

1. Se siente nervioso o tenso.
2. Se siente inhabitualmente inquieto.
3. Dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones.
4. Miedo a que pueda suceder algo terrible.
5. El individuo siente que podría perder el control de sí mismo

Especificar la gravedad actual: Leve: Dos síntomas. Moderado: Tres síntomas. Moderado-grave: Cuatro o cinco síntomas. Grave: Cuatro o cinco síntomas y con agitación motora.

Ansiedad que se aprecia como característica destacada tanto del trastorno bipolar como del trastorno de depresión mayor en la asistencia primaria y en los servicios especializados en salud mental. Los altos grados de ansiedad se han asociado a un riesgo mayor de suicidio, duración más prolongada de la enfermedad y mayor probabilidad de falta de respuesta al tratamiento. Por lo tanto, para planificar el tratamiento y controlar la respuesta terapéutica es clínicamente útil especificar con precisión la presencia y la gravedad de la ansiedad (APA, 2014).

Depresión con características mixtas:

Las características mixtas asociadas a un episodio de depresión mayor son un factor de riesgo significativo para el desarrollo de trastorno bipolar I o bipolar II. Por lo tanto, para

planificar el tratamiento y controlar la respuesta terapéutica es clínicamente útil apreciar la presencia de este especificador (APA, 2014).

Las características mixtas asociadas a un episodio de depresión mayor son un factor de riesgo significativo para el desarrollo de trastorno bipolar I o bipolar II. Por lo tanto, para planificar el tratamiento y controlar la respuesta terapéutica es clínicamente útil apreciar la presencia de este especificador (APA, 2014).

Depresión con características melancólicas:

El especificador “con características melancólicas” se aplica si estas características están presentes en la fase más grave del episodio. Ausencia casi completa de la capacidad de placer, no simplemente una disminución. Una norma para evaluar la falta de reactividad del estado de ánimo es que ni siquiera los acontecimientos muy deseados se asocian a una elevación notable del estado de ánimo (APA, 2014).

El estado de ánimo no aumenta en absoluto o sólo aumenta parcialmente (p. ej., hasta un 20%– 40% de lo normal sólo durante unos minutos seguidos). La “cualidad bien definida” del estado de ánimo característico del especificador “con características melancólicas” se experimenta como cualitativamente diferente del que se produce durante un episodio depresivo no melancólico (APA, 2014).

Un estado de ánimo deprimido que se describe simplemente como más grave, más prolongado o presente sin ningún motivo no se considera de cualidad bien definida. Casi siempre existen cambios psicómotores y son observables por parte de otras personas (APA, 2014).

Las características melancólicas sólo muestran una tendencia ligera a repetirse en los episodios del mismo individuo. Son más 122 Trastornos depresivos frecuentes en los pacientes hospitalizados, en contraposición a los ambulatorios; es menos probable que

aparezcan en episodios más leves de depresión mayor que en episodios más graves; y es más probable que se produzcan en episodios con características psicóticas. (APA, 2014).

2.4. La ansiedad en el personal de enfermería

El personal de enfermería se enfrenta a múltiples factores estresantes en su entorno laboral, los cuales pueden desencadenar respuestas de ansiedad debido a la constante exposición a situaciones de alta presión, toma de decisiones clínicas, y contacto directo con el sufrimiento humano. Según Ballesteros (2000), citado por Piqueras et al. (2008), “entendemos por cognitivo cualquier proceso efectuado por el cerebro que incluya percepción, detección, identificación, comparación, toma de decisiones, etc.” (p. 51). En este sentido, los síntomas psíquicos de la ansiedad surgen de la interpretación que el individuo realiza sobre los estímulos del entorno, percibiéndolos como amenazas. En el caso del personal de enfermería, esta interpretación se ve intensificada por las demandas emocionales, físicas y cognitivas que implica el ejercicio de su profesión.

Desde la perspectiva de Hamilton (1969), la ansiedad puede manifestarse a través de distintos síntomas psíquicos que son observables en el personal de salud, y particularmente en el personal de enfermería, debido a la cercanía constante con pacientes críticos y situaciones impredecibles. Entre los síntomas más frecuentes destacan:

- Estado de ánimo ansioso: las enfermeras experimentan preocupación constante por la evolución clínica de sus pacientes, miedo a cometer errores que comprometan la salud del enfermo, y aprensión ante turnos exigentes, lo que genera irritabilidad y agotamiento emocional.
- Tensión: se manifiesta como dificultad para relajarse, sensación de presión permanente, sobresaltos ante emergencias, episodios de llanto y una inquietud persistente que no desaparece al finalizar la jornada laboral.

- Temores: incluyen el miedo al contagio (especialmente durante la pandemia), la ansiedad por transmitir enfermedades a sus familiares, temor a enfrentar la muerte de los pacientes y la preocupación constante por la escasez de insumos médicos.
- Insomnio: el personal de enfermería reporta dificultades para conciliar el sueño tras turnos agotadores, interrupciones frecuentes del descanso por pensamientos intrusivos, y una sensación de no haber descansado, afectando su rendimiento al día siguiente.
- Dificultades cognitivas: se presentan problemas de concentración durante procedimientos clínicos, olvidos, y una disminución en la capacidad de toma de decisiones, particularmente en jornadas extensas o en contextos críticos.
- Estado de ánimo deprimido: la sobrecarga laboral, la falta de reconocimiento y la exposición constante a la muerte o al sufrimiento pueden llevar a una pérdida de interés en actividades personales, tristeza prolongada y sentimientos de impotencia.

Estos síntomas afectan tanto el desempeño laboral como el bienestar emocional del personal de enfermería, por lo que resulta prioritario implementar estrategias institucionales de apoyo psicológico y autocuidado que permitan mitigar el impacto negativo de la ansiedad en este grupo esencial para el sistema de salud.

2.4.1. Etiología de la ansiedad

Para Ellis (2005), la ansiedad tiene su origen en estos tres aspectos, que se conjugan en la persona a partir de sus decisiones y sus creencias racionales e irracionales. La ansiedad es evolutiva porque es consustancial a la condición humana. La ansiedad, el miedo y la incertidumbre siempre han formado parte de la historia de la humanidad. De acuerdo con Pinel (2007), los trastornos de ansiedad suelen desencadenarse a raíz de acontecimientos estresantes identificables, y suelen centrarse en determinados objetos o situaciones. Indica

que existen tres causas fundamentales que generan estrés las cuales son: causas biológicas, causas psicosociales y causas socioculturales.

Las causas biológicas hacen referencia a que el factor hereditario juega un papel mínimo en el desarrollo de la ansiedad. Algunos estudios han demostrado que existe una tendencia al apareamiento de la ansiedad en grupos familiares, aunque es difícil determinar el hecho de haber nacido y crecido en un ambiente familiar ansioso y en qué medida depende de la genética (Pinel, 2007).

Las causas psicosociales consisten en la génesis de la ansiedad estos factores parecen ser muy importantes ya que se relacionan los factores a traumas fisiológicos en la infancia, patrones patológicos en la familia y en la relación padre-hijo, así como las relaciones interpersonales. Se relaciona a un crecimiento personal bloqueado y a un aprendizaje distorsionado (Pinel, 2007).

Las causas socioculturales demuestran que existen efectos socioculturales distintos de las personas que manifiestan ansiedad. Una de las diferencias es el tipo de reacción que cada persona posee para afrontar las circunstancias que se le presentan, la otra es que el ambiente social influye en la manifestación de la ansiedad y la forma en que la persona se ha desarrollado (Pinel, 2007).

2.4.2. Niveles de ansiedad

Según Sadín y Chorot (1995), citados por Piqueras et al (2008), la ansiedad puede ser definida como una respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico, cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anular o contrarrestar el peligro mediante una respuesta (conducta de huida o de agresión). Este sistema de alerta actúa de forma adaptativa y prepara al individuo para responder ante las diferentes situaciones que se presenten en el medio. Sin embargo, hay diferentes situaciones en las que la ansiedad se convierte en clínica, ocasionando así que el individuo reaccione de

forma desadaptativa ante el medio. En este sentido, los niveles de la ansiedad se establecen de la siguiente manera:

Ansiedad leve: Durante esta fase la persona esta alerta y su campo de percepción aumenta, la persona ve oye y comprende más que antes. Este tipo de ansiedad puede motivar el aprendizaje y producir crecimiento y ansiedad. También está asociada a tensiones de la vida diaria (Piqueras et al, 2008).

Ansiedad moderada: En la cual la persona se centra no solo en las preocupaciones inmediatas, lo que implica una disminución del campo de percepción. La persona ve, oye y comprende menos. La persona bloquea aéreas seleccionadas, pero puede atender más si se orienta a ello (Piqueras et al, 2008).

Ansiedad grave: Se caracteriza por una reducción significativa del campo perceptivo. La persona tiene a centrarse en un detalle específico, sin pensar en nada más. La conducta se centra en aliviar la ansiedad (Piqueras et al, 2008).

Es así que en algunos de ellos se logra evidenciar datos en los que la ansiedad, la depresión, las reacciones adaptativas, entre otros, son los más comúnmente reportados entre el personal sanitario, estos están acompañados por síntomas como irritabilidad, insomnio, clinofilia, disfunción familiar e incluso suicidio, especialmente cuando los médicos de primera línea pueden cursar con estrés postraumático, aparte de todo el tener que dar cara a cara con el familiar la noticia del deceso del paciente, este supone ser un estresor que puede llegar a agravar la sintomatología ansiosa (Álvarez et al, 2020).

2.5. Situación emocional del personal de enfermería en pandemia

La emergencia mundial de salud pública generada por la pandemia del COVID-19 ha provocado una crisis en los sistemas de salud y económicos a nivel mundial, por su parte, el personal médico juega un papel importante en la respuesta de salud pública a este tipo de crisis, al brindar una atención de forma directa al paciente y oprimiendo el riesgo de

exposición a enfermedades infecciosas, los profesionales de la salud reflejan un estado emocional orientado a la impotencia de no poder cumplir con la labor al brindar los servicios, debido a la falta de insumos médicos y el contexto adecuado para ejercer la labor (Fernandez et al., 2020). Siendo así que las consecuencias potencialmente significativas son a corto y largo plazo para las enfermeras, la sociedad y la profesión de enfermería.

Hasta la fecha, la experiencia del personal de salud frente a pandemia ha sido poco explorada, especialmente en relación con otras enfermedades profesionales se necesitan enfermeras para garantizar que estos trabajadores tengan el apoyo que necesitan para permitirles continuar trabajando en la fuerza laboral que necesita cuidar a las poblaciones frente a una crisis de salud. Durante una pandemia, se requiere una atención de alta calidad ante la demanda de servicios por parte de la comunidad de pacientes, en muchos casos con enfermedades graves (Cedeño et al., 2020).

Por su parte, Corley et al., (2010), han identificado los factores que afectan emocionalmente al personal de salud siendo estos: el uso de equipo de protección personal, los diferentes procedimientos de control de infecciones, el miedo a la infección y la transmisión, los niveles de forma adecuada por parte del personal en la unidad de cuidados intensivos, los nuevos roles del personal, los niveles de moral, educación en oxigenación por membrana extracorpórea y desafíos en el manejo de la atención al paciente relacionados con los medicamentos y los equipos adecuados que se han de utilizar.

2.6. Vulnerabilidad del personal de enfermería

Las enfermedades respiratorias infecciosas y las pandemias son particularmente virulentas porque se propagan por gotitas y por enfermeras en contacto de persona a persona, ya que el grupo más grande de profesionales de la salud según la Organización de la Salud (2020), quien está al frente de la respuesta manejo tanto de epidemias como de pandemias.

Así mismo la OMS también administran atención directa a pacientes en condiciones físicas cercanas y, por lo tanto, a menudo están expuestos a estos virus y tienen un alto riesgo de desarrollar otras enfermedades que puedan ser dañinas para la población en general y el personal de salud quienes se encuentran expuestos debido a que su labor se basa en el cuidado de los pacientes.

Se reconoce que las enfermeras se sienten vulnerables y ansiosas por futuros litigios relacionados con tener que priorizar una buena gestión de los recursos sobre las necesidades indispensables de los pacientes, en un momento en que tienen que dividir las raciones y negar el servicio a algunos de ellos.

La impotencia es generalizada para las enfermeras, ya que se encuentran bajo una enorme presión y, a menudo, temen que la gestión del ejercicio de su labor se vea afectada por las exigencias del trabajo y el miedo de la comunidad causado por la pandemia (Martínez et al., 2021).

2.6.1. Gestión de la atención en salud en profesionales de la enfermería ante la COVID-19

Se ha determinado que la disposición de los enfermeros o personal médico para atender a los pacientes es ocasionada por la presencia de características de buen manejo de todo tipo de recursos (físicos, económicos, tecnológicos, personas) de los cuales son responsables por la recuperación del paciente, esto destaca el hecho de que los pacientes sienten un mayor grado de apego y confianza en el trato que les brinda el hospital, y, por lo tanto, es más probable que desarrollen una percepción y evaluación positiva del trato hacia ellos (Martínez et al., 2021).

La percepción positiva mencionada, derivada de la gestión en la prestación de servicios de salud, además de la infraestructura brindada, es menos estresante para los pacientes y cuidadores, lo que incide positivamente en el compromiso de ambas partes; mientras que la percepción negativa asociada a los altos niveles de presión puede impedir la

plena utilización de los recursos disponibles debido a la fatiga según Permarupan et al., (2020), en cuanto a edad, sexo, estado civil, ingresos, nivel educativo, años de experiencia, áreas en las que trabaja, horas trabajadas, número de pacientes asignados por la enfermera y ubicación.

2.6.2. Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento según Fernández y Palmero (1999), hacen referencia a los diferentes enfrentamientos que se pueden realizar como procesos concretos que son de utilidad para cada contexto, los cuales pueden ser altamente cambiantes lo que dependerá de las situaciones desencadenantes, donde se afirman que estas son múltiples, y que la utilidad no siempre es positiva, en relación con el hecho que logran eliminar al agente estresor, debido a que la situación puede generar agotamiento, sobre generalización y diferentes efectos secundarios.

La definición de las estrategias de afrontamiento se basa en aquellas inclinaciones personales para hacer frente a la variedad de circunstancias siendo los que determinan el uso de ciertas estrategias, así como la persistencia temporal y situacional según Fernández y Palmero (1999). Por su parte Lazarus y Folkman (1986), señalan dos estilos centrados en el afrontamiento:

- a) Estilos centrados en el problema: en este contexto las personas buscan la solución al problema lo que ha producido disonancia cognitiva, se puede presentar una búsqueda deliberada de la solución del problema, como la reconstrucción del equilibrio siendo resultado del escenario estresante, entre las estrategias de este grupo, se refleja: la identificación, la indagación por apoyo social y la búsqueda de soluciones, se debe tener presente que estas son susceptibles de aparecer en el instante en el que las situaciones son valoradas como aptas de cambio.

- b) Estilos centrados en la emoción: se centra en las personas enmarcadas que buscan manejar las consecuencias emocionales de una situación estresante, se puede encontrar las siguientes estrategias: autocontrol, evitación, reevaluación positiva, auto culpabilizarían y evitación/escape, es probable que surjan cuando se haya evaluado que no se puede hacer nada para cambiar las condiciones amenazantes del medio ambiente.

2.6.2.1. Tipos de estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento se presentan como los procesos precisos y específicos, los cuales son utilizados para cada contexto, donde pueden ser altamente de cambio para el profesional de salud, ha de depender de las diferentes condiciones en las que se presente el suceso, donde se ha de trasladar la importancia a los procesos de afrontamiento al determinar las estrategias que han de ser de ayuda para afrontar las situaciones que presencie el personal de la salud o de cualquier otra índole (Saraguro, 2019).

Aguir y Muñoz (2002), detallan que los profesionales dedicados a la salud presentan la predisposición para desarrollar estrategias emocionales, en la que se puede reflejar la separación conductual, una evidente búsqueda de soporte social y de apoyo emocional en el hogar, se pueden auxiliar del consumo de fármacos y tabaco, cuando se presentan situaciones de estrés pueden desahogarse evidenciándose como conjuntos frente a contextos estresantes o altamente demandantes.

A lo largo de los años el cuidado del personal de enfermería ha sido considerado como un proceso organizado y dinámico con el fin de manifestar confort y bienestar al paciente, donde se deben tener presente todas las dimensiones del ser humano como: la psicológica, la biológica, lo social y lo espiritual (Saraguro, 2019).

En relación con las estrategias de afrontamiento (ver en tabla 3) las cuales se pueden diversificar de acuerdo con el estresor que se presente, por ejemplo: cuando en el contexto

laboral se presenta una situación estresante, el afrontamiento ha de estar dirigido a la solución del problema; en cambio, cuando el estresor se atañe a la salud, el afrontamiento se orienta hacia la emoción (Hernández, 2017).

Tabla 3:

Tipos de estrategias para el afrontamiento basadas en el modelo de Lazarus y Folkman

Estrategia	Definición
Afrontamiento activo	Iniciación de acciones directas, que aumentan los propios esfuerzos para eliminar o reducir al estresor.
Planificación	Radica en pensar de forma organizada acerca de cómo enfrentar al estresor. Planificar las diferentes estrategias de acción, los pasos a dar y la dirección de los esfuerzos por ejecutar.
Supresión de actividades competentes	Muestra la eliminación de distractores para el inicio de acciones directas, aumentando los propios esfuerzos para eliminar o reducir al estresor
Postergación del afrontamiento o abandono de los esfuerzos de afrontamiento	Es la capacidad de esperar o postergar el afronte del estresor hasta que se presente la oportunidad adecuada para actuar sobre la problemática, impidiendo las prácticas prematuras
Soporte o apoyo social instrumental	Hace referencia a la ayuda, consejo o información a personas que son competentes, con responsabilidad acerca de lo que debe hacer
Soporte social emocional	Es la búsqueda de apoyo emocional, de simpatía y de comprensión.
Reinterpretación o reevaluación positiva	Búsqueda o discernimiento de los aspectos positivos y favorables del problema o situación estresante, donde se presenta el intento de mejorar o crecer a partir de la misma
Aceptación	Afirmación de la responsabilidad que haya tenido en el origen o sustento del problema. Así como, aceptar la realidad de la situación estresante
Negación	Reside en negar la realidad del hecho estresante o problema.

Estrategia	Definición
Acudir a la religión	Predisposición para volver hacia el momento de estrés, aumentando la participación en actividades religiosas
Expresión de las emociones	Acentuación de la conciencia del propio malestar emocional, custodiado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos
Uso de alcohol y drogas	Radica en el uso de alcohol u otras sustancias con el fin de sentirse bien, buscar consuelo o para ayudarse a soportar la situación estresante.
No compromiso conductual	Disminución de esfuerzos para trabajar con el estresor, incluso renunciando al esfuerzo para lograr las metas con las cuales se obstruye al estresor.
No compromiso cognitivo	Reside en hacer un conjunto de actividades para distraerse y evitar pensar en la dimensión conductual o en la meta con la cual el estresor interfiere.

Nota: datos obtenidos de (Lazarus & Folkman, 1986).

Por su parte, Hernández (2017), hacen hincapié en las diferentes estrategias de afrontamiento para el área de enfermería, entre las más comunes se encuentran:

- 1) el provecho de las diferentes destrezas que se pueden adquirir en la práctica de meditación, relajación, biorretroalimentación, y actividad física;
- 2) tener presente la modificación de los métodos cognitivos, los cuales incluye técnicas de reconstrucción cognitiva, o el ejercicio en la solución de problemas;
- 3) la persona debe estar dispuesta a la adquisición de nuevas habilidades, por medio de: prácticas de habilidades conductuales, habilidades sociales, habilidades de comunicación, práctica de diferentes técnicas de negociación, destrezas para la gestión del tiempo y agenda

Al evidenciar que la profesión de enfermería se desenvuelve en una institución o contexto hospitalario, en el que deben existir una diversidad de estrategias organizacionales las cuales

contribuyan al afrontamiento de escenarios altamente estresantes por parte de los enfermeros como ser:

- 1) contextos ambientales;
- 2) flexibilidad en los horarios de trabajo;
- 3) oportunidad de crecer en el puesto de trabajo; compatibilidad con la tarea, independencia, habilidades ejercidas, entre otras;
- 4) actividad organizacional;
- 5) establecer planes de carrera y motivación;
- 6) proyectar diferentes estilos de dirección: con intervención y metas claras; 7) establecer grupos semiautónomos de las labores (Saraguro, 2019).

CAPÍTULO III: MARCO CONTEXTUAL

3.1. Sistema de salud en Honduras

Un sistema de salud que funcione bien mejora la salud de la población, proporciona protección social, satisface las perspectivas legítimas de los habitantes, contribuye al desarrollo económico y respalda la cobertura universal, el sistema de salud se encuentra en problemas debido a su limitada cabida para asistir a oprimir la brecha de la exclusión sanitaria inaceptable, la débil capacidad de gestión del sistema y la rígida gestión de los recursos humanos entorpecen acelerar el trabajo de gestión para incrementar el acceso de la población a los servicios de salud; todo esto conduce a la actual crisis del sector salud: el sistema de salud hondureño se caracteriza por la fragmentación y problemas de coordinación y alineamiento entre agencias y unidades de servicio; esto implica duplicación de actividades, esfuerzos y recursos, entre otros aspectos (Carmenate et al., 2016).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), ha valorado el desempeño del Sistema de Salud de Honduras indicando que se sitúa en la posición 131 en comparación a 191 países, a partir de ello se debe presentar la importancia de contextualizar el rol del Estado en el sistema de salud hondureña, el cual radica en que solo 2.9% de la población está cubierta por seguros privados, dejando a la demás población en un margen de desamparo por el sistema de seguro en salud.

El sistema de salud hondureño durante las siguientes dos décadas sufrió algunas modificaciones menores, sin embargo, ha continuado utilizando el mismo modelo de salud y protección social en comparación a 50 años, por otra parte, en los últimos años se ha presentado reformas para el sector salud en Honduras debido a la crisis de los servicios de salud, el colapso de los centros médicos y la austera crisis bancaria provocada por casos de corrupción sé lo que aceleró el proceso, si bien esta es una reforma muy prometedora en diferentes aspectos como el crecimiento de la cobertura, la universalización e innovación del

sistema de salud; sin embargo, ha planteado serias dudas en muchas áreas de la sociedad hondureña, debido a que la reforma propone una autonomía en la gestión de los prestadores privados de servicios de salud, en la que el Estado y sus establecimientos son únicamente el ente rector, delegando las funciones de hacienda, aseguramiento y su atención a los prestadores privados (Carmenate et al., 2016).

La reforma podría tener consecuencias negativas para el acceso de los hondureños a los servicios de salud, el empleo y la economía según (Carmenate et al., 2016) se llevó a cabo una revisión profunda del sistema de salud hondureño, evaluando su gestión, finanzas, distribución y recursos humanos, de igual forma se contrasta con las profundas reformas que se espera implementar en el sistema de salud hondureño, cuyos beneficios y posibles consecuencias se basan en la práctica de innovaciones que se han realizado con anterioridad en otros países latinoamericanos.

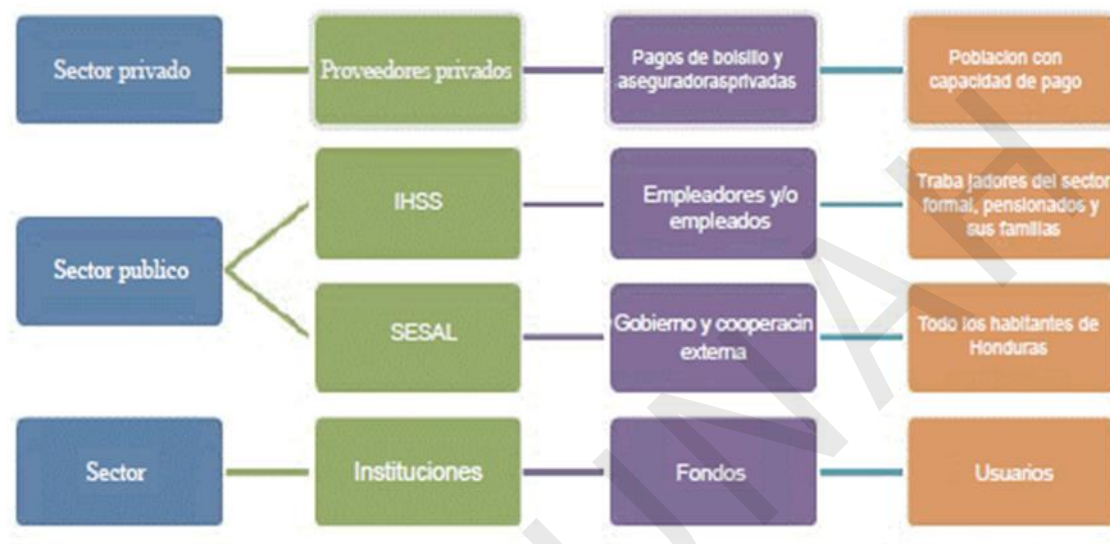
Por otra parte, se refleja la fragmentariedad del sistema de salud siendo este aspecto el que lo vuelve ineficaz en muchos casos, lo que genera problemas de organización y coordinación por parte de las entidades que brindan los servicios de la salud; fundamento en una falsedad de sus energías y recursos (Carmenate et al., 2016), donde los servicios públicos de atención a la salud no reúnen los recursos necesarios para ofrecer un acceso a la salud y no se instalan de los equipos e instrumentos como parte de los eventos tecnológicos que permiten atender de forma más eficaz a los pacientes.

El sector salud se encuentra compuesto por dos subsectores; un subsector público vinculado con la Secretaría de Salud (SESAL) correspondiéndole el rol rector, organizador y prestador de servicios de salud para todos los habitantes hondureños y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) es quien se encarga de recolectar, dirigir recursos fiscales y los derivados de las evaluaciones obligatorias de los trabajadores y empleadores, de igual forma

se combina con un subsector privado formado por instituciones con o sin fines de lucro (ver en figura 1) (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

Figura 1

Sistema de Salud Vigente en Honduras



Nota: datos obtenidos de (Carmenate, Herrera, & Ramos, 2016).

La Secretaría de Salud (2014) hace alusión del servicio que se brinda en relación con Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) quien asegura el 12% del área privada y atiende al 10% de este sector, cabe recalcar que en Honduras 9 de cada 10 personas no cuentan con ningún tipo de seguro de salud y se valora que el 18% de los habitantes hondureños representados por el 1.5 millones de hondureños que no cuenta con acceso a los servicios de salud.

3.1.1. Cobertura del sistema de salud en Honduras

El estado de Honduras tiene una mínima inversión en el sistema de salud, la reducción de la inversión hace que el país se retrase los servicios en la atención médica de los pacientes, emergencias, medicinas suficientes para el manejo médico, equipos y personal médico; por lo tanto, se refleja un sistema obsoleto que tiene como resultado que una población sea

desatendida y totalmente alienada del derecho a la salud (Centro de Estudio para la Democracia, 2019).

Estos contextos ponen en evidencia el ejercicio del derecho a la salud por parte de las personas en el Estado de Honduras, pues refleja su incapacidad para administrar los recursos económicos.

La Secretaría de Salud quien es la encargada de facilitar los servicios públicos de la salud, seguido del IHSS que se faculta de la protección de la seguridad social por medio de la atención en salud con las diferentes contribuciones que realizan los empleados, por su parte el Hospital Militar facilita servicios de salud a los afiliados y las existencias privadas que brindar cuidado clínico por medio del pago de servicios a esta entidad (Carmenate et al., 2016).

La cobertura universal de los servicios de salud es una forma importante de aumentar el acceso a servicios efectivos según Carmenate et al., (2016), para aliviar las diferentes dificultades financieras durante la enfermedad y mejorar los resultados del sector de la salud, existen dos conceptos diferentes del derecho universal a la salud; por un lado, está el concepto de Cobertura Universal de Salud (CUS) se basa en una cobertura que cubre un conjunto limitado de servicios, por otro lado, existe una noción de lograr este servicio por medio de un sistema de salud único, público y gratuito que asegure el acceso igualitario para todos con las mismas necesidades, conocido como Sistema Único de Salud (SUS).

Por su parte, Honduras plantea la universalización del aseguramiento con una orientación de CUS mediante un sistema de salud constituido y plural, donde la Secretaría de Salud aparte de la ocupación rectora contaría con un seguro público en el área nacional de salud para la población en estado de pobreza y un IHSS que ha de funcionar de forma exclusiva como garante al concretar los servicios para los afiliados con proveedores públicos

y privados, que trabajan bajo un enfoque de salud familiar y comunitario para toda la población asegurada (Bermúdez, Juan et al., 2011).

Con la universalización se intenta lograr que el 95% de cobertura de salud con relación a todos los niveles del sistema de salud hondureños, asegurando de esta manera un horizonte para el sector según la Secretaría de Salud (2014) quien señala que la cobertura en atención no ha de ser en total de todas las enfermedades, sino que la innovación proyecta en paquetes específicos suplementarios, donde el acceso se ha de garantizar los segmentos especiales de la población (cobertura selectiva), por diferentes razones particulares, donde el mismo modelo precisa los paquetes específicos como: un conjunto restringido de tributos de y servicios de salud interdependientes los cuales se creen conveniente para proveer a ciertos grupos específicos, por tanto, la reforma no hace alusión a la inversión de instituciones estatales o económicas en nuevas construcciones en áreas geográficas donde no se cuenta con cobertura, sino que instituye las representaciones de entidades estatales previamente manejadas en el país en las instituciones privadas.

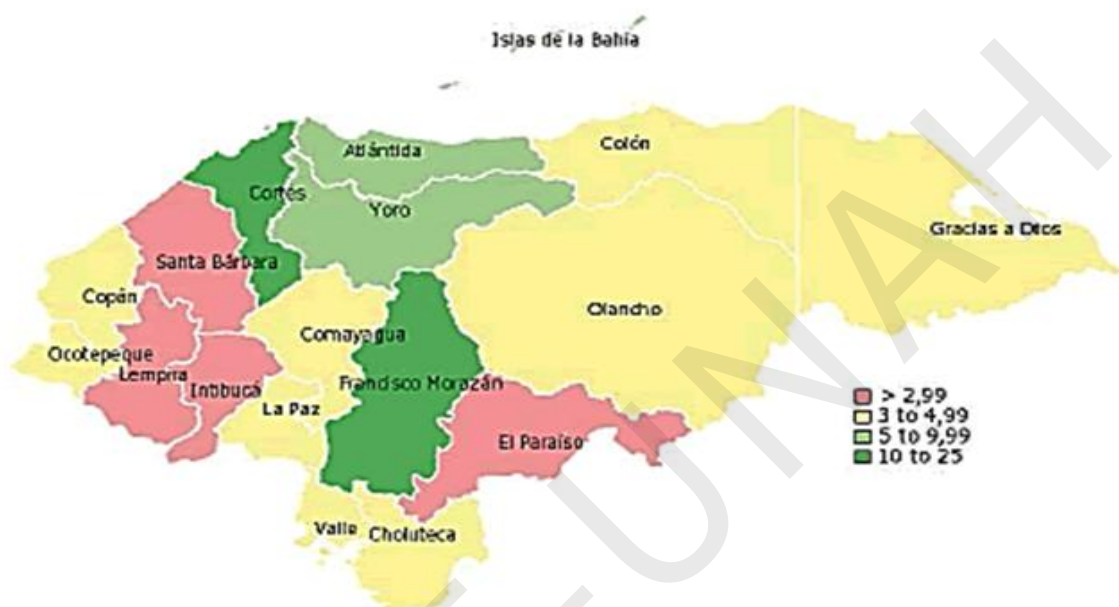
3.2. Personal médico en Honduras

En Honduras el personal médico tiene jornadas de trabajo de 8 horas diarias de las cuales deben brindar servicios a un máximo de 36 pacientes y la mayor parte de este personal atiende pacientes en el horario de 07:00 a.m. a 01:00 p.m. reflejando que las instituciones asistenciales no prestan sus servicios en la tarde y fines de semana, solo se atienden emergencias en los centros regionales, para el año 2015 se contaba con 10,995 médicos colegiados por lo que se estima que existen 10.1 médicos por cada 10,000 (Organización Panamericana de la Salud, 2009). Por su parte los datos brindados por departamentos presentaron diferencias en el departamento de Francisco Morazán quien tenía 23.8 médicos por cada 10.000 habitantes, en cambio, Lempira y Santa Bárbara solamente contaban con 2 médicos por cada 10.000 habitantes, por lo tanto, se hace alusión que ninguno de los 18

departamentos del país cumple con el mínimo del indicador de 25 médicos por cada 10,000 habitantes como lo revela la meta territorial de recursos humanos (ver en figura 2).

Figura 2

Densidad de Médicos en Honduras



Nota: elaboración de Carmentate et al., (2016) a partir de los datos obtenidos de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (Universidad Nacional Autónoma de Honduras , 2009).

En el país de Honduras coexiste una política de recursos humanos muy desactualizada y no existe una planificación en el contexto de la relación entre las diferentes instancias implicadas, la Secretaría de Salud detalla que para el año 2015 contaba con 2.546 médicos de forma permanente (63,2%) el rubro privado con 880 médicos (23,9%) y el Instituto de Seguridad Social con 474 médicos (12,9%). En cuanto a SESAL, el mayor empleador en 2015 había 23.954 empleados, de los cuales solo el 13% eran profesionales de la medicina, número que ha venido disminuyendo de manera constante desde el año 2008, cuando los profesionales representaban el 22,9% de la fuerza laboral, donde el 68,34 % son mujeres y el

31,66% restante son hombres, lo que muestra que la tasa de desempleo de 10,995 médicos (Universidad Nacional Autónoma de Honduras , 2009).

3.2.1. Estatuto del personal de enfermería

Para regular la labor del personal de enfermería se creó la Ley del Estatuto del Personal de Enfermería de Honduras (1999) siendo el Estatuto que regula las diferentes relaciones que se establecen entre las y los profesionales de enfermería con el Estado hondureño; en los que se puede presentar entes centralizados, descentralizados o desconcentrados, entes mercantiles (farmacéuticos), personas naturales o de otra índole, de igual forma en el Estatuto se establecen las obligaciones y las prohibiciones de los patronos y el personal de enfermería.

El personal de enfermería debe desempeñar las siguientes obligaciones; aceptar y cumplir las funciones que se le confieran según el cargo, cumplir con las normas de ética profesional, estar registrado en el Colegio de Profesionales de Enfermería de Honduras; de igual forma se prohíbe al personal de enfermería: prestar servicios profesionales a dos contratantes a la misma vez o de manera simultánea durante la misma jornada de trabajo, retrasar de forma intencional el cumplimiento de las obligaciones, recetar o aplicar al paciente tratamientos no indicados por el médico facultado de forma legal, entre otras acciones que vaya en contra de la moral y la ética (Ley del Estatuto del Personal de Enfermería de Honduras, 1999).

Por otra parte, este mismo establece que el personal de enfermería ha de tener derechos a vacaciones de forma anual, remuneradas y pagadas anticipadamente, el cálculo de las vacaciones de año se promediarán los salarios en jornada ordinaria y extraordinaria devengada en los últimos seis meses de trabajo; cumplido un año las vacaciones del profesional de enfermería será de 12 días laborales, al cumplir 2 años de servicio continuo las vacaciones serán de 15 días laborales; después de 3 años de servicio las vacaciones del

profesional de enfermería serán de 20 días y al cumplir los 4 años laborales; las vacaciones serán de 30 días hábiles (Ley del Estatuto del Personal de Enfermería de Honduras, 1999).

3.2.2. Personal médico en el Hospital Escuela

El Hospital Escuela surge como un centro de atención y enseñanza en el campo de la medicina gracias a un convenio firmado el 9 de agosto de 1968 por Arturo Quezada como rector y representante legal de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y el presidente de Honduras y Antonio Peraza Casaca en su calidad de secretario de Estado en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Honduras, con un mandato inicial de 15 años, renovables, durante los cuales la dirección y operación del hospital está a cargo de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (Hospital Escuela Universitario [HEU], 2013).

La formación de los Recursos Humanos es liderada por la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Honduras (UNAH), según la Secretaría de Salud (2007) firmó un convenio sobre la integración de la docencia en salud para la investigación y la formación de estudiantes de ciencias médicas en sus campus, mientras que la universidad faculta a la Secretaría de Salud para participar en la determinación de perfiles profesionales y eventos académicos, con relación a los datos por departamento muestran que Francisco Morazán tiene 23.8 médicos por cada 10.000 habitantes (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

Se hace referencia que en los últimos 15 años los salarios pagados por el gobierno central han disminuido en un 6%, en el período 2013 a 2014 se ha degradado en un porcentaje de 2,3 debido a la transferencia de nómina del Hospital Escuela a la UNAH, la caída de los salarios en el sector salud es resultado del inicio del proceso de reforma y depuración de la masa salarial de los profesionales, lo que crea un contexto de preocupación para el personal de este rubro (Secretaría de Finanzas, 2015).

Las crisis sanitarias es un riesgo para la salud pública, la cual se definen como una situación que se presenta cuando la exigencia en la toma de decisiones y la incertidumbre

ante el surgimiento de una amenaza para la salud exceden la capacidad normal de respuesta de los funcionarios de salud para socavar su autoridad (Simón & Guillén, 2008). Estas situaciones ocurren dentro del sistema de salud, por lo que las personas tienen acceso limitado a la atención médica.

En el contexto de una pandemia, los trabajadores de la salud presentan diferentes aspectos relacionados con los estados emocionales a nivel psicológico, los trabajadores de la salud describen sentimientos de miedo relacionados con su propia seguridad, familiares, discriminación y medidas de aislamiento interpersonal. Respuestas emocionales similares también fueron puntualizadas durante la pandemia del COVID-19, recalcando la importancia del liderazgo fundado en la cohesión del equipo, la cooperación interdisciplinar y la comunicación, que se consideran fundamentales para reducir los efectos de este tipo de estrés, donde se han presentado factores individuales que contribuyen a las respuestas desadaptativas destacado las estrategias de afrontamiento de evitación, confrontación hostil, culpa y apego ansioso por parte del personal médico (De Caneva et al., 2020).

El impacto de la pandemia es una situación incierta con relación a una situación sin precedentes, según De Caneva et al., (2020) se presentan a corto plazo, en el personal hospitalario aparecen síntomas típicos del burnout como fatiga, insomnio, irritabilidad y detrimento de apetito, sin embargo, a largo plazo los profesionales de la salud pueden desarrollar un trastorno de estrés postraumático relacionado con cambios cardiovasculares, del sueño, músculo-esqueléticos y gastrointestinales, los trastornos músculo-esqueléticos son una de las principales causas de discapacidad y pérdida de tiempo en los profesionales de la salud, y la experiencia del dolor es una mezcla compleja sostenida por un conjunto de factores biomédicos, psicológicos y otras relaciones sociales y conductuales relacionadas, incluidas las relaciones que no son estáticas, pero evolucionando con el paso del tiempo sino que son tratados.

Es importante considerar que el personal de salud tiene la responsabilidad para realizar sus actividades de manera eficiente y eficaz en los cuidados que brindan a la población; por lo cual se necesitan las habilidades cognoscitivas, procedimentales y conductuales propias del perfil de la profesión, lo cual ha de implicar tener equilibrio físico, psicológico y moral; con la estrecha relación entre ellos al determinar el comportamiento hacia el medio ambiente y los individuos con los que interactúan, por tal motivo pueden ser considerados positivos o negativos dependiendo del resultado en los que se presenten ante el profesional, por ejemplo, a nivel organizacional se presentan ciertas emociones como: la melancolía y la tristeza pueden ser vistas como nocivas para el bienestar de las personas (Abarca et al., 2021).

Estudios efectuados por Sanders (2016) sobre el estrés laboral en personas de enfermería en la unidad de cuidados intensivos pediátricos Hospital Escuela Universitario, han participado diferentes profesionales de la salud, presentado las manifestaciones con relación a las labores que realizan entre las más comunes se destacan: dolor de cabeza, fatiga, sudoración excesiva, vómitos, aumento del ritmo cardíaco, alteraciones visuales, dificultad para respirar, dolor difuso, sed, mareos, disminución del estado de alerta, falta de concentración, dificultad para identificar problemas, sueños malvados, irritabilidad, ansiedad, culpar a otros, miedo, depresión, incapacidad para descansar, ira intensa e inquietud, estas manifestaciones son de naturaleza fisiológica, cognitiva, emocional, conductual y ocurren en el personal del HEU.

Las labores de los profesionales de la salud son exigentes y estresantes, debido a que implica una relación social de forma constante con otras personas que se encuentran enfermas y con los familiares de las mismas, el personal de salud efectúa un esfuerzo para regular las emociones propias y las de los demás, están ostentados a contextos difíciles como: sobrecarga de trabajo, excesivo margen de responsabilidad laboral, insuficiencia de equipos y materiales,

iluminación incorrecta, áreas inadecuadas o insuficientes para las labores que se ejecutan, falta de motivaciones laborales, entre otras, esto ha de crear perspectivas favorables o desfavorables en el contexto de la labor de la salud, con relación a las expectativas que se tenga del trabajo, es decir niveles de complacencia o insatisfacción laboral (Abarca et al., 2021).

Por su parte, De Caneva et al., (2020), consideran que el procedimiento de elección del tipo de situaciones de compasión por parte del personal de salud debería ser multimodal, para optimar la incapacidad y el uso de destrezas de autocontrol con la caracterización de los objetivos rehabilitativos y el prólogo de hábitos sanos tanto físicos como psicológicos, en un contexto de atención multidisciplinar la cual se centre en la persona y más allá de la enfermedad.

En el contexto de pandemia por el COVID-19 ha provocado eminentes desafíos para el personal médico en Honduras debido a que cuenta con un sistema débil de salud en el que solo hay 9 profesionales de la salud (médicos) por cada 10,000 habitantes lo que trae consigo diferentes retos y preocupación para el personal de salud, en comparación a la asistencia que deben brindar y los retos mayores que se presentan, por su parte Mejía (2020) ha expresado que el número de pacientes se ha duplicado en el estado de pandemia, argumentando que el cansancio, la frustración y la ansiedad son evidentes por parte del personal médico.

No existe un registro del número de acciones de discriminaciones y la violencia dirigido a los profesionales de la salud en Honduras, en algunas ocasiones el personal de salud es discriminado en el estado de emergencia sanitaria por ingresar a las tiendas y supermercados solamente por llevar el vestuario médico, a esto se le suma el estrés y el agotamiento debido a la pandemia, todas las situaciones antes mencionadas impactan de forma significativa en la salud mental del personal de salud (Comité Internacional de la Cruz Roja, 2020).

Tras declarar la OMS a la COVID-19 pandemia, han ido saliendo a la luz diversas investigaciones sobre sus efectos en la salud mental del personal sanitario, como muestra de ello varios autores señalan que los trabajadores de la salud muy frecuentemente temen contagiar con la infección a sus familiares, a sus amigos y/o compañeros y, así mismo experimentan síntomas de ansiedad, estrés, angustia, depresión o insomnio, clínica que a su vez acarrea repercusiones psicológicas a largo plazo. Por todo ello más allá del riesgo médico, el impacto psicológico que ha generado la pandemia del COVID-19 es verdaderamente indiscutible (Simon et al., 2022).

Durante la actual pandemia los profesionales enfermeros han experimentado tasas de fallecimiento de pacientes sin precedentes, incluso dentro de una profesión en la que se espera encontrar la muerte, al mismo tiempo se han tenido que enfrentar a difíciles condiciones laborales, tales como largas jornadas de trabajo, sobrecarga asistencial, reducción del contacto social, entre otras, constituyendo todas ellas una tormenta perfecta de circunstancias que ponen en riesgo su salud física y mental, su bienestar y además su capacidad para realizar su trabajo, precipitando la aparición de síntomas de ansiedad, miedo, depresión y/o trastornos de estrés postraumático (Simon et al., 2022).

Como reflejo de ello son diversos los artículos publicados que han explorado la salud psicológica y el bienestar emocional del personal de enfermería durante la COVID-19, reafirmando en todos ellos graves consecuencias negativas de la pandemia sobre su salud mental: ansiedad, estrés (Simon et al., 2022).

En respuesta a ello diversas investigaciones recientes coinciden en apuntar que es muy importante proteger la salud mental de los profesionales sanitarios, ya que resulta indispensable en el adecuado combate contra el virus, y al mismo tiempo para mantener su salud, su seguridad y bienestar: “cuidar al que cuida (Simon et al., 2022).

Los estudios que abordan inestabilidad emocional y estrés laboral en los trabajadores del sector salud encuentran niveles elevados de depresión, ansiedad, suicidio y adicciones. Las investigaciones han reportado que dicho personal está expuesto a riesgos psicosociales que generan alteraciones en su bienestar y que se manifiestan como estrés, cansancio, desgano y afectan sus relaciones sociales (Rosales, 2021).

Entre los daños a la salud resultado de las exigencias laborales en el grupo de médicos destacan el deterioro psíquico y afectivo; el abuso en el consumo de sustancias psicoactivas, la adicción a la nicotina y los trastornos intelectuales, así como los errores de desempeño, los cuales se relacionan con distrés psíquico y el síndrome de burnout. La sintomatología asociada a estas condiciones incluye fatiga, ansiedad, depresión, trastornos del sueño, cefaleas y dolores de espalda (Rosales, 2021).

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El presente capítulo describe el enfoque metodológico adoptado para llevar a cabo la investigación orientada a analizar la relación entre el síndrome de fatiga por compasión y los síntomas de depresión y ansiedad en el personal de enfermería que laboró en la sala de COVID-19 del Hospital Escuela durante el año 2023. Se detalla a continuación el enfoque de estudio, el alcance, el diseño de la investigación, la población y muestra seleccionada, así como los instrumentos aplicados para la recolección de datos. Asimismo, se exponen los procedimientos de validación de los instrumentos, el método de análisis estadístico implementado y las consideraciones éticas que guiaron el desarrollo del estudio.

4.1. Enfoque, alcance y diseño

4.1.1. Enfoque

Por la naturaleza de la investigación se implementó un enfoque cuantitativo el cual se empleó para obtener resultados estadísticos que permitieron identificar el nivel de afectación del síndrome de la fatiga por compasión en el personal de enfermería que laboró en la sala de COVID-19 en el Hospital Escuela durante el año 2023, siendo así que Hernández Sampieri y Mendoza Torres (2014), indican que los enfoques cuantitativos muestran la necesidad de medir y estimar magnitudes de los problemas que se están investigando, en el cual se plantea un estudio delimitado y en donde el proceso de recolección de datos se dirige primordialmente a medir las variables por medio de métodos estadísticos.

4.1.2. Alcance

Este estudio empleó un alcance descriptivo y correlacional. El enfoque descriptivo se utiliza cuando se pretende narrar, identificar o determinar hechos, situaciones o características de un fenómeno estudiado, permitiendo especificar propiedades o perfiles de personas, grupos, comunidades o procesos que se someten a análisis (Guillen et al., 2020). Además, el estudio tuvo un alcance correlacional, ya que buscó analizar la relación entre el

síndrome de fatiga por compasión y los síntomas de depresión y ansiedad en el personal de enfermería, describiendo patrones de asociación entre estas variables sin establecer relaciones causales. Para la recolección de datos, se aplicaron diversos cuestionarios a los participantes con el objetivo de obtener información detallada sobre su estado emocional y las características asociadas a cada variable de estudio.

4.1.3. Diseño

Hernández Sampieri y Mendoza Torres (2014), señalan que un diseño es un plan o estrategia elaborada con la finalidad de obtener los datos necesarios en el proceso de investigación y responder al planteamiento del estudio. En este sentido, la investigación se desarrolló bajo un diseño no experimental y transversal. El diseño no experimental se implementa cuando el estudio se realiza sin manipular deliberadamente las variables, basándose en la observación de la problemática tal como ocurre en su entorno natural para luego analizar los datos obtenidos. Asimismo, se empleó un diseño transversal, ya que la recolección de datos se llevó a cabo en un solo momento del tiempo, permitiendo examinar la relación entre la fatiga por compasión y los síntomas de depresión y ansiedad en el personal de enfermería en un periodo determinado.

4.2. Variables

Para el desarrollo de la presente investigación se consideraron las siguientes variables principales:

- Fatiga por compasión
- Depresión
- Ansiedad

A continuación, la tabla 4 presente lo que es la operacionalización de variables en la que se muestra su definición conceptual y operacional y sus dimensiones:

Tabla 4:*Operacionalización de variables*

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Ítems
Factores Sociodemográficos	Son las características personales y sociales que permiten describir el perfil general de los participantes y su contexto de vida.	Información recolectada mediante un cuestionario sociodemográfico estructurado.	Datos personales	1. Edad 2. Sexo (Hombre/Mujer) 3. Nacionalidad 4. Lugar de residencia (Rural/Urbano) 5. Nivel de estudio (Primaria/Secundaria/Universitario) 6. Ocupación
Fatiga por compasión	Es definido como el resultado que provoca el estrés irremediable de una persona cuando esta ha sido expuesta al sufrimiento de otra persona. (Mosquera & Rivera, 2015).	Preguntas acerca de sus experiencias, positivas y negativas, como profesional de la urgencia médica:	La fatiga por compasión.	Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción ProQOL –vIV.
			La satisfacción laboral	1 - 30
			El agotamiento en la ayuda a los profesionales.	

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Ítems
Depresión	El desgaste que las personas pasan en el ambiente de trabajo debido a estresores vividos en ese ambiente. También según la literatura (Missel, 1999).	Frecuencia con que le han afectado los síntomas de la depresión durante las últimas dos semanas.	Ánimo depresivo Anhedonia Perturbaciones del sueño Fatiga o pérdida de energía Cambios en el apetito o peso Cambios en el apetito o peso Dificultad para concentrarse Lentitud o agitación psicomotora Ideación suicida	PHQ-9: Lista de verificación de nueve síntomas. 1 - 9
Ansiedad	Se caracteriza por la preocupación, anticipación, hipervigilancia, temor, inseguridad, y la percepción de fuertes cambios fisiológicos (Ballesteros, 2000).	Frecuencia con la que ha sufrido los síntomas de la ansiedad en los últimos 15 días.	Nerviosismo o ansiedad constante Incapacidad para detener la preocupación Preocupación excesiva por diferentes cosas Dificultad para relajarse Inquietud o dificultad para permanecer quieto Irritabilidad Sensación de que algo terrible va a pasar	Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7). 1 - 7

4.3. Hipótesis

1. HI: Existe relación estadísticamente significativa entre la fatiga por compasión y los síntomas por depresión en el personal de enfermería en las salas COVID del Hospital escuela en el 2022.

2. HI: Existe relación estadísticamente significativa entre la fatiga por compasión y los síntomas por ansiedad en el personal de enfermería en las salas COVID del Hospital escuela en el 2022.

4.4. Técnicas de recolección de información

Los instrumentos y técnicas de recolección de datos son definidos como procedimientos que permiten obtener, transformar y documentar la información que ayude a generar datos importantes para la investigación (Rojas, 2011). En este sentido, para el desarrollo de esta investigación fueron implementados 3 instrumentos; Fatiga por compasión y satisfacción ProQol-vlV, Cuestionario sobre la salud del paciente PHQ -9 para medir los síntomas de Depresión y Escala ansiedad GAD7. Previo a estos instrumentos, se presentan los ítems sobre los datos sociodemográficos.

4.4.1. *Componente sociodemográfico*

El componente sociodemográfico recopila la información como ser, edad, sexo, nacionalidad, lugar de residencia, escolaridad, ocupación, dosis de vacunas y si se contagió de coronavirus.

4.4.2. *Cuestionario fatiga por compasión y satisfacción ProQol-vlV*

Es un cuestionario de autoinforme de 30 elementos diseñado para medir la fatiga por compasión, la satisfacción laboral y el agotamiento en la ayuda a los profesionales. La medida se llamó originalmente Compassion Fatigue Self Test y fue desarrollada por Charles Figley a fines de la década de 1980, la 5.^a edición de ProQOL se desarrolló en 2009 (Stamm, 2009). La Calidad de Vida Profesional es la calidad que uno siente en relación con su trabajo.

Tanto los aspectos positivos como negativos de hacer el trabajo influyen en la calidad de vida profesional (Stamm, 2009). El ProQOL mide tres aspectos de la calidad de vida profesional.

Para su interpretación, se presentan puntajes brutos entre 10 y 50 para las tres subescalas:

Cada dimensión del ProQOL-V está compuesta por 10 ítems, para un total de 30 preguntas:

- Ítems 1 a 10: Satisfacción por compasión
- Ítems 11 a 20: Burnout
- Ítems 21 a 30: Estrés traumático secundario / Fatiga por compasión

Para su interpretación, se utilizan puntajes brutos entre 10 y 50 por subescala, sin que exista un puntaje global. El instrumento permite identificar niveles bajos, moderados o altos en cada una de las tres dimensiones.

Cada puntaje de subescala también se presenta como dos rangos de percentiles, comparando los puntajes del encuestado con los patrones típicos de respuesta de los profesionales de ayuda en general (una muestra de maestros, policías, clérigos, médicos y socorristas), y percentiles específicos para psicólogos. Un percentil de 50 representa una puntuación media en relación con el grupo de comparación. Se recomienda la interpretación utilizando el grupo de comparación que mejor responda al entorno de trabajo del corresponsal (Stamm, 2009).

Ejemplo de Ítems:

1. Soy feliz
2. Estoy preocupado por una o más personas a las que he ayudado o ayudo

Estoy satisfecho de poder ayudar a la gente En cuanto a la validez y confiabilidad del instrumento ProQOL-V, se aplicó una prueba piloto al 10 % de la muestra total (equivalente a 10 participantes de un total de 101). En esta prueba, se obtuvo un coeficiente alfa de

Cronbach superior a 0.70 en las tres subescalas, lo cual indica una consistencia interna aceptable. El cuestionario utiliza una escala de medición tipo Likert y es reconocido como una de las herramientas más utilizadas para evaluar los efectos positivos y negativos del trabajo asistencial con personas que han atravesado eventos altamente estresantes.

4.4.3. Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)

El PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) es un instrumento de autoinforme ampliamente utilizado para evaluar la presencia y gravedad de los síntomas depresivos en las últimas dos semanas, de acuerdo con los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Fue desarrollado por Spitzer, Kroenke y Williams como parte del programa PRIME-MD. El cuestionario consta de 9 ítems que se califican en una escala tipo Likert de 4 puntos, con opciones que van de 0 ("nunca") a 3 ("casi todos los días"). La puntuación total puede oscilar entre 0 y 27, siendo una herramienta útil para el tamizaje y monitoreo de la depresión en contextos clínicos y comunitarios (APA, 2012).

El instrumento ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas en diversos contextos internacionales, incluyendo alta consistencia interna y validez convergente. Para este estudio, se utilizó la versión en español previamente validada en población latinoamericana, con adaptaciones lingüísticas menores para su comprensión en el contexto hondureño.

Ejemplo de ítem

1. se ha sentido nervioso ansioso o muy alterado
2. no ha podido dejar de preocuparse.
3. se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas.

4.4.4. Escala para el trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7)

El GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) es un instrumento de autoinforme diseñado por Spitzer, Kroenke, Williams y Löwe en 2006, con el objetivo de detectar y evaluar la severidad del trastorno de ansiedad generalizada en adultos. Consta de 7 ítems, cada uno puntuado en una escala tipo Likert de 4 puntos, que va de 0 (nunca) a 3 (casi todos los días), según la frecuencia con la que los síntomas se han experimentado durante las últimas dos semanas (APA, 2012).

La puntuación total oscila entre 0 y 21 puntos, y una puntuación igual o superior a 10 indica una posible presencia clínica de ansiedad generalizada. El estudio original reportó una sensibilidad de 0.92 y una especificidad de 0.83, lo que demuestra una alta precisión diagnóstica. Desde su creación, el GAD-7 ha sido validado en múltiples contextos y ha mostrado excelentes propiedades psicométricas en diversas poblaciones. Para el presente estudio, se utilizó una versión en español del instrumento con adaptaciones lingüísticas menores para su adecuada comprensión en el contexto hondureño.

Ejemplo de ítem

4. se ha sentido nervioso ansioso o muy alterado
5. no ha podido dejar de preocuparse.
6. se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas.

4.5. Población y muestra

La población se describe como el conjunto total de elementos que conforman el espacio de interés de análisis y sobre el cual se requiere hacer inferencias y conclusiones de la naturaleza estadística y teórica, en este sentido, de la población que se extrae la muestra que se utiliza para recolectar los datos y extrapolar los resultados (Fachelli, 2015), en la presente investigación la población se encontró conformada por 136 profesionales de enfermería que

laboraban en las áreas de COVID-19 denominada sala Domo, unidad de cuidados intensivos de adultos y sala de tercer piso del Hospital Escuela.

La muestra por su parte es el subconjunto o partes de la población sobre la cual se aplican los instrumentos de recolección de información que ayuden a cumplir con los objetivos de investigación y a responder las preguntas planteadas, siendo esta representativa de la población (López, 2004), para seleccionar la muestra de esta investigación se implementó la siguiente fórmula estadística:

$$n=(K^2 pqN)/(E^2 (N-1)+ K^2 pq)$$

Ecuación 1. Cálculo de la muestra

En donde:

N: Tamaño de la población

n: Tamaño de la muestra

p: Proporción de la población que contiene las características deseadas (éxito).

q: Proporción de la población que no contiene las características deseadas (fracaso).

k: constante que muestra el nivel de confianza que se ha asignado.

e: Nivel de error dispuesto a cometer.

En este sentido, los datos que se tienen son:

- n: 101
- N: 136 Profesionales de enfermería
- p: 0.5
- q: 0.5
- k: 95% (1.96)
- e: 5%

Luego de efectuar el cálculo, fue seleccionado un total de 101 profesionales de enfermería que laboran en el Hospital Escuela, siendo a ellos a los que se les aplicó el instrumento de recolección de información.

4.6. Consideraciones éticas

En este estudio se tomaron en cuenta los principios éticos fundamentales para la investigación con seres humanos. Los participantes fueron debidamente informados sobre los objetivos del estudio y brindaron su consentimiento informado de forma voluntaria para participar en la investigación. Se les notificó que la información recolectada sería utilizada exclusivamente con fines académicos, garantizando en todo momento la confidencialidad y el anonimato de los datos, así como la no divulgación de información personal.

Asimismo, se aseguró que la participación en el estudio no implicara ningún riesgo para la integridad física ni emocional de los encuestados, y se respetó su derecho a retirarse del proceso en cualquier momento sin consecuencias. Esta investigación fue sometida a revisión y aprobación por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, cumpliendo con los estándares éticos establecidos para estudios en población humana (Ver anexo 1).

4.7. Plan de análisis

Una vez recolectada la información, se procedió al procesamiento de los datos. La información obtenida a través de los formularios de Google Forms fue exportada y organizada para su análisis estadístico. El procesamiento completo de los datos se realizó utilizando el software Jamovi, el cual permitió desarrollar tanto análisis descriptivos como inferenciales de forma precisa y eficiente. Para las pruebas de hipótesis, se utilizó un nivel de confianza del 95 %, correspondiente a un valor de significancia estadística de $p \leq 0.05$.

El análisis se estructuró en dos momentos. En el primer momento, se empleó la estadística descriptiva, a través del cálculo de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia

central (media, mediana y moda) con el propósito de caracterizar cada una de las variables abordadas en sus respectivas dimensiones e indicadores.

Posteriormente, se realizó el análisis inferencial con el fin de identificar posibles relaciones entre las variables centrales del estudio: fatiga por compasión, ansiedad y depresión. Para ello, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, dado que las variables analizadas presentaron distribución normal. Este análisis permitió establecer el grado de asociación lineal entre las variables y contrastar las hipótesis planteadas. Dicho procedimiento contribuyó a generar evidencia empírica relevante para el cumplimiento de los objetivos de la investigación.

CAPÍTULO V: RESULTADOS

En el presente capítulo se plantean los principales hallazgos del análisis de datos realizados en el estudio, cuyo objetivo es analizar la relación entre el síndrome de fatiga por compasión y los síntomas de depresión y ansiedad en el personal de enfermería de la sala de COVID-19 del Hospital Escuela durante el año 2023. Este apartado responde directamente a los objetivos planteados, apoyándose en tablas y figuras que ilustran de forma clara los resultados obtenidos, asegurando la interpretación precisa y alineada al propósito del estudio.

5.1 Resultados sociodemográficos

La edad de los encuestados que participaron en el estudio se concentra mayoritariamente en la etapa adulta media. La edad promedio fue de 39.6 años, lo que indica una población laboral con experiencia significativa. La mediana se ubicó en 38 años, evidenciando una distribución relativamente equilibrada, y la moda fue de 34 años, señalando que este fue el valor más común entre los participantes. Estos datos permiten comprender que el grupo encuestado está compuesto principalmente por profesionales en una fase activa de su desarrollo laboral y personal.

La tabla 5 muestra el análisis de los datos sociodemográficos y antecedentes relacionados con COVID-19 del personal de enfermería encuestado revela varios aspectos relevantes. En cuanto al sexo, la mayoría son mujeres (70.1 %), lo cual es consistente con la composición tradicional del gremio de enfermería. En lo que respecta al lugar de residencia, el 71.4 % de los participantes habita en zonas urbanas, lo que sugiere una mayor concentración del personal de salud en contextos urbanos, posiblemente debido a la localización de los centros hospitalarios principales.

En cuanto al nivel educativo, el 64.9 % posee formación universitaria, mientras que un 33.8 % alcanzó estudios secundarios, lo que evidencia una fuerza laboral mayoritariamente calificada. En relación con la ocupación, casi la totalidad (94.8 %)

corresponde a licenciados(as) en enfermería, lo que refuerza la idea de que se trata de profesionales con formación académica formal en el área de salud.

Respecto a los antecedentes relacionados con el COVID-19, el 84.4 % de los encuestados reportó haberse contagiado en algún momento, lo cual refleja el alto nivel de exposición al que estuvo sometido este grupo durante la pandemia. A pesar de ello, el 96.1 % indicó contar con todas las dosis de la vacuna, lo cual es un dato alentador en términos de prevención y respuesta institucional ante la emergencia sanitaria. En conjunto, estos datos permiten caracterizar a una población profesional expuesta, calificada y mayoritariamente femenina, con un alto cumplimiento del esquema de vacunación.

Tabla 5

Características sociodemográficas y antecedentes relacionados con COVID-19 del personal de enfermería encuestado

Sexo	Frecuencias	% Del Total
Hombre	23	29.9 %
Mujer	54	70.1 %
Lugar de residencia	Frecuencias	% Del Total
Rural	22	28.6 %
Urbano	55	71.4 %
Nivel de estudio	Frecuencias	% Del Total
Primaria	1	1.3 %
Secundaria	26	33.8 %
Universitario	50	64.9 %
Ocupación	Frecuencias	% Del Total
Auxiliar de enfermería	4	5.2 %
Licda/o. en Enfermería	73	94.8 %
Alguna vez se contagió de Coronavirus	Frecuencias	% Del Total
No	12	15.6 %
Sí	65	84.4 %
¿Tiene todas las dosis de la vacuna?	Frecuencias	% Del Total
No	3	3.9 %
Sí	74	96.1 %

5.2 Resultados descriptivos

5.2.1. Resultados descriptivos variable fatiga por compasión

La tabla 6 muestra el análisis de los resultados sobre la fatiga por compasión en el personal de enfermería revela una coexistencia de factores positivos y negativos derivados de su ejercicio profesional en contextos de alta demanda emocional como lo fue la atención en salas COVID.

Por un lado, se evidencia una fuerte satisfacción por el trabajo asistencial. Ítems como “Estoy satisfecho de poder ayudar a la gente” y “Me gusta trabajar ayudando a la gente” obtuvieron las medias más altas (6.74 y 8.23, respectivamente), indicando un alto grado de satisfacción compasiva. Asimismo, la afirmación “Mi trabajo me hace sentirme satisfecho” presentó una media de 8.53, reflejando un sentido positivo hacia la labor profesional. También destaca el hecho de que muchos profesionales se sienten fortalecidos tras ayudar a otros y reportan pensamientos de satisfacción relacionados con su labor.

Sin embargo, también se observan indicadores preocupantes relacionados con el agotamiento emocional y el estrés traumático secundario. Ítems como “Por causa de mi trabajo me siento agotado” y “Me siento estancado por cómo funciona el sistema sanitario” presentan medias elevadas (ambas con 8.53 y 8.73 respectivamente), lo que sugiere niveles significativos de desgaste profesional. Otros ítems como “Me siento abrumado por la cantidad y tipo de trabajo” (8.25) y “Evito ciertas actividades porque me recuerdan experiencias espantosas” (7.60) también reflejan una carga emocional considerable.

Además, algunos participantes manifestaron síntomas propios de la fatiga por compasión, como dificultad para separar la vida personal de la profesional, pensamientos intrusivos, trastornos del sueño y sensación de estar al límite. Estos síntomas afectan no solo el bienestar individual, sino también el desempeño y la calidad del cuidado brindado.

En conjunto, los datos revelan que, aunque el personal de enfermería mantiene una actitud vocacional fuerte y un compromiso significativo con su labor, también está expuesto a altos niveles de estrés emocional que pueden evolucionar hacia el agotamiento profesional si no se implementan medidas adecuadas de apoyo psicosocial, autocuidado y reorganización laboral.

DEGT-UNAH

Tabla 6

Resultados sobre la fatiga por compasión

Ítem	Opciones de Respuesta						Desviación Estándar y Media	
	Nunca	Raramente	Algunas Veces	Con alguna Frecuencia	Casi Siempre	Siempre	DE	Media
Soy feliz.	0%	27.3%	31.2%	26%	14.3%	1.3%	1.07	2.31
Estoy preocupado por una o más personas a las que he ayudado o ayudo.	2.6%	6.5%	19.5%	27.3%	23.4%	20.8%	1.30	7.79
Estoy satisfecho de poder ayudar a la gente.	0%	0%	9.1%	9.1%	15.6%	66.2%	1.15	6.74
Me siento vinculado a otras personas, con ocasión de mi trabajo.	0%	22.1%	28.6%	22.1%	13.0%	14.3%	1.54	7.78
Me sobresaltan los sonidos inesperados.	18.2%	26%	19.5%	16.9%	11.7%	7.8%	1.67	8.44
Me siento fortalecido después de trabajar con las personas a las que he ayudado.	1.3%	5.2%	7.8%	15.6%	32.5%	37.7%	1.23	7.14
Encuentro difícil separar mi vida personal de mi vida profesional.	35.1%	29.9%	18.2%	10.4%	3.9%	2.6%	1.42	7.40
Pierdo el sueño por las experiencias traumáticas de las personas a las que he ayudado.	36.4%	19.5%	23.4%	13.0%	5.2%	2.6%	1.42	7.82
Creo que he sido afectado negativamente por las experiencias traumáticas de aquellos a quienes he ayudado.	27.3%	31.2%	29.9%	6.5%	2.6%	2.6%	1.42	7.82
Me siento “atrapado” por mi trabajo.	28.6%	28.6%	18.2%	9.1%	5.2%	10.4%	1.36	7.35
Debido a mi profesión tengo la sensación de estar al límite en varias cosas.	15.6%	26.0%	19.5%	13.0%	11.7%	14.3%	1.49	7.58
Me gusta trabajar ayudando a la gente.	0%	1.3%	9.1%	6.5%	20.8%	62.3%	1.75	8.23
Me siento deprimido como resultado de mi trabajo.	42.9%	16.9%	13.0%	10.4%	11.7%	5.2%	1.14	6.81
Me siento como si fuera yo el que experimenta el trauma de alguien al que he ayudado.	33.8%	22.1%	18.2%	13.0%	9.1%	3.9%	1.90	7.75
Tengo creencias (religiosas, espirituales u otras) que me apoyan en mi trabajo profesional.	0%	54.5%	18.2%	11.7%	9.1%	6.5%	1.66	7.87

Estoy satisfecho por como soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de asistencia médica.	2.6%	1.3%	11.7%	9.1%	20.8%	54.5%	1.30	7.01
Soy la persona que siempre he querido ser.	1.3%	5.2%	11.7%	18.2%	28.6%	35.1%	1.25	6.91
Mi trabajo me hace sentirme satisfecho.	14.3%	11.7%	16.9%	14.3%	22.1%	20.8%	1.12	8.53
Por causa de mi trabajo me siento agotado.	1.3%	5.2%	9.1%	11.7%	29.9%	42.9%	1.74	8.53
Tengo pensamientos de satisfacción acerca de las personas a las que he ayudado y sobre como he podido ayudarles.	9.1%	16.9%	19.5%	27.3%	15.6%	11.7%	1.20	7.21
Me siento abrumado por la cantidad y tipo de trabajo que tengo que afrontar.	6.6%	9.2%	21.1%	21.1%	19.7%	22.4%	1.55	8.25
Creo que puedo cambiar las cosas a través de mi trabajo.	28.6%	31.2%	16.9%	14.3%	5.2%	3.9%	1.80	8.25
Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan a las experiencias espantosas de la gente a la que ayudado.	7.8%	6.5%	15.6%	13.0%	16.9%	40.3%	1.55	7.60
Planeo continuar con mi trabajo por muchos años.	35.1%	26.0%	16.9%	13.0%	7.8%	1.3%	1.64	7.52
Como resultado de mi trabajo profesional, tengo pensamientos molestos, repentinos, indeseados.	15.6%	22.1%	18.2%	6.5%	16.9%	20.8%	1.74	7.60
Me siento “estancado” (sin saber que hacer) por cómo funciona el sistema sanitario.	0%	1.3%	15.6%	10.4%	13.0%	59.7%	1.65	8.73
Considero que soy un buen profesional.	24.7%	24.7%	11.7%	22.1%	11.7%	5.2%	1.12	6.81
No puedo recordar determinados acontecimientos relacionados con victimas muy traumáticas.	10.4%	19.5%	24.7%	7.8%	13.0%	24.7%	1.63	8.01
Soy una persona demasiado sensible.	4.0%	4.0%	13.3%	9.3%	6.7%	62.7%	1.49	8.70
Estoy feliz por haber elegido hacer este trabajo.	50.0%	0%	0%	0%	28.9%	21.1%	1.41	6.88

5.2.2 Resultados descriptivos variable estrés

El análisis de la tabla 7 muestra los resultados obtenidos sobre los síntomas de depresión en el personal de enfermería, evaluados mediante la escala PHQ-9, permite identificar niveles variables de afectación emocional, con predominancia de síntomas leves a moderados en la mayoría de los ítems, y presencia de síntomas graves en casos específicos.

Uno de los síntomas más reportados fue el sentimiento de tristeza, depresión o desesperanza, con un 41.6 % de los encuestados experimentándolo durante varios días y un 10.4 % casi todos los días, con una media de 5.38, lo cual sugiere una manifestación emocional significativa. De forma similar, el cansancio o la falta de energía presentó una media de 5.13, lo cual evidencia una sensación generalizada de agotamiento, posiblemente vinculada al desgaste físico y emocional del trabajo en contextos de alta presión.

También se identificó una alta frecuencia de alteraciones del sueño, ya sea por dificultad para dormir o dormir en exceso (media: 5.09), lo cual representa un síntoma relevante que afecta tanto el bienestar como el rendimiento diario del personal. Además, un porcentaje considerable manifestó poco interés o agrado al hacer las cosas (media: 4.10), así como sentimientos de fracaso personal (media: 4.06), que suelen estar asociados a estados depresivos leves o moderados.

Llama particularmente la atención la elevada frecuencia de pensamientos relacionados con la muerte o autolesiones, donde el 66.2 % reportó haberlos tenido "más de la mitad de los días", aunque solo un 3.9 % los expresó "casi todos los días". Esta es una señal de alerta crítica que requiere atención psicológica oportuna, a pesar de que la media (3.57) sea más baja en comparación con otros ítems, debido a su gravedad clínica.

En contraste, otros síntomas como la lentitud psicomotora o inquietud extrema fueron menos reportados (media: 4.34), lo cual podría indicar una menor presencia de signos

depresivos severos en términos conductuales. Asimismo, las dificultades de concentración fueron moderadas (media: 4.47), aunque presentes en más de un tercio de los encuestados.

En conjunto, los datos reflejan que una parte significativa del personal de enfermería presenta síntomas depresivos leves a moderados, con indicadores preocupantes en algunos casos. Estos resultados refuerzan la necesidad de implementar programas de detección temprana, acompañamiento psicológico y estrategias institucionales de cuidado del personal de salud, especialmente en contextos postpandemia.

Tabla 7

Resultados descriptivos variable estrés

Ítem	Opciones de Respuesta				Desviación Estándar y Media	
	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días	DE	Media
Poco interés o agrado al hacer las cosas.	37.7%	35.1%	20.8%	6.5%	0.99	4.10
Se ha sentido triste, deprimido o desesperado.	24.7%	41.6%	23.4%	10.4%	0.97	5.38
Ha tenido problemas para dormir, mantenerse despierto o duerme demasiado.	13.0%	40.3%	28.6%	18.2%	1.13	5.09
Se siente cansado o tiene poca energía.	48.1%	37.7%	13.0%	1.3%	0.95	5.13
Tiene poco o excesivo apetito.	51.9%	27.3%	20.8%	0%	0.79	4.69
Se ha sentido mal consigo mismo, ha sentido que usted es un fracaso o ha sentido que se ha fallado a sí mismo o a su familia.	36.4%	40.3%	19.5%	3.9%	1.09	4.06
Ha tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión.	59.7%	35.1%	3.9%	1.3%	0.64	4.47

Se mueve o habla tan despacio que otras personas pueden darse cuenta. Está tan inquieto o intranquilo que da vueltas de un lugar a otro más que de costumbre.	72.7%	20.8%	6.5%	0%	0.58	4.34
Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado hacerse daño de alguna forma.	15.6%	14.3%	66.2%	3.9%	0.89	3.57

5.2.3 Resultados descriptivos variable ansiedad

El análisis de la tabla 8 muestra los resultados descriptivos de la variable ansiedad, evaluada mediante la escala GAD-7, evidencia una presencia moderada de síntomas ansiosos en el personal de enfermería que laboró en las salas COVID del Hospital Escuela.

Uno de los síntomas más comunes fue la preocupación excesiva por diferentes asuntos, con un 51.9 % de los encuestados reportándolo “más de la mitad de los días” y un 16.9 % “casi todos los días”, alcanzando una media de 5.29, la más alta de esta dimensión. Este resultado indica una alta carga cognitiva relacionada con el estrés anticipatorio y el sobreanálisis de situaciones, elementos característicos de la ansiedad generalizada.

Asimismo, la sensación de nerviosismo, ansiedad o alteración emocional fue reportada por el 55.8 % de los encuestados “menos de la mitad de los días” y un 26 % entre “más de la mitad” y “casi todos los días”, con una media de 5.25, lo que refuerza la percepción de tensión emocional recurrente entre el personal encuestado.

La dificultad para relajarse (media: 4.97) y la sensación de intranquilidad o incapacidad para estar quieto (media: 5.10) también son síntomas relevantes que reflejan activación psicofisiológica sostenida. Estas respuestas pueden estar asociadas a la alta exigencia y presión del entorno clínico durante la pandemia, así como a la carga emocional de atender casos graves o de muerte.

Otro síntoma importante fue la imposibilidad de controlar las preocupaciones (media: 4.95), lo cual afecta negativamente la funcionalidad y bienestar del individuo al generar una sensación constante de amenaza o descontrol, muy característica del trastorno de ansiedad generalizada.

En cambio, los síntomas de irritabilidad (media: 4.58) y temor intenso ante eventos catastróficos (media reportada incorrectamente como “.58” pero probablemente cercana a 4.58 por el mismo patrón de respuesta) fueron menos frecuentes. Más del 58 % de los encuestados reportaron “nunca” haber experimentado estas manifestaciones, lo que sugiere que, aunque la ansiedad estuvo presente, no siempre se manifestó con respuestas extremas o disruptivas.

Tabla 8

Resultados descriptivos variable ansiedad

Ítem	Opciones de Respuesta				Desviación Estándar y Media	
	Nunca	Menos de la mitad de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días	DE	Media
Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado.	18.2%	55.8%	16.9%	9.1%	0.98	5.25
No ha podido dejar de preocuparse.	14.3%	50.6%	24.7%	10.4%	1.09	4.95
Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas.	13.0%	18.2%	51.9%	16.9%	0.95	5.29
Ha tenido dificultad para relajarse.	24.7%	41.6%	28.6%	5.2%	0.95	4.97
Se ha sentido tan intranquilo que no podía estarse quieto.	27.3%	41.6%	20.8%	10.4%	1.17	5.10
Se ha irritado o enfadado con facilidad.	58.4%	28.6%	9.1%	3.9%	0.81	4.58
Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible.	58.4%	28.6%	9.1%	3.9%	0.81	.58

5.2.4 Análisis descriptivo síntomas del síndrome por compasión en el personal de enfermería que labora en la sala de COVID-19

Como se observa en la tabla 9, el personal de enfermería muestra una media de 38.8 en satisfacción por compasión, con una mediana de 41 y una moda de 46. Esto indica que la mayoría de los participantes reportan niveles relativamente altos de satisfacción en su labor de ayuda. Sin embargo, la desviación estándar ($DE = 8.59$) sugiere cierta variabilidad en las respuestas, lo que indica que algunos experimentan niveles más bajos de satisfacción.

El nivel de burnout presenta una media de 37.6, con una mediana de 37 y una moda de 34. La desviación estándar es 6.43, lo que indica una dispersión menor en comparación con la satisfacción por compasión. Esto sugiere que el agotamiento es una experiencia común en el grupo de profesionales de enfermería, con una tendencia central bastante definida.

En cuanto a la fatiga por compasión (estrés traumático), la media es de 17.8, con una mediana de 18 y una moda de 22. La desviación estándar de 8.54 refleja una mayor dispersión en las respuestas, lo que indica que algunos profesionales experimentan niveles significativamente más altos de estrés en comparación con sus compañeros, se puede observar que la media de la fatiga por compasión es más respecto a las otras dos variables.

Tabla 9

Síndrome de fatiga por compasión del personal de enfermería

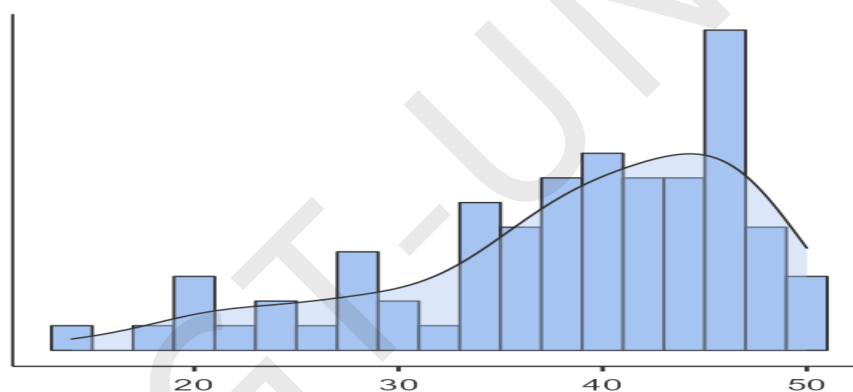
	N	Media	Mediana	Moda	DE
Satisfacción por compasión	77	38.8	41	46.0	8.59
Burnout	77	37.6	37	34.0	6.43
Fatiga por compasión o Estrés traumático	77	17.8	18	22.0	8.54

Nota. Fuente Elaboración propia.

La figura 3, representa la distribución de los puntajes de Satisfacción por Compasión en el personal de enfermería que participaron en el estudio. Se observa una asimetría positiva, con una mayor concentración de valores en los niveles altos (40-50 puntos), lo que indica que una parte significativa de los participantes experimenta una alta satisfacción en su labor de ayuda. El pico más alto se encuentra alrededor de 50, sugiriendo que este es un valor común dentro de la muestra. Sin embargo, también se evidencian valores más bajos dispersos, reflejando cierta variabilidad en la percepción de satisfacción por compasión dentro del grupo analizado.

Figura 3

Histograma de frecuencias satisfacción por compasión



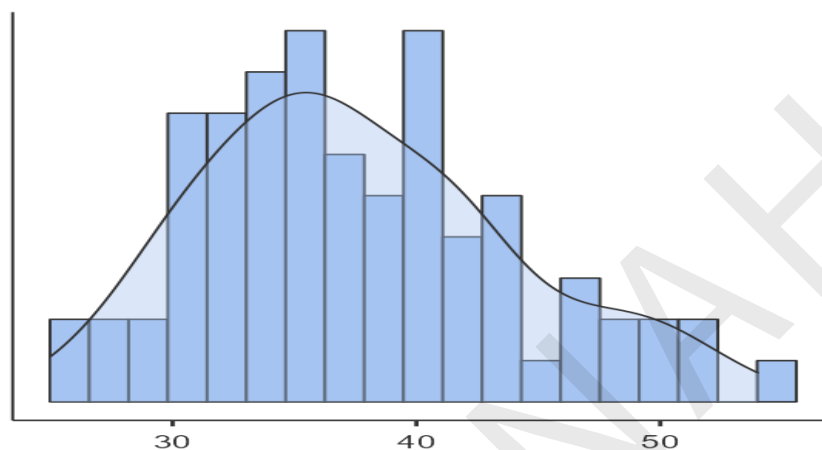
Nota. Fuente Elaboración propia.

La figura 4, muestra el histograma de frecuencias de Burnout en el personal de enfermería evaluado. La distribución de los datos sugiere una forma ligeramente sesgada a la izquierda, con la mayor concentración de valores entre 30 y 45 puntos, lo que indica que la mayoría de los participantes reportan niveles moderados de burnout. Se observan picos de frecuencia en valores cercanos a 40 y 45, lo que sugiere que una parte significativa del personal experimenta síntomas de agotamiento emocional. Sin embargo, también hay una dispersión de valores más altos, lo que indica que algunos casos presentan niveles elevados

de burnout. La curva de densidad refuerza esta tendencia, mostrando una acumulación progresiva de casos en la parte central y una disminución gradual en los valores más altos.

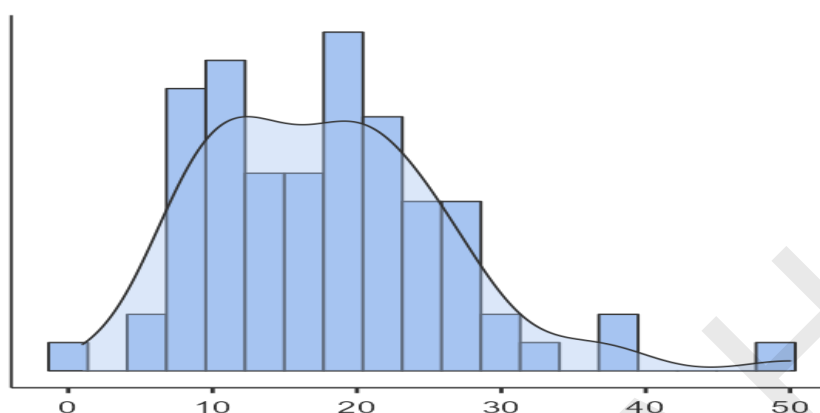
Figura 4

Histograma de frecuencias Burnout en el Personal de enfermería



Nota. Fuente Elaboración propia.

En la figura 5, se observa que la distribución de los datos muestra una asimetría positiva, con una mayor concentración de valores entre 10 y 25 puntos, lo que indica que la mayoría de los participantes reportan niveles bajos a moderados de fatiga por compasión. Sin embargo, existen algunos casos con valores más altos, lo que sugiere que un grupo reducido de enfermeros experimenta niveles elevados de estrés postraumático. Esto sugiere que, aunque la fatiga por compasión es una condición presente en la muestra, la mayoría de los participantes se encuentran en rangos moderados, con pocos casos extremos.

Figura 5*Histograma de frecuencias Fatiga por Compasión o Estrés Postraumático*

Nota. Fuente Elaboración propia.

5.3 Resultados inferenciales

5.4.1 Prueba de correlación de Pearson

Como se observa en la tabla 10, los resultados obtenidos mediante la prueba de correlación de Pearson permitieron explorar las relaciones entre fatiga por compasión, depresión y ansiedad en el personal de enfermería encuestado. En primer lugar, se observó que la correlación entre fatiga por compasión y síntomas de depresión fue de $r = 0.165$ con un $p\text{-valor} = 0.153$, lo cual indica una asociación positiva pero débil. Sin embargo, dado que el valor de p es mayor a 0.05, esta relación no resulta estadísticamente significativa, por lo que no se rechaza la hipótesis nula (H_0). En consecuencia, no se puede afirmar que exista una relación significativa entre la fatiga por compasión y la depresión en esta muestra. Este resultado sugiere que los síntomas depresivos podrían estar influidos por otros factores no contemplados en el presente análisis, como aspectos personales, contextuales o institucionales.

En contraste, la correlación entre fatiga por compasión y ansiedad fue de $r = 0.314$ con un $p\text{-valor} = 0.005$, lo que indica una asociación positiva moderada y estadísticamente

significativa. En este caso, el resultado permite rechazar la hipótesis nula (H_0), lo que implica evidencia suficiente para considerar que existe una relación significativa entre la fatiga por compasión y los síntomas de ansiedad en el personal encuestado. Esto indica que, a medida que aumentan los niveles de desgaste emocional derivados del ejercicio profesional, también se incrementan los niveles de ansiedad.

Finalmente, la correlación entre depresión y ansiedad fue la más fuerte, con $r = 0.707$ y un p -valor < 0.001 , lo cual refleja una relación positiva alta y altamente significativa. Este hallazgo confirma que existe una fuerte asociación entre ambas variables, sugiriendo que el personal que presenta síntomas elevados de ansiedad tiende también a experimentar síntomas depresivos de forma concurrente. En conjunto, los resultados permiten concluir que la ansiedad es la variable más estrechamente relacionada con la fatiga por compasión, y a su vez se asocia significativamente con la depresión. Estas evidencias destacan la importancia de atender el componente ansioso en el bienestar psicológico del personal de enfermería, especialmente en contextos clínicos de alta exigencia emocional como los vividos durante la pandemia.

Tabla 10

Matriz de Correlaciones entre las Variables

		Fatiga por compasión general	Depresión	Ansiedad
Fatiga por compasión general	R de Pearson	—		
	Gl	—		
	valor p	—		
Depresión	R de Pearson	0.165	—	
	Gl	75	—	
	valor p	0.153	—	
Ansiedad	R de Pearson	0.314	0.707	—

	Fatiga por compasión general	Depresión	Ansiedad
Gl	75	75	—
valor p	0.005	< .001	—

Nota. Fuente Elaboración propia.

DEGT-UNAH

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Para interpretar adecuadamente los hallazgos obtenidos, es necesario contextualizar las herramientas utilizadas en la evaluación de las variables. La escala PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) mide la presencia y severidad de síntomas depresivos. Sus puntajes se interpretan de la siguiente manera: 0–4 indica mínima o nula depresión; 5–9, depresión leve; 10–14, moderada; 15–19, moderadamente grave; y 20–27, depresión grave. Por su parte, la escala GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) evalúa los síntomas de ansiedad, clasificándose así: 0–4, mínima ansiedad; 5–9, leve; 10–14, moderada; y 15–21, ansiedad grave.

Según los resultados descriptivos, la mayoría del personal encuestado presentó síntomas leves a moderados tanto de ansiedad como de depresión, aunque algunos ítems individuales reflejaron niveles altos, especialmente en indicadores de preocupación, insomnio y sensación de agotamiento.

En cuanto a los análisis de correlación, los datos revelaron que existe una relación estadísticamente significativa entre la fatiga por compasión y la ansiedad en el personal de enfermería. La correlación de $R = 0.314$ ($p = 0.005$) indica que los enfermeros que experimentan niveles más altos de fatiga por compasión tienden a presentar síntomas de ansiedad con mayor frecuencia. Este hallazgo sugiere que la exposición constante al sufrimiento de los pacientes y la carga emocional del trabajo influyen en el bienestar psicológico del personal de salud, aumentando el riesgo de desarrollar ansiedad.

Por otro lado, no se encontró una relación significativa entre la fatiga por compasión y la depresión. La correlación obtenida fue de $R = 0.165$ ($p = 0.153$), lo que indica que, en esta muestra, la fatiga emocional no está directamente vinculada con la sintomatología depresiva. Sin embargo, se halló una correlación fuerte y altamente significativa entre ansiedad y

depresión ($R = 0.707$, $p < 0.001$), lo que sugiere que ambos trastornos tienden a coexistir en el personal de enfermería.

Estos resultados indican que la fatiga por compasión podría estar más relacionada con el desarrollo de ansiedad que con la depresión. Una posible explicación es que la ansiedad, caracterizada por preocupación excesiva, insomnio y tensión, es una reacción más inmediata ante el estrés emocional del trabajo. La depresión, en cambio, puede desarrollarse como una condición de largo plazo, posiblemente influenciada por otros factores como la falta de apoyo social o la insatisfacción laboral.

Los hallazgos de este estudio coinciden con investigaciones previas que han identificado una relación significativa entre fatiga por compasión y ansiedad en profesionales de la salud. Por ejemplo, García y Marziale (2018) encontraron que los niveles elevados de estrés emocional en enfermería estaban estrechamente relacionados con la presencia de síntomas ansiosos, lo que es consistente con la correlación significativa identificada en este estudio.

Sin embargo, la falta de relación entre fatiga por compasión y depresión contrasta con lo reportado por Wagner-Raphael et al. (1999), quienes encontraron que, a mayor fatiga emocional, mayor era la probabilidad de desarrollar depresión en enfermeros. Una posible razón de esta discrepancia es que factores como el apoyo social, las estrategias de afrontamiento y el nivel de satisfacción laboral pueden influir en la manifestación de síntomas depresivos, moderando la relación entre fatiga por compasión y depresión.

Además, el fuerte vínculo entre ansiedad y depresión hallado en este estudio es coherente con los resultados de Tanaka et al. (2020), quienes señalaron que los profesionales de enfermería que experimentan altos niveles de ansiedad también presentan síntomas depresivos con mayor frecuencia. Este hallazgo resalta la importancia de atender la ansiedad como un factor de riesgo para el desarrollo de depresión en el personal sanitario.

Desde una perspectiva teórica, los resultados de este estudio refuerzan el modelo de fatiga por compasión de Figley (1995), el cual sostiene que la exposición prolongada al sufrimiento de los pacientes genera un impacto emocional significativo en los profesionales de la salud. Sin embargo, este estudio sugiere que la ansiedad podría ser una manifestación más común de este fenómeno que la depresión, lo que aporta una nueva perspectiva sobre cómo la fatiga emocional afecta el bienestar del personal de enfermería.

A nivel práctico, los hallazgos resaltan la necesidad de implementar estrategias de prevención y manejo del estrés en hospitales y centros de salud. Se recomienda que las instituciones adopten programas enfocados en el bienestar emocional del personal de enfermería, tales como capacitaciones en manejo del estrés, resiliencia y estrategias de afrontamiento. Asimismo, es fundamental proporcionar espacios de apoyo psicológico, promover el autocuidado y ajustar las condiciones laborales para reducir la sobrecarga emocional de los profesionales de salud.

Si bien los resultados obtenidos proporcionan información valiosa sobre la fatiga por compasión y su impacto en la salud mental del personal de enfermería, existen algunas limitaciones que deben ser consideradas.

En primer lugar, el tamaño de la muestra fue relativamente reducido ($N = 77$), lo que limita la generalización de los hallazgos a poblaciones más amplias. Futuros estudios con muestras más grandes podrían proporcionar una mejor comprensión de estas relaciones.

En segundo lugar, el estudio utilizó un diseño correlacional, lo que impide establecer relaciones de causalidad. Es decir, aunque se encontró una asociación significativa entre fatiga por compasión y ansiedad, no se puede afirmar que una variable cause la otra. Investigaciones futuras podrían emplear diseños longitudinales para analizar cómo evolucionan estos síntomas a lo largo del tiempo.

Otra limitación es el uso de cuestionarios autoadministrados, los cuales pueden estar sujetos a sesgos de respuesta, ya que los participantes pueden haber respondido con base en su percepción personal en un momento determinado. Además, no se incluyeron variables moderadoras, como el apoyo social, las estrategias de afrontamiento o la satisfacción laboral, que podrían influir en la relación entre fatiga por compasión y síntomas psicológicos.

6.2. Recomendaciones

Los resultados de este estudio aportan evidencia empírica relevante sobre la relación entre la fatiga por compasión y la ansiedad en el personal de enfermería que laboró en salas COVID del Hospital Escuela. Desde una perspectiva práctica, estos hallazgos tienen importantes implicaciones para el diseño e implementación de políticas de salud ocupacional, así como para la mejora de las condiciones laborales en contextos hospitalarios de alta demanda emocional.

En primer lugar, se recomienda que las instituciones de salud desarrollen programas integrales de promoción del bienestar emocional dirigidos al personal de enfermería. Estos programas deben incluir capacitaciones regulares en manejo del estrés, técnicas de regulación emocional, estrategias de afrontamiento y resiliencia, utilizando enfoques prácticos, participativos y culturalmente adecuados. El entrenamiento en estas habilidades permite a los profesionales identificar signos tempranos de agotamiento emocional, mejorar su respuesta ante situaciones de crisis y reducir el riesgo de desarrollar trastornos mentales.

Asimismo, es fundamental que los hospitales implementen espacios de atención psicológica especializada, tanto individual como grupal, para el personal de primera línea. Estos espacios deben ser confidenciales, accesibles y coordinados por profesionales de la salud mental con experiencia en intervención en crisis. Contar con servicios de contención emocional favorece el procesamiento de experiencias difíciles, especialmente en contextos

como la pandemia, donde el contacto reiterado con el sufrimiento, la muerte y la incertidumbre puede generar profundas secuelas psicológicas.

Otra recomendación clave es fomentar una cultura organizacional del autocuidado y el cuidado colectivo, promoviendo prácticas que favorezcan el descanso, la desconexión emocional y el equilibrio entre la vida personal y laboral. Esto incluye habilitar pausas activas durante las jornadas, fomentar el trabajo en equipo basado en el apoyo mutuo y garantizar que los turnos y cargas laborales sean distribuidos de forma equitativa y razonable. Las condiciones laborales injustas o sobrecargadas son un factor agravante de la fatiga emocional, por lo que su ajuste es prioritario.

Del mismo modo, la gestión institucional debe prestar atención a la estructura de los equipos de trabajo. Se recomienda reforzar la dotación de personal para evitar que las enfermeras y enfermeros deban asumir dobles turnos o tareas fuera de sus funciones, práctica que fue común durante la emergencia sanitaria y que, según los datos obtenidos, contribuyó al desgaste emocional. La presencia de equipos interdisciplinarios con funciones bien delimitadas favorece una atención de calidad sin comprometer la salud mental de los profesionales.

En relación con las políticas de salud pública, se sugiere que los hallazgos de esta investigación sean considerados por los entes rectores del sistema sanitario para incorporar en sus planes de acción protocolos específicos de prevención de la fatiga por compasión y del estrés ocupacional en profesionales de enfermería. Esto debe estar acompañado de políticas de incentivos, reconocimiento profesional y mejora de las condiciones contractuales, que fortalezcan la motivación y el sentido de pertenencia del personal.

Por otra parte, se reconoce que el tamaño de la muestra ($n = 77$) constituye una limitación para la generalización de los resultados. Sin embargo, los hallazgos ofrecen una visión importante sobre la experiencia emocional del personal de salud en contextos críticos,

por lo que se recomienda replicar este estudio con muestras más amplias, incluyendo personal de diferentes hospitales, regiones y niveles de atención. Una mayor representación geográfica y profesional permitirá establecer patrones más sólidos y facilitar comparaciones entre contextos.

Adicionalmente, debido a que el presente estudio emplea un diseño correlacional, no es posible establecer relaciones causales entre las variables. Aunque se encontró una asociación significativa entre fatiga por compasión y ansiedad, esto no implica que una variable cause la otra. Por tanto, se recomienda que futuras investigaciones utilicen diseños longitudinales o estudios de seguimiento, que permitan observar cómo evolucionan los síntomas emocionales del personal de salud a lo largo del tiempo y cómo influyen factores como el tipo de unidad, el nivel de experiencia o la disponibilidad de recursos.

Finalmente, se alienta a que los programas de formación en enfermería incluyan contenidos sobre autocuidado, salud mental ocupacional y gestión emocional, de manera que los futuros profesionales estén mejor preparados para afrontar los desafíos emocionales de la práctica clínica. La preparación anticipada puede funcionar como un factor protector frente al desgaste que supone trabajar en condiciones de presión constante y exposición al sufrimiento ajeno.

En suma, los resultados de este estudio no solo evidencian una realidad emocional que afecta al personal de enfermería, sino que también ofrecen una base útil para intervenir en múltiples niveles: organizacional, formativo, institucional y de política pública. La salud mental del personal de enfermería debe ser vista como un componente esencial del sistema de salud, y su protección constituye una responsabilidad ética y estratégica de las instituciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abarca, Y., Apaza, Y., Carrillo, G., & Espinoza, T. (2021). Inteligencia emocional y satisfacción laboral en enfermeras de un Hospital Regional en Arequipa. *Revista Cubana de Enfermería*, 37(1), 1-20.
https://doi.org/http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192021000100003
- Acinas, P. (2012). Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 4(4), 1-30.
https://doi.org/https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Burnout_en_cuidados_paliativos.pdf
- Aguir, V., & Muñoz, Y. (2002). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la comunidad valenciana: un estudio con entrevistas semi-estructuradas. *Revista Española de Salud Pública*, 2(4), 509-604.
https://doi.org/https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272002000500019
- Álvarez et al. (2020). Factores asociados a la ansiedad en internos de medicina de una Universidad Privada en el contexto de la pandemia Covid-19. *Rev. Fac. Med. Hum.* vol.22 no.2 Lima abr./jun.Epub. Disponible en
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2308-05312022000200367&script=sci_arttext, 367-374.
- Alvear Velez, L. Y. (2023). *Fatiga por compasión en el personal de salud: revisión bibliográfica*. Cuenca; Ecuador.
- APA. (2012). Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7). *Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos*

- mentales: DSM-5. APA. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8249708/>.
- APA. (2014). Asociación Americana de Psiquiatría. En *Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos Criterios del DSM-5™*. Washington, DC.
- Ballesteros, S. (2000). Psicología General. Un enfoque cognitivo para el siglo XXI. Madrid: Universitas. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=236326>.
- Bermúdez, Juan, Sáenz, María, Muiser, Jorine, & Acosta, Mónica. (2011). Sistema de salud de Honduras. *Salud Pública de México*, 53(2).
- Boyle, D. (2016). Fatiga por compasión: el precio de la atención. *Nursing*, 33(2), 17-19. <https://doi.org/10.1016/j.nursi.2016.04.010>
- Cáceres, D. (2020). Enfermería, pandemia y fatiga por compasión: una reflexión general sobre el 2020. *Revista ciencia y cuidado*, 18(1), 116-123. <https://doi.org/https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/2674>
- Campos Aguerre, P. (2016). *Estudio sobre la fatiga de compasión, satisfacción por compasión y burnout en profesionales que trabajan con alumnos con trastorno grave de conducta*. Madrid.
- Campos, J., Cardona, J., Bolaños, I., & Cuartero, M. (2015). *La Fatiga por Compasión en la Práctica de la Mediación Familiar*. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/321984976_Afrontar_el_desgaste_cuidado_y_mecanismos_paliativos_de_la_fatiga_por_compasion.
- Carmenate, L., Herrera, A., & Ramos, D. (2016). Situación del Sistema de Salud en Honduras y el nuevo modelo de salud propuesto. *Archivos de Medicina*.
- Castillo, M. (2014). *Niveles de fatiga por compasión en practicantes de psicología clínica, desde un enfoque integrativo*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

- Cedeño, J., Polit, I., & Sala, B. (2020). Síndrome de fatiga por compasión en el personal operativo del ECU 911 del Cantón Portoviejo. *Revista Científica Multidisciplinaria Arbitrada YACHASUN*. Disponible en file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-LidiarConElEstresDuranteElBroteDeCovid19-7596318%20(1).pdf, 4(7), 156-169.
- Centro de Estudio para la Democracia. (2019). *Salud en Honduras: sin camas, médicos, enfermeras, equipo, medicinas*. CESPAD.
- Cerecero, D., Macías, F., Arámburo, T., & Bautista, S. (2022). Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Salud Pública de México*, 62(6).
https://doi.org/https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342020000600840
- Comité Internacional de la Cruz Roja. (2020). *Honduras: es necesario proteger la salud mental y física del personal médico en tiempos de pandemia*. México.
- Córdoba, D., Sanz, D., Medina, A., Buitrago, M., & Sierra, Á. (2021). Fatiga por compasión y agotamiento profesional en personal de salud ante el duelo y muerte en contextos hospitalarios. *Scielo Salud Pública*, 30(3).
<https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200478>
- Corley, A., Hammond, N., & Fraser, J. (2010). The experiences of health care workers employed in an Australian intensive care unit during the H1N1 Influenza pandemic of 2009: a phenomenological study. *International journal of nursing studies*, 47(5), 577-585.
- Cujes, J. (2021). Nivel de depresión y ansiedad del profesional de enfermería que labora en emergencia en el área covid del Hospital Barranca, Perú. *Tesis para optar al título en licenciado en enfermería*. Universidad José Fausto Sánchez Carrión. Disponible en

<https://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14067/6240/Cujes%20Vigo.pdf?sequence=1>.

De Caneva, F., García, M., & Bragulat, E. (2020). Salud emocional del personal sanitario del Área de Urgencias durante la pandemia COVID-19. *Medicina Clínica*, 155(8).

De Vargas, D., & Vieira Dias, A. P. (2011). Prevalencia de depresión en trabajadores de enfermería de Unidades. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(5):[09 pantallas].

Ellis, A. (2005). Usted puede ser feliz. Terapia racional emotiva conductual para superar la ansiedad y la depresión.. *Barcelona: Paidós. Disponible en:*

file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-

ReeducacionCognitivaEmotivaEnCasoDeAnsiedadAnteLos-5280193%20(1).pdf.

Espinoza, G., Gonzales, I., Meléndez, M., & Cabrera, R. (2021). Prevalencia y Factores Asociados con Depresión en Personal de Salud Durante la Pandemia de SARS-CoV-2 en el Departamento de Piura, Perú☆. *Pubmed Central*, 5(2).

<https://doi.org/https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8673821>

Fachelli, L. y. (2015).

Fernández, E., & Palmero, F. (1999). *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel Psicología.

Fernandez, R., Lord, H., Halcomb, E., Moxham, L., Middleton, R., Alananzeh, I., & Ellwood, L. (2020). Implications for COVID-19: a systematic review of nurses' experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic. *International Journal of Nursing Studies*.

Figley, C. (1995). *Compassion Fatigue: Psychotherapists Chronic Lack of Self Care*.

Tallahassee: School of Social Work, Traumatology Institute.

Filgueira, M. (2014). Propuestas de intervención y autocuidado con psicodrama . *Revista Brasileira de Psicodrama*, 5(2), 32-43.

<https://doi.org/https://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicodrama/v22n1/n1a04.pdf>

- Fiorella, A., Alberta, U., Dell'Oso, B., Pompili, M., & Sani, G. (2024). Utilidad clínica y relevancia en la práctica clínica de los especificadores del DSM-5 para el trastorno depresivo mayor: un estudio de consenso de expertos Delphi. *Science Direct*, 133(5). <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2024.152502>
- Garcia, G., & Marziale, M. (2018). Indicators of burnout in Primary Health Care workers. *ev Bras Enferm [Internet].*, (Suppl 5) 2334-2342.
- Gómez Sánchez, C., Álamo Santos, C., Mercedes, A., Ceacero Molina, F., Mayor Pascual, A., Muñoz González, A., & Izquierdo Atienza, M. (2009). Estudio de seguimiento del desgaste profesional en relación con factores organizativos en el personal de enfermería de medicina interna. *MEDICINA y SEGURIDAD del trabajo*, 215(55), 52-62.
- González Procel, C., Sánchez Padilla, Y., & Peña Loaiza, G. (2018). Fatiga por compasión en los profesionales del servicio de emergencia. *Dominio de las ciencias*, 483-498.
- Guillen, O., Sánchez, M., & Begazo, L. (2020). *Pasos para elaborar una tesis de tipo correlacional*. Lima: Biblioteca Nacional del Perú.
- Hamilton. (1969). Escala de medición de Hamilton . *Servicios Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Disponible en* file:///C:/Users/User/Downloads/escala_de_ansiedad_de_hamilton.pdf.
- Hernández Sampieri, R., & Mendoza Torres, L. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F.: McGrawHill.
- Hernández, M. (2017). Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos. *Psicooncología. Disponible en* <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/55811>, 14(1), 53-70.
- Hospital Escuela Universitario [HEU]. (2013). Honduras.

- Hurtado, F. L. (2016). *Relación entre Nivel de Estrés y Carga Laboral en Profesionales de Enfermería Hospital Caraz*. Caraz; Perú.
- Jiménez, M., Benadero, M., Eugenia, M., Novoa, L., Carvajal, R., & Hernández, G. (2004). El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. In M. Jiménez, M. Benadero, M. Eugenia, L. Novoa, R. Carvajal, & G. Hernández, *El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención*. (pp. 69–76). Sociedad Chilena de Psicología Clínica.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos, evaluación, afrontamiento y consecuencias adaptativas*. Nueva York: Martínez Roca.
- Ley del Estatuto del Personal de Enfermería de Honduras. (1999). *Decreto No. 90-99*. Tegucigalpa: La Gaceta Diario Oficial de la República de Honduras.
- López, P. (2004). Población, muestra y muestreo. *Punto cero*, 9(8), 69-74.
- Martínez, M., Guerra, R., Esparza, M., Dena, M., Casas, M., & González, C. (2021). Experiencias de gestión en profesionales de enfermería ante Covid-19 en hospitales de Ciudad Juárez, México. *Revista Espacios*, 42(12), 129-141.
- Martínez, M., Guerra, R., Esparza, M., Dena, M., Casas, M., & González, C. (2021). Experiencias de gestión en profesionales de enfermería ante COVID-19 en hospitales de ciudad Juárez, México. *Revista Espacios*, 42(12), 129-141.
- Missel, S. (1999). Saúde geral de profissionais da área hospitalar: uma avaliação comparativa entre grupos com contato direto e indireto com pacientes. *Canoas (RS): Universidade Luterana do Brasil*; Disponible en <https://www.scielo.br/j/rlae/a/y9pJ9gNSFvh96s3dc7P6Kh/?lang=es&format=pdf>, 100.
- Montt, M., & Hermosilla, W. (2001). Trastorno de estrés post-traumático en niños. *Revista chilena de neuropsiquiatría*. Disponible en

<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/6790/12.P01.000451.pdf>,

39(2), 110-120.

Mosquera, V., & Rivera, L. (2015). *Manual de Intervención para combatir la fatiga por*

compasión. Ecuador: Pontificia Universidad Católica de Ecuador. Disponible en

<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/8515/manual%20de%20intervencion.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.

Neves, E., Da Silva, C., Pavan, P., Leite, C., Mosteiro, M., & Mosteiro, M. (2019). Fatiga por compasión en enfermeros de un servicio hospitalario de urgencias y emergencias de adultos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*.

OMS. (2020). *La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud .

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Depresión*. OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud. (2023, Marzo 31). *Depresión*. OMS:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression?>

Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Perfil de los sistemas de salud*

Honduras. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Washington, DC.

Permarupan, P., Mamun, A., Samy, N., Saufi, R., & Hayat, N. (2020). Predicting Nurses Burnout through Quality of Work Life and Psychological Empowerment : A Study Towards Sustainable Healthcare Services in Malaysia. *Journal of Sustainability*, 12(1).

Pinel, J. (2007). *Biopsicología . (6a. ed.) España: Pearson Adison Wesley*. Disponible en

https://www.academia.edu/41091575/Biopsicologia_6e_John_P_J_Pinel_2007_.

- Piqueras et al. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica, Vol. 15 N° 1. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/1342/134212604002.pdf>, 43-73.*
- Rosales, D. (2021). Salud mental en personal médico durante la pandemia de COVID-19 en México. *revista cubana salud y trabajo*, 17.
- Sanders, S. (2016). *Estrés laboral en personas de enfermería en la unidad de cuidados intensivos pediátricos Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa*. Ocotal: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
- Sandín, B., & Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología: Vol. 2. Disponible en http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=3057053&pid=S1518-6148200300010000200100&lng=en, 53-80.*
- Saraguro, D. (2019). *Fatiga por compasión y las estrategias de afrontamiento en enfermeras y enfermeros del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja. Periodo 2018-2019*. Loja: Universidad Nacional de Loja. Disponible en <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/28909/Burnout%20y%20Fatiga%20Compasiva%20en%20Profesionales%20de%20Enfermeria%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Secretaría de Finanzas. (2015). *Memoria 2014*. Tegucigalpa.
- Secretaría de Salud [SESAL]. (2014). *Plan Nacional De Salud 2014-2018*. Honduras: Gobierno de la República de Honduras.
- Secretaría de Salud. (2007). *Convenio Marco de Integración Docente Asistencial*. Tegucigalpa: SESAL.

Simon et al., 2. (2022). Análisis del impacto psicoemocional de la pandemia del COVID-19. *enfermería global*, 209.

Simón, F., & Guillén, F. J. (2008). Amenazas para la salud y crisis sanitarias. Aproximación a la alerta y respuesta. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit*, 22(1), 65-70.

Souza, C., Benute, G., Moretto, M., Levin, A., Assis, G., & Padoveze, M. e. (2019). Qualidade de vida profissional na saúde: um estudo em Unidades de Terapia Intensiva. *Estud. Psicol. Disponible en* https://www.corteidh.or.cr/docs/tramite/barbosa_de_souza_y_otros.pdf, 24(3), 269-280.

Stamm, B. (2009). Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL). *Disponible en* <https://novopsych.com.au/assessments/clinician-self-assessment/the-professional-quality-of-life-scale-5-proqol/>.

Tanaka, K., Ikeuchi, S., Teranishi, K., Oe M, M. Y., & Konya, C. (2020). Temperament and professional quality of life among Japanese nurses. *Nurs Open*, 3, 700-710. <https://doi.org/doi: 10.1002>

Universidad Nacional Autónoma de Honduras . (2009). *Análisis de Situación de los Recursos Humanos en Salud de Honduras 2009*. Organización Panamericana de la Salud.

Violim Fabri, N., Trevisan Martins, J., Quina Galdino, M. J., Perfeito Ribeiro, R., Oliveira Moreira, A. A., & Fernandez Haddad, M. L. (Octubre de 2021). Satisfacción, fatiga por compasión y factores asociados en las enfermeras de la atención primaria. *Enfermería global*(64), 293. <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/457511/310791>

Violim, N., Trevisan, J., Quina, M., Perfeito, R., Oliveira, A., & Lourenço, M. (2021).

Satisfaction, compassion fatigue and associated factors in primary care nurses. *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería*(64), 313-323.

Wagner-Raphael, L. I., Jason, L. A., & Ferrari, J. R. (1999). Chronic fatigue syndrome, chronic fatigue, and psychiatric disorders: Predictors of functional status in a national nursing sample. *Journal of Occupational Health Psychology*, 63-71.

West, A. (2015). Associations Among Attachment Style, Burnout, and Compassion Fatigue in Health and Human Service Workers: A Systematic Review. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 1-20.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

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



Título de la investigación

Relación entre fatiga por Compasión y los síntomas por depresión y ansiedad en el personal de enfermería en salas COVID-19 en el Hospital Escuela

La presente investigación es realizada por Mirella Hernández, estudiante de la III promoción de la Maestría en Psicología Clínica, adscrita a la Facultad de Ciencias Sociales en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. El objetivo de este estudio es determinar el nivel de afectación del síndrome de fatiga por compasión y como se relaciona con la Depresión y Ansiedad en el personal de enfermería que labora en salas COVID en el Hospital escuela durante el año 2023.

Es importante que usted sepa que la participación en este estudio respeta la voluntariedad de participación y usted estará en la libertad de retirarse en cualquier momento antes de aceptar el consentimiento informado sin ninguna repercusión ante su decisión; este estudio no conlleva ningún tipo de beneficio personal directo y no implica riesgo a su salud y/o a su confidencialidad por lo cual su información personal, se maneja de manera anónima. No recibirá compensación económica por participar en esta investigación.

Hacemos de su conocimiento que los resultados podrían ser de socializados y ser de acceso público en diferentes espacios académicos, sin embargo, los datos personales que pueda

llegar a proporcionarnos serán resguardados únicamente por la investigadora principal sin posibilidad de que usted sea identificado.

Si usted decide participar del estudio, se le presentaran cuatro instrumentos, con una serie de preguntas sobre sus experiencias y comportamientos, si tiene alguna duda o inquietud puede hacerla con libertad, comunicándose al correo: sevenahernandez@hotmail.com y en caso de que necesite atención psicológica gratuita avocarse a la Unidad de Intervención en Crisis emergencia del Hospital Escuela.

Si acepto voluntariamente participare en este estudio

- ☐ SI
- ☐ NO

Anexo 2. Cuestionario de fatiga de compasión y satisfacción**Universidad Nacional Autónoma de Honduras****Facultad de ciencias sociales****Maestría en Psicología Clínica****Cuestionario para personal de enfermería**

La presente encuesta como propósito la recolección de información para completar la tesis titulada “Relación entre fatiga por compasión y los síntomas de depresión y ansiedad en el personal de enfermería en salas COVID 19 hospital escuela año 2023”. Por lo tanto, la información que usted proporcione será utilizada exclusivamente para fines académicos, asimismo la información que usted proporcione será confidencial y anónima.

Responda con la mayor sinceridad posible.

Datos generales

1. Edad
2. Sexo: Hombre Mujer
3. Nacionalidad:
4. Lugar de residencia: Rural Urbano
5. Nivel de estudio: primaria Secundaria Universitario
6. Ocupación:

Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción

Ayudar a otros le pone en contacto directo con la vida de otras personas. Como usted seguramente lo ha comprobado, su compasión o empatía por aquellos que ayuda tiene aspectos tanto positivos como negativos. Quisiéramos hacerle preguntas acerca de sus experiencias, positivas y negativas, como profesional de la urgencia médica. Considere cada una de las siguientes preguntas de acuerdo con su situación actual. Marque en cada frase, siendo lo más sincero posible, el valor que refleje su experiencia profesional más frecuente para usted en los últimos 30 días.

0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre

N.º	Ítem	0	1	2	3	4	5
1	Soy feliz.						
2	Estoy preocupado por una o más personas a las que he ayudado o ayudo.						
3	Estoy satisfecho de poder ayudar a la gente.						
4	Me siento vinculado a otras personas, con ocasión de mi trabajo.						
5	Me sobresaltan los sonidos inesperados.						
6	Me siento fortalecido después de trabajar con las personas a las que he ayudado.						
7	Encuentro difícil separar mi vida personal de mi vida profesional.						
8	Pierdo el sueño por las experiencias traumáticas de las personas a las que he ayudado.						
9	Creo que he sido afectado negativamente por las experiencias traumáticas de aquellos a quienes he ayudado.						
10	Me siento “atrapado” por mi trabajo.						
11	Debido a mi profesión tengo la sensación de estar al límite en varias cosas.						
12	Me gusta trabajar ayudando a la gente.						
13	Me siento deprimido como resultado de mi trabajo.						
14	Me siento como si fuera yo el que experimenta el trauma de alguien al que he ayudado.						
15	Tengo creencias (religiosas, espirituales u otras) que me apoyan en mi trabajo profesional.						
16	Estoy satisfecho por como soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de asistencia médica.						
17	Soy la persona que siempre he querido ser.						
18	Mi trabajo me hace sentirme satisfecho.						
19	Por causa de mi trabajo me siento agotado.						
20	Tengo pensamientos de satisfacción acerca de las personas a las que he ayudado y sobre como he podido ayudarles.						
21	Me siento abrumado por la cantidad y tipo de trabajo que tengo que afrontar.						
22	Creo que puedo cambiar las hacer cambiar las cosas a través de mi trabajo.						
23	Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan a las experiencias espantosas de la gente a la que ayudado.						
24	Planeo continuar con mi trabajo por muchos años.						
25	Como resultado de mi trabajo profesional, tengo pensamientos molestos, repentinos, indeseados.						
26	Me siento “estancado” (sin saber que hacer) por cómo funciona el sistema sanitario.						
27	Considero que soy un buen profesional.						
28	No puedo recordar determinados acontecimientos relacionados con víctimas muy traumáticas.						
29	Soy una persona demasiado sensible.						
30	Estoy feliz por haber elegido hacer este trabajo.						

Anexo 3**Anexo 3. PHQ-9: Lista de verificación de nueve síntomas**

Indique con qué frecuencia le han afectado los siguientes problemas durante las últimas dos semanas. Lea atentamente cada inciso y encierre en un círculo su respuesta.

0=Nunca 1=Varios días 2=Más de la mitad de los días 3=Casi todos los días

N.º	Ítem	0	1	2	3
1	Poco interés o agrado al hacer las cosas.				
2	Se ha sentido triste, deprimido o desesperado.				
3	Ha tenido problemas para dormir, mantenerse despierto o duerme demasiado.				
4	Se siente cansado o tiene poca energía.				
5	Tiene poco o excesivo apetito.				
6	Se ha sentido mal consigo mismo, ha sentido que usted es un fracaso o ha sentido que se ha fallado a sí mismo o a su familia.				
7	Ha tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión.				
8	Se mueve o habla tan despacio que otras personas pueden darse cuenta. Está tan inquieto o intranquilo que da vueltas de un lugar a otro más que de costumbre.				
9	Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado hacerse daño de alguna forma.				

Anexo 4. Escala para el trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7)

Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en los últimos 15 días:

0=Nunca 1=Menos de la mitad de los días 2=Más de la mitad de los días 3=Casi todos los días

N.º	Ítem	0	1	2	3
1	Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado.				
2	No ha podido dejar de preocuparse.				
3	Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas.				
4	Ha tenido dificultad para relajarse.				
5	Se ha sentido tan intranquilo que no podía estarse quieto.				
6	Se ha irritado o enfadado con facilidad.				
7	Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible.				

¡Muchas gracias por su colaboración!