

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES  
SECCION DE PSICOLOGÍA**



Universidad de El Salvador  
*Hacia la libertad por la cultura*

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE EL SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL Y PROPUESTA DE TRATAMIENTO DURANTE EL AÑO 2014.

**INFORME DE INVESTIGACION PARA OPTAR AL GRADO ACADEMICO DE:  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTADO POR:**

CASTILLO JOSE JULIÁN CC06062  
RAMIREZ HERNANDEZ JULIO CESAR RH09056  
SÁNCHEZ GUZMÁN RENÉ ISMAEL SG09022

**DOCENTE DIRECTOR:**

LIC. NAHÚN VÁSQUEZ NAVARRO

**CIUDAD UNIVERSITARIA ORIENTAL, FEBRERO DE 2015.**

**SAN MIGUEL**

**EL SALVADOR**

**CENTRO AMERICA**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES  
SECCION DE PSICOLOGÍA**

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE EL SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL Y PROPUESTA DE TRATAMIENTO DURANTE EL AÑO 2014.

**INFORME DE INVESTIGACION PARA OPTAR AL GRADO ACADEMICO DE:  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTADO POR:**

CASTILLO JOSE JULIÁN CC06062  
RAMIREZ HERNANDEZ JULIO CESAR RH09056  
SÁNCHEZ GUZMÁN RENÉ ISMAEL SG09022

**DOCENTE DIRECTOR:**

LIC. NAHÚN VÁSQUEZ NAVARRO

**CIUDAD UNIVERSITARIA ORIENTAL, FEBRERO DE 2015.**

**Universidad de El Salvador**  
**SAN MIGUEL EL SALVADOR CENTRO AMERICA**

*Hacia la libertad por la cultura*

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**AUTORIDADES**

RECTOR

**ING. MARIO ROBERTO NIETO LOVO**

VICERRECTORA ACADÉMICA

**MAESTRA ANA MARÍA GLOWER DE ALVARADO**

SECRETARIA GENERAL

**DRA. ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA**

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL**

**AUTORIDADES**

DECANO

**LIC. CRISTÓBAL HERNÁN RIOS BENÍTEZ**

VICE - DECANO

**LIC. CARLOS ALEXANDER DÍAZ**

SECRETARIO GENERAL

**LIC. JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ**

DIRECTORA GENERAL DEL PROCESO DE GRADUACIÓN

**MTRA. ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO**

**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES**

**AUTORIDADES**

JEFE DEL DEPARTAMENTO

**LIC. RUBÉN ELÍAS CAMPOS MEJÍA**

COORDINADOR GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN

DE LA SECCIÓN DE PSICOLOGÍA

**LIC. LUÍS ROBERTO GRANADOS GÓMEZ**

COORDINADOR DE LA SECCIÓN DE PSICOLOGÍA

**LIC. NAHÚN VÁSQUEZ NAVARRO**

DOCENTE DIRECTOR

**LIC. NAHÚN VÁSQUEZ NAVARRO**

**TRIBUNAL CALIFICADOR**

**Ph.D RENÉ CAMPOS QUINTANILLA**  
PRESIDENTE

**LIC. NAHÚN VÁSQUEZ NAVARRO**  
SECRETARIO

**LIC. JOSÉ MILTON DOMINGUEZ VARGAS**  
VOCAL

## **AGRADECIMIENTOS**

**A Dios** por haber tejido los hilares de mi vida siempre dirigiéndome al verdadero camino de la sabiduría, la fraternidad y la salud.

**A las personas** que con bondad me instruyeron, guiaron por el buen camino y me hicieron descubrir que la vida es la constante sorpresa de saber que existo y que a la vez es bello peligro.

**A mi Mamá María Julia Castillo** que con su ejemplo y sabiduría moldeó mi ser y hasta este día siempre me ha enseñado que con voluntad y perseverancia todo se puede.

**A mi Mamá Ofelia de Vásquez** que siempre me ha enseñado sobre el amor incondicional y todo lo referente a darse sin medidas y a la entrega de uno mismo hacia los demás.

**A mi Papá Héctor Vásquez** que aunque no se encuentra a mi lado físicamente lo llevo muy dentro de mi corazón y de mi alma el cual me enseñó a ser el hombre que soy ahora.

**A mis compañeros** de viaje Ismael Sánchez, Julio Ramírez y Néstor Beltrán con los cuales hemos vivido un sinnúmero de aventuras a lo largo de este trabajo de grado y de la carrera de Psicología.

**Al docente director de la investigación** Licenciado Nahún Vásquez que con cada asesoría de nuestro trabajo de grado nos contagiaba de motivación y positivismo siempre exigiendo nuestro compromiso y lo mejor de cada uno de nosotros.

**A los docentes** que poco a poco me enseñaron a ser curioso, inquieto y a no ser conformista ni quedarme solo con el conocimiento que en las aulas ellos y ellas generosamente me ofrendaban y a su vez me enseñaron a volar y arriesgarme, a no tener miedo de emprender nuevos retos en cuanto a lo que se refiere a proyectos de salud mental, a la Licda. Victoria Parada, al Lic. Milton Domínguez, al Lic. René Campos, al Lic. Rafael Ponce y a la Licda. Eva Calderón, a todos y cada uno de ellos y ellas gracias.

**A mi Alma Mater** la UES – FMO de la cual he bebido los conocimientos necesarios para ser el profesional de hoy.

**A la Señorita Basilia Romero Lara** que con su entrega y sacrificio en la Unidad de Salud Mental del Hospital San Juan de Dios de San Miguel me enseñó que toda conducta es modificable y que cada día hay que abordarlo como si fuera el último de nuestra vida.

**A la Unidad de Salud Mental** encabezada por el Lic. Irno Geovany Domínguez el cual nos ayudó a solventar la primera fase de nuestro proyecto de investigación con el Comité de Ética del Hospital.

**A la jefatura de enfermería** y todo el cuerpo de enfermería de cada servicio y unidad del Hospital, por su colaboración y entusiasmo en el trabajo de investigación.

José Julián Castillo.

## **AGRADECIMIENTOS**

**A Dios por** proporcionarme la energía salud y sabiduría necesarias para alcanzar mis metas, y hacer de este proyecto todo un éxito.

**A mis padres y familiares cercanos** quienes con su apoyo y experiencia incondicional me dieron la oportunidad de cumplir mis metas y ser un profesional a quienes los hago dignos de compartir juntos este éxito.

**A mis amigos** quienes con su influencia directa o indirecta se sumaron a este esfuerzo, les agradezco profundamente por estar presentes en las distintas etapas de elaboración del proyecto y en los momentos de alegría que han sido para mí la fuente de armonía y satisfacción para mi vida.

**A mis compañeros** quienes trabajaron conmigo hombro a hombro durante cinco cortos años poniendo lo mejor de su energía y empeño por el bien de nuestra formación profesional, quienes compartieron su confianza, tiempo y los mejores momentos que viví durante esta etapa como estudiante.

**Al docente director de la investigación** Licenciado Nahún Vásquez por el interés manifestado en dirigir mi trabajo de grado, por su confianza, colaboración y apoyo en el proceso de realización del proyecto.

**A todos los docentes de la UES** que compartieron sus conocimientos dentro y fuera del aula de clases, haciendo posible que mi formación profesional se resumiera en satisfacciones académicas e inquietudes insatisfechas en continua indagación.

Julio Cesar Ramírez Hernández

## **AGRADECIMIENTOS**

**Le agradezco a Dios** por haberme permitido vivir hasta este día, haberme guiado a lo largo de mi vida, por ser mi apoyo, mi luz y mi camino. Por haberme dado la fortaleza para seguir adelante en aquellos momentos de dificultad.

**A mi padre René Ismael Sánchez** por su apoyo y compromiso hacia nuestra superación; A mi madre Sandra Elizabeth Guzmán siempre estará presente en mi corazón, gracias por haber creído en mí hasta el último momento. ¡Ya soy Licenciado Mami!.

**A mi mamá Blanca Guzmán** mi ángel en la tierra, gracias por su gran cariño y por su comprensión.

**A mis hermanos Francisco y Sandra Beatriz** por su apoyo y cariño incondicional.

**A Julián Castillo** por haber sido un excelente compañero de tesis y amigo, por haberme tenido la paciencia necesaria y por motivarme a seguir adelante en los momentos de desesperación, además a su familia María Julia Castillo y Ofelia de Vásquez de corazón por todo el apoyo recibido a lo largo de este tiempo y sobre todo por hacer de su familia, una familia para mí.

**A mi compañero, compadre y amigo Julio César Ramírez** agradezco el esfuerzo y la perseverancia para el cumplimiento del objetivo., no fue fácil pero ¡el trabajo ya está hecho, misión cumplida!

**A Néstor Fabricio Beltrán** por haber contribuido a mi crecimiento personal y profesional.

**Al Lic. Nahún Vásquez, asesor del trabajo de graduación;** a la Licda. Victoria Treminio, excelente profesional y amiga; al Lic. José Milton Domínguez; al PhD. René Campos Quintanilla y a los docentes de la sección de psicología de la UES-FMO por compartir sus conocimientos.

**A mi familia** por sus muestras constantes de apoyo y cariño.

**A mis amigos Carolina, Sandy, Paty, Arnold, Manuel y Ricardo** su apoyo fue muy importante, mil gracias este logro se debe en gran parte a ustedes.

René Ismael Sánchez Guzmán.

## INDICE

<b>CAPITULO</b>	<b>Página</b>
RESUMEN.....	16
INTRODUCCIÓN.....	17
CAPÍTULO I:.....	20
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
1.1 Antecedentes del estudio.....	20
1.2 Situación problemática.....	23
1.3 Enunciado del problema.....	25
1.4 Justificación del estudio.....	25
1.5 Objetivos de la investigación.....	29
1.5.1 Objetivo General.....	29
1.5.2 Objetivos Específicos:.....	29
CaPÍTULO II:.....	30
MARCO TEÓRICO.....	30
EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA30	
2.1 Antecedentes de burnout en personal de enfermería.....	33
2.2 Proceso del síndrome burnout según Jorge Corsi.....	37
2.3 Desarrollo del síndrome de burnout.....	38
2.4 Síntomas del síndrome burnout.....	38
2.5 Consecuencias.....	40
2.6 Causas del síndrome burnout.....	41
2.7 Evaluación.....	43

2.8 Terapias de la corriente cognitiva conductual aplicables en la intervención psicológica del síndrome de burnout.....	45
2.9 Estrategias de intervención .....	47
cAPÍTULO III:.....	57
SISTEMA DE variables.....	57
CAPÍTULO IV:.....	58
DISEÑO METODOLÓGICO .....	58
4.1 Enfoque de la investigación.....	58
4.2 Tipo de investigación.....	58
4.3 Contexto de la investigación.....	58
4.4 Población.....	59
4.5 Muestra .....	59
4.6 Instrumentos.....	59
4.7 Procedimiento .....	65
CAPÍTULO V:.....	69
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS .....	69
CAPÍTULO VI:.....	75
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	75
CAPÍTULO VII:.....	82
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	82
CONCLUSIONES.....	82
RECOMENDACIONES .....	84
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	86
Anexos.....	94

ANEXO 1: TABLA DE RESULTADOS GENERALES.....	95
ANEXO 2: SOLICITUD DE INVESTIGACION .....	98
ANEXO 3: MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI) .....	99
ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	100
ANEXO 5: FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS .....	101
ANEXO 6: CARTA DE AUTORIZACION DEL COMITÉ DE ETICA DEL HOSPITAL.....	102
ANEXO 7: PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICO COGNITIVO CONDUCTUAL.....	103

## RESUMEN

Con el objetivo de conocer los niveles de los síntomas del síndrome Burnout en el personal de enfermería del Hospital Nacional San Juan de Dios de la Ciudad de San Miguel se llevó a cabo la presente investigación con una muestra de 177 elementos del personal de enfermería pertenecientes a los diversos servicios del Hospital San Juan de Dios de San Miguel.

La aplicación de el "Maslach Burnout Inventory" (MBI), y la hoja de datos sociodemográfico brindó la información sobre los niveles de los síntomas del síndrome Burnout presentes en el personal de enfermería, así como también los factores desencadenantes del mismo en las/os enfermeras/os que laboran en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel.

Se determinó que el 40% de la población en estudio presentó niveles altos en la sintomatología del síndrome Burnout; existen factores laborales y personales que inciden directamente en el apareamiento de dicha sintomatología, entre los cuales se destacan la edad, el número de hijos, el estado familiar y el nivel académico.

Además se elaboró la propuesta de un programa psicoterapéutico orientado a la corriente cognitivo conductual con el objetivo de reducir los síntomas del síndrome en estudio.

**Palabras Claves:** Síndrome de Burnout, psicoterapia cognitivo conductual, personal de enfermería.

## INTRODUCCIÓN

La necesidad de estudiar el burnout se ha hecho particularmente intensa en los servicios de salud. Promover la salud, prevenir la enfermedad, curar y rehabilitar, son tareas que producen satisfacciones, pero también muchos problemas y dificultades en el personal de esta profesión, suelen tener una alta tasa de trastornos y factores de riesgo asociados, debido entre otras variables a la fuerte tensión laboral a que se ven diariamente sometidos. Ya que el burnout se ha ido convirtiendo en una amenaza para el personal de enfermería, es de sumo interés saber identificarlo y manejarlo consecuentemente.

Los apartados que contiene el trabajo de investigación son: Capítulo I “Planteamiento del Problema”, donde se describen los datos o hallazgos con respecto al tema. La Situación del Problema, un detalle del problema. Enunciado de Problema, aquí se delimita la situación problemática estableciendo los principales datos a conocer y evaluar. La Justificación del Estudio, donde se explica la motivación que se dio para realizar la investigación; luego se encuentran el Objetivo General y los Objetivos Específicos, donde se detalla cada parte a investigar.

Para conocer el burnout, será necesario definirlo convenientemente, así como estudiar los modelos teóricos explicativos. No hay mejor manera de solucionar un problema que haberlo comprendido previamente.

Para comenzar a comprenderlo, en el capítulo II correspondiente a la fundamentación teórica se plantea todo lo relativo al Burnout, se exponen los antecedentes, fundamentos de cada una de las variables de investigación, como teoría de documentos, literatura e investigaciones anteriores sobre temas con similitudes al que se expone en la presente investigación,

En el Capítulo III es referente al Sistema de Variables, el Síndrome Burnout se define conceptual y operacionalmente como variable de investigación.

Capítulo IV “Diseño Metodológico”, se describe el diseño de investigación, en el que se expone la investigación bajo un enfoque cuantitativo, también se describe la población y la muestra, detallando los instrumentos utilizados, mencionando además la validez de cada uno de ellos, y los datos sociodemográficos.

Capítulo V “Presentación de Resultados” contiene los datos obtenidos del instrumento aplicado con los datos sociodemográficos, la correlación de las variables de investigación en base a la muestra.

En el Capítulo VI “Discusión de los resultados” se establece una interpretación de los datos obtenidos en la aplicación de los instrumentos, con relación a la teoría expuesta en el trabajo, relacionando el contexto teórico con el práctico.

Pero no sólo se desea exponer y nombrar una vez más un problema, sino que se pretende darle una propuesta de solución.

El programa de intervención ofrece una solución terapéutica de repercusiones beneficiosas para la salud mental y emocional del cuerpo de enfermería del Hospital.

Capitulo VII “Conclusiones y Recomendaciones” en las conclusiones se describen los aspectos finales encontrados dentro de la investigación, así como los datos generales obtenidos en base a los instrumentos aplicados, y las recomendaciones se enfocan hacia la institución hospitalaria, a la Universidad de El Salvador, a futuros investigadores, y a autoridades correspondientes que pudieran proporcionar mejoras en las condiciones de trabajo para reducir los riesgos psicosociales.

## **CAPÍTULO I:**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1 Antecedentes del estudio**

Según Freudenberger (1974), el síndrome de burnout así descrito, se manifiesta clínicamente por signos físicos y conductuales. Entre los primeros destaca el agotamiento y la fatiga, la aparición de cefaleas, así como alteraciones gastrointestinales, insomnio y dificultad respiratoria. En cuanto a las alteraciones de la conducta, es frecuente la aparición de sentimientos de frustración, así como signos de irritación ante la más mínima presión en el trabajo. También puede aparecer un estado paranoide, que puede conducir a un sentimiento de prepotencia hacia otras personas.

Freudenberger describe como la persona con burnout se vuelve “rígida, obstinada e inflexible, no se puede razonar con él, bloquea el progreso y el cambio constructivo, porque eso significa otra adaptación y su agotamiento le impide experimentar más cambios. Estas personas parecen deprimidas, y todos estos cambios son percibidos por sus familias.

Sin duda este síndrome provoca malestar en el personal de salud afectando su vida laboral y personal, por lo que se hace necesario un abordaje psicoterapéutico del problema. En Psicología existen enfoques psicoterapéuticos para tratar esta situación. Entre los enfoques principales tenemos el cognitivo

conductual, que busca mejorar la percepción, la interpretación y la evaluación de los problemas laborales y de los recursos personales que utiliza el individuo.

Entre las técnicas cognitivas más empleadas destacan la desensibilización sistemática, la detención del pensamiento, la inoculación de estrés, la reestructuración cognitiva, el control de pensamientos irracionales, la eliminación de actitudes disfuncionales y la terapia racional emotiva (Guerrero y Vicente, 2001). El fin de las técnicas conductuales es conseguir que la persona domine un conjunto de habilidades y competencias que le faciliten el afrontamiento de los problemas laborales. Entre ellas se encuentran el entrenamiento asertivo, el entrenamiento en habilidades sociales, las técnicas de solución de problemas y las técnicas de autocontrol (Guerrero y Vicente, 2001).

Al revisar los factores causales del burnout, se encuentra que el más citado es la escasa formación recibida en técnicas de autocontrol y en manejo del estrés (Caballero y coautores 2001).

En un estudio Burnout, Parraga (2005) encontró que la aplicación de un programa de corriente cognitivo conductual es eficiente en el tratamiento y prevención del Síndrome Burnout en el personal de enfermería y concluyó que: La intervención realizada por medio del programa IRIS (Programa Psicoterapéutico de corriente Cognitivo Conductual) consiguió reducir los niveles de burnout de los sujetos experimentales de la investigación.

Así mismo el autor comenta que el síndrome Burnout es un problema real y de continuo crecimiento exponencial; observándose la poca capacitación de los servicios de prevención para hacer su trabajo en el personal de enfermería, hemos descubierto la necesidad de los trabajadores por recibir asistencia psicológica, ayuda emocional y recursos de afrontamiento.

Ventura Contreras, (2011) en una investigación realizada con personal de salud en la zona oriental encontró que existe prevalencia de un 19.24% de enfermeros/as con burnout, relacionándolo con las variables de auto asertividad en un 54.81%, heteroasertividad en un 45.19% y ansiedad con 29.81%. En cuanto a los factores de estas variables prevalece con un 66.35% la alta despersonalización, un 29.81% de agotamiento emocional y el 41.35% con un nivel medio de falta de realización personal. En cuanto a la variable de la conducta asertiva los factores de déficit asertivo muestran un nivel de 29.80%, el estilo agresivo presenta un 10.58% y estilo pasivo dependiente con un 8.66%. En la discusión de los resultados se comprobó que el síndrome burnout se correlaciona negativamente con la conducta asertiva en el personal sanitario de la zona oriental incluyendo personal de enfermería del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, en cuanto a la variable de la conducta asertiva mantienen una correlación negativa con la ansiedad y el síndrome burnout se correlaciona positivamente con la ansiedad en el cual se recomiendan programas para disminuir los factores de riesgo del síndrome Burnout y aumentar el bienestar emocional de los/as enfermeros/as en la instituciones hospitalarias.

## **1.2 Situación problemática**

La profesión de enfermería es una de las profesiones a nivel universal más loables y más prioritaria dentro de las sociedades a lo largo de la historia, desde tiempos Socráticos se tienen antecedentes de personas que brindan cuidados y primeros auxilios a quienes padecían de enfermedades.

El trabajo que realiza el personal de enfermería con los usuarios del sistema de salud público Salvadoreño implica una cuota de desgaste emocional muy grande que si se rompe el delicado balance entre mente, emociones, psicofisiológico y relaciones interpersonales tendría como resultado que los profesionales que brindan servicios de salud entren en riesgo de padecer y desarrollar el Síndrome de Burnout y otros padecimientos psicológicos entre los cuales se pueden destacar: la ansiedad, el estrés, poca tolerancia hacia los usuarios y una pobre vida afectiva emocional dentro del área familiar.

Entre los numerosos y variados estresores que pueden afectar a los profesionales de enfermería, según Ramos citado por Villatoro Vásquez (2009) destaca los siguientes: la sobrecarga laboral, que en ocasiones proviene de la escases de personal, el trabajo en turnos, el trato con pacientes difíciles y problemáticos, estar diariamente en contacto con la enfermedad, el dolor y la muerte, la falta de autonomía y autoridad para poder tomar decisiones, los rápidos cambios tecnológicos a los que deben adaptarse, todos estos estresores contribuyen poderosamente al síndrome de burnout.

Es en esta necesidad de cuidados de un paciente enfermo donde nace el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería; por lo que este síndrome debe de ser estudiado, abordado y prevenido para que el cuerpo de enfermería posea bienestar emocional, estilo de vida saludables, conducta asertiva y resiliencia para abordar cualquier tipo de estímulo que su ambiente le pueda generar (Ventura Contreras, 2011)

La psicología como ciencia debe de dar una respuesta significativa ante este fenómeno que afecta directamente no solo al personal de enfermería si no que afecta de igual manera aunque en distinta forma al personal hospitalario desde los doctores hasta el personal de limpieza y de mantenimiento.

Debido a esto es que la psicología debe dar eco ante el síndrome de Burnout pues se cuenta con un variado abanico de estudios que explican dicho síndrome pero se cuenta con pocos estudios de ejecución de programas de abordaje y prevención para este.

Este fenómeno se convertiría en un paradigma para la psicología aplicada si no se propone una solución viable para todos los escenarios como lo son a nivel institucional como los que conforman el Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo.

### **1.3 Enunciado del problema**

¿Cuáles son los niveles de los síntomas del síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, durante el año 2014?

### **1.4 Justificación del estudio**

El síndrome de Burnout no tiene que ser invisibilizado ya que hasta la fecha en las instituciones de trabajo no se tienen registros a prioridad de abordar el síndrome.

También la realidad contextual de los y las profesionales de enfermería del sistema de salud público y hospitalario es propenso a carecer de salud ocupacional debido a las tareas que ellas y ellos realizan cotidianamente. El síndrome de Burnout es un riesgo específico del puesto del lugar de trabajo de la profesión de enfermería.

De esta manera si se observa y analiza el Síndrome Burnout se dirá que es un fenómeno que afecta la salud mental tanto del personal de enfermería como de los usuarios que visitan los centros hospitalarios manifestándose en síntomas como: Agotamiento emocional, despersonalización y la falta de realización personal los cuales afectan el trato asertivo de las enfermeras y enfermeros hacia los usuarios y viceversa.

En el caso de los profesionales de la salud, es el personal de enfermería quienes están expuestos a tener el primer contacto con el paciente, en donde se suscitan una serie de situaciones estresantes como: la agresividad del paciente o sus allegados que puede deberse a múltiples razones como la incomprensión, espera, desinformación, cambios de turno, ansiedad entre otros que inciden a la frustración de su desempeño e interfieren con el buen funcionamiento de las instituciones de salud, dando esto como resultado una situación conflictiva entre profesional-paciente, poniendo a prueba la conducta asertiva del profesional.

Las relaciones laborales conflictivas y estresantes son resultado del síndrome burnout, el cual genera en el profesional, pérdida gradual de energía, fatiga, cambio negativo en las actitudes hacia otras personas, falta de motivación y evitación de las relaciones personales y profesionales.

El estrés en los y las profesionales de enfermería está compuesto por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. Es una profesión en la que inciden especialmente estresores como la escasez de personal, que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, el dolor y la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas lo que supone conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos. Todos estos estresores han sido identificados en la literatura como predisponentes del síndrome Burnout.

Identificar las variables predisponentes de este síndrome supone considerar variables del entorno social, organizacional, interpersonal e individual específicas de estas profesiones (Gil-Monte y Peiró, 1997).

De esta manera se estudiará el síndrome de Burnout como un riesgo psicosocial donde la “ley General de prevención de riesgo en los lugares de trabajo” presentada por el ministerio de trabajo en el 2013, en el artículo 277 sección VI abona al termino de riesgo psicosocial y lo define como: Aquellos aspectos de la concepción, organización y gestión del trabajo así como de su contexto social y ambiental que tienen la potencialidad de causar daños, sociales o psicológicos en los trabajadores. Así mismo en el artículo 8 en su numeral 5 de dicha ley incita a: Entrenamiento de manera teórica y práctica, en forma inductora y permanente a los trabajadores y trabajadoras sobre sus competencias, técnicas y riesgos específicos de su puesto de trabajo, así como sobre los riesgos ocupacionales generales de la empresa, que le puedan afectar.

Todo esto conduce a que los y las profesionales de enfermería formulen críticas y quejas en cuanto a las condiciones en que desarrollan sus actividades laborales, sus relaciones interpersonales y los obstáculos que encuentran en el desarrollo de su carrera profesional, significando un perjuicio para la salud y afectando el clima organizacional en el que las personas desarrollan su trabajo. Esto ha llevado a que en los últimos años el Síndrome de Burnout se

constituya de manera creciente en uno de los focos de atención muy importante tanto para su estudio, tratamiento y prevención.

La terapia cognitivo-conductual es el enfoque terapéutico más congruente para el manejo del Burnout y constituye uno de los tratamientos de primera elección, tanto a nivel individual como grupalmente.

## **1.5 Objetivos de la investigación**

### **1.5.1 Objetivo General**

- Conocer los niveles de los síntomas del síndrome Burnout en el personal de enfermería del Hospital Nacional San Juan de Dios de la Ciudad de San Miguel, durante el año 2014.

### **1.5.2 Objetivos Específicos:**

- Identificar el síntoma del síndrome Burnout con mayor prevalencia en el personal de enfermería del Hospital Nacional San Juan de Dios de la Ciudad de San Miguel durante el año 2014.

- Identificar niveles de sintomatología del síndrome de Burnout según las características sociodemográficas en el personal de enfermería del Hospital Nacional San Juan de Dios de la Ciudad de San Miguel durante el año 2014.

- Diseñar un programa psicoterapéutico de tratamiento y prevención del síndrome Burnout dirigido al personal de enfermería del sistema de salud nacional.

## **CAPÍTULO II:**

### **MARCO TEÓRICO.**

#### **EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA**

El mundo laboral ha experimentado una transformación importante en las últimas décadas en nuestro contexto sociocultural ya que con la socialización continua que se posee sobre los distintos fenómenos que acontecen en los lugares de trabajo existe un mayor sistema de comunicación que facilita tener conocimientos de los riesgos que hay en cada profesión y en cada lugar de trabajo es así como hace su aparición el síndrome de Burnout.

El término burnout es utilizado por la sociedad británica como un concepto popular dentro de la jerga de los deportistas que describía una situación en la que, en contra de las expectativas de la persona, ésta no lograba obtener los resultados esperados por más que se hubiera preparado y esforzado para conseguirlos. En castellano, su traducción literal significa "estar quemado", "síndrome del quemado profesional". (Piero citado por Ventura Contreras, 2011). Fue utilizado por primera vez por Freudemberger (1974), en su descripción del agotamiento que sufrían los trabajadores de servicios sociales. Sin embargo, fue Maslach (1976), quien dio a conocer esta palabra de forma pública en el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos.

Definido como "debilitamiento, agotamiento o comienzo de extenuación por excesivas demandas sobre la energía, la fuerza o los recursos" (Freudenberger, 1974). Este autor constató en su experiencia de director en una clínica como, sus trabajadores al cabo de un tiempo llegaban al agotamiento y como causa de esto analizó que posteriormente se daban las siguientes situaciones: excesivas demandas y expectativas no realistas creadas por uno mismo y/o por la sociedad, se generaban síntomas de irritabilidad, cinismo y depresión de los trabajadores hacia las personas con las que trabajaban.

El síndrome de burnout ha sido estudiado por muchos investigadores que plantean diversas definiciones y elementos de este síndrome a través de la historia. (McGrath citado por Cáceres Bermejo, 2006), en una de las definiciones más clásicas del término: "El estrés es un desequilibrio sustancial percibido entre la demanda y la capacidad de respuesta del individuo bajo condiciones en las que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias percibidas."

Según Freudenberger, las personas más dedicadas y comprometidas con el trabajo son las más propensas a padecer el burnout, especialmente las que trabajan en profesiones humanitarias y de ayuda a otras personas, de tal forma que estas personas "sentirían una presión desde dentro para trabajar y ayudar, a veces de forma excesiva y poco realista, además de una presión desde el exterior para dar". Otra condición para que ocurra este síndrome es el aburrimiento, la rutina y la monotonía en el trabajo, que aparecerían una vez

perdido el entusiasmo inicial por el mismo, generalmente, después de un año del comienzo del trabajo.

Sin embargo, fue Cristina Maslach (1976), psicóloga social quien estudió las respuestas emocionales de los empleados de profesiones humanitarias o de ayuda a personas. También utilizó el mismo término que utilizaban de forma coloquial los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo. Maslach decidió emplear esta misma expresión por su gran aceptación social: los afectados se sentían fácilmente identificados con este término descriptivo. Fue Cherniss en (1980) el primero en proponer que se trata de un desarrollo continuo y fluctuante en el tiempo: es un proceso en el que las actitudes y las conductas de los profesionales cambian de forma negativa en respuesta al estrés laboral.

Cristina Maslach y Susan E. Jackson en (1981) definieron el burnout como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”. En su estudio identificaron tres dimensiones que constituyen el síndrome de burnout. Agotamiento emocional: se define como cansancio y fatiga que puede manifestarse física, psíquicamente o como una combinación de ambos. Despersonalización: se entiende como el desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas,

especialmente a los beneficiarios del propio trabajo. Se acompaña de un incremento en la irritabilidad y una pérdida de motivación hacia el mismo. Falta de realización personal: tendencia a valorar el trabajo en forma negativa con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal.

### ***2.1 Antecedentes de burnout en personal de enfermería.***

El síndrome burnout es una respuesta al estrés laboral crónico que se produce principalmente en las profesiones que, como enfermería, se centran en la prestación de servicios. El objetivo de estos profesionales es cuidar los intereses o satisfacer las necesidades de los pacientes, y se caracterizan por el trabajo en contacto directo con las personas a las que se destina ese trabajo.

El estrés en esta profesión está compuesto por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. Es una profesión en la que inciden especialmente estresores como la escasez de personal, que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, el dolor y la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas lo que supone conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos, etc. Todos estos estresores han sido identificados en la literatura como antecedentes del síndrome burnout. Identificar las variables antecedentes del síndrome de quemarse supone considerar variables del entorno social, organizacional,

interpersonal e individual específicas de estas profesiones (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Al hablar de los antecedentes del síndrome burnout del entorno social hay que señalar que, en los últimos años, en la profesión de enfermería han surgido nuevas leyes y estatutos que regulan el ejercicio de la profesión, al mismo tiempo se han formulado nuevos procedimientos para las tareas y funciones, han aparecido cambios en los programas de educación y formación de los profesionales, cambios en los perfiles demográficos de la población que requieren cambios en los roles, y aumento de las demandas de servicios de salud por parte de la población. Todos estos cambios han ocurrido con demasiada rapidez para ser asumidos por esa profesión. También cabe citar la falta de preparación y formación de algunos profesionales, la incompetencia de la administración pública para resolver los problemas del sector, expectativas irreales, o lo que se denomina la sociedad de la queja: usuarios que constantemente exigen derechos, incluso, en ocasiones, derechos desmedidos a los que no ha lugar, pero que no se plantean sus obligaciones hacia el personal de enfermería. (Gil-Monte, 2003)

Por lo que se refiere al ámbito profesional, hay que añadir elementos como la pérdida del prestigio social que en décadas pasadas ha detentado esta profesión, la masificación en el número de usuarios, la exigencia de una mejor calidad de vida por parte de la población general debido a un incremento en el

nivel cultural de esa población, o la falta de profesionales para atender esas exigencias por razones presupuestarias de las administraciones públicas.

Desde un nivel organizacional la profesión de enfermería se caracteriza por trabajar en organizaciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada. Los principales problemas que se generan en las burocracias profesionalizadas son los problemas de coordinación entre los miembros, la incompetencia de los profesionales, los problemas de libertad de acción, la incorporación de innovaciones y respuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas organizacionales. La consecuencia de la falta de ajuste de la organización a su estructura, genera además; consecuencias que han sido identificadas como antecedentes del síndrome de quemarse por el trabajo. Entre ellas cabe citar la ambigüedad, el conflicto y la sobrecarga de rol, baja autonomía y rápidos cambios tecnológicos. Otra variable importante en este nivel es el proceso de socialización laboral que origina que los nuevos miembros aprendan pautas de comportamiento no deseables.

En el plano de las relaciones interpersonales, las relaciones con los usuarios y con los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, van a aumentar los niveles del síndrome. Asimismo, la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores, o de la dirección o la administración de la organización, la excesiva identificación del profesional con el usuario, y los conflictos interpersonales con las personas a las

que se atiende o sus familiares, son fenómenos característicos de estas profesiones que aumentan también los sentimientos de quemarse por el trabajo.

A nivel del individuo, las características personales van a ser una variable a considerar en relación a la intensidad y frecuencia de los sentimientos de quemarse por el trabajo. La existencia de sentimientos de altruismo e idealismo acentuados por la forma en que una parte importante de estos profesionales abordan su profesión podría facilitar el desarrollo del proceso. Este idealismo y los sentimientos altruistas lleva a los/as profesionales a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios y convierten en un reto personal la solución de los problemas. Ello va a conllevar que se sientan culpables de los fallos, tanto propios como ajenos, lo cual redundará en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y aumento del agotamiento emocional. Por otra parte, el sexo también establece diferencias significativas en los y las profesionales de enfermería en el síndrome de quemarse por el trabajo. Estas diferencias se producen en dos aspectos: a) en los niveles del síndrome, en el sentido de que los hombres puntúan más alto que las mujeres en despersonalización (para una revisión de la literatura ver Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1996) y, b) en su proceso de desarrollo, de manera que se establecen diferentes patrones de relaciones entre las dimensiones del síndrome y algunos de sus antecedentes y consecuentes más relevantes en función del sexo de los sujetos que componen la muestra (Gil-Monte, 2002).

## **2.2 Proceso del síndrome burnout según Jorge Corsi.**

El cansancio o agotamiento emocional constituye la primera fase del proceso, caracterizado por una progresiva pérdida de las energías vitales y una desproporción creciente entre el trabajo realizado y el cansancio experimentado. En esta etapa las personas se vuelven más irritables, aparece la queja constante por la cantidad de trabajo realizado y se pierde la capacidad de disfrutar de las tareas. Desde una mirada externa, se les empieza a percibir como personas permanentemente insatisfechas, quejasas e irritables.

La despersonalización (segunda fase) es un modo de responder a los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal. En lugar de expresar estos sentimientos y resolver los motivos que los originan, las personas que padecen el síndrome de burnout muestran una aparente conducta hiperactiva que incrementa su sensación de agotamiento y, en esta fase, alternan la depresión y la hostilidad hacia el medio.

La falta de la realización personal es la tercera fase del proceso y consiste en el progresivo retiro de todas las actividades que no sean laborales vinculadas con las actividades que generaron el estrés crónico. En esta etapa hay pérdida de ideales y, fundamentalmente, un creciente aislamiento de actividades familiares, sociales y recreativas, creando una especie de auto reclusión.

### ***2.3 Desarrollo del síndrome de burnout.***

Según Freudenberger (1974), el síndrome de burnout así descrito, se manifiesta clínicamente por signos físicos y conductuales. Entre los primeros destaca el agotamiento y la fatiga, la aparición de cefaleas, así como alteraciones gastrointestinales, insomnio y dificultad respiratoria. En cuanto a las alteraciones de la conducta, es frecuente la aparición de sentimientos de frustración, así como signos de irritación ante la más mínima presión en el trabajo. También puede aparecer un estado paranoide, que puede conducir a un sentimiento de prepotencia hacia otras personas.

Freudenberger describe como la persona con burnout se vuelve “rígida, obstinada e inflexible, no se puede razonar con él, bloquea el progreso y el cambio constructivo, porque eso significa otra adaptación y su agotamiento le impide experimentar más cambios. Estas personas parecen deprimidas, y todos estos cambios son percibidos por sus familiares”.

### ***2.4 Síntomas del síndrome burnout.***

Numerosos autores han dedicado esfuerzo al estudio de la sintomatología de este problema, pero en este caso se revisa a Cristina Maslach Y Susan E. Jackson en (1981). El síndrome se manifiesta en los siguientes aspectos:

**2.4.1 Psicosomáticos:** fatiga crónica, frecuentes dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares, disfonía.

**2.4.2 Conductuales:** absentismo laboral, abuso de drogas (café, tabaco, alcohol, fármacos.), incapacidad para vivir de forma relajada, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas violentas. Esto se traduce en reiteradas faltas de los y las profesionales de enfermería en su lugar de trabajo porque simplemente ya no tienen ganas de seguir en su trabajo, encuentra todo sin sentido continuo del cual no halla salida, comienza a ingerir diversos tipos de drogas ya sea estimulantes para sentir un recargo de su fuerzas o calmantes para sentir una sensación de alivio.

**2.4.3 Emocionales:** distanciamiento afectivo como forma de protección del yo, aburrimiento y actitud cínica, impaciencia e irritabilidad, sentimiento de omnipotencia, desorientación, incapacidad de concentración, sentimientos depresivos. Esto conlleva a que los y las profesionales de enfermería no se conecten con los usuarios, no se relacionan con ellos, no les demuestran su confianza, durante su trato presentan claros síntomas de aburrimiento, frustración, apatía, se pierden las ganas de atender y se hace como un acto reflejo mecanizado, con el solo fin de terminar la jornada sin “explotar” y así poder

pasar al próximo día lo cual con el tiempo agrava los síntomas anteriores ya que su trabajo se vuelve cada día más monótono.

### **2.5 Consecuencias.**

Las consecuencias del síndrome de quemarse por el trabajo pueden situarse en dos niveles: consecuencias para el individuo y consecuencias para la organización (Gil-Monte y Peiró, 1997, pp. 81-95).

**2.5.1 Consecuencias para el individuo:** Dentro de las consecuencias para el individuo se pueden establecer 4 grandes categorías: a) Índices emocionales: uso de mecanismos de distanciamiento emocional, sentimientos de soledad, sentimientos de alienación, ansiedad, sentimientos de impotencia, sentimientos de omnipotencia. b) Índices actitudinales: desarrollo de actitudes negativas (v.g. verbalizar), cinismo, apatía, hostilidad, suspicacia. c) Índices conductuales: agresividad, aislamiento del individuo, cambios bruscos de humor, enfado frecuente, gritar con frecuencia, irritabilidad. d) Índices somáticos: alteraciones cardiovasculares (dolor precordial, palpitaciones, hipertensión, etc.), problemas respiratorios (crisis asmáticas, taquipnea, catarros frecuentes, etc.), problemas inmunológicos (mayor frecuencia de infecciones, aparición de alergias, alteraciones de la piel, etc.), problemas sexuales, problemas musculares (dolor de espalda, dolor cervical, fatiga, rigidez muscular, etc.), problemas digestivos (úlceras gastroduodenal, gastritis, náuseas, diarrea, etc.), alteraciones del sistema nervioso (jaquecas, insomnio, depresión, etc.).

**2.5.2 Consecuencias para la organización:** Respecto a las consecuencias que para la organización tiene el que sus individuos se vean afectados de forma significativa por el síndrome de quemarse se pueden citar los siguientes índices: (a) deterioro de la calidad asistencial, (b) baja satisfacción laboral, (c) absentismo laboral elevado, (d) tendencia al abandono del puesto y/o de la organización, (e) disminución del interés y el esfuerzo por realizar las actividades laborales, (f) aumento de los conflictos interpersonales con compañeros, usuarios y supervisores y, por supuesto, (g) una disminución de la calidad de vida laboral de los profesionales.

### ***2.6 Causas del síndrome burnout.***

Las causas que producen el síndrome de burnout se pueden clasificar en factores laborales y características propias de la personalidad del individuo. Uno de estos factores es la sobrecarga de trabajo, es decir, el hecho de disponer de poco tiempo para la cantidad de trabajo realizada supone un factor de riesgo, especialmente para la dimensión de agotamiento emocional. Según Cáceres Bermejo. G.G (2006), el conflicto y la ambigüedad de rol también se correlacionan positivamente con el burnout. Cierta ambigüedad de rol es beneficiosa porque flexibiliza el puesto de trabajo y facilita la resolución de problemas, la incertidumbre acerca del papel que se debe desempeñar en el trabajo puede tener efectos perjudiciales. Sin embargo, el conflicto de rol, es decir, las demandas que se le hacen al trabajador desde distintas fuentes y que son incompatibles entre sí, tienen siempre efectos negativos.

Destaca también como un factor laboral implicado en la génesis del burnout la ausencia de recursos en el trabajo. Entre estos recursos ha sido ampliamente analizado el apoyo social, tanto de jefes como de compañeros de trabajo, y cuya carencia se relaciona con la aparición del síndrome. También la ausencia de información y de control se relaciona con la aparición de las tres dimensiones de burnout, de forma que la gente que tiene poca autonomía en su puesto laboral y que participa poco en la toma de decisiones en su trabajo experimenta valores más altos de desgaste profesional. Por otro lado, en la etiología de este síndrome también influyen factores individuales, entre los que se incluyen variables demográficas, características de la personalidad y ciertas actitudes individuales hacia el trabajo. En lo referente a las variables demográficas, se relacionan con el burnout la edad, el sexo, el estado civil y el nivel de estudio.

Debido a que para los y las profesionales de enfermería el rol laboral prescribe no adoptar actitudes cínicas, deshumanizadas, de indiferencia o impersonales hacia los usuarios, la despersonalización no es una estrategia de afrontamiento empleada inicialmente para afrontar el estrés (Gil-Monte, 2003). Ahora bien, en las actitudes de despersonalización hay que diferenciar dos aspectos. El primero de ellos, de carácter funcional, le posibilita al profesional no implicarse en los problemas del usuario, y por lo tanto realizar sobre éste todo tipo de acciones lesivas o negativas sin que por ello se vean afectados sus sentimientos. El segundo aspecto tendría un carácter disfuncional y comprende

aquellas conductas que suponen dar a los usuarios un trato humillante, con falta de respeto e incluso vejatorio.

### **2.7 Evaluación.**

El instrumento a utilizar para medir el síndrome burnout, es el "Maslach Burnout Inventory" (MBI) (Maslach y Jackson, 1981). Es también uno de los instrumentos que mayor volumen de investigación ha generado. Casi se podría afirmar que a partir de su elaboración se normaliza el concepto de "quemarse por el trabajo", pues su definición más aceptada es el resultado de la factorización del MBI, que en sus versiones iniciales lo conceptualiza como un síndrome caracterizado por baja realización personal en el trabajo, altos niveles de agotamiento emocional y de despersonalización.

Según la última edición del manual (Maslach, Jackson y Leiter, 1996), en la actualidad existen tres versiones del MBI: a) el MBI-Human Services Survey (MBI-HSS), dirigido a los profesionales de la salud, es la versión clásica del MBI (Maslach y Jackson, 1986). Está constituido por 22 ítems que se distribuyen en tres escalas y miden la frecuencia con que los profesionales perciben baja realización personal en el trabajo (tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial con relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atienden) (8 ítems), agotamiento emocional (no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo) (9 ítems), y despersonalización (desarrollo de sentimientos y actitudes

de cinismo y, en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo) (5 items).

Los 22 items se valoran con una escala tipo Likert en la que los individuos puntúan con un rango de 7 adjetivos que van de "Nunca" (0) a "Todos los días" (6), con qué frecuencia han experimentado cada una de las situaciones descritas en los items. Mientras que en las subescalas de agotamiento emocional y cinismo altas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de burnout, en la subescala de eficacia profesional bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de burnout. Además, esta subescala es independiente de las otras dos, de forma que sus componentes no cargan negativamente en ellas. Por ello, no se puede asumir que la eficacia profesional sea un constructo opuesto a agotamiento emocional y a la despersonalización.

Desde la perspectiva del diagnóstico, tanto el constructo de quemarse por el trabajo como cada una de sus dimensiones son consideradas como variables continuas y las puntuaciones de los individuos son clasificadas mediante un sistema de percentiles para cada escala. Los individuos por encima del percentil 66 se incluyen en la categoría "alto", entre el percentil 33 y el 66 en la categoría "medio", y por debajo del percentil 33 en la categoría "bajo". De este modo, un individuo que se encuentra en la categoría "alto" en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, y "bajo" para eficacia profesional

puede ser categorizado como un individuo con altos sentimientos de estar quemado.

## ***2.8 Terapias de la corriente cognitiva conductual aplicables en la intervención psicológica del síndrome de burnout.***

### 2.8.1 Técnicas cognitivas

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

### 2.8.2 Técnicas conductuales

El fin de estas técnicas es conseguir que la persona domine un conjunto de habilidades y competencias que le faciliten el afrontamiento de los problemas laborales. Entre ellas se encuentran el entrenamiento asertivo, el entrenamiento en habilidades sociales, las técnicas de solución de problemas y las técnicas de autocontrol (Guerrero y Vicente, 2001).

Otros autores han destacado como medida general para prevenir el burnout el evitar una excesiva injerencia en el trabajo y con los usuarios hacia los que se dirigen sus servicios. En esta línea, se ha recomendado tomar pequeños descansos durante el trabajo, aumentar las actividades reforzantes y buscar

opciones de carácter positivo, como disfrutar de las actividades preferidas en los ratos de ocio. También se ha señalado que algunos recursos como el dinero, el tener acceso a la información, a los servicios sociales y a los programas de entrenamiento, van a facilitar el manejo y la resolución de una situación laboral estresante.

Peiró (1992) opina que una dieta equilibrada, no fumar ni beber en exceso y no consumir excitantes ni fármacos psicoactivos son factores que mejoran el estado de salud y el sistema inmunológico, al mismo tiempo que modulan la respuesta de estrés laboral. De la misma manera, propone que el ejercicio físico aumenta la resistencia ante los efectos de dicho estrés.

Calvete E. y Villa A. (1999) investigaron la influencia de las creencias irracionales en los síntomas de estrés y burnout en una muestra de profesores de enseñanza secundaria. Los resultados revelaron que la asociación entre las creencias irracionales y los síntomas de estrés y de burnout es estadísticamente significativa. Una investigación llevada a cabo por Rubio (2003) con orientadores de institutos de enseñanza secundaria demostró que existen relaciones significativas entre las actitudes disfuncionales y el burnout. En este trabajo hemos constatado que los docentes más afectados por los máximos niveles de burnout presentan más actitudes disfuncionales, manifiestan una desajustada necesidad de aprobación de los demás, miedo al fracaso y afán de perfeccionamiento. A partir de estos resultados, hemos propuesto que es

indispensable entrenar al sujeto para que identifique el papel que juegan sus propias actitudes en el origen y persistencia de su estrés laboral. (México, Calvete y Villa ,1999).

Al revisar los factores causales del burnout, se encontró que el más citado es la escasa formación recibida en técnicas de autocontrol y en manejo del estrés (Caballero y coautores, 2001).

### **2.9 Estrategias de intervención**

Desde que se comenzó a investigar el *burnout* o síndrome de estar quemado se han desarrollado diversas intervenciones para su control y reducción, así como para mejorar la calidad de vida en el trabajo y su prevención en ese ámbito. Cherniss (1980) menciona cuatro objetivos que se pueden plantear de cara a la intervención: reducir o eliminar las demandas laborales, cambiar las metas, preferencias y expectativas personales, incrementar los recursos de la persona ante las demandas y proveer estrategias acordes a las características del *burnout*.

Las estrategias de intervención o en nuestro caso, estrategias adaptativas de afrontamiento pueden ser clasificadas en tres tipos: a) estrategias individuales, b) estrategias interpersonales o grupales y c) estrategias organizacionales.

### 2.9.1 Estrategias individuales

Las *estrategias individuales* están encaminadas a controlar el estrés (Matteson e Ivancevich, 1987; Ramos y Buendía, 2001; Guerrero y Vicente, 2001) destacando dos grandes grupos: las actividades dirigidas a la adquisición de estrategias de carácter paliativo y las actividades dirigidas a la adquisición de estrategias instrumentales.

Las actividades dirigidas a la adquisición de estrategias de carácter paliativo tienen por objetivo la adquisición de destrezas para el manejo de las emociones entre las que destaca el entrenamiento y adquisición de habilidades para expresión de emociones, el manejo de sentimientos de culpa y especialmente el entrenamiento en relajación (Vera y Vila, 1993), que es un proceso psicofisiológico en el que podemos distinguir tres componentes: un componente fisiológico en forma de patrón reducido de activación somática, un componente subjetivo como informe del sujeto de tranquilidad y sosiego y un componente conductual referido como un estado de descanso motor. Debido a esto, con el entrenamiento en relajación se pretende una respuesta biológicamente antagónica al estrés, que pueda ser aprendida y convertida en un importante recurso personal para contrarrestar sus efectos negativos.

Dentro del campo del manejo de las emociones queremos reseñar un aspecto al que varios autores dan cierta importancia, y no es otro que el del sentido del humor. Mesmer (2001) destaca el sentido del humor como estrategia

de afrontamiento. Esta autora expone que las personas con mayor sentido del humor presentan niveles más bajos de estrés laboral, por lo que propone desarrollar el humor como estrategia de afrontamiento del estrés en los planes de desarrollo del entrenamiento del personal.

Las actividades dirigidas a la adquisición de estrategias instrumentales presentan dos tipos de abordaje: 1) actividades encaminadas a modificar los procesos cognitivos y 2) actividades encaminadas a conseguir que el sujeto se comporte de modo distinto, mediante la adquisición de patrones más efectivos.

Las actividades encaminadas a modificar los procesos cognitivos, mediante técnicas cognitivas y de autocontrol, que eliminen los patrones no adaptativos, parten del supuesto de que la forma en que actuamos y sentimos depende de cómo pensamos y evaluamos la importancia de las situaciones para nuestro bienestar.

Dentro de este grupo destacamos las siguientes técnicas: a) técnicas de reestructuración cognitiva basadas en la terapia racional-emotiva, la terapia cognitiva, la terapia de valoración cognitiva entre otras; la asunción básica de estas estrategias se basa en la idea de que las emociones y las conductas son producto de las creencias del individuo y de su interpretación de la realidad, por lo que el objetivo es identificar los pensamientos irracionales o disfuncionales y reemplazarlos por otros más racionales o efectivos, b) el entrenamiento en resolución de problemas, teniendo en cuenta que en este contexto se entiende

por problema aquellas situaciones que exigen respuestas adaptativas que el sujeto no es capaz de ofrecer, teniendo por objetivo dar una solución eficaz al problema, para lo que se exigen cinco procesos interactuantes: orientación hacia el problema, definición y formulación del problema, generación de alternativas, toma de decisiones y puesta en práctica de la solución y verificación. Los afrontamientos activos o centrados en la solución del problema están considerados los más efectivos para la prevención y el manejo del burnout.

El modelo de inoculación de estrés de Meichenbaum, que siguiendo a Deffenbacher (1993) sería un modelo general que promueve la adquisición de conocimientos, autocomprensión y técnicas de afrontamiento para mejorar el dominio de las situaciones estresantes previsibles, enfatizando las complejas relaciones interdependientes entre los factores afectivos, fisiológicos, conductuales, cognitivos y sociales/ambientales, sin presuponer una influencia causal primaria en ninguno de ellos. El programa de este modelo consta de tres fases: la fase educativa, que proporciona información sobre la forma en que se generan las emociones distorsionadas, a partir de factores cognitivos y suposiciones; la fase de ensayo, en la que se proporcionan suposiciones alternativas para las situaciones de distrés emocional; y la fase de aplicación, en la que el sujeto demuestra todo lo aprendido y lo pone en práctica.

Tiene por tanto aspectos que incluyen reestructuración cognitiva y aspectos instrumentales.

Las actividades encaminadas a conseguir que el sujeto se comporte de modo distinto, mediante la adquisición de patrones más efectivos, parten del supuesto de que la forma en que sentimos y pensamos depende de cómo nos comportamos.

Dentro de este grupo destacan:

- ✓ El entrenamiento en habilidades sociales.
- ✓ El entrenamiento en habilidades comunicación interpersonal.

El entrenamiento en habilidades sociales es un enfoque centrado básicamente en el aprendizaje de nuevas respuestas, pretendiendo enseñar habilidades interpersonales que mejoren la competencia de los individuos en situaciones sociales problemáticas. El proceso implica cuatro elementos: entrenamiento en habilidades que aporten el aprendizaje de nuevas conductas específicas que se integran en el repertorio conductual del sujeto; reducción de la ansiedad en situaciones problemáticas, con utilización de técnicas de relajación si el grado de ansiedad es muy elevado; reestructuración cognitiva, que generalmente suelen incluirse autoinstrucciones o algún aspecto de la terapia racional-emotiva; y por último, entrenamiento en solución de problemas, aunque no es un elemento que esté siempre presente de forma sistemática.

El entrenamiento en habilidades de comunicación interpersonal aborda aspectos tan variados como la comunicación del diagnóstico a pacientes,

comunicación en situaciones conflictivas, realización de entrevistas, habilidades para hablar en público, etc.

Para el tratamiento del síndrome Burnuot también están las técnicas de negociación, el entrenamiento en asertividad, las habilidades para gestionar el tiempo, técnicas para organizarse, resolución de conflictos, toma de decisiones, etc.

### 2.9.2 Estrategias interpersonales o grupales

*Las estrategias que abordan la prevención del burnout desde la perspectiva interpersonal o grupal* desarrollan la intervención para potenciar la formación de habilidades sociales y las estrategias relacionadas con el apoyo social en el trabajo.

La mayoría de estas estrategias recomiendan fomentar el apoyo social por parte de los compañeros y jefes. Las experiencias obtenidas demuestran que el apoyo social aumenta la realización personal en el trabajo, disminuye el agotamiento emocional y mejora actitudes y conductas negativas hacia otros (Leiter, 1988; Gil-Monte y Peiró, 1997).

Este tipo de estrategias grupales se interrelacionan especialmente con las estrategias individuales. Recordemos que en el apartado anterior se exponen las actividades encaminadas a conseguir que el sujeto se comporte de modo distinto, mediante la adquisición de patrones más efectivos a través del

entrenamiento en habilidades sociales, habilidades de comunicación, entre otros por lo que es evidente que estas técnicas se instruyen, se modelan, se refuerzan, y se ensayan en grupos, para así generalizar conductas alternativas ante las demandas de la vida laboral, profesional y personal.

Por otra parte, a pesar de la importancia fundamental que tiene este último aspecto, hemos de decir que al desarrollo de habilidades sociales en grupo para la prevención del burnout se han dedicado pocos trabajos.

### 2.9.3 Estrategias organizacionales

Las *estrategias de intervención organizacionales* tienen como cometido eliminar o disminuir los estresores del entorno institucional. Dentro de las estrategias organizacionales, Peiró y Salvador (1993) establecen las siguientes áreas de mejora organizativas: a) condiciones ambientales, que son objeto de legislación con el fin de conseguir unos mínimos que garanticen la seguridad de los trabajadores; b) aspectos temporales como flexibilidad de horarios, elección de turnos de trabajo, entre otros ya que los aspectos relacionados con el tiempo son una importante fuente de estrés; c) enriquecimiento del puesto de trabajo, debido a que es fundamental para el trabajador la identidad con la tarea, la autonomía, la variedad de habilidades necesarias para su desempeño y la retroalimentación, estando directamente relacionado con la motivación del trabajador, la satisfacción laboral y la calidad del trabajo realizado, e inversamente relacionado con el absentismo y la rotación; d) estructura

organizacional, puesto que el conflicto y la ambigüedad de rol son causas conocidas de estrés, por lo que las intervenciones encaminadas a prevenir el estrés causado por el desempeño de roles incluyen la participación de los trabajadores en la gestión de la organización, haciendo hincapié en la negociación de roles tratando de asignar las responsabilidades a cada rol de modo negociado y en la técnica de análisis de roles que intenta clarificar las expectativas de los trabajadores que asumen distintos roles interrelacionados entre sí; e) planes de carrera e intervención, debido a que las oportunidades de promoción y ascenso a lo largo de la vida profesional, mediante planes de carrera adecuadamente planificados, minimizan el estrés además de constituir un importante factor motivacional; Fernández-Garrido (2001) clasifica los programas de intervención en el desarrollo de la carrera en tres tipos: programas de transición educación-trabajo, programas destinados a facilitar la progresión en la carrera o a mejorar las oportunidades y programas dirigidos a facilitar-minorizar los tránsitos desempleo-empleo; y por último, f) estilos de dirección, dado que si son estilos participativos resultan especialmente beneficiosos para la reducción del estrés, así como el establecimiento de objetivos claros y de sistemas de evaluación adecuados.

Las estrategias organizacionales más relevantes son: a) los programas de socialización anticipatoria, b) los programas de evaluación y retroinformación, c) los programas de desarrollo organizacional y d) el rediseño de la realización de tareas.

Los programas de socialización anticipatoria tienen como fin prevenir el choque con la realidad y sus consecuencias haciendo que se experimente ese contacto antes de que el profesional comience su vida laboral, en un contexto de prueba que permite desarrollar estrategias constructivas. Guthrie y Black, (1998) señalan la necesidad de comenzar a prevenir, controlar y afrontar el estrés, ya desde las fases de formación de los profesionales sanitarios. Capilla (2000) destaca la importancia de elaborar programas de entrenamiento frente al estrés, a desarrollarse incluso desde el pregrado. Este último autor hace referencia asimismo a que no hay ninguna estrategia simple, capaz de prevenir o tratar el síndrome de burnout.

Los programas de desarrollo organizacional tienen como finalidad mejorar el ambiente y el clima organizacional mediante el desarrollo de equipos eficaces, con un esfuerzo sistemático y planificado, focalizado a largo plazo en la cultura organizacional y en los procesos sociales y humanos de la institución (Gil-Monte y Peiró, 1997).

El rediseño de la realización de las tareas (Maslach, 1982), puede facilitar la disminución de la sobrecarga laboral y de las disfunciones de los roles profesionales. El facilitar que los profesionales puedan cambiar de actividades y considerar cambios que lleven mejoras de recompensas y de promoción del profesional incrementan la responsabilidad, la participación en la toma de decisiones y la autonomía.

Maslach (1982) recomienda disponer de un equipo de especialistas de ayuda (psicólogos, terapeutas) dedicados a profesionales con problemas.

Podemos observar que las estrategias y procedimientos a utilizar en la prevención y control del burnout son muy diversos, por lo que hay que elegir cuidadosamente aquellos que deberán usarse en el marco de “paquetes” de intervención ante cada situación específica. En este sentido, Maslach C. y coautores (2001) señalan que podrían ser eficaces una variedad de estrategias de intervención que incluyeran: entrenamiento en inoculación de estrés, relajación, organización del tiempo, entrenamiento en asertividad, terapia racional emotiva, entrenamiento en habilidades interpersonales y sociales, trabajo en equipo, organización de las demandas profesionales y meditación. Pero es de reseñar que finalizan comentando que es “rara la existencia de programas” de estas características.

A modo de resumen se podrían indicar la importancia de elaborar diseños para la mejora de la prevención del estrés en el puesto de trabajo y programas de promoción de la salud, llevar a cabo intervenciones con criterios teóricos y diagnósticos, realizando su evaluación posterior, formar grupos de apoyo en las unidades de cuidados entre la plantilla de sanitarios o entre plantillas de cualquier otro ámbito laboral y por último, no olvidar llevar a cabo programas de prevención y de ayuda individualizada.

### CAPÍTULO III:

#### SISTEMA DE VARIABLES

Variable de investigación	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores
Síndrome de Burnout	Maslach y Jackson (1981): Es una respuesta inadecuada a un estrés crónico y que se caracteriza por tres dimensiones: cansancio o agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización y falta o disminución de realización personal en el trabajo.	El síndrome Burnout se determina por la presencia de los 3 síntomas que lo componen, los cuales son: el alto agotamiento emocional, alta despersonalización y baja realización personal.	Agotamiento emocional  Despersonalización  Falta de realización personal	Proceso de adaptación de expectativas a la realidad cotidiana.  Bajo rendimiento personal Equilibrio de áreas vitales Sentimientos de vacío Agotamiento Fracaso Impotencia Baja autoestima Nerviosismo Inquietud, Dificultad para la concentración

## CAPÍTULO IV:

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### ***4.1 Enfoque de la investigación***

De acuerdo a la naturaleza de la investigación es de enfoque cuantitativa. Según Hernández, Fernández y Baptista (2003) “un estudio cuantitativo es aquel que utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente, y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población”.

#### ***4.2 Tipo de investigación***

Es de tipo **descriptivo** porque está basado fundamentalmente en detallar la caracterización del fenómeno y la situación, indicando sus rasgos más específicos y concretos.

#### ***4.3 Contexto de la investigación***

El estudio fue realizado en los meses de Febrero a Septiembre del año 2014 en el Hospital San Juan de Dios de la Ciudad de San Miguel, dirigido al personal de enfermería de los diferentes servicios de dicho nosocomio. Se aplicó una prueba psicométrica y de recolección de datos sociodemográficos.

#### **4.4 Población**

La población fue constituida por las 423 enfermeras y enfermeros que laboran en el hospital Nacional San Juan de Dios de la Ciudad de San Miguel.

#### **4.5 Muestra**

De los 432 elementos de enfermería, la muestra a estudiar se constituyó por 177 enfermeros y enfermeras que fueron quienes mostraron disposición para su participación en la investigación, se les aplicó el instrumento psicométrico, abarcando los 22 servicios existentes en el centro hospitalario.

De esta manera el tipo de muestra que se utilizó fue no probabilística, específicamente de sujetos tipo, ya que los sujetos fueron incluidos de forma voluntaria en la investigación.

El 40% de la muestra de los sujetos en investigación tenía de 20 a 30 años, el 95% fueron de sexo femenino, el 28% no tienen hijos, el 53% están casados o con pareja estable, el 33% tiene un nivel educativo de técnico en enfermería, 58% es de procedencia urbana, el 37% se tarda en llegar a su lugar de trabajo 30 minutos aproximadamente, el 10% tienen de 3 a 4 años de ejercer la profesión, el 17% tiene 3 años de laborar en el Hospital, el 60% trabajan 40 horas semanales, el 24% se dedica una hora semanal a sí mismo.

#### **4.6 Instrumentos**

Se utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación y recolección de datos:

1. Ficha de datos sociodemográficos
2. Maslach Burnout Inventory (MBI)
3. El consentimiento informado

#### 4.6.1 Ficha de datos sociodemográficos.

De elaboración propia, la ficha de datos sociodemográficos (ver anexo 5)

incluye:

- ✓ Edad
- ✓ Sexo
- ✓ N° de hijos
- ✓ Estado civil
- ✓ Nivel educativo
- ✓ Lugar de procedencia
- ✓ Tiempo que se tarda en trasladarse de la casa al lugar de trabajo

De datos laborales como lo son:

- ✓ Años de antigüedad en la profesión
- ✓ Años de antigüedad en el hospital
- ✓ Servicio donde labora
- ✓ Tipo de trabajo.
- ✓ N° de usuarios que atiende diariamente
- ✓ Horas semanales de trabajo

De hábitos de auto cuidado:

N° de horas que se dedica a si misma

Además se incluye una descripción de los datos generales de cada uno de los 177 individuos que forman parte de la muestra en donde se obtuvieron los siguientes datos sociodemográficos:

#### 4.6.2 Maslach Burnout Inventory (MBI)

El Maslach Burnout Inventory (MBI) (ver anexo 3) es un instrumento en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo.

Es el instrumento que ha generado un mayor volumen de estudios e investigaciones, formado por 22 ítems que se valoran con una escala tipo Likert. El sujeto valora, mediante un rango de 6 adjetivos que van de “nunca” a “diariamente”, con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems.

La factorización de los 22 ítems arroja en la mayoría de los trabajos 3 factores que son denominados agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo.

La subescala de Agotamiento Emocional está formada por 9 ítems que refieren a la disminución o pérdida de recursos emocionales o describen sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo; la subescala de Despersonalización está formada por 5 ítems que describen una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los

sujetos objeto de atención; y la subescala de Realización Personal en el trabajo está compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo. Tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa y vivencia de insuficiencia profesional.

Mientras que en las subescalas de Agotamiento Emocional y Despersonalización puntuaciones altas corresponden a altos indicadores de presencia de Burnout, en la subescala de realización personal en el trabajo bajas puntuaciones corresponden a alta presencia de Burnout.

Corrección de la prueba:

Subescala de Agotamiento Emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. La conforman los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. La puntuación máxima es de 54 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es el agotamiento emocional y el nivel de Burnout experimentado por el sujeto.

Subescala de Despersonalización. Está formada por 5 ítems, que son los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. La puntuación máxima es de 30 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la despersonalización y el nivel de Burnout experimentado por el sujeto.

Subescala de Realización Personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. La Realización Personal está conformada por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. La puntuación máxima es de 48 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la realización personal, porque en este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de Burnout. Es decir, a menor puntuación de realización o logro personal más afectado está el sujeto.

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad.

Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de burnout, puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización y baja en realización personal definen el síndrome.

El punto de corte puede establecerse según los siguientes criterios: En la subescala de Agotamiento Emocional puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto nivel de Burnout, el intervalo entre 19 y 26 corresponderían a puntuaciones intermedias siendo las puntuaciones por debajo de 19 indicativas de niveles de Burnout bajos o muy bajo. En la subescala de Despersonalización puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, de 6 a 9 medio y menor de 6 bajo grado de despersonalización. Y en la subescala de Realización Personal funciona en sentido contrario a las anteriores; y así de 0 a 30 puntos indicaría

baja realización personal, de 34 a 39 intermedia y superior a 40, sensación de logro.

#### 4.6.3 El consentimiento informado.

De elaboración propia, (VER ANEXO 4) es un documento informativo en donde se invitó a las personas a participar en la investigación y que en caso contrario estos no quisieran participar no tendría ninguna repercusión tanto a nivel laboral como de ninguna otra índole.

Estuvo conformado por fecha y firmas de la persona que participaron respectivamente en la investigación. Dicho consentimiento poseía las siguientes partes:

- Nombre del proyecto de investigación en el que participará.
- Objetivos del estudio, es decir, qué se pretende obtener con la investigación.
- Procedimientos y maniobras que se le realizarán a las personas en ese estudio.
- Riesgos e inconvenientes de participar en ese estudio así como las molestias que pudieran generar.
- Derechos, responsabilidades y beneficios como participante en ese estudio.
- Compensaciones o retribuciones que podría recibir por participar en la investigación.

- Aprobación del proyecto de investigación por un Comité de Ética de investigación en humanos.
- Confidencialidad y manejo de la información, es decir, en el escrito se garantizó que los datos no podrán ser vistos o utilizados por otras personas ajenas al estudio ni tampoco para propósitos diferentes a los que establece el documento que se firmó.
- Retiro voluntario de participar en el estudio (aunque al principio haya dicho que sí) sin que esta decisión repercuta en la atención que recibe en el instituto o centro en el que se atiende, por lo que no perderá ningún beneficio como paciente.
- Nombre de los investigadores con su respectivo número telefónico.

#### **4.7 Procedimiento**

En el proceso de investigación se identifican 5 etapas principales:

*Etapas 1: Obtención de datos preliminares e investigación del proceso.*

Durante esta fase se identificaron los principales elementos que afectan al personal de enfermería en cuanto a la adquisición del síndrome de Burnout por medio de las herramientas anteriormente explicadas: El consentimiento informado, el "Maslach Burnout Inventory" (MBI) y la hoja de datos sociodemográficos.

La investigación inició con la visita al Hospital Nacional San Juan de Dios de la ciudad de San Miguel, donde se coordinó con la Unidad de Formación Profesional (UDP) la cual es un área encargada de los procesos académicos y formativos que incluyan a cualquier rubro del nosocomio.

La UDP proporciono los requisitos y la documentación a presentar para realizar la investigación, los cuales son:

#### FOLDER 1

- Autorización de Jefe de Unidad
- Carta de Compromiso del Investigador.
- Curriculum del Investigador principal (hoja de vida).
- Solicitud de Proyecto de Investigación.(VER ANEXO 2)

#### FOLDER 2

- Manual del investigador.

#### FOLDER 3

- Protocolo del estudio de Investigación.

#### FOLDER 4

- Consentimiento Informado para enfermeras.

#### FOLDER 5

- Datos Sociodemográficos.

Así mismo se expuso el protocolo de la investigación al tribunal de Ética del Hospital San Juan de Dios de la Ciudad de San Miguel, dicho tribunal hizo

observaciones al estudio donde se hizo mucho énfasis en cuanto al consentimiento informado que se tenía que dar a todos el personal de enfermería al cual se le aplicarían los instrumentos de la investigación además de la confidencialidad de los datos en cuanto a la identidad de las personas y los resultados.

De esta manera se le entregó al tribunal de ética el protocolo corregido de la investigación; donde en dicha ocasión esta entidad solicito al grupo de investigación elaborar un protocolo exclusivo y referente al diagnóstico del personal de enfermería llamado: "CARACTERIZACION CLINICA Y EPIDEMIOLOGICA DEL SINDROME BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE LA CIUDAD DE SAN MIGUEL, DURANTE LOS MESES DE MARZO A MAYO DE 2014" identificando una sola diferencia en el objetivo general con respecto al primer protocolo, el cual versó de la siguiente manera:

Realizar un diagnóstico clínico y epidemiológico del síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Hospital Nacional San Juan de Dios de la Ciudad de San Miguel durante los meses de marzo a mayo de 2014.

Seguidamente se autorizó al grupo de investigación aplicar al personal de enfermería los instrumentos de medición y de recolección de datos (VER ANEXO 6)

Se coordinó con la jefatura de enfermería quien nos proporcionó los datos de las jefas encargadas de cada servicio y la distribución del personal en todo el hospital.

*Etapa 2: Selección de participantes en el estudio.*

Se aplicaron 177 pruebas diagnósticas para determinar la presencia del síndrome Burnout en el personal de enfermería. Se visitó servicio por servicio durante un lapso de 2 semanas.

*Etapa 3: Análisis e interpretación de información.*

De esta manera se vaciaron los datos arrojados por las pruebas de entrada y de recopilación sistemáticamente en tablas y gráficas donde se sometieron al proceso de relación de datos sociodemográficos con los resultados de "Maslach Burnout Inventory" (MBI). (VER ANEXO 1)

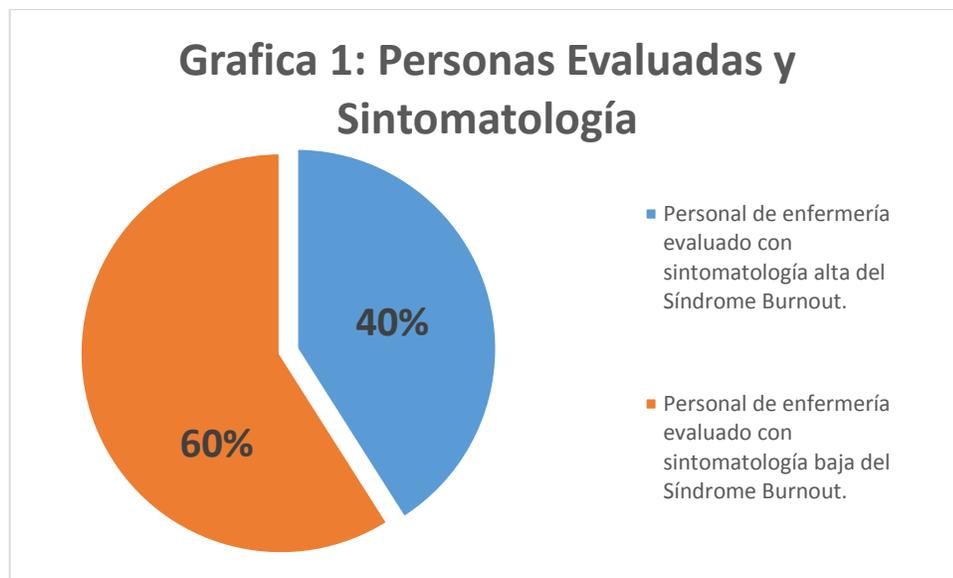
*Etapa 4: Diseño de programa de tratamiento de Síndrome Burnout.* (VER ANEXO 7)

## CAPÍTULO V:

### PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

**Tabla 1. Representación de personal evaluado y prevalencia de niveles de los síntomas.**

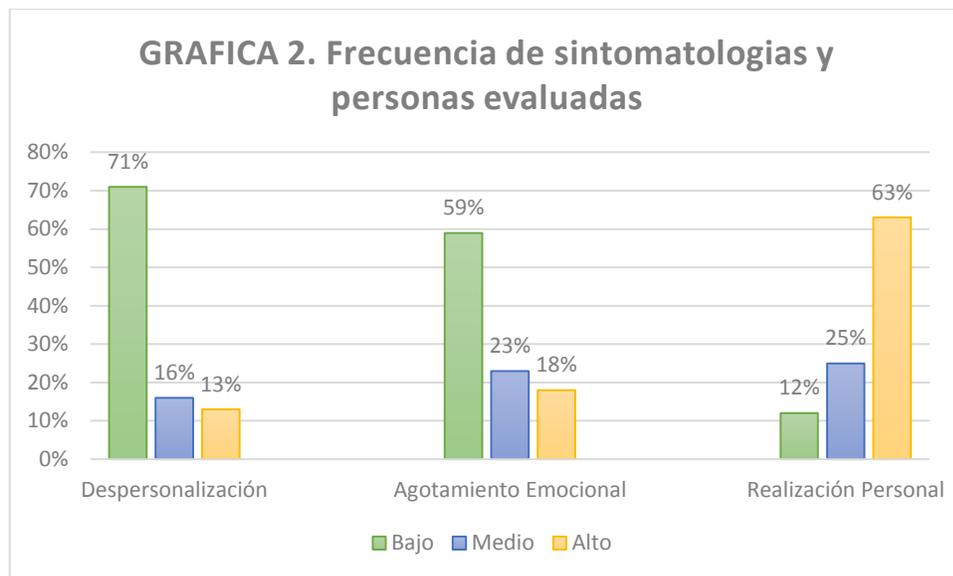
<b>Personal de Enfermería Evaluado de Hospital San Juan de Dios de la Ciudad de San Miguel</b>		
	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Personal de enfermería evaluado con sintomatología alta del Síndrome Burnout.	71	40%
Personal de enfermería evaluado con sintomatología baja del Síndrome Burnout.	106	60%
Total	177	100%



En la gráfica 1 se expresa que 71 personas que es el 40% de la población evaluada reflejó altos porcentajes en la sintomatología del Síndrome Burnout (Cumpliendo por lo menos uno de 3 criterios: alto agotamiento emocional, alta despersonalización o baja realización personal) mientras que el 60% equivalente al 106 personas obtuvieron sintomatología baja del síndrome Burnout.

**TABLA 2. PERSONAS EVALUADAS Y NIVELES SINTOMATOLOGICOS**

Despersonalización		Agotamiento Emocional		Realización Personal	
Nivel	Porcentaje	Nivel	Porcentaje	Nivel	Porcentaje
Bajo	71%	Bajo	59%	Bajo	12%
Medio	16%	Medio	23%	Medio	25%
Alto	13%	Alto	18%	Alto	63%



En la Grafica 2 se describen las tres variables que conforman el síndrome de Burnout y los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la escala en el personal de enfermería así: En la escala de despersonalización el 71% mostraron bajos niveles, el 16% en el nivel medio y el 13% se colocó en el nivel alto de despersonalización. En cuanto a la escala de agotamiento emocional el 59% quedó en el nivel bajo, el nivel medio obtuvo el 23%; el 18% de los evaluados obtuvieron un nivel alto de agotamiento emocional. En la escala de realización personal se observa que en el nivel bajo se encuentra el 12% del personal evaluado, 25% personas se alojaron en el nivel medio y el 63% obtuvo un nivel alto.

Tabla 3. RESULTADOS POR EDADES																			
		Agotamiento Emocional.						Despersonalización.						Realización Personal.					
		BAJA		MEDIA		ALTA		BAJA		MEDIA		ALTA		BAJA		MEDIA		ALTA	
Edades	Cantidad	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
<b>20 a 30</b>	70	37	53%	16	23%	17	24%	46	67%	16	23%	8	11%	12	17%	12	17%	46	66%
<b>31 a 40</b>	50	26	52%	13	26%	11	22%	36	72%	7	14%	7	14%	3	6%	15	30%	32	64%
<b>41 a 50</b>	35	24	68%	9	26%	2	6%	27	77%	4	11%	4	11%	4	11%	13	37%	18	52%
<b>51 a 60</b>	20	16	80%	2	10%	2	10%	15	75%	2	10%	3	15%	1	5%	4	20%	15	75%
<b>61</b>	1	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%
<b>No dato</b>	1	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%

Los resultados del síntoma de agotamiento emocional en relación a las edades de la población en estudio, identificando que dicho síntoma afecta en mayor medida a la edad de 20 a 30 años ya que el 24% de la población en ese rango de edad manifiesta agotamiento emocional alto, de igual forma se identifica que en las edades de 51 a 60 años, el 80% refleja agotamiento emocional bajo, siendo así la edad que se ve menos afectada. El síntoma de despersonalización afecta en mayor medida a la edad de 51 a 60 años ya que el 15% de la población en ese rango de edad manifiesta niveles de despersonalización alto, de igual forma se identifica que en las edades de 41 a 50 años, el 77% refleja despersonalización baja, siendo así la edad que se ve menos afectada. El síntoma de realización personal afecta en mayor medida a la edad de 20 a 30 años ya que el 17% de la población en ese rango de edad manifiesta niveles de realización personal baja, de igual forma se identifica que en las edades de 51 a 60 años, el 75% refleja realización personal alta, siendo así la edad que se ve menos afectada por dicho síntoma.

**Tabla 4. RESULTADOS POR NUMERO DE HIJOS.**

		Agotamiento Emocional						Despersonalización						Realización Personal					
		BAJA		MEDIA		ALTA		BAJA		MEDIA		ALTA		BAJA		MEDIA		ALTA	
N de Hijos	Cantidad	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
<b>0</b>	49	25	51%	13	27%	11	22%	33	67%	10	20%	6	12%	7	14%	11	22%	31	63%
<b>1</b>	41	20	49%	9	22%	12	29%	25	61%	10	24%	6	15%	4	10%	9	22%	28	68%
<b>2</b>	48	31	65%	10	20%	7	15%	38	79%	6	13%	4	8%	4	8%	9	19%	35	73%
<b>3</b>	27	21	78%	4	14%	2	7%	21	78%	2	7%	4	15%	5	19%	10	37%	12	44%
<b>4</b>	4	3	75%	1	25%	0	0%	3	75%	0	0%	1	25%	0	0%	1	25%	3	75%
<b>5</b>	3	3	100%	0	0%	0	0%	2	67%	0	0%	1	33%	1	33%	2	67%	0	0%
<b>no dato</b>	5	2	40%	3	60%	0	0%	3	60%	1	20%	1	20%	0	0%	2	40%	3	60%

Se muestra que el agotamiento emocional afecta en mayor medida a las personas que tienen 1 hijo, ya que el 29% refleja niveles de agotamiento emocional alto. Además se determina que dicho síntoma se da con menor frecuencia en las personas que tienen 5 hijos ya que el 100% refleja niveles de agotamiento emocional bajo. Los sujetos que presentan niveles más altos de despersonalización son quienes tienen 5 hijos, el 33%, siendo la población en quienes la despersonalización se da más; mientras que los niveles más bajos de despersonalización corresponden al grupo que posee 2 hijos, ausente en un 79% de la población. En la escala de Realización personal en relación al número de hijos de la población estudiada. Los resultados reflejan que quienes más ausencia de realización personal tienen son las personas con 5 hijos ya que el 33% indica realización personal baja a diferencia de las personas con 4 hijos de quienes el 75% resulto con realización personal alta.

Tabla 5. RESULTADOS POR ESTADO CIVIL																			
		Agotamiento Emocional						Despersonalización						Realización Personal					
		BAJA		MEDIA		ALTA		BAJA		MEDIA		ALTA		BAJA		MEDIA		ALTA	
Estado Civil	Cantidad	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
<b>Soltero/a</b>	57	36	63%	10	18%	11	19%	43	75%	8	14%	6	11%	6	11%	14	25%	37	65%
<b>Casado/a o pareja estable</b>	93	54	58%	21	23%	18	19%	66	71%	15	16%	12	13%	14	16%	20	22%	59	63%
<b>Divorciado/a o separado/a</b>	16	9	56%	4	25%	3	19%	9	56%	4	25%	3	19%	0	0%	7	44%	9	56%
<b>Viudo/a</b>	2	2	100%	0	0%	0	0%	2	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%
<b>Vacíos</b>	9	4	44%	5	56%	0	0%	5	56%	2	22%	2	22%	1	11%	3	33%	5	56%

Se muestra que el agotamiento emocional afecta en igual medida a las personas que son de estado civil solteros, casados o con pareja estable y divorciados o separados, ya que el 19% refleja niveles de agotamiento emocional alto. Además se determina que dicho síntoma se da con menor frecuencia en las personas de estado civil viudo ya que el 100% refleja niveles de agotamiento emocional bajo. Los sujetos que presentan niveles más altos de despersonalización son las personas que se encuentran divorciados o separados, el 19%, siendo la población en quienes la despersonalización se da más; mientras que los niveles más bajos de despersonalización corresponden al grupo de estado civil viudo, ausente en un 100% de la población. El resultado de la escala de Realización personal en relación al estado civil de la población estudiada. Los resultados reflejan que quienes más ausencia de realización personal tienen son las personas de estados civiles divorciados o separados y viudos ya que el 0%

indica realización personal baja, a diferencia de las personas de estado civil viudo de quienes el 100% resulto con realización personal alta.

**Tabla 6. RESULTADOS POR NIVEL EDUCATIVO**

Nivel Educativo	Cantidad	Agotamiento Emocional						Despersonalización						Realización Personal					
		BAJA		MEDIA		ALTA		BAJA		MEDIA		ALTA		BAJA		MEDIA		ALTA	
		Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
<b>Técnico</b>	59	32	54%	13	22%	14	24%	39	66%	10	17%	10	17%	10	17%	15	25%	34	58%
<b>Tecnólogo</b>	46	29	36%	10	22%	7	15%	31	67%	9	20%	6	13%	3	7%	9	20%	34	74%
<b>Licenciatura</b>	41	27	67%	6	15%	8	20%	30	73%	7	17%	4	10%	4	10%	14	34%	23	56%
<b>Auxiliar</b>	27	15	56%	9	33%	3	11%	21	78%	3	11%	3	11%	4	15%	5	19%	18	66%
<b>Vacíos</b>	4	2	50%	2	50%	0	0%	4	100%	0	0%	0	0%	0	0%	1	25%	3	75%

El agotamiento emocional está presente en mayor medida a las personas de nivel educativo Técnico, ya que el 24% refleja niveles de agotamiento emocional alto. Además se determina que dicho síntoma se da con menor frecuencia en las personas que con nivel educativo de licenciatura ya que el 67% refleja niveles de agotamiento emocional bajo. Los sujetos que presentan niveles más altos de despersonalización son quienes tienen nivel educativo de Técnico, el 17%, siendo la población en quienes la despersonalización se da más; mientras que los niveles más bajos de despersonalización corresponden al grupo que tienen nivel educativo de auxiliar, ausente en el 78% de la población. El resultado de la escala de Realización Personal en relación al nivel educativo de la población estudiada. Los resultados reflejan que quienes más ausencia de realización personal tienen son las personas con nivel educativo técnico ya que el 17% indica realización personal baja a diferencia de las personas con nivel de tecnólogo, de quienes el 74% resulto con realización personal alta.

## **CAPÍTULO VI:**

### **DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

El síndrome de Burnout es uno de los fenómenos psicológicos que más aquejan al personal de enfermería de los centros hospitalarios y de salud, visibilizándose en la conducta y la salud mental de estas mismas para con los usuarios que atienden.

El objetivo general de la investigación fue conocer los niveles de los síntomas del síndrome Burnout en el personal de enfermería del Hospital Nacional San Juan de Dios de la Ciudad de San Miguel, durante el año 2014. Se cumplió con dicho objetivo y se determinaron los niveles de la sintomatología del síndrome Burnout en las enfermeras, a través de la aplicación del Maslach Burnout Inventory; obteniendo puntualmente los niveles por los síntomas de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

Se evaluó a 177 elementos del personal de enfermería del hospital, de entre las cuales el 40% reflejó tener niveles alto y medio de la sintomatología del síndrome Burnout, lo que corresponde a 71 elementos de enfermería del hospital. Se determinó que el 18% de los evaluados obtuvieron niveles altos en agotamiento emocional, el 13% se colocó en el nivel alto de despersonalización y el 12% obtuvo un nivel bajo en realización personal, (cumpliendo por lo menos

uno de 3 criterios: alto agotamiento emocional, alta despersonalización o baja realización personal) teniendo en cuenta que los resultados de realización personal bajos pueden indicar que el personal de enfermería no disfruta las actividades que realizan en su trabajo el cual es un indicador de presencia de burnout, dicho fenómeno se produce inversamente cuando existen altos niveles de realización personal ya que esto genera bienestar en las actividades diarias en su lugar de trabajo, consecuentemente dichos niveles altos se traducirán en un mayor grado de efectividad en la ejecución de dichas tareas.

El síntoma con mayor prevalencia en niveles altos es el agotamiento emocional definido como cansancio y fatiga manifestándose de manera física, psíquica o una combinación de ambas. Así este dato coincide con lo que manifiesta Freudenberger, (1974) el síndrome de burnout descrito, se manifiesta clínicamente por signos físicos y conductuales. Entre los primeros destaca el agotamiento y la fatiga, la aparición de cefaleas, así como alteraciones gastrointestinales, insomnio y dificultad respiratoria. En cuanto a las alteraciones de la conducta, es frecuente la aparición de sentimientos de frustración, así como signos de irritación ante la más mínima presión en el trabajo. También puede aparecer un estado paranoide, que puede conducir a un sentimiento de prepotencia hacia otras personas.

Freudenberger describe como la persona con burnout se vuelve “rígida, obstinada e inflexible, no se puede razonar con él, bloquea el progreso y el

cambio constructivo, porque eso significa otra adaptación y su agotamiento le impide experimentar más cambios. Estas personas parecen deprimidas, y todos estos cambios son percibidos por sus familiares”. Según Freudenberger, (1974) la persona con burnout se vuelve “rígida, obstinada e inflexible, no se puede razonar con él y demuestra aparente frialdad y prepotencia ante las necesidades de los demás.

Por otra parte los antecedentes del síndrome de burnout como sus investigadores son muchos y todos coinciden en que el estrés laboral es una de sus principales causas; así mismo podemos describir el ambiente laboral de las enfermas del hospital San Juan de Dios como un ambiente con múltiples estresores como la escasez de personal, que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, el dolor y la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas lo que supone conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos. Todos estos estresores han sido identificados en la literatura como antecedentes del síndrome burnout (Gil-Monte y Peiró, 1997). En el ámbito del entorno interpersonal cuando la relaciones con los usuarios o con los compañeros de trabajo son tensas y problemáticas existe un predisponente a poder desarrollar el síndrome de burnout especialmente en aquellos servicios que implican atender gran cantidad de usuarios diariamente y más aún cuando el profesional de enfermería no cuenta con la sensibilidad necesaria para poder enfrentar los conflictos tanto

personales como laborales, fácilmente tiende a transmitir sus sentimientos de frustración a sus compañeros y usuarios. No obstante, no solo una mala actitud puede ser generadora de burnout ya que éste se puede presentar también cuando el profesional tiene una excesiva identificación emocional con el usuario, con su estado de salud o con los problemas personales que éste presente.

Uno de los objetivos específicos de este estudio es conocer los niveles de sintomatología del síndrome de Burnout, según las características sociodemográficas en el personal de enfermería del Hospital Nacional San Juan de Dios de la Ciudad de San Miguel; pues bien referido a esto se encuentra los siguientes porcentajes más frecuentes basados en los datos sociodemográficos fueron: El 40% de la muestra de los sujetos en investigación tenía de 20 a 30 años, el 95% fueron de sexo femenino, el 28% no tienen hijos, el 53% están casados o con pareja estable, el 33% tiene un nivel educativo de técnico en enfermería, 58% es de procedencia urbana, el 37% se tarda en llegar a su lugar de trabajo 30 minutos aproximadamente, el 10% tienen de 3 a 4 años de ejercer la profesión, el 17% tiene 3 años de laborar en el Hospital, el 60% trabajan 40 horas semanales, el 24% se dedica una hora semanal a sí mismo.

Con respecto al estado civil los que poseen menos agotamiento emocional personal son las personas divorciadas, siendo de igual forma las personas que presentan mayor probabilidad de presentar altos niveles de despersonalización, mientras que las personas casadas son quienes tienen menos realización personal.

En cuanto al nivel educativo el agotamiento emocional afecta en mayor medida a los técnicos en enfermería, además son quienes menos realización personal presentan y quienes tienen niveles de despersonalización más altas, así mismo los licenciados están menos agotados emocionalmente, los auxiliares son quienes presentan menos despersonalización y los tecnólogos son quienes presentan realización personal más alta.

Con lo referente a servicios los que presentan más despersonalización son los de pequeña cirugía así mismo los que presentan más despersonalización son los de consulta especializada, la unidad de nefrología tiene las puntuaciones más bajas en realización personal

Cabe mencionar que en el Hospital Nacional San Juan de Dios no existe un programa específico y permanente de prevención del síndrome de burnout, curiosamente se revisó mucha bibliografía referente a dicho fenómeno elaborada por varias universidades locales y especializaciones profesionales, pero no se encontró en ninguna de estas una iniciativa de ley o política orientada especialmente a tratar dicho fenómeno y esto responde a lo citado por Gil-Monte y Peiró, 1997 que someten a consideración el entorno social, organizacional, interpersonal e individual para que se desarrolle este síndrome.

Así mismo dicha situación contradice una legislación presentada por el ministerio de trabajo en el 2013 en la cual se menciona que en cada lugar de trabajo existen riesgos psicosociales que tienen la potencialidad de causar daños

sociales y psicológicos en el trabajador; la falta de programas de atención directa al síndrome de burnout contradice el artículo ocho de dicha ley en su numeral cinco insiste en entrenar de manera teórica, práctica, inductora y permanente a los/as trabajadores/as sobre sus competencias técnicas y riesgos específicos de sus puestos de trabajo y ocupacionales (ley General de prevención de riesgo en los lugares de trabajo, Ministerio de Trabajo 2013); al síndrome de burnout no se le visualiza como un riesgo psicosocial en el Hospital San Juan de Dios.

Así mismo al inicio de la investigación la Unidad de Formación Profesional y el comité de investigación del hospital San Juan de Dios de la ciudad de San Miguel recalcaron la aclaración en el Consentimiento informado aplicado que la participación de las personas en la investigación era voluntaria y que se podía rehusar a participar sin penalización laboral; de igual forma el equipo de investigación se comprometió a que la identidad de las personas y los resultados de las pruebas no se relacionarían ni se darían a conocer públicamente en conjunto, es decir resultados e identidad, ya que los resultados del estudio se publicarían solamente manteniendo en confidencialidad la identidad de la persona.

También es necesario tomar en cuenta el nivel de comprensión del personal de enfermería en la aplicación del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), porque se encontró dificultad para su comprensión a la hora de contestarlo. Es necesario que cada persona que se someta a la prueba responda de forma individual para evitar la influencia en las respuestas de otros sujetos

expuestos a la evaluación. Así mismo para aquellas preguntas en las cuales se emplee un lenguaje técnico se sugiere explicar en el mismo instante cualquier tipo de duda que se presente.

Este estudio representa una contribución a la ciencia de la conducta y el comportamiento humano, la psicología, especialmente al tratamiento del síndrome de burnout en el personal de enfermería. Como una forma de contribuir a encontrar herramientas para abordar este síndrome; uno de los objetivos específicos es el diseño de un programa cognitivo conductual de prevención del síndrome Burnout llamado “Me cuido para cuidarte mejor”.

## **CAPÍTULO VII:**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **CONCLUSIONES**

- ✓ El 40% de la población evaluada del personal de enfermería presenta altas puntuaciones en la sintomatología del Síndrome Burnout.
- ✓ Menos de la quinta parte de las personas evaluadas se ubican en el nivel alto de cada síntoma, agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, tomando cada uno de los síntomas por separado.
- ✓ Se identificó el síntoma con mayor prevalencia en el personal de enfermería, siendo la despersonalización puesto que el 18% de los encuestados se ubica en el nivel alto según la escala aplicada
- ✓ En la edad de 20 a 30 años el 24% manifiesta agotamiento emocional alto, el síntoma de despersonalización afecta en mayor medida a la edad de 51 a 60 años y el 15% de la población en ese rango de edad manifiesta niveles de despersonalización alto, en cuanto a la realización personal afecta en mayor medida a la edad de 20 a 30 años ya que el 17% de la población en ese rango de edad manifiesta niveles de realización personal baja.

- ✓ La falta de tiempo dedicado a sí mismo, los años de antigüedad en la profesión y el tiempo diario invertido en trasladarse desde su domicilio hasta su lugar de trabajo presentan mayor sintomatología. Las personas entre las edades de 20 a 30 años también tienen sintomatología mayor que otros grupos. Las personas que tienen 2 hijos resultaron con mayor realización personal que las que no tienen hijos.

## **RECOMENDACIONES**

### **Al hospital San Juan de Dios de la ciudad de San Miguel:**

- ✓ Coordinar con todos los servicios hospitalarios la realización periódica y continua de programas de prevención del síndrome de burnout ya que proveen de una herramienta valiosa al personal de enfermería para concientización de dicho síndrome.
- ✓ Establecer un día al año dedicado a la prevención del síndrome de burnout, esto permitiría concientizar al personal de enfermería y a los usuarios del hospital sobre los síntomas y efectos del síndrome así mismo fomentar con esto las capacidades necesarias para el buen funcionamiento colectivo y de trabajo en equipo de las enfermeras y los enfermeros de los diferentes servicios.
- ✓ Habilitar espacios recreativos dentro de las instalaciones hospitalarias para contribuir a que dicho síndrome no evolucione a niveles altos en el personal de enfermería.

### **A la jefatura de enfermería del Hospital San Juan de Dios:**

- ✓ Construir un plan estratégico mensual que le facilite a todo el personal de enfermería adherirse a programas psicoeducativos, ya que esto les beneficiaría en todo plano como: el personal, laboral y emocional.

- ✓ La aplicación práctica del programa propuesto facilita el trabajo en equipo y su realización es ajustable a un bajo presupuesto económico, pueden aplicarlo solo profesionales en psicología.

**Al personal de enfermería:**

- ✓ Tomar parte activa en las acciones administrativas que conlleven a la disminución de los síntomas en su práctica diaria de la profesión de enfermería.
- ✓ De manera individual y colectiva practicar los conocimientos obtenidos en el programa psicoterapéutico cognitivo conductual.

**A los futuros investigadores:**

- ✓ Invitarles a realizar y ejecutar programas de tratamiento medibles de manera objetiva.

**Al Ministerio de Trabajo y de Salud.**

- ✓ Crear políticas permanentes de prevención de riesgos psicosociales en los lugares de trabajo para el personal de enfermería del sistema hospitalario nacional.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Bolle, J. L. (1988). Supporting the deliverers of care: strategies to support nurses and prevent burnout. *The Nurses Clinics of North America*, 23 (4), 843-50.

Caballero, M. A. Bermejo, F. Nieto, R. y Caballero, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención primaria*, 27(5), 53-59.

Cáceres Bermejo. G.G (2006) sita a; Edelwich J, Brodsky A. Burnout(1980), "prevalencia del síndrome Burnout en personal sanitario militar". Madrid (2006), (Citado el 8 de febrero de 2011) Disponible en: <http://eprints.ucm.es/8070/1/T29584.pdf>

Capilla Pueyo, R. (2000). El síndrome de burnout o de desgaste profesional. *Jano*, 58 (1334), 56-58.

Centro De Documentación Judicial, Ley General De Prevención De Riesgos En Los Lugares De Trabajo, 2010

Ceslowitz, S. B. (1989). Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 14 (7), 553-58.

Cherniss, C. (1980). *Staff Burnout*. Londres: Sage Publications

Deffenbacher, J. L. (1993). La inoculación de estrés. En: V. Caballo (Ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 626-54). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.

Dobson, K. S. y Franche, R. L. (1993). La práctica de la terapia cognitiva. En: V. Caballo Ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 493-526). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.

Edelwich, J. y Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions*. Nueva York: Human Sciences Press.

Fernández-Garrido, J. (2001). Programas de intervención en el desarrollo de la carrera laboral. En: J. Buendía y F. Ramos (Eds.), *Empleo, estrés y salud* (pp. 161-79). Madrid: Ediciones Pirámide.

Fernández-López, J. A., Siegrist, J., Rödel, A. y Hernández Mejía, R. (2003). El estrés laboral: un Nuevo factor de riesgo. ¿Qué sabemos y qué podemos hacer? *Atención Primaria*, 31 (8), 524-36.

Freudenberger H. (1974) Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*; 30(1): 159-166. (Recuperado el 8 de febrero de 2011) Disponible en: <http://eprints.ucm.es/8070/1/T29584.pdf>

Gil, F., Jarana, L. y León, J. M. (1992). *Habilidades sociales y salud*. Madrid:Eudema.

Gil- Monte, Universidad De Valencia, Departamento De Psicobiología Y Psicología Social, “El Síndrome De Quemarse Por El Trabajo (Síndrome De Burnout) En Profesionales De Enfermería”

Gil-Monte P, Peiró JM (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. Anales de Psicología; Disponible en: <http://eprints.ucm.es/8070/1/T29584.pdf>

Gil-Monte, P. y Peiró, J. (1997): Desgaste psíquico en el trabajo. Edit. Síntesis Psicología. España. (Citado el 01 de febrero de 2011). Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos39/sindrome-burnout/sindrome-burnout2.shtml>.

Guerrero, E. y Vicente, F. (2001). Síndrome de burnout o desgaste profesional y estrés en el profesorado. Servicio de publicaciones de la Universidad de Extremadura (en prensa).

Guthrie, E., Black, D., Bagalkote, H., Shaw, C., Campbell, M. y Creed, F. (1998). Psychological stress and burnout in a medical students: a five year prospective longitudinal study. *J R Soc Med*, 91, 237-43.

Hernández, Fernández y Baptista. (2003). Metodología de la Investigación. (3a ed.). México: Mc Graw-Hill

Disponibile en: <http://eprints.ucm.es/8070/1/T29584.pdf> Villatoro Vázquez (2009) "Análisis de la relación entre la conducta asertiva y el síndrome de Burnout en profesionales de la salud, pág. 20-24.

Lega, L. I. (1993). La terapia racional-emotiva: una conversación con Albert Ellis. En: V. Caballo (Ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 475-92). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.

Leiter, M. P. (1988). Burnout as a function of communication patterns. *Group and Organization Studies*, 13 (1), 111-28.

Leiter, M. P. (1991a). Coping patterns as predictors of burnout: the function of control and escapist coping patterns. *Journal of organizational behaviour*, 9, 297-308.

Lenart, S. B., Bauer, C. G., Brighton, D. D., Johnson, J. J. y Stringer, T. M. (1998). Grief support for nursing staff in the ICU. *Journal nurses Saff Dev*, 14, 293-6.

Lizama Medrano, 2003 Ues, Aplicación De La Psicoterapia Infantil Natural (Gin) En Niños Agresivos, Con Edades Ue Oscilan Entre Seis Y Doce Años, Residentes En La Aldea Infantil S.O.S De La Ciudad De San Miguel En El Año De 2009.

Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychological Press.

Maslach, C., Jackson, S. E. y Leiter, M. P. (1996). *The Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, California: Consulting Psychological Press.

Maslach, C., Schaufeli, W. B. y Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.

Matteson, M. T. e Ivancevich, J. M. (1987). *Controlling Work Stress. Effective human resource and management strategies*. San Francisco: Jossey Bass.

Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación de estrés*. Barcelona: Martínez Roca.

Mesmer, P. J. (2001). Use of humor as a stress coping strategy by paraprofessional youth care workers employed in residential group care facilities. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 62 (1-B), 587.

Mingote Adán, J. C. (1998). Síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional. *Formación Médica Continuada*, 5 (8), 493-508.

Nezu, A. M. y Nezu, C. M. (1993). Entrenamiento en solución de problemas. En V. Caballo (Ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 527-53). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.

O'Brien, G. E. (1998). El estrés laboral como factor determinante de la salud. En: J. Buendía (Ed.). *Estrés laboral y salud* (61-77). Madrid: Biblioteca Nueva.

Orlowsky, J. P. y Gullledge, A. D. (1986). Critical care stress and burnout. *Critical Care Clinics*, 2 (1), 173-81.

Parraga Sanchez J. (2005) Eficacia Del Programa I.R.I.S. Para Reducir El Síndrome De Burnout Y Mejorar Las Disfunciones Emocionales En Profesionales Sanitarios. Tesis Doctoral, Universidad De Extremadura, Badajoz, España.

Peiró, J. M. y Salvador, A. (1993). *Control del estrés laboral*. Madrid: Eudema.

Ramos, F. y Buendía, J. (2001). El síndrome de burnout: concepto, evaluación y tratamiento. En: J. Buendía y F. Ramos (Eds.), *Empleo, estrés y salud* (pp. 33-57). Madrid. Ediciones Pirámide.

Shinn, M. y Morch, H. (1983). A tripartity model of coping with burnout. En B. A. Farber (Ed.), *Stress and burnout in human services professions* (pp. 227-40). New York: Pergamon Press.

Tselebis, A., Moulou, A. y Ilias, I. (2001). Burnout versus depresión and sense of coherence: study of Greek nursing staff. *Nursing and Health Sciences*. 3 (2), 69-71.

Vázquez-Ortiz 2012 Psiconcología Vol. 9 Núm. 1, Intervención Psicoterapéutica Gradual Intensiva Realizada En Un Entorno Natural Para El Tratamiento Del Burnout En Un Equipo De Enfermería Oncológica

Ventura Contreras, 2011, Ues, Prevalencia Y Correlación Entre El Síndrome Burnout Con La Conducta Asertiva En El Personal De Enfermería De Instituciones Hospitalarias Del Departamento De San Miguel, Durante El Año 2011

Vera, M. N. y Vila, J. (1993). Técnicas de relajación. En: V. Caballo (Ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 161-82). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.

Wessler, R. L. y Hankin-Wessler, S. (1993). La terapia de valoración cognitiva. En: V. Caballo (Ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 556-579). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.

Wiersma, W. y Jurs, S. G. (2008). Research methods in education: An introduction (9a Ed.). Belmont, CA, EE. UU: F. E. Peacock.

### **SITIOS WEB CONSULTADOS**

ABC: <http://www.definicionabc.com/salud/enfermeria.php#ixzz3OBBFtPdh>

(consultado el 25 de Noviembre de 2014)

<http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermer%C3%ADa> (consultado el 25 de Noviembre

de 2014)

# **ANEXOS**

### ANEXO 1: TABLA DE RESULTADOS GENERALES

Sujeto N°	Agotamiento Emocional		Despersonalización		Realización Personal.	
1	5	Bajo	0	Bajo	47	Alto
2	28	Alto	0	Bajo	39	Medio
3	11	Bajo	10	Alta	43	Alto
4	32	Alto	7	Medio	27	Baja
5	21	Medio	0	Bajo	43	Alto
6	32	Alto	7	Medio	47	Alto
7	8	Bajo	0	Bajo	47	Alto
8	12	Bajo	0	Bajo	48	Alto
9	31	Alto	5	Bajo	38	Medio
10	3	Bajo	0	Bajo	48	Alto
11	19	Medio	3	Bajo	47	Alto
12	15	Bajo	1	Bajo	33	Medio
13	12	Bajo	0	Bajo	48	Alto
14	18	Bajo	1	Bajo	48	Alto
15	20	Medio	3	Bajo	47	Alto
16	8	Bajo	0	Bajo	37	Medio
17	1	Bajo	6	Bajo	30	Baja
18	11	Bajo	0	Bajo	48	Alto
19	12	Bajo	0	Bajo	48	Alto
20	1	Bajo	0	Bajo	48	Alto
21	6	Bajo	0	Bajo	41	Alto
22	5	Bajo	6	Bajo	48	Alto
23	3	Bajo	0	Bajo	41	Alto
24	23	Medio	2	Bajo	46	Alto
25	5	Bajo	12	Alta	36	Medio
26	17	Bajo	1	Bajo	30	Baja
27	3	Bajo	15	Alta	48	Alto
28	12	Bajo	0	Bajo	41	Alto
29	8	Bajo	0	Bajo	36	Medio
30	20	Medio	0	Bajo	48	Alto
31	27	Alto	1	Bajo	37	Medio
32	17	Bajo	0	Bajo	47	Alto
33	4	Bajo	6	Bajo	48	Alto
34	29	Alto	0	Bajo	42	Alto
35	21	Medio	14	Alta	41	Alto
36	22	Medio	5	Bajo	38	Medio
37	28	Alto	0	Bajo	42	Alto
38	7	Bajo	0	Bajo	4	Baja
39	20	Medio	0	Bajo	36	Medio
40	10	Bajo	1	Bajo	41	Alto
41	26	Medio	7	Medio	47	Alto
42	27	Alto	5	Bajo	37	Medio
43	35	Alto	11	Alta	45	Alto
44	2	Bajo	2	Bajo	2	Baja
45	31	Alto	0	Bajo	40	Alto
46	5	Bajo	0	Bajo	48	Alto
47	19	Medio	0	Bajo	41	Alto
48	28	Alto	0	Bajo	42	Alto
49	17	Medio	0	Bajo	45	Alto
50	22	Medio	15	Alta	39	Medio
51	24	Medio	8	Medio	45	Alto
52	20	Medio	0	Bajo	45	Alto
53	19	Medio	0	Bajo	46	Alto
54	44	Alto	8	Medio	35	Medio
55	15	Bajo	0	Bajo	36	Medio
56	4	Bajo	0	Bajo	14	Baja
57	8	Bajo	6	Bajo	48	Alto
58	12	Bajo	2	Bajo	45	Alto
59	35	Alto	6	Medio	42	Alto
60	32	Alto	6	Medio	34	Medio
61	0	bajo	0	Bajo	30	Baja
62	3	bajo	13	Alta	48	Alto
63	0	bajo	12	Alta	34	Medio
64	3	bajo	3	Bajo	34	Medio
65	1	bajo	0	Bajo	16	Baja
66	12	bajo	12	Alta	42	Alto
67	21	Medio	1	Bajo	36	Medio
68	5	bajo	4	Bajo	11	Baja
69	25	Medio	5	Bajo	29	Baja
70	13	bajo	1	Bajo	29	Baja
71	7	bajo	2	Bajo	43	Alto
72	23	Medio	12	Alta	40	Alto
73	3	bajo	1	Bajo	33	Medio

74	6	bajo	2	Bajo	31	Medio	115	10	bajo	6	Medio	47	Alto
75	10	bajo	0	Bajo	46	Alto	116	9	bajo	0	Bajo	47	Alto
76	3	bajo	11	Alta	36	Medio	117	23	Medio	10	Alta	38	Medio
77	1	bajo	0	Bajo	42	Alto	118	22	Medio	12	Alta	30	Medio
78	10	bajo	11	Alta	48	Alto	119	33	Alto	0	Bajo	44	Alto
79	7	bajo	2	Bajo	43	Alto	120	21	Medio	6	medio	38	Medio
80	13	bajo	2	Bajo	42	Alto	121	24	Medio	6	medio	32	Medio
81	8	bajo	0	Bajo	41	Alto	122	30	Alto	6	medio	36	Medio
82	35	Alto	7	Medio	33	Medio	123	23	Alto	6	medio	46	Alto
83	1	bajo	4	Bajo	31	Medio	124	23	Alto	1	medio	47	Alto
84	41	Alto	6	Medio	41	Alto	125	2	bajo	0	Bajo	48	Alto
85	3	bajo	4	Bajo	29	Baja	126	25	bajo	0	Bajo	37	Alto
86	14	bajo	6	Medio	47	Alto	127	5	bajo	2	Bajo	19	Baja
87	12	bajo	0	Bajo	34	Medio	128	12	bajo	23	Alta	42	Alto
88	6	bajo	1	Bajo	35	Medio	129	13	bajo	6	medio	43	Alto
89	19	Medio	7	Medio	34	Medio	130	25	bajo	8	medio	31	Alto
90	16	bajo	0	Bajo	45	Alto	131	21	bajo	2	Bajo	26	Baja
91	33	Alto	11	Alta	46	Alto	132	18	bajo	10	Alta	32	Medio
92	37	Alto	0	Bajo	43	Alto	133	11	bajo	0	bajo	41	Alto
93	38	Alto	0	Bajo	42	Alto	134	12	bajo	1	Bajo	27	Baja
94	27	Alto	8	Medio	42	Alto	135	41	Alto	4	medio	42	Alto
95	22	Medio	0	Bajo	43	Alto	136	6	bajo	5	bajo	42	Alto
96	13	bajo	11	Alta	37	Medio	137	1	bajo	0	bajo	40	Alto
97	31	Alto	4	Bajo	41	Alto	138	4	bajo	0	bajo	32	Medio
98	48	Alto	22	Alta	37	Medio	139	6	bajo	0	bajo	30	Alto
99	30	Alto	6	Medio	48	Alto	140	18	bajo	12	medio	44	Alto
100	13	bajo	0	Bajo	45	Alto	141	10	bajo	3	bajo	36	Medio
101	21	Medio	0	Bajo	45	Alto	142	26	Medio	5	bajo	47	Alto
102	18	bajo	10	Alta	36	Medio	143	13	bajo	0	bajo	47	Alto
103	40	Alto	3	Bajo	34	Medio	144	10	bajo	1	bajo	48	Alto
104	22	Medio	2	Bajo	29	Baja	145	10	bajo	13	Alta	46	Alto
105	12	bajo	6	Medio	40	Alto	146	0	Bajo	18	Alta	38	Medio
106	20	Medio	4	Bajo	40	Alto	147	6	bajo	6	bajo	46	Alto
107	17	bajo	0	Bajo	48	Alto	148	10	bajo	0	Bajo	36	Medio
108	20	Medio	5	Bajo	48	Alto	149	16	bajo	8	medio	44	Alto
109	20	Medio	0	Bajo	48	Alto	150	17	bajo	1	bajo	47	Alto
110	18	bajo	7	Bajo	43	Alto	151	20	Medio	0	Bajo	39	Medio
111	16	bajo	6	Bajo	43	Alto	152	0	Bajo	0	Bajo	48	Alto
112	19	Medio	11	Alta	30	Baja	153	23	Medio	0	Bajo	48	Alto
113	19	Medio	2	Bajo	8	Baja	154	12	bajo	0	Bajo	48	alto
114	27	Alto	1	Bajo	37	Medio	155	26	Medio	9	medio	43	alto

<b>156</b>	18	bajo	0	Bajo	43	alto
<b>157</b>	17	bajo	0	Bajo	42	alto
<b>158</b>	43	Alto	4	Bajo	41	alto
<b>159</b>	19	bajo	0	Bajo	43	alto
<b>160</b>	7	bajo	6	medio	48	alto
<b>161</b>	12	bajo	0	Bajo	38	medio
<b>162</b>	6	bajo	4	Bajo	40	alto
<b>163</b>	12	bajo	3	Bajo	42	alto
<b>164</b>	33	Alto	9	medio	41	alto
<b>165</b>	22	Medio	0	Bajo	29	Baja
<b>166</b>	11	bajo	0	Bajo	32	Medio
<b>167</b>	7	bajo	4	Bajo	48	Alto
<b>168</b>	6	bajo	1	Bajo	16	Baja
<b>169</b>	36	Medio	13	Bajo	19	Baja
<b>170</b>	19	bajo	0	Bajo	43	Alto
<b>171</b>	8	bajo	0	Bajo	42	Alto
<b>172</b>	20	Medio	1	Bajo	46	Alto
<b>173</b>	19	bajo	2	Bajo	40	Alto
<b>174</b>	15	bajo	7	medio	48	Alto
<b>175</b>	26	Medio	9	Bajo	44	Alto
<b>176</b>	20	Medio	6	Bajo	36	Medio
<b>177</b>	11	bajo	0	Bajo	45	Alto

## ANEXO 2: SOLICITUD DE INVESTIGACION

### HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS COMITE DE ETICA EN INVESTIGACION

#### AUTORIZACION DEL JEFE DE SERVICIO O UNIDAD DONDE SE REALIZARA EL ESTUDIO DE INVESTIGACION

Nombre del Jefe de Servicio o Unidad: Lic. Maria Esperanza de Reyes

Nombre del Servicio o Unidad: Personal Enfermeria

A solicitud del investigador principal: Jose Julian Castillo

Que realizara el estudio de investigación titulado:

Aplicación de un programa Psicoterapéutico Cognitivo Conductual al personal de Enfermería que presenta Síndrome Burnout del Hospital San Juan de Dios durante el año 2014.

#### CERTIFICO:

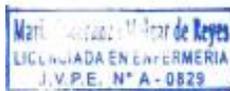
Que el Servicio o Unidad cuenta con los recursos humanos y materiales para llevar a cabo dicho proyecto de investigación.

Que el estudio no interferirá con el desempeño normal de la actividad asistencial o de otros estudios en desarrollo.

Que tras evaluar los procedimientos necesarios para la realización de este proyecto de investigación se han considerado que las instalaciones son adecuadas.

Lugar: San Miguel

fecha: Lunes 3 de Febrero de 2014



Firma y sello del Jefe de Servicio o Unidad

### ANEXO 3: MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

#### MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:  
 0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O M  
 ENOS. 3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA.  
 5= POCAS VECES A LA SEMANA. 6= TODOS LOS DÍAS.

1 Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
2 Cuando termino mi jornada de trabajo me siento cansado.	0	1	2	3	4	5	6
3 Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.	0	1	2	3	4	5	6
4 Comprendo fácilmente como se sienten los usuarios.	0	1	2	3	4	5	6
5 Siento que estoy tratando a algunos usuarios como si fueran objetos impersonales.	0	1	2	3	4	5	6
6 Trabajar todo el día con la gente me cansa	0	1	2	3	4	5	6
7 Trato con mucha eficacia los problemas de mis usuarios.	0	1	2	3	4	5	6
8 Siento que mi trabajo me está desgastando.	0	1	2	3	4	5	6
9 Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
10 Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.	0	1	2	3	4	5	6
11 Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
12 Me siento con mucha energía en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
13 Me siento frustrado en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
14 Creo que estoy trabajando demasiado.	0	1	2	3	4	5	6
15 Realmente no me importa lo que les ocurra a los usuarios.	0	1	2	3	4	5	6
16 Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	0	1	2	3	4	5	6
17 Puedo crear con facilidad un clima agradable con los usuarios	0	1	2	3	4	5	6
18 Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con los usuarios.	0	1	2	3	4	5	6
19 He conseguido muchas cosas útiles con mi profesión.	0	1	2	3	4	5	6
20 Me siento acabado/a.	0	1	2	3	4	5	6
21 Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.	0	1	2	3	4	5	6
22 Siento que los usuarios me culpan de algunos de sus problemas	0	1	2	3	4	5	6

## ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES  
SECCION DE PSICOLOGÍA

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Nombre del proyecto de investigación:** Aplicación de un programa Psicoterapéutico Cognitivo Conductual al personal de Enfermería que presenta Síndrome Burnout del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel durante los meses Marzo-Julio del año 2014.

**Objetivo:** Investigar la efectividad de un programa de prevención del síndrome Burnout aplicado al personal de enfermería del Hospital Nacional San Juan de Dios de la Ciudad de San Miguel durante el año 2014.

**¿QUE ES EL SINDROME DE BURNOUT?** Cristina Maslach y Susan E. Jackson en (1981) definieron el burnout como “un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”.

**Los procedimientos del estudio:** Evaluación por medio del MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI), tabulación de datos, aplicación de programa psicoterapéutico y evaluación de salida

**Beneficios esperados:** La elaboración de la guía del Programa Psicoterapéutico de Prevención del Síndrome de Burnout para personal de enfermería

-La participación de la persona en el estudio es voluntaria, podrá discutir su participación con los demás miembros de su familia o amigos antes de tomar la decisión y puede rehusarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin penalización o pérdida de los beneficios a que tiene derecho en la institución.

-Los registros que identifican a la persona se mantendrán en forma confidencial y por lo tanto no se harán del conocimiento público. Si los resultados del estudio se publican, la identidad de la persona se mantendrá confidencial.

-Las personas a contactar para mayor información referente al estudio y a la vez miembros del equipo de investigación son:

Rene Ismael Sánchez Guzmán cel: 7681-0593

José Julián Castillo cel: 7541-7915

Julio Cesar Ramírez Hernández cel: 7549-7019

-La duración esperada de la participación de la persona en el estudio es 7 sesiones de 1 hora y treinta minutos; desde la tercer semana de Abril hasta la primer semana de Junio de 2014. El horario en el cual se realizaran las intervenciones terapéuticas grupales se realizaran tentativamente los días jueves de 4 a 5.30 pm. y las individuales serán los viernes de 4 a 5.30 pm.

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

Firma: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## ANEXO 5: FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

#### DATOS GENERALES:

Nº: \_\_\_\_\_

Edad	Sexo	Nº de hijos	Estado Civil
___ 20 a 30 años	___ Masculino	___ Ninguno	___ Soltero/a
___ 31 a 40 años	___ Femenino	___ 1 hijo/a	___ Casado/a o pareja estable
___ 41 a 50 años		___ 2 hijos/as	___ Divorciado/a o separado/a
___ 51 a 60 años		___ 3 hijos/as	___ Viudo/a
___ 60 o mas		___ 4 hijos/as	
		___ 5 o mas	

#### Nivel Educativo Alcanzado:

\_\_\_ Bachillerato                      \_\_\_ Técnico                      \_\_\_ Tecnólogo .  
\_\_\_ Licenciatura                      \_\_\_ Maestría                      \_\_\_ Auxiliar

#### Lugar de procedencia:

Rural \_\_\_ urbano \_\_\_

#### Tiempo que se tarda en llegar de su casa a su lugar de trabajo:

\_\_\_ 30 min      \_\_\_ 1 hora      \_\_\_ 1 hora 30 min      \_\_\_ 2 horas o  
mas

#### DATOS PROFESIONALES:

Años de antigüedad en la profesión: \_\_\_\_\_

Años de antigüedad en el Hospital: \_\_\_\_\_

Especialidad / Servicio: \_\_\_\_\_

Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_

Relación con los pacientes: \_\_\_\_\_

Nº de usuarios que atiende diariamente en su centro de trabajo:

\_\_\_\_\_

Nº de horas semanales que trabaja: \_\_\_\_\_

Nº de horas que se dedica a si misma/o: \_\_\_\_\_

## ANEXO 6: CARTA DE AUTORIZACION DEL COMITÉ DE ETICA DEL HOSPITAL.

### HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS COMITE DE ETICA EN INVESTIGACION

#### RESOLUCION DE EVALUACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION CLINICA

Nombre del patrocinador: Facultad Multidisciplinaria Oriental, UES

Representante del patrocinador: Lic. Nahun Vásquez Navarro

Nombre del investigador principal: José Julián Castillo

Título del proyecto de investigación:

Aplicación de un programa Psicoterapeutico Cognitivo Conductual al personal de Enfermería que presenta Síndrome Burnout del Hospital San Juan de Dios durante los meses marzo-julio del año 2014

El Comité de Ética en Investigación del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel en su reunión celebrada el 09 de Mayo de 2014, tras la evaluación de la propuesta de estudio especificado y teniendo en consideración las siguientes cuestiones:

1. Idoneidad del investigador y las instalaciones hospitalarias.
2. Los requisitos necesarios del protocolo en relación con los objetivos del estudio, justificación de los riesgos y molestias previsibles para las personas así como los beneficios esperados para los participantes y el sistema de salud.
3. El procedimiento para obtener el consentimiento informado, la información proporcionada en el mismo, el plan de reclutamiento de las personas y las compensaciones previstas para ellas por los daños que pudieran derivarse de su participación en el estudio.

En consecuencia, este Comité emite un DICTAMEN FAVORABLE para la realización de dicho proyecto de investigación.

San Miguel, 09 de Mayo de 2014

  
Dr. René Mauricio Escolero Portillo  
Secretario

  
Dr. José Ruben Velásquez Paz  
Presidente

  
Lic. Imo Geovani Domínguez E.  
PSICOLOGO  
J. V. P.S.P. 2181  
EL SALVADOR, C.A.

## **ANEXO 7: PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICO COGNITIVO CONDUCTUAL**



# ME CUIDO PARA CUIDARTE MEJOR

PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA PERSONAL  
DE ENFERMERÍA QUE PRESENTA SÍNDROME BURNOUT

AUTORES

JOSE JULIAN CASTILLO  
JULIO CESAR RAMIREZ HERNANDEZ  
RENE ISMAEL SANCHEZ GUZMAN

# ME CUIDO PARA CUIDARTE MEJOR

PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA  
QUE PRESENTA SÍNDROME BURNOUT

---

JOSE JULIAN CASTILLO  
JULIO CESAR RAMIREZ HERNANDEZ  
RENE ISMAEL SANCHEZ GUZMAN

CON ASESORIA DE NAHUN VASQUEZ NAVARRO

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL, DEPARTAMENTO  
DE CIENCIAS Y HUMANIDADES, SECCION DE PSICOLOGIA 2014.



# “ME CUIDO PARA CUIDARTE MEJOR”

PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICO  
COGNITIVO CONDUCTUAL PARA  
PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE PRESENTA SÍNDROME BURNOUT

## CONTENIDO

INTRODUCCION.....	4
OBJETIVOS.....	5
¿QUE ES EL SINDROME DE BOURNOUT? .....	7
AGOTAMIENTO EMOCIONAL.....	8
DESPERSONALIZACIÓN.....	8
FALTA DE REALIZACIÓN PERSONAL.....	8
RIESGOS PSICOSOCIALES Y LUGARES DE TRABAJO.....	9
PSICOTERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL.....	9
DESCRIPCION DEL PROGRAMA.....	10
METODOLOGIA, TECNICAS Y DESARROLLO DE SESIONES.....	11
CONSIDERACIONES FINALES.....	46
BIBLIOGRAFIA.....	47
ANEXOS.....	48

## INTRODUCCION

El síndrome de Burnout es uno de los fenómenos más comunes que se están presentando en los nosocomios de salud del país y que está cobrando una cuota muy alta especialmente al personal de enfermería que lidia día con día este padecimiento ya que por desgracia se ha convertido en un fenómeno común en los escenarios de salud.

Los efectos de dicho síndrome son muy variados ya que afecta de distinta manera al personal de enfermería en casi todas las áreas esenciales de la persona: emocional, cognitivo, familiar, social, laboral y porque no decirlo, espiritual.

Son muchos los factores y las variables que inciden directamente a que este síndrome se manifieste en la conducta del personal de enfermería entre ellas se destacan: la sobresaturación de trabajo, la poca información sobre técnicas prácticas que alivien la tensión emocional generada por la naturaleza de la profesión de enfermería y el sistema sociopolítico imperante en El Salvador. Sobre el último solo se menciona más sin embargo no se profundiza en ello ya que como investigadores psicoterapeutas decidimos enfocarnos más en los síntomas principales del Síndrome de Burnout entre los cuales se destacan: La despersonalización, el agotamiento emocional y la falta de realización personal; mas sin embargo no descartaremos la idea de tratar en un futuro no muy lejano dicha temática desde el enfoque de la salud mental y el bienestar emocional

Existen muchos estudios realizados en torno a esta temática tan trillada para algunas personas que trabajan en el rubro de enfermería pero tan desconocido para otros incluso para algunos profesionales de la salud mental.

Este programa el cual fue bautizado con el nombre de: "ME CUIDO PARA CUIDARTE MEJOR" nació con una loable idea la cual es darle soluciones prácticas a las personas con una de las profesiones más nobles que existen: LA ENFERMERIA.

## OBJETIVO GENERAL

- ψ Auxiliar al personal de enfermería brindándoles herramientas prácticas, sencillas y aplicables en cualquier escenario

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ψ Conocer los síntomas principales del síndrome de Burnout
- ψ Brindar técnicas para el abordaje eficiente de los síntomas del síndrome
- ψ Ofrecer estrategias dirigidas a la prevención y control de estrés.
- ψ Dar estrategias encaminadas a motivar el desarrollo personal
- ψ Erradicar las cogniciones distorsionadas

**PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICO  
COGNITIVO CONDUCTUAL PARA  
PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE  
PRESENTA SÍNDROME BURNOUT**

## ¿QUE ES EL SINDROME DE BOURNOUT?

Cristina Maslach y Susan E. Jackson en (1981) definieron el burnout como “un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”.

El mundo laboral ha experimentado una transformación importante en las últimas décadas en nuestro contexto sociocultural ya que con la socialización continua que se posee sobre los distintos fenómenos que acontecen en los lugares de trabajo existe un mayor sistema de comunicación que facilita tener conocimientos de los riesgos que hay en cada profesión y en cada lugar de trabajo es así como hace su aparición el síndrome de Burnout

El término burnout es utilizado por la sociedad británica como un concepto popular dentro de la jerga de los deportistas que describía una situación en la que, en contra de las expectativas de la persona, ésta no lograba obtener los resultados esperados por más que se hubiera preparado y esforzado para conseguirlos. En castellano, su traducción literal significa “estar quemado”, “síndrome del quemado profesional”. (Piero mencionado por Ventura Contreras, 2011). Fue utilizado por primera vez por Freudemberger (1974), en su descripción del agotamiento que sufrían los trabajadores de servicios sociales. Sin embargo, fué Maslach (1976), quien dio a conocer esta palabra de forma pública en el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos.

Definido como “debilitamiento, agotamiento o comienzo de extenuación por excesivas demandas sobre la energía, la fuerza o los recursos” (Freudenberger, 1974). Este autor constató en su experiencia de director en una clínica como sus trabajadores al cabo de un tiempo llegaban al agotamiento y como causa de esto analizó que posteriormente se daban las siguientes situaciones: excesivas demandas y expectativas no realistas creadas por uno mismo y/o por la sociedad, se generaban síntomas de irritabilidad, cinismo y depresión de los trabajadores hacia las personas con las que trabajaban.

El síndrome de burnout ha sido estudiado por muchos investigadores que plantean diversas definiciones y elementos de este síndrome a través de la historia. (McGrath citado por Cáceres Bermejo, 2006), en una de las definiciones más clásicas del término: “El estrés es un desequilibrio sustancial percibido entre la demanda y la capacidad de respuesta del individuo bajo condiciones en las que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias percibidas.”

Según Freudemberger, las personas más dedicadas y comprometidas con el trabajo son las más propensas a padecer el burnout, especialmente las que trabajan en profesiones humanitarias y de ayuda a otras personas, de tal forma que estas personas “sentirían una

presión desde dentro para trabajar y ayudar, a veces de forma excesiva y poco realista, además de una presión desde el exterior para dar". Otra condición para que ocurra este síndrome es el aburrimiento, la rutina y la monotonía en el trabajo, que aparecerían una vez perdido el entusiasmo inicial por el mismo, generalmente, después de un año del comienzo del trabajo.

Sin embargo, fué Cristina Maslach (1976), psicóloga social quien estudió las respuestas emocionales de los empleados de profesiones humanitarias o de ayuda a personas. También utilizó el mismo término que utilizaban de forma coloquial los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo. Maslach decidió emplear esta misma expresión por su gran aceptación social: los afectados se sentían fácilmente identificados con este término descriptivo. Fue Cherniss en (1980) el primero en proponer que se trata de un desarrollo continuo y fluctuante en el tiempo: es un proceso en el que las actitudes y las conductas de los profesionales cambian de forma negativa en respuesta al estrés laboral.

## AGOTAMIENTO EMOCIONAL

Se define como cansancio y fatiga que puede manifestarse física, psíquicamente o como una combinación de ambos.

## DESPERSONALIZACION

Se entiende como el desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente a los beneficiarios del propio trabajo. Se acompaña de un incremento en la irritabilidad y una pérdida de motivación hacia el mismo.

## FALTA DE REALIZACION PERSONAL

Es la tendencia a valorar el trabajo en forma negativa con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal.

## RIESGO PSICOSOCIAL Y LUGARES TRABAJO

La “ley General de prevención de riesgo en los lugares de trabajo” presentada por el ministerio de trabajo en el 2013, en el artículo 277 sección VI abona al termino de riesgo psicosocial y lo define como: Aquellos aspectos de la concepción, organización y gestión del trabajo así como de su contexto social y ambiental que tienen la potencialidad de causar daños, sociales o psicológicos en los trabajadores. Así mismo en el artículo 8 en su numeral 5 de dicha ley insita a: Entrenamiento de manera teórica y práctica, en forma inductora y permanente a los trabajadores y trabajadoras sobre sus competencias, técnicas y riesgos específicos de su puesto de trabajo, así como sobre los riesgos ocupacionales generales de la empresa, que le puedan afectar.

## PSICOTERAPIA COGNITIA CONDUCTUAL

### **Técnicas cognitivas**

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

### **Técnicas conductuales**

El fin de estas técnicas es conseguir que la persona domine un conjunto de habilidades y competencias que le faciliten el afrontamiento de los problemas laborales. Entre ellas se encuentran el entrenamiento asertivo, el entrenamiento en habilidades sociales, las técnicas de solución de problemas y las técnicas de autocontrol (Guerrero y Vicente, 2001).

Otros autores han destacado como medida general para prevenir el burnout el evitar una excesiva ingerencia en el trabajo y con los usuarios hacia los que se dirigen sus servicios. En esta línea, se ha recomendado tomar pequeños descansos durante el trabajo, aumentar las actividades reforzantes y buscar opciones de carácter positivo, como disfrutar de las actividades preferidas en los ratos de ocio. También se ha señalado que algunos recursos como el dinero, el tener acceso a la información, a los servicios sociales y a los programas de entrenamiento, van a facilitar el manejo y la resolución de una situación laboral estresante.

## DESCRIPCION DEL PROGRAMA

El programa psicoterapéutico cognitivo conductual para personal de enfermería que presenta síndrome burnout es un programa creado para la prevención y tratamiento del mismo, para realizarse de forma grupal con un máximo de 30 participantes; así mismo se necesitara un mínimo de dos terapeutas para la realización de las actividades.

El espacio físico en el cual se realizara el programa deberá tener las siguientes características:

1. Se deberá aplicar en un espacio lejano al lugar de trabajo donde regularmente laboran los y las participantes.
2. Clima agradable
3. Las sesiones deberán en la medida de lo posible realizarse en un 5% de manera teórica y un 95% de manera práctica.

### ***FASE 1: APLICACIÓN DE LA ESCALA MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)***

El Maslach Burnout Inventory (MBI) es un instrumento en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo.

### ***FASE 2: APLICACIÓN DEL PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL.***

Luego de la selección de los participantes se pasa a aplicar el programa psicoterapéutico cognitivo conductual, el cual consta de 7 sesiones que a su vez están subdivididas en:

- DURACION
- ACTIVIDADES
- OBJETIVOS
- METODOLOGIA
- RECURSOS
- CARTA DIDACTICA

Dichas sesiones deben aplicarse en jornadas individuales. Cada actividad está orientada a reducir los síntomas del síndrome Burnout en el personal de enfermería.

### ***FASE 3: RE-APLICACIÓN DE LA ESCALA MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)***

En dicha etapa se aplicara nuevamente la escala de "Maslach Burnout Inventory" (MBI) para medir de esta manera la eficacia del programa psicoterapéutico cognitivo conductual.

# METODOLOGIA Y TECNICAS

## DESARROLLO DE SESIONES





## SESION # 1

### ESTRATEGIAS DIRIGIDAS A LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ESTRÉS.

 **DURACION: 1 Hora 30 min**

 **ACTIVIDADES:**

✓ Saludo y Presentación.
✓ Encuadre.
✓ Estrés y Síndrome de Burnout
✓ Afrontamiento del estrés
✓ Despedida e indicaciones finales.

 **OBJETIVOS:**

- ✓ Generar en los asistentes la actitud de disponibilidad y rapport para lograr confianza y comodidad.
- ✓ Abordar los temas de Estrés y Síndrome de Burnout de una manera proactiva, innovadora y entretenida
- ✓ Dejar en los asistentes una sensación de inquietud hacia el programa y de empatía hacia su situación.

 **METODOLOGIA:**

Inicialmente se exponen los nombres de los orientadores de la sesión, luego de explican las indicaciones para la presentación de los asistentes

Se describen los tipos de actitudes y conductas pertinentes para desarrollar la actividad con normalidad y cohesión, evitando una actitud autoritaria que pueda generar desconfianza en los asistentes

Se explicara el eslogan:

- ✓ Cuidarme Es Cuidar A Los Demás.
- ✓ Sonríe, Vive Y Disfruta Sin Burnout.

Viviendo Emociones, Compartiendo Experiencia.

- ✦ Introducción al Burnout Síndrome de Burnout: antecedentes históricos, definición y rasgos esenciales, proceso secuencial, incidencia, estímulos antecedentes y consecuencias.
- ✦ Lluvia de ideas: "Siento estrés cuando..." Siguiendo con el pasa-pelota cada sujeto comenta las situaciones que le provocan mayores niveles de estrés. Se pretende conocer los estresores más importantes de los sujetos participantes, así como que sigan involucrándose en la participación y en la generación de confianza hacia el grupo. Por otra parte comienzan a reconocerse las similitudes en la mayor parte de los estresores para los distintos sujetos.
- ✦ Estrategias de afrontamiento al estrés. Estrategias de afrontamiento al estrés: actitud psicológica mediante la tendencia de orientación optimista ante el estrés (compromiso, desafío y control), equilibrio emocional, ser realista con uno mismo, mantener una vida sana (ejercicio físico, descanso apropiado, alimentación adecuada, promover el cambio de ambiente, etc.), introducción a las técnicas de relajación, situación afectiva estable, planificar el tiempo, organizar el trabajo así como el resto de la actividad y sonreír.
- ✦ Estrategias de afrontamiento al síndrome de burnout. Estrategias de afrontamiento al síndrome de burnout: a) controlar el potencial estresante de la situación a través de la reducción de las demandas del medio, aumentando los recursos personales y realizando ajustes entre demandas y recursos; b) modificar los procesos de apreciación de la situación favoreciendo las relaciones interpersonales y el apoyo social, y aumentando el control que los individuos creen tener sobre la situación estresante; y c) reducir o contrarrestar el impacto negativo del estrés a nivel individual.
- ✦ Relajación progresiva de Jacobson. Es un método de carácter fisiológico, está orientado hacia el reposo, siendo especialmente útil en los trastornos del sueño por la facilidad con que induce un reposo muscular intenso a través del cual sucede de forma espontánea la inmersión en el sueño.
- ✦ Despedida: Se les anima a que asistan a la siguiente sesión sin dejar de agradecerles por la asistencia y la participación.



## RECURSOS:

- Lápices.
- Proyector
- Hojas de papel bond.
- Listas de asistencia
- Pizarra acrílica.
- Papelógrafo.

## CARTA DIDACTICA- SESION # 1

TIEMPO	Actividad	Objetivo	Metodología
5 minutos	Saludo y Presentación.	Generar en los asistentes la actitud de disponibilidad y rapport para lograr confianza y comodidad.	Inicialmente se exponen los nombres de los orientadores de la sesión, luego de explican las indicaciones para la presentación de los asistentes
5 minutos	Encuadre.	Establecer los parámetros conductuales necesarios para el desarrollo de la sesión	Se describen los tipos de actitudes y conductas pertinentes para desarrollar la actividad con normalidad y cohesión, evitando una actitud autoritaria que pueda generar desconfianza en los asistentes  Se explicara el eslogan: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cuidarme Es Cuidar A Los Demás.</li> <li>✓ Sonríe, Vive Y Disfruta Sin Burnout.</li> <li>✓ Viviendo Emociones, Compartiendo Experiencia.</li> </ul>
30 minutos	Estrés y Síndrome de Burnout	Abordar los temas de Estrés y Síndrome de Burnout de una manera practica, innovadora y entretenida	<ul style="list-style-type: none"> <li>· El estrés: definición, tipos, características consecuencias.</li> <li>· Introducción al Burnout</li> <li>· Lluvia de ideas: "Siento estrés cuando..."</li> </ul>
35 minutos	Afrontamiento del estrés	Dejar en los asistentes una sensación de inquietud hacia el programa y de empatía hacia su situación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Estrategias de afrontamiento al estrés.</li> <li>· Estrategias de afrontamiento al síndrome de burnout.</li> <li>· Relajación progresiva de Jacobson.</li> </ul>
15 minutos	Despedida e indicaciones finales.		Se les anima a que asistan a la siguiente sesión sin dejar de agradecerles por la asistencia y la participación.



## ESTRATEGIAS DIRIGIDAS PARA LA MOTIVACIÓN HACIA DESARROLLO PERSONAL.

 **DURACION: 1 hora 20 minutos**

 **ACTIVIDADES:**

Saludo y Presentación.
Actitudes en la relación de ayuda.
Actitudes en la autoayuda y para el cambio.
Motivación
Despedida e indicaciones finales.

 **OBJETIVOS:**

- ✦ **Motivar Actitudes positivas en la relación de ayuda**
- ✦ **Originar actitudes en la autoayuda y para el cambio**

 **METODOLOGIA:**

- ✦ Inicialmente se exponen los nombres de los orientadores de la sesión, luego de explicar las indicaciones para la presentación de los asistentes
- ✦ Actitud en la relación Actitudes: actitud en la relación de ayuda, pautas en la labor de asesoramiento, actitud en la interrelación y en la autoayuda, factores que influyen en la actitud (patrones de conducta positivos, patrones de conducta negativos, inteligencia adaptativa), actitudes básicas de los profesionales sanitarios –una visión humanista-, competencia emocional (competencia personal y social) y actitudes necesarias para afrontar los cambios.
- ✦ Actitudes básicas de los profesionales sanitarios.
- ✦ Relajación rápida.

- ✦ **Dinámica de confianza.** Se realiza un ejercicio por parejas. Uno de los componentes de la pareja se vendará los ojos y se dejará guiar previo control/concentración de la respiración, por el otro, quien le conducirá por entre las sillas, le subirá a las mesas, etc. No podrán hablar entre ellos.
- ✦ **Competencia emocional.** Posteriormente se intercambiarán los papeles. Se trata de conseguir que al cabo de unos minutos el que lleve los ojos vendados sea capaz de sentirse relajado y con un nivel alto de confianza en su compañero, a pesar de los obstáculos que encuentre. Al finalizar, se hace una puesta en común en la que se les pregunta ¿Qué han sentido?, ¿Dónde creen que reside la confianza?
- ✦ **Definición, Origen y factores.**
- ✦ **“Regálame una sonrisa” Dinámicas para sonreír:**
  - “Globos”: Cada participante inflará un globo, lo atará y se lo fijará al tobillo. Posteriormente deberán hacer explotar el globo del resto de los compañeros, pisándolos, recorriendo toda la sala. “Ganará” el último al que le estalle el globo.
  - Se exponen presentaciones que provoquen el humor (frases, videos, curiosidades, etc.).
  - Cada participante deberá contar un chiste o realizar algo gracioso.
- ✦ **Motivación:** Introducción y conceptos, origen, motivación intrínseca y extrínseca, disposición motivacional, aplicación de la motivación en los cuidados sanitarios, rendimiento y actividad grupal, motivación y calidad. Y la importancia que tiene una sonrisa como motivador principal. Lluvia de ideas: “Buscando motivadores y desmotivadores”. Los participantes deberán ir anotando en un papel todas aquellas situaciones, personas, hábitos, cosas tangibles, que les provoquen desmotivación o bien que les motiven luego se pondrán en común.
- ✦ **Actitud en la autoayuda y para el cambio:** ¿Qué pueden hacer para confiar en otros y para que otros confíen en ellos? Se detalla la importancia que tiene la confianza en los otros como factor reductor de estrés, se observa que la ayuda a los demás no perjudica y se favorece el que exista un sentimiento de bienestar en la relación interpersonal.
- ✦ Se les anima a que asistan a la siguiente sesión sin dejar de agradecerles por la asistencia y la participación



## RECURSOS:

- Lápices.
- Proyector
- laptops
- Hojas de papel bond.
- Sacapuntas.
- Borradores.
- Espacio físico amplio.
- Sillas.
- Mesas.
- Formularios de la institución
- Listas de asistencia
- Pizarra acrílica.
- Papelógrafo.

## CARTA DIDACTICA- SESION # 2

<b>TIEMPO</b>	<b>Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Metodología</b>
5 minutos	Saludo y Presentación.	Generar en los asistentes la actitud de disponibilidad y rapport para lograr confianza y comodidad.	Inicialmente se exponen los nombres de los orientadores de la sesión, luego de explicar las indicaciones para la presentación de los asistentes
5 minutos	Actitudes en la relación de ayuda.	Conocer de las actitudes involucradas en el crecimiento personal y en la relación de ayuda.	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Actitud en la relación</li> <li>· Actitudes básicas de los profesionales sanitarios.</li> <li>· Relajación rápida.</li> <li>· Dinámica de confianza.</li> </ul>
30 minutos	Actitudes en la autoayuda y para el cambio.	Desarrollar nuevas actitudes implicadas en la autoayuda.	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Competencia emocional</li> <li>· Actitud en la autoayuda</li> <li>· Actitud para el cambio</li> </ul>
30 minutos	Motivación		<ul style="list-style-type: none"> <li>· Definición, Origen y factores.</li> <li>· “Regálame una sonrisa”</li> </ul> Dinámicas para sonreír.
10 minutos	Despedida e indicaciones finales.	Dejar en los asistentes una sensación de inquietud hacia el programa y de empatía hacia su situación.	Se les anima a que asistan a la siguiente sesión sin dejar de agradecerles por la asistencia y la participación

## SESION # 3



### ESTRATEGIAS DIRIGIDAS A LA MEJORA DE LA COMUNICACIÓN.

 **DURACION: 2 horas 10 minutos**

 **ACTIVIDADES:**

Saludo y Presentación.
Comunicación: generalidades y objetivos.
Comunicación: conducta verbal y no verbal.
Asertividad.
Despedida e indicaciones finales.

 **OBJETIVOS:**

- ✦ Generar en los asistentes la actitud de disponibilidad y rapport para lograr confianza y comodidad.
- ✦ Descubrir los principios básicos en comunicación terapéutica.
- ✦ Hacer del estilo asertivo de comunicación el canal fundamental del comportamiento comunicativo.
- ✦ Dejar en los asistentes una sensación de inquietud hacia el programa y de empatía hacia su situación.

 **METODOLOGIA:**

El entrenamiento en comunicación

- ✦ Comunicación: objetivos, reglas de oro en comunicación, facilitadores e inhibidores de la comunicación, supuestos erróneos en comunicación, conductas comunicativas verbales y no verbales y principios de la comunicación terapéutica.
- ✦ Rol-Playing: "Comunicación en crisis emocionales". Se trata de interpretar un contacto comunicativo entre un enfermero y un enfermo (terapeuta) en situación de crisis, tras haberle sido dado un diagnóstico de gravedad. Los participantes observarán las conductas de ambos individuos (enfermero y enfermo) y registrarán la "evaluación del entrenamiento en comunicación" en una hoja diseñada para tal fin.

Se pretende que los sujetos adquirieran la capacidad de observar conductas comunicativas positivas y negativas, sabiendo identificar los resultados de las conductas comunicativas. Esta situación se repetirá en la siguiente sesión tras haber trabajado y desarrollado los contenidos específicos a la comunicación.

### “Evaluación del entrenamiento”

Evaluación: 1. Muy pobre 2. Pobre. 3. Regular. 4. Bueno. 5. Muy bueno

Ensayo nº \_\_\_\_\_

#### COMPONENTES CONDUCTUALES

COMPONENTES NO VERBALES	Puntuación					Observaciones
MIRADA	1	2	3	4	5	
EXPRESIÓN FACIAL	1	2	3	4	5	
GESTOS	1	2	3	4	5	
POSTURA	1	2	3	4	5	
ORIENTACIÓN	1	2	3	4	5	
DISTANCIA CONTACTO FÍSICO	1	2	3	4	5	

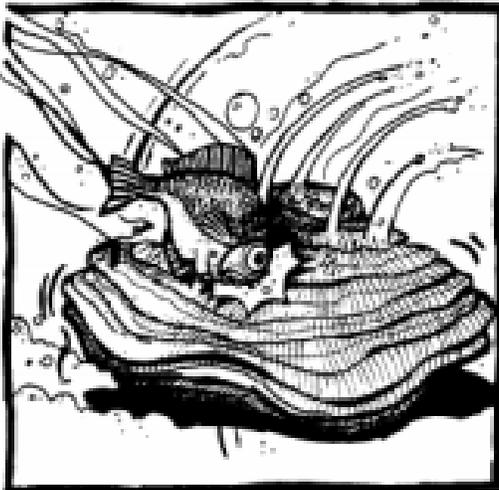
COMPONENTES PARALINGÜÍSTICOS	Puntuación					Observaciones
VOLUMEN	1	2	3	4	5	
ENTONACIÓN	1	2	3	4	5	
FLUIDEZ	1	2	3	4	5	
TIEMPO DE HABLA	1	2	3	4	5	

CONTENIDO	Puntuación					Observaciones
APROPIADO A LA SITUACIÓN	1	2	3	4	5	
REFORZANTE	1	2	3	4	5	

Algo que  
apuntar \_\_\_\_\_

- ✦ “Observando problemas de comunicación”. Se entrega una hoja en la que han de anotar, hasta la siguiente sesión, todos aquellos problemas de comunicación que observen tanto en su trabajo como en su vida diaria, a la vez que anoten de igual modo las alternativas de solución que estimen oportunas para evitar dichos problemas.

## “Observando problemas en comunicación”

Problema		Alternativa de Solución

- ✦ Dinámicas de comunicación:
  - “Me presento a ti, pero sin palabras”. Por parejas intentarán, sin hablar, decirle al otro: la comida favorita, aficiones y como sería su pareja ideal.
- ✦ Se expone en común lo que han creído entender de la comunicación no verbal que han realizado.
  - “Vamos a hablarnos”. Se trata de que por parejas intenten comunicarse pero sin realizar ningún tipo de gestos. Posteriormente se pondrán en común las dificultades que han encontrado al utilizar tan sólo el lenguaje verbal (si es que han podido).
  - “Dedo a la barbilla”. El terapeuta pedirá que pongan el dedo índice a un metro de la cara y que se concentren en dicho dedo, permaneciendo así durante medio minuto.

Posteriormente y de la forma más rápida posible el terapeuta pedirá que le miren a él sin bajar el dedo. En ese momento a la vez que dice “llevo el dedo a la barbilla”, el llevará su dedo (le están mirando todos) a la nariz en lugar de a la barbilla. Seguramente la mayor parte de los sujetos llevarán su dedo hacia el lugar que han visto ir el dedo del terapeuta (nariz) en lugar de a la zona donde han escuchado (barbilla).

Con esto podrán comprender que la conducta no verbal tiene más repercusión que la verbal.

- ✚ “Pintemos una casa, un árbol y un gato”. Por parejas y sin poder hablar, ambos tomarán un mismo bolígrafo con una mano cada uno sobre el bolígrafo e intentarán hacer esos dibujos. En este caso se pondrá en común quien de los dos ha sido más dominante y que tipo de estrategias han utilizado para poder realizar los dibujos.
- ✚ “Reconociendo problemas de comunicación” en el centro sanitario donde trabajen. En esta dinámica cada sujeto expondrá aquellos problemas de comunicación laboral que conoce, ejemplificándolos y aportando mecanismos de mejora.
- ✚ Asertividad: definición, adecuación y distinción del estilo asertivo en relación con el estilo pasivo y/o el estilo agresivo, entrenamiento en asertividad a través de la identificación de los estilos básicos posibles en toda conducta interpersonal, mediante la identificación de las situaciones en las que se desea aumentar la efectividad, describiendo las escenas del problema, escribiendo un guión a seguir (E.S.C.A.L.A.: Expresar, Señalar, Caracterizar, Adaptar, Limitar y Acentuar/Agradecer), desarrollando un lenguaje corporal adecuado y aprendiendo a evitar la manipulación
- ✚ Dinámicas de asertividad:
  - “Te saco una tarjeta”. Se entrega a cada participante tres tarjetas (roja, amarilla y verde) que serán utilizadas a lo largo de las restantes sesiones para tras una discusión o una interpelación intra-sesiones o fuera de las sesiones determinar como ha sido el estilo asertivo de los interlocutores (asertivo -tarjeta verde-, pasivo -tarjeta amarilla- o agresivo -tarjeta roja-).

Se pretende habituar a los sujetos a determinar si las conductas observadas son apropiadas o no, así como hacer ver a las personas a las que les muestran las tarjetas si han utilizado un estilo asertivo adecuado a la situación.

- ✚ Lluvia de ideas: “En qué situaciones te gustaría ser más asertivo”. Se pretende que cada sujeto exprese aquellas situaciones en las que necesita ser más asertivo.



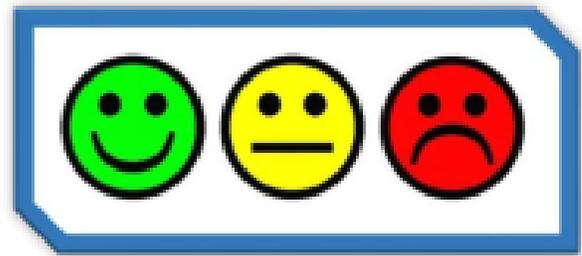
## RECURSOS:

- Lápices.
- Proyector
- laptops
- Hojas de papel bond.
- Sacapuntas.
- Borradores.
- Espacio físico amplio.
- Sillas.
- Mesas.
- Formularios de la institución
- Listas de asistencia
- Pizarra acrílica.
- Papelógrafo.

## CARTA DIDACTICA- SESION # 3

<b>TIEMPO</b>	<b>Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Metodología</b>
5 minutos	Saludo y Presentación.	Generar en los asistentes la actitud de disponibilidad y rapport para lograr confianza y comodidad.	Inicialmente se exponen los nombres de los orientadores de la sesión, luego de explican las indicaciones para la presentación de los asistentes
25 minutos	Comunicación: generalidades y objetivos.	Descubrir los principios básicos en comunicación terapéutica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Objetivos</li> <li>• Reglas de oro</li> </ul>
45 minutos	Comunicación: conducta verbal y no verbal.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conducta verbal.</li> <li>• Conducta no verbal.</li> <li>• El mundo de los gestos.</li> <li>• Errores.</li> <li>• Axiomas.</li> <li>• Manejo usuarios</li> <li>• Comunicación terapéutica</li> <li>• Dinámicas de comunicación</li> <li>• Rol-playing: Igual que anterior, valorar cambios.</li> <li>• Reconocer problemas de comunicación en el hospital ¿Cómo mejorar?</li> </ul>
45 minutos	Asertividad.	Hacer del estilo asertivo de	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definición</li> <li>• Entrenamiento asertivo</li> </ul>

		comunicación el canal fundamental del comportamiento comunicativo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ESCALA</li> <li>• Lenguaje corporal</li> <li>• Estrategias asertivas</li> <li>• Estrategias para bloquear</li> <li>• ¿En qué situaciones te gustaría ser más asertivo?</li> <li>• Casos prácticos con tres tarjetas + lenguaje corporal</li> <li>• Derechos asertivos básicos</li> </ul>
10 minutos	Despedida e indicaciones finales.	Dejar en los asistentes una sensación de inquietud hacia el programa y de empatía hacia su situación.	Se les anima a que asistan a la siguiente sesión sin dejar de agradecerles por la asistencia y la participación



## AUTOCONTROL EMOCIONAL

 **DURACION: 1 hora y 20 minutos**

 **ACTIVIDADES:**

Saludo y Presentación.
SOCIALIZACION
Despedida e indicaciones finales.

 **OBJETIVOS:**

- ✚ Generar en los asistentes la actitud de disponibilidad y rapport para lograr confianza y comodidad.
- ✚ Dar conocimientos sobre el control de uno mismo o autocontrol emocional
- ✚ Dejar en los asistentes una sensación de inquietud hacia el programa y de empatía hacia su situación.

 **METODOLOGIA:**

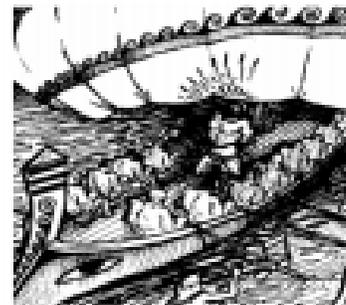
- ✚ Inicialmente se exponen los nombres de los orientadores de la sesión, luego de explican las indicaciones para la presentación de los asistentes
- ✚ Autocontrol: Etapas del autocontrol (autoobservación, autorregistro, autoevaluación y autorrefuerzo), estrategias de autocontrol (detención de pensamiento y triada de autocontrol), prevención de las conductas de preocupación, afrontamiento de la hostilidad, técnicas de autocontrol (control estimular, programación conductual, etc.).
- ✚ Lectura de la “fábula de Ulises y el autocontrol”, editada en Costa y López (1996). Con esta fábula se pretende dar a conocer los procesos de autorregulación y de autocontrol, la importancia de los incentivos y de los autocastigos/autocrítica, así como la necesidad de rediseñar los escenarios de actuación a través de cambios en el entorno.
- ✚ “El autocontrol del surfista”. Se proyecta en la pantalla una imagen de un surfista sobre una ola, indicando que ha de tener mucho “control” para poder realizar tal exhibición. Se pregunta a los sujetos que cuales creen ellos que han sido los pasos

que ha debido realizar para conseguirlo, o que ha necesitado o necesita para seguir haciéndolo. Se realiza un brainstorming (tormenta de ideas), anotando cada una de las ideas en la pizarra y detallando el análogo para el autocontrol emocional.

- ✦ “Situaciones de pérdida de control”. Se entrega una hoja en la que han de registrar aquellas situaciones en las que no hayan podido controlarse, indicando, el día, la hora, ¿qué pasó?, ¿qué hizo?, ¿qué sintió?, ¿qué resultado obtuvo? y si utilizó algún mástil como Ulises en la fábula.

### “Situaciones de pérdida de control”

Día	1	2	3	4...
Hora				
¿Qué pasó?				
¿Qué hice?				
¿Qué sentí?				
¿Qué resultado obtuve?				
¿Utilicé algún mástil? ¿Cual?				



### RECURSOS:

- Lápices.
- Proyector
- laptops
- Hojas de papel bond.
- Sacapuntas.
- Borradores.
- Espacio físico amplio.
- Sillas.
- Mesas.
- Formularios de la institución
- Listas de asistencia
- Pizarra acrílica.
- Papelógrafo.

<b>TIEMPO</b>	<b>Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Metodología</b>
5 minutos	Saludo y Presentación.	Generar en los asistentes la actitud de disponibilidad y rapport para lograr confianza y comodidad.	Inicialmente se exponen los nombres de los orientadores de la sesión, luego de explicar las indicaciones para la presentación de los asistentes
60 minutos	SOCIALIZACION	Dar conocimientos sobre el control de uno mismo o autocontrol emocional	Etapas del autocontrol. Estrategias de autocontrol. Afrontamiento de la hostilidad Técnicas de autocontrol Autorregistro de pérdida de control emocional
15 minutos	Despedida e indicaciones finales.	Dejar en los asistentes una sensación de inquietud hacia el programa y de empatía hacia su situación.	Se les anima a que asistan a la siguiente sesión sin dejar de agradecerles por la asistencia y la participación



## SESION # 5

### ERRADICAR LAS COGNICIONES DISTORSIONADAS

 **DURACION: 2 horas y 20 minutos**

 **ACTIVIDADES:**

Saludo y Presentación.
Autoestima
Reestructuración cognitiva-Terapia Racional Emotiva
Autoinstrucciones-Control del diálogo interno
Despedida e indicaciones finales.

 **OBJETIVOS:**

- ✦ Generar en los asistentes la actitud de disponibilidad y rapport para lograr confianza y comodidad.
- ✦ Potenciar la autoestima como proceso imprescindible para el bienestar emocional.
- ✦ Aprender a evaluar las situaciones de forma realista.
- ✦ Hacer positivo, en lo posible, el diálogo interno.
- ✦ Dejar en los asistentes una sensación de inquietud hacia el programa y de empatía hacia su situación.

 **METODOLOGIA:**

- ✦ Inicialmente se exponen los nombres de los orientadores de la sesión, luego de explican las indicaciones para la presentación de los asistentes Erradicar las cogniciones distorsionadas
- ✦ Autoestima: Definición, limitadores de la autoestima, origen de la baja autoestima, técnicas para la recuperar autoestima (busca dentro de ti, busca fuera de ti, aspira a lo más alto que tú puedas y planifica el presente).
- ✦ Proyección de la presentación “Papá no me pegues”

### **Presentación : “Papá no me pegues...”**

*Papá: Tus golpes no solo hieren mi cuerpo, golpean mi corazón!  
Me hacen duro y rebelde, terco, torpe y agresivo.  
Tus golpes me hacen sentir miserable, pequeño e indigno de ti... mi héroe.  
Tus golpes me llenan de amargura, bloquean mi capacidad de amar,  
acrecientan mis temores, nace y crece en mí el odio.  
Papi, tus golpes me alejan de ti, me enseñan a mentir,  
cortan mi iniciativa y mi creatividad, mi alegría y espontaneidad.  
No me des más golpes.  
Soy débil e indefenso ante tu fuerza; tus golpes enlutan mi camino y sobre todo  
endurecen mi alma.  
La fuerza de tu razón es superior a la fuerza de tus golpes; si no te entiendo hoy.  
¡Pronto lo haré! Si eres justo e insistes, explicámelo.  
Más poderosos que tus golpes, más efectivos y grandiosos  
son tu afecto, tus caricias, tus palabras.  
Papi, tu grandeza no está en el poder de tu fuerza física.  
Tú, mi héroe, eres mucho más cuando no necesitas de ella para guiarme.*

### **“TAN SOLO QUIEREME”**

Se pretende descubrir los orígenes de la baja autoestima. Al mismo tiempo se dan a conocer las “tristes” estadísticas de violencia a niños y violencia de género. Finalizando con una discusión sobre las razones que puedan tener las personas para realizar ciertos actos o para sentirse como se sienten. Concluimos con la aseveración de que quizá podamos llegar a criticar a los otros pero nunca juzgarlos ya que no sabemos que historia personal se oculta detrás de cada persona.

- ✚ “Termómetro de autoestima”. Los participantes deben dar una cifra entre 0 y 100 del porcentaje de autoestima que tienen actualmente, indicando, en lo posible, aquello que les impide no llegar al 100%.
- ✚ Lluvia de ideas: “Rompe tus cadenas”. Tras leer el cuento “El elefante encadenado” incluido en el libro “Recuentos para Demian” de Jorge Bucay, se pregunta a cada participante sobre cuales son las cadenas que les mantienen atrapados, y si pueden hacer algo para soltarse.
- ✚ Dinámica: “Esto me gusta de ti...”. Los participantes, con un folio y un bolígrafo cada uno, se colocan por parejas. Tienen dos minutos para comentar el uno al otro cual es la virtud que resaltarían de su compañero, para posteriormente escribir en su folio lo que se han dicho. Habrá cambios de pareja hasta el momento en que cada uno tenga en su folio escrito todas las virtudes que sus compañeros le han expresado. Para finalizar, cada participante lee en alto lo que le han dicho los demás.

- ✦ “Me siento satisfecho de ser...”. Cada participante deberá salir al centro del grupo y deberá decir en alto aquello de lo que se siente más satisfecho u orgulloso (en cuanto a característica de personalidad o rasgo de comportamiento).
- ✦ Reestructuración cognitiva: Modelo A-B-C de la Terapia Racional Emotiva (Ellis, 1977), distorsión cognitiva, pensamientos automáticos, ideas irracionales, palabras claves, modificación y control del diálogo interno, terapia racional emotiva y el entrenamiento en autoinstrucciones (Meichenbaum, 1975).
- ✦ Escribir un diario: “Con cariño te cuento mi vida...”. A todos los participantes se les pide que en casa y hasta la siguiente sesión escriban aquello que deseen, en formato de diario y orientado sobre todo a exponer todo lo positivo que realicen o aquello que les ha producido especial satisfacción, de forma particular o porque alguien les ha felicitado. Esta dinámica pretende seguir buscando lo positivo de cada persona, orientado hacia la autoobservación positiva y hacia la expresión positiva de pensamientos, actitudes, ideas, etc. Se busca potenciar la autoestima, interiorizar pensamientos positivos, y ofrecer experiencias de contacto y de apertura de lo bueno de cada uno.
- ✦ Dinámica de Ellis. Se pide a los participantes que cierren los ojos y se concentren en la respiración. Tras unos 2 a 3 minutos, se les pide que piensen en algún secreto oculto, en algo que sólo conocen ellos y nadie más... Antes de abrir los ojos se les comenta que después de abrirlos, uno de ellos, deberá contar al resto que era lo que estaba pensando... Se les pide que abran los ojos y sin decir palabra se les va mirando lentamente uno por uno. Posteriormente se les dice que nadie va a contar nada, pero sí han de contar que han sentido cuando se les comentó a que iban a hacerlo. Se pretende con esta dinámica dar a conocer de forma gráfica la importancia que tienen los pensamientos en los sentimientos de las personas.
- ✦ “Buscando distorsiones cognitivas en forma de palabras clave”. Se entrega una hoja en la que figura una lista de palabras claves de uso común en distorsiones cognitivas. Se pretende que identifique cada participante si dichas palabras claves son empleadas en ocasiones para expresarse o como diálogo interiorizado.

En la siguiente sesión se especificarán cada una de las palabras claves empleadas, se identificarán con su distorsión cognitiva emparejada y se finalizará con las alternativas a emplear para desterrar este tipo de pensamiento y/o discurso cognitivo erróneo.

## “Buscando distorsiones cognitivas en forma de palabras clave”

<u>PALABRAS CLAVES</u>	<u>SI</u> A veces digo, o pienso...	<u>NO</u> No, ni digo ni pienso...
No soporto que... No aguanto que... Esto es Insoportable		
Bueno frente a malo. Útil frente a inútil Correcto/Incorrecto		
Todo. Nadie. Nunca. Siempre. Todos. Ninguno...		
“Eso lo dice por...” “Eso se debe a”		
“Y si sucede tal cosa”		
“Eso lo dice por mí” “Yo soy más... menos..		
“No puedo hacer nada por..” “Yo soy responsable de todo...”		
“No hay derecho a” “Es injusto que...”		
“Si tal cosa cambiara entonces yo podría...”		
“Soy un...” “Es un...” “Son unos...”		
“Por mi culpa” “Por su culpa” “Es culpa de”		
Debo de, no debo de, tengo que, debe de...		
“Llevo la razón” “Sé que estoy en lo cierto”		
“El día de mañana esto cambiará” “El día de mañana tendré mi recompensa		
“Si me siento así entonces es cierto que...”		

Se pretende trabajar el papel que adopta cada uno en los momentos difíciles, como dejarse ir, verse arrastrado por otros, ayudar a los que lo necesitan, buscar alternativas, tener esperanza, luchar hasta el final, etc.

- ✦ “Rechazo de ideas irracionales”. Se explican los pasos a seguir para rechazar las ideas irracionales y posteriormente se les entrega una hoja donde han de desarrollar de manera práctica la sustitución de un lenguaje interior distorsionado por otro más adecuado a la situación. En la siguiente sesión se hará una puesta en común.

## “Rechazo de ideas irracionales”

- A. Escriba cómo fue la realidad.
- B. Escriba su lenguaje interior.
- C. Concéntrese en su respuesta emocional.
- D. Discuta y varíe el lenguaje interior.
  - a. Elija la idea irracional que desea discutir.
  - b. ¿Existe algún soporte racional de esa idea?
  - c. ¿De qué evidencias disponemos de la falsedad de esta idea?
  - d. ¿Existe alguna evidencia de la certeza de esta idea?
    - e. ¿Qué es lo peor que puede ocurrirme?
    - f. ¿Qué cosas buenas podrían ocurrirme?
  - E. Sustituya el lenguaje interior por otro.

- ✦ “Autoinstrucciones positivas”. Se entrega una hoja en la que parecen una relación de frases positivas. Los participantes deben subrayar tres de ellas, las que más se aproximen a su forma de ser o de pensar.

## “Autoinstrucciones positivas”

- ¡Lo puedo conseguir!
- ¡Me voy a preparar para las tareas concretas!
- ¡Puedo hacerlo y lo haré!
- ¡Buscaré información para mejorar mi conocimiento de la situación!
- ¡Tampoco es para tanto!
- ¡Tengo que centrarme en el problema que quiero resolver!
- ¡He conseguido cosas más complejas!
- ¡Este esfuerzo yo lo puedo hacer!
- ¡Deja de darle vueltas y afronta el problema!
- ¡Me siento tenso es natural!
- ¡Puedo realizar un plan para abordar esto!
- ¡Voy a ir paso a paso hasta conseguir mi propósito!
- ¡No saques conclusiones precipitadas!
- ¡Voy a estar atento a mis pensamientos negativos!
- ¡Me voy a concentrar en los pasos a dar!
- ¡Después me sentiré mejor!
- ¡Me lo he propuesto y lo voy a conseguir!
- ¡No tengas pereza. Atrévete!
- ¡Voy a valorar las posibilidades!
- ¡Voy a probar. Puede ser interesante!
- ¡El no tengo. A por el sí voy!
- ¡Si otros pueden también puedo yo!



*Subraya las tres autoinstrucciones que te resulten más adecuadas a tu forma de ser y pensar. Si quieres, puedes añadir otras que tú compongas, siempre en referencia a valores positivos, y repítelas cada vez que vayas a hacer algo que estimes difícil o estresante. Sustituye tu pensamiento derrotista por uno... esperanzador y positivo.*



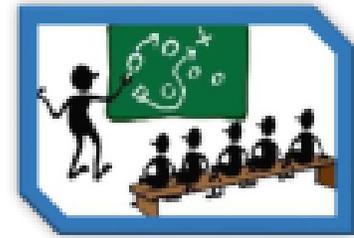
## RECURSOS:

- Lápices.
- Proyector
- laptops
- Hojas de papel bond.
- Sacapuntas.
- Borradores.
- Espacio físico amplio.
- Sillas.
- Mesas.
- Formularios de la institución
- Listas de asistencia
- Pizarra acrílica.
- Papelógrafo.

## CARTA DIDACTICA- SESION # 5

<u>TIEMPO</u>	<u>Actividad</u>	<u>Objetivo</u>	<u>Metodología</u>
5 minutos	Saludo y Presentación.	Generar en los asistentes la actitud de disponibilidad y rapport para lograr confianza y comodidad.	Inicialmente se exponen los nombres de los orientadores de la sesión, luego de explicar las indicaciones para la presentación de los asistentes
25 minutos	Autoestima	Potenciar la autoestima como proceso imprescindible para el bienestar emocional.	<ul style="list-style-type: none"><li>- ¿Qué es autoestima?</li><li>- ¿De que depende?</li><li>- "Papa no me pegues"</li><li>- ¿Cómo es la baja y la alta Autoestima?</li><li>- ¿Cómo recuperarla?</li><li>- Termómetro de la autoestima (0 a 100)</li><li>- ¿Qué te impide tener más autoestima?</li><li>- Rompe tus cadenas</li><li>- "Esto me gusta de ti"</li><li>- "Me siento satisfecho de ser..."</li></ul>

50 minutos	<b>Reestructuración cognitiva-Terapia Racional Emotiva</b>	Aprender a evaluar las situaciones de forma realista.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terapia Racional Emotiva.</li> <li>- Modelo A-B-C</li> <li>- Distorsión cognitiva</li> <li>- Ideas Irracionales</li> <li>- El mundo de las preocupaciones</li> <li>- Dinámica de Ellis para influencia de pensamiento.</li> </ul>
50 minutos	<b>Autoinstrucciones-Control del diálogo interno</b>	Hacer positivo, en lo posible, el diálogo interno.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Distorsiones cognitivas, palabras claves y alternativas.</li> <li>- Entrenamiento en auto-instrucciones y en el control del diálogo interno.</li> </ul>
10 minutos	Despedida e indicaciones finales.	Dejar en los asistentes una sensación de inquietud hacia el programa y de empatía hacia su situación.	Se les anima a que asistan a la siguiente sesión sin dejar de agradecerles por la asistencia y la participación



## SESION # 6

### EL APRENDIZAJE DE TÉCNICAS INSTRUMENTALES OPERATIVAS

 **DURACION:** 2 horas y 20 minutos

 **ACTIVIDADES:**

Saludo y Presentación.
Solución de problemas-Administración del tiempo
Regulación de conflictos
Afrontamiento de conflictos y toma de decisiones
Despedida e indicaciones finales.

 **OBJETIVOS:**

- ✦ Generar en los asistentes la actitud de disponibilidad y rapport para lograr confianza y comodidad.
- ✦ Facilitar la identificación de soluciones para problemas existentes.
- ✦ Enseñar habilidades para organizar el tiempo y fijar metas.
- ✦ Afrontar y regular conflictos.
- ✦ Aprender a ser mediador en conflictos.
- ✦ Asimilar el proceso y las etapas integradas en la toma de decisiones.
- ✦ Dejar en los asistentes una sensación de inquietud hacia el programa y de empatía hacia su situación.

 **METODOLOGIA:**

- ✦ Inicialmente se exponen los nombres de los orientadores de la sesión, luego de explicar las indicaciones para la presentación de los asistentes
- ✦ Solución de problemas: el método I.D.E.A.L. en la solución de problemas, el papel de las emociones en la solución de problemas, fases del entrenamiento en solución de problemas sociales, la solución de problemas cognitivos interpersonales (método de siete pasos, S.C.I.E.N.C.E., de Mahoney, 1974, publicado en Labrador, Cruzado y Muñoz, 2000), el modelo tridimensional de los problemas (formato de pirámide, una cara representa el porcentaje de responsabilidad propio en la generación y

mantenimiento del problema, otra representa la responsabilidad del otro, la tercera representa la responsabilidad de terceras personas y la base de la pirámide representa la importancia de las “fuerzas ocultas”, es decir, otros aspectos que no son controlables y que tienen implicación en el problema).

- ✦ **Administración del tiempo:** Síntomas típicos de la falta de administración del tiempo, método a seguir para controlar el tiempo, establecer prioridades y reglas para ganar tiempo.
- ✦ **Regulación de conflictos:** definición y tipos de conflictos, estrategias de resolución y la mediación en el conflicto.
- ✦ **Tomando decisiones:** Introducción, estilo y características del decisor, proceso de toma de decisiones, etapas de la decisión, estrategias erróneas de decisión y aprendiendo a tomar decisiones acertadas.
- ✦ **Dinámicas de solución de problemas.** Con estas dinámicas se pretende cambiar la forma de abordar los problemas.
- ✦ **“9 puntos”.** Se trata de unir 9 puntos (colocados en 3 filas de 3) con 4 líneas dibujadas de manera continua, sin levantar el lápiz del papel y sin pasar dos veces por el mismo punto. Para resolverlo es necesario “salirse” del marco (cuadrado) que subjetivamente creemos que existe cuando en realidad sólo hay puntos. Somos nosotros mismos quienes nos ponemos los límites a la hora de resolver problemas.
- ✦ **“Tocar un objeto”.** Se trata de realizar dos grupos que compitan para determinar que grupo es capaz de tocar más deprisa un objeto, sabiendo que sólo puede tocarse una vez, y que el objeto no puede pasarse “tirándolo de unos a otros”, el terapeuta comentará que el record está en menos de tres segundos. La solución más rápida es que el que tiene primero el objeto se sitúe en el centro, colocándose el resto alrededor de él con la mano extendida. Posteriormente girará sobre sí mismo haciendo que el objeto toque todas las manos. Para llegar a esta solución se necesita que el grupo se organice y establezcan, antes de pasar a la acción, un proceso de generación de alternativas.
- ✦ **“El mudo”.** En dos grupos, se entrelazarán las manos todos los componentes. Posteriormente sin soltarse deberán deshacer el mudo. La solución es que da igual que el círculo final resultante sea mirando todos fuera, dentro o mixto. Hay grupos que en su pretensión de quedar todos mirando hacia el mismo lado hacen de este problema, un problema irresoluble. Son las mismas personas las que se autoimponen límites que les impiden resolver los problemas.

- ✦ “Organízate un día y una semana”. Se entrega una hoja en la que deberán organizarse un día y una semana siguiendo los procesos aprendidos en la sesión.

### “Organízate un día y una semana”

Para organizarme un día

Hora	Actividades A	Actividades B	Actividades C

Me planifico una semana

Día	Actividades A	Actividades B	Actividades C

- ✦ “Tu no eres una isla, los demás te necesitan”. A través de un dibujo de un naufrago en una isla desierta se pregunta a los participantes ¿Qué necesitan los demás de ti? Pregunta a la que darán respuesta de manera individualizada y aleatoria. Se pretende valorar la importancia de todos y cada uno de los componentes del grupo.
- ✦ “Máquina de escribir distorsionada”. Al igual que en la dinámica anterior se pretende instruir en la importancia que una sola persona puede tener en el grupo. Se proyecta

un texto en pantalla en el que por una máquina de escribir defectuosa (la letra O se señala como X, o quiere ser X) un *“textx puoax nx entenderlx si tam sxlx falla una de las teclas, con lx cual ahora sé que, aunque nx soy más que una persona, soy necesaria para que mi equipx funcione conx debería hacerlx text buen equipx”*.

- ✚ Proyección de la presentación “Asamblea en la carpintería” En esta dinámica se pretende que los equipos trabajen fijándose en las cualidades y/o fortalezas de cada componente y no buscando los defectos, porque aunque resulte más fácil, es mucho menos productivo.

### “Asamblea en la carpintería: Aceptación”

Cuentan que en la carpintería hubo una vez una extraña asamblea. Fue una reunión de herramientas para arreglar sus diferencias. El martillo ejerció la presidencia, pero la asamblea le notificó que tenía que renunciar.

¿La causa?

¡Hacia demasiado ruido! Y, además, se pasaba todo el tiempo golpeando. El martillo aceptó su culpa, pero pidió que también fuera expulsado el tornillo; dijo que había que darle muchas vueltas para que sirviera de algo. Ante el ataque, el tornillo aceptó también, pero a su vez pidió la expulsión de la lija. Hizo ver que era muy áspera en su trato y siempre tenía fricciones con los demás.

Y la lija estuvo de acuerdo, a condición de que fuera expulsado el metro que siempre se la pasaba midiendo a los demás según su medida, como si fuera el único perfecto. En eso entró el carpintero, se puso el delantal e inició su trabajo. Utilizó el martillo, la lija, el metro y el tornillo. Finalmente, la tosca madera inicial se convirtió en un lindo juego de ajedrez.

Cuando la carpintería quedó nuevamente sola, la asamblea reanudó la deliberación. Fue entonces cuando tomó la palabra el serrucho, y dijo: “Señores, ha quedado demostrado que tenemos defectos, pero el carpintero trabaja con nuestras cualidades. Eso es lo que nos hace valiosos. Así que no pensemos ya en nuestros puntos malos y concentrémonos en la utilidad de nuestros puntos buenos”.

La asamblea encontró entonces que el martillo era fuerte, el tornillo unía y daba fuerza, la lija era especial para afinar y limar asperezas y observaron que el metro era preciso y exacto. Se sintieron entonces un equipo capaz de producir y hacer cosas de calidad. Se sintieron orgullosos de sus fortalezas y de trabajar juntos. Ocurre lo mismo con los seres humanos. Observen y lo comprobarán. Cuando en una empresa el personal busca a menudo defectos en los demás, la situación se vuelve tensa y negativa. En cambio, al tratar con sinceridad de percibir los puntos fuertes de los demás, es cuando florecen los mejores logros humanos.

Es fácil encontrar defectos, cualquier tonto puede hacerlo, pero encontrar cualidades, eso es para los espíritus superiores que son capaces de inspirar todos los éxitos humanos.

- ✦ “Percepciones erróneas”. Se proyecta una fotografía (un amanecer en África), aunque no se les da ninguna información sobre ella. Se les pide a los participantes que la observen detenidamente durante un minuto y que posteriormente escriban en un papel de 1 a 3 palabras expresando aquello que sienten, valoran, piensan, con respecto a la fotografía en ese momento. Se pretende por un lado que entre ellos existan diferentes opiniones. Con respecto a lo que han visto unos indicarán algo para ellos evidente (amanecer o atardecer), otros expresarán sentimientos (tristeza, paz, tranquilidad, miedo), e incluso habrá quienes describan la situación (frío, calor, humedad). Con todo ello se pretende que los participantes asuman que incluso con un acto perceptivo claro, real y en el que no debieran existir errores interpretativos puede llevar a que diferentes sujetos expresen diferentes cosas, dependiendo de sus experiencias anteriores, de su situación perceptiva/atencional e incluso de su estado emocional. Podemos llegar a interpretar cualquier dato, aunque no tengamos información suficiente o aunque sepamos que la información que tenemos es distorsionada, es más, e incluso creeremos, a pesar de todo ello, que siempre tenemos razón.
- ✦ “Ahora es el momento: ve, contacta y regula”. Se entrega una hoja en la que han de escribir un proceso de mediación en conflicto, ya que se les pedirá que medien en un conflicto importante que conozcan.
- ✦ Evidentemente en la sesión previa se les indicará detalladamente el proceso a seguir para ser “mediadores de conflictos”. Posteriormente lo escribirán y lo presentarán en la siguiente sesión.
- ✦ “El tarro de tu vida: piedras, garbanzos, arroz y agua”. Se les entrega una hoja en la que han de escribir las cosas importantes de su vida, haciendo el análogo (piedra-importancia máxima; garbanzo-importancia media; arroz-poco importante: agua-tiempo libre/ocio). Previamente se habrá realizado “la dinámica del tarro de tu vida”. Si en un tarro pones primero el “arroz” ya no hay espacio para nada más, quizá sólo para el “agua” pero con el tiempo reventará el tarro, pero si pones primero las “piedras grandes” (familia, salud, etc.), habrá espacio para los “garbanzos” (trabajo, amigos, etc.), e incluso para el “arroz” y el “agua”.

“El tarro de tu vida: Cosas importantes en mi vida y en mi trabajo”

Mis piedras	Mis garbanzos	Mi arroz	Mi agua



## RECURSOS:

- Lápices.
- Proyector
- laptops
- Hojas de papel bond.
- Sacapuntas.
- Borradores.
- Espacio físico amplio.
- Sillas.
- Mesas.
- Formularios de la institución
- Listas de asistencia
- Pizarra acrílica.
- Papelógrafo.

## CARTA DIDACTICA- SESION # 6

<b>TIEMPO</b>	<b>Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Metodología</b>
5 minutos	Saludo y Presentación.	Generar en los asistentes la actitud de disponibilidad y rapport para lograr confianza y comodidad.	Inicialmente se exponen los nombres de los orientadores de la sesión, luego de explican las indicaciones para la presentación de los asistentes
45 minutos	Solución de problemas- Administración del tiempo	Facilitar la identificación de soluciones para problemas existentes. Enseñar habilidades para organizar el tiempo y fijar metas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Métodos de solución de problemas</li> <li>- Administración del tiempo</li> <li>- Dinámicas de solución de problemas individual y grupal</li> </ul>
45 minutos	Regulación de conflictos	Afrontar y regular conflictos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El conflicto, tipos, estrategias.</li> <li>- Mediadores de conflictos</li> <li>- Intervención en crisis.</li> <li>- Rima de Bécquer</li> <li>- "Asamblea en la carpintería"</li> <li>- Tu no eres una isla ¿Qué necesitan los demás de ti?</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Máquina de escribir, trabajo en equipo</li> <li>- Percepciones: fotografía y distorsión datos o falta de información</li> </ul>
40 minutos	Afrontamiento de conflictos y toma de decisiones	<p>A- Aprender a ser mediador en conflictos.</p> <p>B- Asimilar el proceso y las etapas integradas en la toma de decisiones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hostilidad</li> <li>- Crisis emocionales</li> <li>- Toma de decisiones</li> <li>- Aprendiendo a tomar decisiones</li> <li>- Dinámicas de cambio de paradigma: "El tarro de tu vida: Piedras, garbanzos, arroz y agua"</li> </ul>
10 minutos	Despedida e indicaciones finales.	Dejar en los asistentes una sensación de inquietud hacia el programa y de empatía hacia su situación.	Se les anima a que asistan a la siguiente sesión sin dejar de agradecerles por la asistencia y la participación.



## ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

 **DURACION: 1 hora y 15 minutos**

 **ACTIVIDADES:**

Saludo y Presentación.
Entrenamiento en Habilidades Sociales
Despedida e indicaciones finales.

 **OBJETIVOS:**

- ✦ Generar en los asistentes la actitud de disponibilidad y rapport para lograr confianza y comodidad.
- ✦ Aprender a percibir las señales sociales de los demás, a traducir o interpretar el significado de dichas señales.
- ✦ Se les anima a que asistan a la siguiente sesión sin dejar de agradecerles por la asistencia y la participación

 **METODOLOGIA:**

- ✦ Inicialmente se exponen los nombres de los orientadores de la sesión, luego de explicar las indicaciones para la presentación de los asistentes
- ✦ Habilidades sociales: Definición, impedimentos y factores inhibitorios.
- ✦ Memó de Habilidades Sociales: Escuchar activamente, empatizar, resumir, hacer preguntas, ser asertivos, ser recompensantes, acuerdo parcial, transmitir información, ayudar a pensar, elegir el lugar o momento adecuado y preparar la situación, capacidad de control, hacer reír, buscar y generar apoyos sociales.
- ✦ “La comunicación descompuesta”. Se invita a salir de la sala a tres participantes. El terapeuta cuenta una “historia” (podría ser una reunión de supervisores de unidad a los que el director de enfermería les comunica algunos cambios en gestión, objetivos, etc.) a los participantes. Una vez finalizada escogerá a uno de los oyentes para que sea el encargado de transmitir esa información a uno de los que han salido fuera de la

sala, posteriormente este último se lo dirá a otro de los que estaban fuera y este al tercero. Se comprobará la distorsión que puede llegar a sufrir la información verbal.

- ✚ “Ser recompensantes: investigando resultados valiosos”. Se entrega una hoja en la que han de valorar y “descubrir” en los demás actitudes, comportamientos, acciones que hayan sido positivas, para nada más identificarlas haciéndolo saber a la persona que lo ha realizado, felicitándole por ello.
- ✚ “Transmitir información”: Dinámica en la que se trabajan los principales aspectos implicados en la transmisión de la información (la información ha de ser percibida, interpretada de la misma manera, ha de tener un sentido, ha de ser adecuada, debe estar bien estructurada y debe ser clara, precisa y ajustada al interlocutor). Para conseguir adecuar estos puntos anteriores se realizan las siguientes dinámicas:
  - ✚ Dinámica “Nos vamos de vacaciones”. A cada participante se le indica que le ha tocado un premio, un viaje. Para disfrutarlo tan sólo tienen que en ese mismo momento indicar como sería ese viaje de sus sueños (dónde irían, con quién, qué verían, qué comprarían, etc.). Se pretende dotar de un recurso para hacer “reales” los sueños, o para al menos soñar.
  - ✚ “He mejorado en...”. Se entrega una hoja en la que se ha de escribir aquello en lo que los participantes creen que hayan mejorado desde que iniciaron las sesiones de intervención.
  - ✚ Lluvia de ideas: “Qué mejoras has notado en tus compañeros” Se trata de que se identifiquen las mejoras acaecidas en todos los componentes del grupo, explicitadas por aquellos con los que han compartido un tiempo a lo largo de 6-9 meses.

## RECURSOS:

- Lápices.
- Proyector
- laptops
- Hojas de papel bond.
- Espacio físico amplio.
- Sillas.
- Mesas.
- Formularios de la institución
- Listas de asistencia
- Pizarra acrílica.
- Papelógrafo.

## CARTA DIDACTICA- SESION # 7

<b>TIEMPO</b>	<b>Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Metodología</b>
5 minutos	Saludo y Presentación.	Generar en los asistentes la actitud de disponibilidad y rapport para lograr confianza y comodidad.	Inicialmente se exponen los nombres de los orientadores de la sesión, luego se explican las indicaciones para la presentación de los asistentes
60 minutos	Entrenamiento en Habilidades Sociales	Aprender a percibir las señales sociales de los demás, a traducir o interpretar el significado de dichas señales.	<p>HHSS ¿qué es? ¿Por qué no somos habilidosos?</p> <p>Como mejorar</p> <p><b>Menú Habilidades</b></p> <p>Aprendiendo a ser tu mismo</p> <p>Vence la timidez: confía en ti.</p> <p>Signos de autoestima elevada</p> <p>Transformación eficaz</p> <p>Vivir el presente</p> <p>Ser recompensante Investigando resultados valiosos (Practica en tu vida y cuéntanos)</p> <p>“He mejorado en...”</p>
10 minutos	Despedida e indicaciones finales.	Dejar en los asistentes una sensación de inquietud hacia el programa y de empatía hacia su situación.	Se les anima a que asistan a la siguiente sesión sin dejar de agradecerles por la asistencia y la participación

## CONSIDERACIONES FINALES

El síndrome de Burnout es una realidad que no debe de ignorarse ya que si no se hace nada para abordarlo se pagara una cuota muy alta en cuanto al trato digno que cada usuario del sistema de salud público y privado merece.

Los profesionales de salud mental tienen que responder urgentemente a este padecimiento que lastimosamente muchos expertos en enfermería sufren.

La respuesta y la solución no está en señalar a quemarropa a nadie sino más bien en la creación de programas sencillos pero eficientes que subsanen las consecuencias nocivas del síndrome de Burnout: despersonalización, agotamiento emocional y falta de realización personal.

La solución está en brindarles herramientas a los profesionales de enfermería para que estos auto gestionen sus emociones de una manera integral.

- ✓ Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychological Press.
- ✓ Ventura Contreras, 2011, *Prevalencia Y Correlación Entre El Síndrome Burnout Con La Conducta Asertiva En El Personal De Enfermería De Instituciones Hospitalarias Del Departamento De San Miguel, Durante El Año 2011*. Tesis para optar al grado de Licenciatura en Psicología UES-FMO Departamento de Ciencias y Humanidades.
- ✓ Freudenberger H. (1974) Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*; 30(1): 159-166. (Recuperado el 8 de febrero de 2011) Disponible en: <http://eprints.ucm.es/8070/1/T29584.pdf>
- ✓ Cáceres Bermejo. G.G (2006) cita a: Edelwich J, Brodsky A. *Burnout*(1980), "prevalencia del síndrome Burnout en personal sanitario militar". Madrid (2006), (Citado el 8 de febrero de 2011) Disponible en: <http://eprints.ucm.es/8070/1/T29584.pdf>
- ✓ Cherniss, C. (1980). *Staff Burnout*. Londres: Sage Publications
- ✓ *Ley General De Prevención De Riesgos En Los Lugares De Trabajo*, 2010 Ministerio de Trabajo y Previsión Social (Centro De Documentación Judicial) Gobierno de El Salvador.
- ✓ Costa, M. y López, E. (1996). *Manual para el Educador Social (Vol. 1 y 2)*. Ministerio de asuntos Sociales.
- ✓ Ellis, A. (1977). *The basic clinic theory of rational-emotive therapy*. En A. Ellis y R. Grieger (Eds.), *Handbook of Rational-emotive Therapy*, New York: Springer.
- ✓ Meichenbaum, D. (1975). *A self instructional approach to stress management: A proposal for stress inoculation training*. En C. Spielberger y I. Sarason (Eds.), *Stress and Anxiety I*. Washington: H. P. Corporation.
- ✓ Mahoney, M. J. (1974). *Cognition and behaviour modification*. Cambridge: M. A. Ballinger.

## ANEXOS

## ANEXO 1. DORIS “LA ENFERMERA FELIZ”



Doris “LA ENFERMERA FELIZ”, es el icono que representa la meta que se persigue con el programa psicoterapéutico; dicho dibujo es muy significativo ya que su elección se concibió desde la natural consecuencia que implica la concientización del trabajo tan noble, heroico y humanístico que realizan día con día el personal de enfermería en cada lugar donde se les necesite.

## ANEXO 2. MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

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

0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS. 3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA. 5= POCAS VECES A LA SEMANA. 6= TODOS LOS DÍAS.

1 Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
2 Cuando termino mi jornada de trabajo me siento cansado.	0	1	2	3	4	5	6
3 Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.	0	1	2	3	4	5	6
4 Comprendo fácilmente como se sienten los usuarios.	0	1	2	3	4	5	6
5 Siento que estoy tratando a algunos usuarios como si fueran objetos impersonales.	0	1	2	3	4	5	6
6 Trabajar todo el día con la gente me cansa	0	1	2	3	4	5	6
7 Trato con mucha eficacia los problemas de mis usuarios.	0	1	2	3	4	5	6
8 Siento que mi trabajo me está desgastando.	0	1	2	3	4	5	6
9 Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
10 Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.	0	1	2	3	4	5	6
11 Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
12 Me siento con mucha energía en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
13 Me siento frustrado en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
14 Creo que estoy trabajando demasiado.	0	1	2	3	4	5	6
15 Realmente no me importa lo que les ocurra a los usuarios.	0	1	2	3	4	5	6
16 Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	0	1	2	3	4	5	6
17 Puedo crear con facilidad un clima agradable con los usuarios	0	1	2	3	4	5	6
18 Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con los usuarios.	0	1	2	3	4	5	6
19 He conseguido muchas cosas útiles con mi profesión.	0	1	2	3	4	5	6
20 Me siento acabado/a.	0	1	2	3	4	5	6
21 Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.	0	1	2	3	4	5	6
22 Siento que los usuarios me culpan de algunos de sus problemas	0	1	2	3	4	5	6

## CALIFICACION

**MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI).** La autora de este instrumento es Cristina Maslach (1997), en su versión validada en castellano, diseñado para valorar el síndrome de burnout en sus tres aspectos fundamentales. Está compuesto por 22 ítems. Para las respuestas se utiliza una escala de Likert con puntuaciones de 0 a 6. La subescala de Agotamiento Emocional está compuesta por 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20) y mide los sentimientos de sobrecarga emocional. La subescala de Despersonalización está integrada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22) y valora los sentimientos y actitudes negativas hacia el paciente. La subescala de Falta de Realización Personal consta de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) y mide sentimientos de competencia y de consecución de logros. Se pueden obtener los niveles alto, medio, bajo en cada una de las dimensiones del Síndrome burnout.

Cristina Maslach y Susan E. Jackson en (1981) definieron el burnout como “un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”. En su estudio identificaron tres dimensiones que constituyen el síndrome de burnout.

**Agotamiento emocional:** se define como cansancio y fatiga que puede manifestarse física, psíquicamente o como una combinación de ambos.

**Despersonalización:** se entiende como el desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente a los beneficiarios del propio trabajo. Se acompaña de un incremento en la irritabilidad y una pérdida de motivación hacia el mismo.

**Falta de realización personal:** tendencia a valorar el trabajo en forma negativa con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal.



# ME CUIDO PARA CUIDARTE MEJOR

PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA  
PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE PRESENTA SÍNDROME BURNOUT

**AUTORES**

**JOSE JULIAN CASTILLO  
JULIO CESAR RAMIREZ HERNANDEZ  
RENE ISMAEL SANCHEZ GUZMAN  
2014**