



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



“CONOCIMIENTOS QUE TIENE EL PERSONAL DE ANESTESIOLOGÍA E  
INHALOTERAPIA SOBRE EL SINDROME DE BURNUOT DE LOS CENTROS  
HOSPITALARIOS: ROSALES, MATERNIDAD, ZACAMIL, BENJAMÍN BLOOM  
ENERO A MARZO 2011”

TESIS PARA OPTAR A MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

PRESENTADO POR:

Lic. Luis Alberto Guillen García

Dra. Violeta López Servellón

ASESORA:

Msp. Licda. Reina Araceli Padilla

San Salvador, 1° de Junio de 2011.

## CONTENIDO

<b>CAPITULO</b>	<b>PÁGINA</b>
<b>Resumen Ejecutivo</b>	
<b>I. Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>II. Objetivo .....</b>	<b>3</b>
<b>III. Marco de Referencia.....</b>	<b>4</b>
<b>IV. Diseño Metodológico.....</b>	<b>26</b>
<b>V. Presentación de Resultados.....</b>	<b>29</b>
<b>VI. Discusión de Resultados .....</b>	<b>46</b>
<b>VII. Conclusiones .....</b>	<b>49</b>
<b>VIII. Recomendaciones.....</b>	<b>50</b>
<b>IX. Bibliografía .....</b>	<b>51</b>
<b>Anexo</b>	

## **Resumen Ejecutivo**

Titulo de la investigación: “Conocimientos que tiene el Personal de Anestesiología e Inhaloterapia sobre el Síndrome de Burnout de los Centros Hospitalarios: Rosales, Maternidad, Zacamil, Benjamín Bloom enero a marzo 2011”

**Propósito:** Los resultados en relación a los conocimientos y las medidas de prevención del Síndrome identificados por los entrevistados permitirán a la Gestión Hospitalaria y a los participantes interesados tener un conocimiento de la existencia y manifestaciones del Síndrome y valorar la importancia y además las acciones para disminuir el Síndrome y con ello, lograr un mejor estilo de vida favorable para la Salud de la población.

**Materiales y Métodos.** Es de tipo descriptivo, de corte transversal cuali cuantitativo, porque se describe los conocimientos sobre las causas y manifestaciones, medidas preventivas y alternativas de solución del Síndrome de Burnout, también se hizo un corte en el tiempo y se utilizaron técnicas cualitativas y cuantitativas.

**Resultados:** El Síndrome de Burnout es un proceso que se desarrolla como respuesta al estrés laboral en los Licenciados en Anestesiología e Inhaloterapia que están sometidos a largas jornadas de trabajos y al cumplimiento de normativas ,que afecta la atención que ellos brindan y que debería ser con calidad ,constituyéndose un problema de Salud Pública en estos profesionales .

**Conclusiones:** Los Licenciados tienen conocimientos sobre el síndrome pero no tiene completamente conciencia sobre la magnitud del problemas y con consecuencia se ven sometidos a largas horas laborales, que además consideran que en las instituciones deben haber programas integrales de atención y de identificación de las persona que están en riesgo y así no habría dificultades de ausentismo, afectación en la calidad de la atención brindada.

## I. INTRODUCCION

El personal de salud en Anestesiología que labora en la mayoría de los Centros Hospitalarios como: el Hospital Rosales, Hospital de Maternidad, Hospital Zacamil Hospital Benjamín Bloom, por el incremento de la demanda de procesos que requiere los servicios de anestesia, son sujetos de sobrecarga laboral, generando stress el cual repercute principalmente en la calidad de vida y en consecuencia se refleja en los síntomas de los cuales los principales son: cansancio, fatiga, mal humor, evidenciándose el Síndrome de Burnout y aunado a este se le añaden factores como la desmotivación surgidas por la falta de incentivos institucionales y lo demás elementos generados por las condiciones de trabajo y el clima institucional comunes en los países como el salvador.

A partir del año 1977 se comienza a hablar del Síndrome de Burnout como una respuesta del estrés crónico sufrido en un contexto laboral, y se enfatiza en el alcance de sus síntomas a nivel de individuo y organización, a pesar de las investigaciones realizadas en este campo, no hay consenso en los tipos de intervenciones eficaces como tampoco se han superado las limitaciones en la aplicación de los tratamientos integrales. Por otro lado, sigue existiendo la tendencia de responsabilizar al individuo evitando una conciencia organizacional tanto como ente activo en su aparición, como ente económico y social afectado por los síntomas.

Esto se manifiesta dentro de las instituciones de salud, ya que aunque las autoridades hayan comenzado a preocuparse por la salud mental de sus trabajadores tratan de implementar medidas para evitar pérdidas económicas derivadas del ausentismo, apatía, rotación del personal, etc., aún no es popular la aplicación de este tipo de programas en el nivel organizacional. Por consecuencia, esto sugiere que existe una tendencia en colocar la responsabilidad del problema en la persona; pero las consecuencias no sólo afectan a

la persona sino que también a la economía y la imagen institucional, pero si se analiza este problema desde un punto macroeconómico, se puede concluir que a la economía del estado o el país también le afecta negativamente tener trabajadores con bajo desempeño laboral y que necesitan asistencia social y de salud; por otro lado, si las organizaciones pierden, el estado pierde porque el país se fortalece de ellas.

De tal manera, esto sugiere la importancia de prevenir y mejorar la salud también desde las entidades públicas, pero evaluando e interviniendo sobre el Síndrome de Burnout desde un punto de vista sistémico. Además el control afecta en relación a costos a la Salud Pública. Ante este planteamiento, se enuncia el siguiente problema: ¿Cuáles son los conocimientos que tienen los Licenciados en Anestesiología e Inhaloterapia sobre el Síndrome de Burnout en los Hospitales, enero a marzo del 2011?

El síndrome de Burnout tiene efectos negativos a la salud, tanto emocionales como físicos y la mayoría de las veces no es reconocido o no se le da la importancia requerida por los individuos implicados como son los propios profesionales y los que dirigen las instituciones, por lo que se pierde la calidad de vida, afecta las relaciones profesionales, el clima laboral y las relaciones familiares creándose inestabilidad, esto repercute en la población, en la familia y en los individuos en particular, de aquí la importancia de la realización de la investigación.

## II. OBJETIVOS

### Objetivo General

“Interpretar los conocimientos que tiene el personal de anestesiología e inhaloterapia sobre el síndrome de burnout de los centros hospitalarios: rosales, maternidad, zacamil, benjamín bloom Enero a Marzo 2011”

### Objetivo Especifico:

- 1) Identificar los conocimientos que tiene el personal de Anestesiología e Inhaloterapia sobre el Síndrome de Burnout en su centro de trabajo Hospitalario: Hospital Rosales, Hospital de Maternidad, Hospital Zacamil, Hospital Benjamín Bloom.
- 2) Identificar las manifestaciones físicas ,conductuales y emocionales del síndrome de Burnout mencionadas por el personal de Anestesiología e Inhaloterapia.
- 3) Identificar las medidas preventivas aplicadas desde el punto de vista institucional, social, grupal e individual según lo indicado por los profesionales ..

### III. MARCO TEORICO

#### 3.1 Generalidades

Las funciones de los Licenciados en Anestesiología e Inhaloterapia desempeñándose en dos grandes áreas de especialidad son la Anestesiología y la Terapia Respiratoria. La primera se divide en tres momentos que es el preoperatorio, el transoperatorio y el postoperatorio. establece coordinación con el equipo médico quirúrgico, rectifica el equipo, material, y fármacos a utilizar en el quirófano, mantener la vía parenteral y respiratoria permeable, monitoreo de todos los signos vitales, administración de técnica, anestesia seleccionada, terapia respiratoria, aplicar técnicas para prueba de función en gasometrías y espirometrías, oxigenoterapia por prescripción médica.

La red Hospitalaria en estudio está conformada por los Hospitales denominados de Tercer nivel ó de especialidades donde confluye la mayor parte de la demanda de pacientes que se les realizara cirugías en las diferentes áreas. Entre los cuales se tomo como estudio el Hospital Nacional Rosales, Hospital de Zacamil en donde se atiende todas las especialidades quirúrgicas, asi mismo el Hospital Benjamín Bloom atiende diferentes especialidades en el área pediátrica y el Hospital de Maternidad todo lo relacionado con el área de gineco-obstetricia; todos estos Hospitales atienden o reciben a pacientes provenientes de la zona Metropolitana de San Salvador y los referidos de todo el Pais. Siendo un promedio de Licenciados en Anestesiología e Inhaloterapia de veinte recursos en cada unidad Hospitalaria para atender la gran demanda de pacientes que requieren estos servicios.

El Síndrome de Burnout, “estar quemado” o desgaste psíquico en el trabajo. El concepto de “quemarse por el trabajo” surgió en los Estados Unidos a mediados de la década de los años setenta, para dar una explicación al proceso de deterioro en los cuidados y atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios tales como organizaciones de voluntariado, sanitarias, de servicios sociales, educativos, policiales, jurídicos, entre otros.

Se señala al psicólogo norteamericano Herbert Freudenberger, de Nueva York, como el primer profesional que describió y etiquetó un caso de burnout.

En 1973 este autor da cuenta de lo que llamó “Síndrome de Burnout”. De esta manera, el concepto fue definido como:

“Un síndrome de agotamiento o pérdida de energía, experimentado por los profesionales, cuando se sienten sobrepasados por los problemas de los demás”. Posteriormente agrega que el Burnout “es el resultado de excesivos esfuerzos por alcanzar alguna expectativa poco realista, impuesta por uno mismo o por los valores de la sociedad”. Enfatiza por lo visto el hecho de un estado profundo de agotamiento, producto del trabajo intenso y de la postergación de las necesidades personales (Navarrete M., Arellano M., 1999).

Irónicamente esta denominación “estar quemado” aludía a la situación clínica de “estar quemado en drogas” y tal denominación fue utilizada para referirse al estado físico y psicológico vivenciado por algunos voluntarios en su trabajo con pacientes drogo dependientes. La primera descripción que Freudenberger realiza respecto de alguien que padecía síndrome de burnout fue a partir de su propia vivencia, es decir, se describe a sí mismo:

“Una seria consecuencia del trabajo en una comunidad terapéutica, que yo he experimentado personalmente, es el “Síndrome de Burnout”. Tal trabajo requiere que la mayoría de lo que usted hace allí, usted lo hace después de sus horas normales de trabajo profesional, utilizando una gran cantidad de usted mismo en el trabajo. Usted exige de sí mismo, el personal lo exige y la población a la que sirve lo demanda. Gradualmente construye encima, alrededor y en usted mismo, el sentimiento de que ellos lo necesitan. Usted siente un sentido total de compromiso. La atmósfera entera se construye hasta que usted finalmente lo descubre, como yo lo hice, en un estado de agotamiento. Si uno desea trabajar en una comunidad terapéutica, uno no puede permitirse sobreextender sus recursos personales y emocionales hasta que estos colapsen”.

Otra descripción, también atribuida a este psicólogo neoyorquino es la siguientes: “La persona que acostumbraba ser la más activa y la que más hablaba en las reuniones de equipo ahora no dice nada; sentada en una esquina de la mesa parece resentida, desencantada, fatigada, aburrida, desanimada y confusa. Está tensa, se irrita con

facilidad, se frustra con las cosas que normalmente serían de importancia moderada” (Ferrer R., 2002)

Estas primeras aproximaciones a este síndrome derivan más bien de las vertientes clínico descriptivas, que entienden el burnout como un “estado” al cual el sujeto llega como consecuencia del stress laboral y alude a la experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral que surge en profesionales que trabajan en contacto directo con personas en la prestación de servicios como consecuencia de ese contacto diario con su trabajo.

Desde la perspectiva psicosocial, la investigadora de psicología social Maslach apunta a la idea de considerar el burnout como un “proceso” que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y características personales.

La diferencia estriba en que el síndrome de quemarse como “estado” entraña un conjunto de sentimientos y conductas normalmente asociadas al estrés laboral y, por el contrario, el síndrome de quemarse como “proceso” asume una secuencia en etapas o fases diferentes con sintomatología, a su vez, diferenciada.

Maslach define el síndrome de burnout como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que puede desarrollarse en aquellas personas cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad” (Gil-Monte P., Piero J., 1997).

Esta investigadora desarrolla y presenta el modelo teórico más consistente y aceptado hasta la actualidad de burnout, estando este modelo fuertemente influenciado por los trabajos de Philip Zimbardo, a principios de los setenta, esencialmente en los temas de despersonalización y deshumanización.

Se describen algunas características particulares de este cuadro clínico que para muchos autores, especialmente españoles, país en donde existe buena fuente de publicaciones, constituye prácticamente un problema social y es calificado por muchos, como “la plaga del siglo XXI”, afectando principalmente a profesionales centrados en la prestación de servicios, es decir quienes cuidan los intereses y satisfacen las necesidades del usuario.

Por lo general se describe para profesionales sanitarios de la medicina, enfermería, servicio social, fisioterapia, psicología, oncólogos, anesthesiólogos, pero también lo hallamos en la educación ,maestros o cuidadores ,en policías, abogacía, funcionarios de prisiones, bomberos, directivos, mandos intermedios, personal de voluntariado y más recientemente en personas que venden servicios, atención de público, propagándose, en general, en todo el ámbito laboral, toda vez que la exigencia, la competitividad y la eficiencia de las empresas e instituciones es prioritario, en desmedro de los intereses, valores y motivaciones personales.

Los estudios de prevalencia son más abundantes en médicos y sus diferentes especialidades, tales como psiquiatras, anesthesiólogos, fisioterapeutas. También hay estudios que incluyen muestras de odontólogos, enfermeras y trabajadores sociales.

Este síndrome, no obstante las alarmantes cifras de prevalencia alcanzadas, como lo veremos más adelante, aún no tiene cabida como categoría diagnóstica en el DSM-IV (clasificación de los trastornos mentales), lo más cercano se encuentra en los “trastornos adaptativos, según al autor español Ferrer, del Departamento de Ergonomía de la Universidad de Barcelona. La excepción está en la clasificación de internacional de las enfermedades (CIE-10), a lo que podría asimilarse en lo que figura como síndrome de agotamiento dentro del grupo titulado “problemas respecto a las dificultades para afrontar la vida”, haciendo referencia a los “factores que afectan al estado de salud”. En esta misma clasificación, pero de manera más específica, los cuadros diagnósticos más cercanos al burnout son la “reacción aguda ante el stress” y los “trastornos de adaptación”

### **3.2 Síndrome de Burnout**

El concepto de burnout ha dado lugar a muchas discusiones por la confusión que genera a la hora de diferenciarlo con otros conceptos, el Burnout no se solapa con otros constructos de orden psicológico. Las diferencias del burnout con otros conceptos psicológicos y psicopatológicos, se puede demostrar que este síndrome se diferencia del: Estrés General, Estrés Laboral, Fatiga Física, Depresión, Tedio o Aburrimiento, Insatisfacción Laboral y Acontecimientos Vitales y Crisis de la Edad Media de la Vida; aunque en compartan algunos síntomas o procesos de evolución similares:

En el diagnóstico diferencial entre el Estrés General y el síndrome de burnout se plantea que el primero es un proceso psicológico que conlleva efectos positivos y negativos, mientras que el burnout sólo hace referencia a efectos negativos para el sujeto y su entorno. Así también, es evidente que el estrés general se puede experimentar en todos los ámbitos posibles del ser humano a diferencia del SB que es un síndrome exclusivo del contexto laboral (Pines & Kafry, 1978).

Caton y cols. (1988) plantea que ambos constructos, aunque compartan conceptos, son diferentes en factores como agotamiento y subutilización del profesional, y son diversos enfocados desde un continuo de interacciones entre el profesional y los factores relacionados con su trabajo.

En relación al Estrés Laboral, Schaufeli y Buunk (1996), diferencian al SB en función al proceso de desarrollo; explicando que este último es la ruptura en la adaptación que va acompañado por un mal funcionamiento crónico en el trabajo. La persona va deteriorándose, colapsa y acaba en un nivel estable de mal funcionamiento en el trabajo. El estrés laboral es un proceso de adaptación temporal más breve que va acompañado por síntomas mentales y físicos. El sujeto puede volver a sus niveles normales o iniciales de funcionamiento otra vez.

Por lo tanto, el Síndrome de Burnout se le podría considerar como un estado de estrés laboral prolongado, que tiene la cualidad de inadaptación al estrés producido en el contexto de trabajo. Es importante señalar que el estrés laboral no necesariamente conduce al burnout (Pines, 1993).

Otra diferencia importante entre las características de ambos constructos es que el Síndrome de Burnout está asociado a actitudes negativas hacia los usuarios, el trabajo y la organización a diferencia del estrés laboral que no se lo asocia con actitudes negativas.

Para diferenciar la Fatiga Física del síndrome de Burnout se considera el proceso de recuperación (Pines y Aronson, 1988), ya que el SB se caracteriza por una recuperación lenta y acompañada de sentimientos profundos de fracaso mientras que en la fatiga física la recuperación es más rápida y puede estar acompañada de sentimientos de realización personal y a veces de éxito.

En términos de Depresión, Oswin (1978); Maher (1983); Firth, McIntee, McKeown y Britton (1986) plantean que es probable que haya un solapamiento entre los términos

Depresión y Burnout. Por el contrario, McKnight y Glass (1995), Leiter y Durup (1994), y Hallsten (1993) demuestran a partir de investigaciones empíricas que los patrones de desarrollo y etiología son distintos; aunque estos fenómenos puedan compartir algunas sintomatologías. Se ha confirmado que la depresión tiene una correlación significativa con el Cansancio Emocional, pero no con las otras dos dimensiones del SB (baja realización personal y despersonalización).

Otra característica que diferencia a éstos constructos es que el SB se lo asocia al trabajo y situaciones específicas, al menos al inicio, y que sus síntomas suelen ser temporales. La depresión, por el contrario, puede surgir en otros contextos (personal, social, familiar) con síntomas profundos y generales. Es decir, que la depresión se la entiende como un fenómeno más amplio.

Uno de los síntomas más destacados en la depresión es el sentimiento de culpa, mientras que en el SB los sentimientos que predominan son la cólera o la rabia (Manassero & cols., 2003; Mingote, 1997; Pines, 1993; Warr 1987; Meier, 1984). Aunque por otro lado, encontramos que Feudenberg (1974) considera que la depresión es uno de los síntomas más característicos del SB. LA teoría de COR, Hobfoll & Shirom (2001), sugiere otro planteamiento cuando explica que los síntomas de la depresión pueden emerger en una etapa posterior al SB, es decir cuando las pérdidas ascienden (Manassero & cols, 2003).

Hätinen y cols. (2004), concluyen a partir de los diversos planteamientos revisados, que hay mayor aceptación en considerar a la depresión como una consecuencia negativa del SB (Burke, Greenglass, & Schwarzer, 1996; Cooper et al., 2001; Glass, McKnight, & Valdimarsdottir, 1993; Leiter & Durup, 1994; Schaufeli & Enzmann, 1998).

Los términos Tedio o Aburrimiento han sido utilizados en diversas situaciones y les han dado diferentes significados. Por lo tanto, para explicar las diferencias con el síndrome de burnout, es conveniente realizar un análisis según cada autor.

Hallberg (1994) distingue la diferencia de los términos en el proceso de desarrollo, planteando que cuando aumenta el agotamiento emocional, disminuye el tedio. Entonces, sería este proceso lo que lleva al trabajador a desarrollar el SB.

Otro tipo de diferenciación es la que hacen Faber (1983) y Pines & cols. (1981) cuando limitan al SB a las profesiones asistenciales y aplican el término de tedio o aburrimiento a los otros tipos de trabajos que no tienen características humanitarias.

Pines & Krafy (1978) y Maslach & Jackson (1981) concuerdan en que el SB es generado por repetidas presiones emocionales, mientras que el tedio o aburrimiento puede resultar de cualquier tipo de presión o falta de motivación o innovación en el ámbito laboral del sujeto. Por otro lado, apoyan que ambos términos son equivalentes cuando el fenómeno es consecuencia de la insatisfacción laboral.

Según Maslach & Jackson (1981) la Insatisfacción en el Trabajo no necesariamente coexiste con el SB; es decir que los niveles de burnout pueden darse con sentimientos de satisfacción en el trabajo o viceversa. Un sujeto insatisfecho laboralmente puede no padecer SB puntuando bajos niveles de despersonalización y de cansancio emocional.

Las investigaciones demuestran que la insatisfacción laboral está positivamente correlacionada con el CE y la DP, pero tiene una débil relación con el RP. Firth & Britton (1989) y Jayaratne & Chess (1983) defienden que la DP y CE son componentes característicos del SB, y en la insatisfacción laboral no se producen

### 3.3 ACONTECIMIENTOS VITALES Y CRISIS EN LA EDAD MEDIA DE LA VIDA

Se afirma que la crisis de la edad media de la vida del sujeto se diferencia del SB, porque tal crisis se puede desencadenar cuando el profesional hace un balance negativo de su posición y desarrollo laboral. Y sin embargo, el SB se da con mayor frecuencia en los jóvenes que se han incorporado recién en su nuevo empleo; porque éstos no suelen estar preparados para afrontar los conflictos emocionales que se les presentan desde el exterior (Hill & Millar, 1981; Broufenbrenner, 1979).

De los múltiples estudios empíricos realizados se pueden extraer, de forma global, dos posturas ante la conceptualización del SB. Por un lado, algunos plantean que la conceptualización del burnout sigue siendo un obstáculo para la investigación; y el problema principal es la imprecisión y ambigüedad del concepto estrés (Peiró, 1993). Un ejemplo de esto, expone Garcés de Los Fayos (2003), es el hecho que mientras Meier (1984) afirma que el constructo burnout cumple los criterios de validez convergente y discriminante, Moreno, Oliver y Aragoneses (1991) demuestran que la validez del constructo es muy criticada. En este sentido, Davidoff (1980) plantea que quizás se esté utilizando un nuevo término para definir antiguos problemas, ya que el SB tiene una semejanza grande con otros constructos.

La triada del síndrome de burnout es: Agotamiento emocional, baja realización personal en el trabajo, despersonalización.

Esta visión responde a una visión multidimensional propuesto originalmente por Maslach en 1993.

El agotamiento físico y/o psicológico se refiere al sentimiento de estar sobrepasado y agotado en los propios recursos emocionales, lo que se expresa en la sensación de “no poder dar más de sí mismo” a los beneficiarios de su profesión (Navarrete M., Arellano M., 1999)

La despersonalización se refiere a la percepción negativa que desarrolla el profesional hacia sus pacientes, la cual se traduce en una respuesta negativa, cínica, distante y fría hacia ellos. De igual forma se emplean etiquetas despectivas y generalizadas, incrementando la irritabilidad y manifestando una considerable pérdida de motivación hacia su trabajo. Estos recursos son consecuencia de un estilo de afrontamiento evitativo que suponen una forma de aliviar la tensión experimentada. La reducción del logro personal se refiere al declinamiento en el propio sentimiento de competencia y en la realización exitosa del propio trabajo. Surge una constante comprobación de que las demandas que se le hacen exceden su capacidad para atenderlas debidamente.

Los autores españoles Gil-Monte, Piero y Valcarce, en 1995, resumen varias perspectivas y modelos explicativos acerca del desarrollo evolutivo del síndrome, respecto de estas tres variables, planteando que el síndrome de “quemarse” en el trabajo se inicia con el desarrollo de bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y paralelamente altos sentimientos de agotamiento emocional. Las actitudes de despersonalización que siguen a estos sentimientos se consideran una estrategia de afrontamiento, desarrollada por los profesionales, ante la experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional.

Paralelamente con la descripción clínica del síndrome de burnout, está el de diferenciarlo con algunos otros síntomas tales como el tedio, depresión, alineación, ansiedad, insatisfacción laboral, fatiga o desencanto.

Respecto del tedio, pueden verse afectados todos los profesionales y no en especial aquellos que trabajan en profesiones de servicios y atención a otras personas. Sin embargo, se piensa que en general el síndrome de “quemarse” engloba al tedio.

Respecto de diferenciar el “quemarse” con “depresión”, aunque ambos presentan ciertas similitudes, como cansancio, retiro social y sentimientos de fracaso, hay ciertas diferencias sustanciales, dado que el “quemarse” es fundamentalmente un constructo social que surge como consecuencia de las relaciones interpersonales y organizacionales, mientras que la depresión es un conjunto de emociones y cogniciones que por lo general surgen desde el propio sujeto y que tienen consecuencia sobre esas relaciones interpersonales. La depresión se acompaña en mayor medida de sentimientos de culpa, mientras que el “quemarse” se acompaña de enfado, ira y respuestas encolerizadas. En el caso de la fatiga el sujeto se recupera rápidamente de ella una vez logrado el descanso físico y mental mientras que en el “quemarse” no se recupera fácilmente.

La ansiedad está considerada como parte del “quemarse” ya que éste puede evolucionar con síntomas de aprehensión, tensión, malestar o desasosiego que experimenta el sujeto al anticipar el peligro especialmente cuando el origen de éste es desconocido. Por lo tanto la ansiedad puede ser entendida como parte de la respuesta al stress y además ser considerada como un rasgo de personalidad.

### 3.4 BURNOUT Y CUADROS CLÍNICOS RELACIONADOS

La “traumatización vicaria” es descrita por McCann y Pearlman, en 1990 para referirse a síntomas traumáticos sufridos por los profesionales que integran equipos que trabajan con víctimas que sufren violencia extrema, tales como violaciones, torturas y diversos tipos de vejámenes, asaltos con violencia, desmembramientos en guerras o accidentes, entre otras (Benelvaz D., 1997). Es una especie de “victimización vicaria” sufrida por el terapeuta encargado de la asistencia de las víctimas y, por el hecho de ser testigo de tan horribles testimonios, un síndrome de stress traumático secundario, muy bien descrito por Charles Figley en 1995, para terapeutas familiares, que puede derivar hacia el “estar quemado”, es decir puede ser situaciones contextuales que son entesala para “quemarse” posteriormente en el trabajo. Figley publica el trabajo “traumatización sistémica: trastorno de stress traumático secundario en terapeutas familiares” señalando lo siguiente: “Muchos

talentosos terapeutas abandonan su profesión debido a lo estresante de su trabajo o burnout”. Luego anota: “Los mejores terapeutas son muchas veces los más vulnerables. Los terapeutas familiares, debido a la naturaleza y al contexto de su trabajo, presentan, tal vez como grupo, mayor probabilidad de experimentar un tipo de stress relacionado al trabajo, que se denomina DSTS (desorden de stress traumático secundario), el cual tiene mucho en común con el DSPT (desorden de stress postraumático) (Figley C., 1995).

Las características clínicas del DSTS son idénticas al DSPT, diferenciándose en que el primero está relacionado con la traumatización secundaria, es decir por ser testigo de lo relatado por el paciente.

Previamente, en 1974, la investigadora Haley, hija de un veterano de la guerra de Vietnam escribe un interesante artículo sobre los problemas y atrocidades dentro del ámbito terapéutico titulado: “cuando el paciente reporta atrocidades”, para referirse al impacto de las vivencias relatadas por los pacientes sobre el terapeuta.

Volviendo al DSTS, si bien es cierto éste presenta, al igual que el DSPT, síntomas en donde se identifica un stressor agudo, reexperienciación del trauma, evitación y hiperactivación persistente, cabe destacar que en el criterio A1 de la categoría diagnóstica del DSM-IV-TR para el DSPT se describe “cuando la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para la integridad física propia o la de los demás”. En este caso se incluye la traumatización directa o primaria con la indirecta o secundaria, y aquí cabe la narración o relato de experiencias que le han ocurrido a terceros.

Figley es enfático en destacar la diferencia entre DSTS y Burnout, aduciendo que la segunda condición se desarrolla gradualmente llegando al agotamiento emocional, mientras que el DSTS emerge súbitamente, sin mucho aviso y a diferencia del Burnout, el profesional mantiene un alto sentido de entrega y ayuda, y más bien se siente confuso y perturbado por una sobre-identificación con los sufrimientos de su paciente, con sentimientos de soledad respecto de sus pares, pero aún así, presentando una alta tasa de recuperabilidad, lo que no ocurre en el Burnout.

Como ya se menciono el síndrome de Burnout es un proceso que se desarrolla como respuesta al stress laboral crónico. En este marco es un paso intermedio en la relación

stress – consecuencias de stress, de manera que si permanece a lo largo del tiempo, el stress laboral tendrá consecuencias negativas para el individuo, en forma de enfermedades o falta de salud con alteraciones psicosomáticas (cardiorespiratoria, jaquecas, gastritis, úlceras, insomnio, mareos y vértigos)

A nivel institucional estos se traduce en deterioro del rendimiento o de la calidad asistencial o del servicio, ausentismo, rotación no deseada, abandono; satisfacción laboral disminuida y bajo interés por las actividades. Se sabe que este proceso se da con mayor frecuencia en profesionales de servicios de ayuda y una de las primeras medidas para evitar el síndrome de quemarse es conocer sus manifestaciones (Gil-Monte P., Pieró J., 1997, Buendía J., 1998).

En un estudio exploratorio en el Hospital Padre Hurtado con 20 profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) pediátrica, con altos índices de burnout, según la versión chilena adaptada del inventario de Maslach, como una forma de matizar las actividades y al mismo tiempo sensibilizar al grupo frente al problema, recurren a entregar información verbal sobre las causas, manifestaciones, consecuencias y estrategias de prevención y tratamiento de este cuadro.

Según Gil-Monte y Pieró, las estrategias para la intervención deben considerar al menos tres niveles:

1. Individual, que contempla los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales, y el desarrollo de estrategias cognitivo-conductuales que les permitan eliminar, mitigar, evitar o neutralizar las consecuencias negativas del stress.
2. Grupales e interpersonales, referidas a potenciar la formación de habilidades sociales y de apoyo social de los equipos profesionales
3. Organizacionales, que consisten en eliminar o disminuir los estresores del entorno organizacional que determinan el síndrome (Gil-Monte P., Pieró J., 1997)

El concepto clásico de afrontamiento de Lazarus y Folkman se refiere a: “Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Gil-Monte P., PieróJ., 1997)

Estos autores a su vez diferencian las estrategias de afrontamiento en aquellas destinadas a regular la respuesta emocional, también llamadas “paliativas”, que consisten en una serie de procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional que genera una situación estresante. Aquí los sujetos las usan cuando perciben que los estresores no pueden ser modificados y tienen que interactuar con ellos.

Destinadas a manipular o alterar el problema, llamadas “instrumentales”, que implican intentar modificar el estresor. Se trata de estrategias que buscan analizar y definir la situación, y lograr alternativas para su solución considerando costos y beneficios.

Se sabe que las estrategias de afrontamiento para el síndrome de burnout, centradas en el problema, previene el desarrollo del síndrome, mientras que las centradas en la emoción, especialmente aquellas que tiene que ver con la evitación y el escape, facilitan su aparición.

Otras tipologías de afrontamiento descritas desde el ámbito del estrés laboral, se agrupan en cinco grupos conductuales (Burke, 1971 en Gil-Monte P., Pieró J., 1997):

1. Hablar con otros
2. Trabajar más duro y durante más tiempo
3. Cambiar a una actividad de tiempo libre
4. Adoptar una aproximación de solución de problemas
5. Alejarse de las situaciones estresantes

Por su parte, más recientemente Dewe y Guest (1990) identifican siete tipos de estrategias de afrontamiento ante situaciones de stress laboral:

1. Abordar o trabajar sobre el problema
2. Intentar que el problema no se apodere de uno
3. Descarga emocional
4. Tomar medidas preventivas
5. Recuperarse y prepararse para abordar en mejores condiciones el problema
6. Utilizar recursos familiares
7. Intentos pasivos de tolerar los efectos del estrés

Tal como se señala con anterioridad, el identificar más específicamente las estrategias de afrontamiento ante la experiencia de quemarse en el trabajo, conduce, en forma resumida a los siguientes puntos:

1. Estrategias individuales: Entrenamiento en la solución de problemas; entrenamiento de la asertividad; entrenamiento para manejar el tiempo de manera eficaz
2. Estrategias grupales e interpersonales: Apoyo social principalmente en el trabajo
3. Estrategias organizacionales: Programas de socialización anticipada; evaluación y retroinformación; desarrollo organizacional

Respecto al entrenamiento en la solución de problemas, se pretende que las personas puedan resolver problemas y tomar decisiones más adecuadas. Se debe facilitar el reconocimiento del problema y su identificación, inhibiendo al mismo tiempo la tendencia de responder impulsivamente ante él. También facilitar el desarrollo de alternativas a la situación y ofrecer estrategias para analizar diferentes alternativas y ponderarlas, generar anticipaciones a situaciones de éxito o fracaso, buscar la retroinformación grupal o directamente del supervisor (Gil-Monte P., Pieró J., 1997)

En el entrenamiento de la asertividad, definida como la “expresión directa, honesta y apropiada de sentimientos, pensamientos, deseos y necesidades”, se ha demostrado que las deficiencias en el comportamiento asertivo en el entorno laboral, es causal de un mayor riesgo en adquirir el síndrome de desgaste profesional. En el entrenamiento en habilidades asertivas se parte con aspectos básicos de la comunicación humana como el contacto ocular, posturas, gestos y modulación y proyección de la voz. Estas actitudes se discuten y modelan conductualmente. También pueden escenificarse situaciones a través del juego de roles y dramatizaciones de situaciones típicas de conductas asertivas.

El programa para el manejo del tiempo en forma eficaz, se refiere a establecer prioridades para las actividades importantes a realizar en horarios disponibles, aumentar el tiempo disponible para las actividades prioritarias y reducir la percepción y frecuencia de las condiciones laborales de urgencia.

Además adquieren sentido actitudes como las discusiones en pequeños grupos, el tomarse un respiro en medio de las actividades laborales, aumentar los sentimientos de

competencia profesional por medio de la asistencia a jornadas de instrucción y talleres de entrenamiento, rediseño de tareas, distanciamiento mental del trabajo fuera del horario laboral, hacer ejercicio, algún deporte ó hobby é incluso adquirir compromisos ideológicos.

El tomar pequeños momentos de descanso durante el trabajo y evitar la excesiva implicación con las personas hacia quienes se dirige el servicio, también son acciones útiles para enfrentar el estar quemado.

A nivel grupal e interpersonal, para la prevención del síndrome, lo central es fomentar el apoyo social por parte de los compañeros y supervisores. La definición más apropiada de apoyo social la entrega Cobb (1976) y la entiende como: “La información que permite a las personas creer que otros se preocupan por ellos y les quieren; que son estimados y valorados y que pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas” (Gil-Monte P., Pieró J., 1997).

Respecto del apoyo social frente al síndrome de quemarse en el trabajo, Pines (1983) distingue seis formas de ofrecer apoyo:

1. Escucha activa
2. Apoyo técnico
3. Crear necesidades y pensamientos de reto, desafío, creatividad e implicación en el trabajo
4. Apoyo emocional entendido como apoyo incondicional
5. Apoyo emocional desafiante, que haga reflexionar al sujeto, que le haga replantearse las posibles atribuciones hechas sobre los resultados de la tarea.
6. Participar en la realidad social del sujeto

### 3.5 APOYO SOCIAL EN EL TRABAJO

El apoyo social en el trabajo según la investigadora Erera (1992), tiene diferentes impactos sobre el estrés laboral. Desde ser considerado como variable que reduce los efectos del estrés, concebirse como una función moduladora entre la acción del estrés y sus efectos, como estrategia de afrontamiento, en cualquier situación una de las fuentes más importantes de apoyo social proviene de los grupos informales. Una de las

características fundamentales de los grupos de apoyo social es la reducción de los sentimientos de soledad y agotamiento emocional, el incremento de los resultados, ayuda para desarrollar formas más efectivas de tratar con los problemas y la facilitación de un trabajo confortable. Otra forma es fomentar y entrenar a los compañeros y supervisores en dar retroinformación (feed-back). Es considerada la información de retorno eficaz proporcionada por los miembros del grupo. A través de esta actividad el profesional se entera acerca de cómo es percibido, entendido y vivido por los demás. Es una forma de ayudar a una persona a reconsiderar creativa y flexiblemente su conducta. Se propende a que la retroinformación sea descriptiva más que evaluativa, concreta, útil a las necesidades del sujeto al que se le da, y no debe ser impuesta sino pedida o en base a la espontaneidad que surja a cualquier persona de un grupo de trabajo.

Respecto de las estrategias organizacionales para la prevención del síndrome de quemarse por el trabajo, cabe señalar que hay programas de socialización anticipada, aplicada a los nuevos miembros que ingresan a una entidad; jornadas de evaluaciones y retroinformación y desarrollo organizacional. También se mencionan la promoción de reuniones multidisciplinarias periódicas, la formación de grupos de trabajo, la flexibilidad laboral, y el asesoramiento continuo con grupos de especialistas, psicólogos, terapeutas y especialistas en grupos, capaces de ofrecer ayuda profesional individual o grupal para aliviar los problemas de carácter psicossomáticos y conductuales cuando se requiera. Jacob Levy Moreno como valor universal.

El encuentro y el momento, aquella abertura por donde camina el hombre libre, espontáneo y creativo, con toda la dignidad que significa su propia humanidad. Es en este punto en donde el concepto de autocuidado que, como señala Hidalgo y Moreina el 2001, "autocuidado es utilizado en el lenguaje común y propio de los equipos, que lo hacen un referente más bien práctico, es decir, de acción, para referirse a la protección de los equipos frente al impacto emocional cotidiano del trabajo con la violencia" (Torres P., Marassi P., 2003).

La enfermera Dorotea Orem, en 1971, asegura que todos los individuos necesitan satisfacer una serie de requisitos para mantener la vida, la salud y el bienestar, fundando de esta manera su teoría del autocuidado que se inicia en las primeras investigaciones con recién nacidos y lactantes. Orem introduce su teoría desde el déficit de autocuidado. Para esta autora todos los seres humanos al reflexionar sobre sí mismos, simbolizar lo

que experimentan, usar creaciones simbólicas y hacer cosas benéficas para sí mismos, son capaces de autocuidarse en la medida que pongan en práctica aquellas actividades que irán a favor de sí mismos y de quienes les rodean, para mantener la vida, la salud y el bienestar (Guerrero N., 2003).

Esta visión, profundamente interaccional y sistémica, ubica la práctica de la interacción humana dentro de los requisitos de autocuidado universal, al mismo nivel que la conservación del aire, del agua, eliminación, actividad y descanso. En psicoterapia el autocuidado es concebido como un conjunto de estrategias de afrontamiento que los terapeutas deben implementar para prevenir déficits y propiciar y fortalecer un bienestar integral (Murillo P., 2003)

La motivación de este trabajo obedece a:

- 1) Una reflexión y un alerta acerca de los riesgos en la salud psicofísica y por consiguiente, también en la calidad de vida, del personal de salud, especialmente los médicos, cuyas condiciones laborales se han modificado substancialmente en los últimos años.
- 2) La importancia del conocimiento del contexto y las modalidades defensivas específicas que inadvertidamente adoptan los profesionales, para reflexionar acerca de su utilidad ó tal vez su transformación.
- 3) Señalar posibles recursos protectores a modo de conocimiento preventivo.

Los elementos que organizan la renegación de los profesionales de salud, de modo que el dato sensorial perceptivo del propio padecimiento queda omitido, son de orden externo e Interno

Elementos de orden externo son:

- Los medios no relacionan la sobrecarga de pacientes con riesgos de salud de los profesionales.
- La sociedad espera invulnerabilidad de éstos.
- El rol hegemónico de los médicos frente a los demás agentes de salud, los sobreexige aun más.
- Hay una supuesta extraterritorialidad del trabajo profesional llamado liberal y por consiguiente ausencia de medidas protectoras legales para el trabajo inmaterial

-el profesional deviene fácilmente explotable, en particular el residente y el estudiante en internado rotatorio, que abaratan la asistencia con su trabajo de muchas horas y escasa retribución. Los hospitales y clínicas ahorran mucho dinero con ellos.

-las prepagas y los hospitales no tienen topes en lo que esperan de su personal, ni responsabilidad sobre su salud mental y sobre los trastornos de su salud somática.

-por la precarización laboral, el miedo a quedar sin trabajo.

-pocas horas de sueño en profesionales y estudiantes en año social, con el riesgo de accidentes y disfunciones de la salud y también en profesionales mayores con el agregado de depresiones, adicciones y enfermedades severas.

-la desprotección aún mayor resultante. (Dr. Pedro H. Torres Godoy Médico Psiquiatra, Terapeuta Sistémico y Psicodramatista)

Elementos de orden interno:

-la no ligadura de la percepción a la representación, por estrés traumático secundario (DSTS)

-la idealización del poder reparatorio de la profesión, el viejo paradigma del profesional patriarcal y poderoso.

-la renegación de la percepción y creencia, apoyada en los factores externos, de que pueden enfermarse ó ya se enfermaron,

-el efecto de la omnipotencia impuesta como un “deber” y disfrutada o codificada como un poder.

El modelo inmunológico es útil para construir defensas funcionales, es necesario primero conocer que el dolor ajeno es un material infeccioso, tal vez radiactivo y el que lo asiste no es inmune, a menos que sepa que debe crear anticuerpos específicos.

## LOS FACTORES DE RIESGO

Los factores de Riesgo son de tipo individual, grupal y social.

Entre los Individuales se identifican:

- no regular la empatía y la cantidad de trabajo posible.

-Necesidades insatisfechas de reconocimiento.

- Déficit de autoestima y por consiguiente de realimentación motivacional.

-Tanto la falta de una relación interpersonal con el asistido, como lo opuesto, la

sobreinvolucración y sobrecarga emocional privan al profesional de procesar sus experiencias internas y lo dejan expuesto a una vulnerabilidad a contraer síntomas psíquicos y somáticos. Esa trama vincular que se entreteje es el asiento mismo del acto entramado íntimo cuyo sentido es asistir (ad-sistere: detenerse junto al otro). Y es necesario defender el necesario núcleo afectivo de esa relación personal de salud – paciente, por ambos miembros de la dupla, donde ni haya excesiva distancia ni extenuación por sobrecarga.

-La dificultad de redimensionar lo posible dentro de los ideales: la contradicción de ejercer una profesión humanística en un marco burocrático y mercantilista, lleva a una diferencia entre expectativas y realidad. Esto da un alto grado de insatisfacción y frustración.

-Desconocimiento de las patologías emergentes en el campo laboral de las profesiones de servicio y la consiguiente necesidad de protegerse con recursos adecuados frente a padecimientos derivados de la sobrecarga y desmoralización que sobreviene cuando se descrea de poder vencer los obstáculos y las inequidades y al no tener anticuerpos para afrontar las consecuencias del desgaste frente al sufrimiento de los asistidos. Los profesionales en salud, los educadores, el personal de justicia, son grupos que administran el distress psicosocial, y cuando fallan las ideologías defensivas funcionales no es de extrañar que aparezcan en los últimos años cuadros llamados:

Burnout: se describe por tres ejes: cansancio emocional, despersonalización (desapego de la persona del paciente), pérdida de eficacia laboral.

Desgaste por empatía: fatiga por sobreinvolucración y estrés traumático secundario: embotamiento, evitación, hiperalerta y sobreactivación

(Dr. Pedro H. Torres Godoy Médico Psiquiatra, Terapeuta Sistémico y Psicodramatista)

Los Factores grupales se refieren a: Conflictos con pares y con jefes. Líderes con autoridad insuficiente ó abusiva. Y los sociales comprenden: el imaginario que supone que una profesión es un sacerdocio: renuncia a la propia vida, supuesto sostén económico asegurado y exigencia de infalibilidad.

-Precarización del trabajo, Exceso de trabajo, y sobreocupación: "trabajo después del trabajo". La suma del exceso y la precarización se potencian en angustia, la judicialización y psiquiatrización de la miseria, la remuneración insuficiente y la no

aplicación del principio ergonómico: adecuar la tarea al trabajador, en tiempos y espacios adecuados, Ausencia o distorsión de los Servicios de Salud para trabajadores. (Convenio 161 OIT), Violencia física y/o verbal, Mobbing: acoso moral

En 1973 Herbert Freudenberger de USA describe el concepto de burnout (1) a partir de observar cambios en él y en otros profesionales (psicólogos, anestesistas, médicos, asistentes sociales, enfermeras, dentistas). Vio que al cabo del tiempo perdían mucho de su idealismo y también de su simpatía hacia los pacientes. Tenían quejas somáticas, retracción, devenían calculadores y cínicos, ridiculizaban a los pacientes, estaban mentalmente exhaustos y sufrían de cefaleas, problemas gastrointestinales, ansiedad, dificultad para concentrarse y depresión. Ocurre en las “helping professions”, profesiones de servicios, cuando el desafío laboral no está balanceado por satisfacciones internas.

En 1981 Maslach construye un instrumento cuantitativo para medir y comparar la intensidad del burnout. No es completa la descripción del burnout si no se describe la institución y su clima organizacional: la autonomía individual, la orientación de los premios, la consideración, la calidez y el soporte.

Respecto al “Desgaste por empatía” descrito por Figley en 1995, es el resultado acumulativo del estrés traumático secundario, resultante del trabajo con personas en situaciones traumáticas, del estrés traumático primario y del burnout, en la vida de una persona con profesión de servicio. Los altos niveles crónicos de ansiedad experimentados en estas profesiones, afectan el funcionamiento cerebral en su funcionamiento neocortical y en el hipocampo, disminuyendo la memoria y las habilidades racionales para su vida y su trabajo, pero es posible prevenir esto desarrollando activamente modos de tener una presencia no ansiosa y conductas intencionales y no reactivas.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define que el trabajo es un importante factor en el fomento de la salud, y también por igual puede ser una fuente de gran malestar y gatillar enfermedades si es muy disfuncional, como demuestran muchos estudios epidemiológicos.

La OIT (Organización internacional del Trabajo) a su vez afirma que el personal de salud es un personal reconocidamente expuesto a riesgos, pero no se sabe por qué no se los considera como trabajadores que necesitan una particular protección de salud en el marco de sus funciones profesionales. En general la norma está dirigida a proteger a los

pacientes y en menor medida al personal de salud. Esto significa que han de ser los profesionales de la salud mismos quienes provean a su auto cuidado.

En 1985, en una reunión paritaria sobre el empleo, se decidieron las condiciones de trabajo de servicios médicos y de salud. Se consideraron tres aspectos de protección a la salud en el trabajo:

- Los riesgos físicos
- El estrés provocado por factores de riesgo
- Los actos de violencia relacionados con el trabajo

En los profesionales de la salud los efectos del estrés empiezan por malestares triviales y cotidianos que constituyen precursores de enfermedad y es importante diagnosticarlos a tiempo. Suelen “naturalizarse” y pasan a formar parte de un modo de vivir.

Son disfunciones de sistemas mentales y/o físicos, que aún no son causa de enfermedad, pero que si persisten, lo serán. Son efectos del burnout incipiente.

Síntomas físicos:

Palpitaciones

Dolor y opresión en el pecho

Indigestión y distensión abdominal por gases

Micciones frecuentes

Impotencia o falta de libido

Alteración del ritmo menstrual

Sensaciones de hormigueo en brazos y piernas

Tensión muscular

Cefalea persistente

Migraña

Erupciones cutáneas

Sensación de tener un bulto en la garganta

Diplopía y dificultad para enfocar los ojos

Síntomas afectivos

Cambios de humor excesivo y rápido

Preocupación excesiva por cosas que no merecen la pena

Incapacidad de sentir compasión por otras personas

Interés excesivo por la salud física

Introvertirse y soñar despierto  
Sensación de cansancio y falta de concentración  
Aumento de la irritabilidad y la angustia  
Síntomas de comportamiento  
Indecisión y descontento injustificado  
Aumento del ausentismo y demora en recuperarse de accidentes y enfermedades  
Tendencia a sufrir accidentes y descuido en la conducción de vehículos  
Trabajo ineficaz, chapucero y uso de recursos para evitarlo  
Aumento del tabaquismo  
Aumento del consumo de alcohol  
Aumento de la dependencia de drogas: tranquilizantes y somníferos  
Exceso de comida o, menos comúnmente, pérdida del apetito  
Cambios en la forma de dormir: dificultad para quedarse dormido y cansancio al despertar  
Disminución de la calidad y la cantidad de trabajo

### 3.7 CALIDAD Y CANTIDAD DE TRABAJO

Hablar de emociones es hablar de cuerpo, tenemos encarnada nuestra herramienta de trabajo al decir de Toni Negri, la herramienta son los afectos, la empatía . A causa de la sobrecarga emocional, el organismo entra en un estado de alerta que desencadena una tensión emocional constante e intensa. A su vez, la percepción de amenaza se establece cuando la persona identifica que las herramientas con las que cuenta no son suficientes para manejar dicha situación.

Los efectos en los blancos del estrés o de la adaptación sintomática, que son:

- el cerebro: déficit cognitivo por lesión del hipocampo y déficit de memoria de las habilidades de afrontamiento. Atrofia neuronal.
- el sistema metabólico: facilitación para la diabetes I, para la obesidad.
- el sistema cardiocirculatorio: hipertensión, Infarto Miocardio, Accidente Cardiovascular.
- sistema inmune: infecciones, enfermedades autoinmunes, cáncer.

Hay indicadores para medir la carga alostática ó sea la manera disfuncional de enfrentar las presiones: Tensión arterial (T.A), HDL (Colesterol/High Density Lipoproteína), catecolaminas y cortisol nocturno, cintura/cadera, Hb (Hemoglobina) glicosilada.

Los hábitos disfuncionales: fumar, beber, mala dieta y sueño insuficiente, facilitan consecuencias del estrés.

Se instalan la fatiga, las cefaleas, la irritabilidad, las perturbaciones del sueño, el déficit de atención, la apatía, los dolores inespecíficos, el sentimiento de sin sentido, el desapego del trabajo. Hay disregulación del eje HHA (hipotálamo-hipofiso-adrenal) en más y en menos, dando disfunciones de casi todos los sistemas y al cronificarse, enfermedades cardiovasculares, digestivas, cáncer.

## **IV. DISEÑO METODOLOGICO**

### **4.1. TIPO DE ESTUDIO**

El presente trabajo es de tipo descriptivo, de corte transversal cuali cuantitativo, porque se describe los conocimientos sobre las causas y manifestaciones, medidas preventivas y alternativas de solución del Síndrome de Burnout, también se hizo un corte en el tiempo y se utilizò técnicas cualitativas y cuantitativas

### **4.2 AREA DE ESTUDIO**

Hospitales del Centro Médico Metropolitano de San Salvador: Hospital Rosales, Hospital de Maternidad, Hospital Zacamil, Hospital Benjamín Bloom del área Metropolitana de San Salvador.

### **4.3 UNIDAD DE ANALISIS Y OBSERVACION**

Licenciados graduados en Anestesiología é Inhaloterapia que laboran en los diferentes Centros Hospitalarios: Hospital Rosales, Hospital de Maternidad, Hospital Zacamil, Hospital Benjamín Bloom del área Metropolitana de San Salvador.

### **4.4. GRUPO POBLACIONAL Y GRUPO SELECCIONADO**

#### **GRUPO POBLACIONAL:**

Todos los Licenciados y Licenciadas graduados que laboran en los Centros Hospitalarios: Hospital Rosales, Hospital de Maternidad Hospital Zacamil, Hospital Benjamín Bloom del área Metropolitana de San Salvador.

## GRUPO SELECCIONADO:

Para la selección del grupo muestral se tomaron los datos a 40 Licenciados contratados en los Hospitales: Hospital Rosales, Hospital de Maternidad, Hospital Zacamil, Hospital Benjamín Bloom del área Metropolitana en estudio, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

### Criterios de inclusión

- 1- Recurso en Anestesiología é Inhaloterapia graduados con titulo en Licenciatura.
- 2- Laborando en Hospitales del Centro Médico Metropolitano: Hospital Rosales, Hospital de Maternidad, Hospital Zacamil, Hospital Benjamín Bloom.
- 3- Grupo de edad que oscila entre 25 y 55 años de edad, además sin distinción de género.
- 4- El tiempo de contratación laboral de 8 horas como mínimo

### Criterios de exclusión

- 1- Licenciados que no desearon participar
- 2- Personal que no se ha graduados que estaba en servicio social laborando
- 3- Que no pertenecen a los hospitales de tercer nivel.

## OPERACIONALIZACION DE LOS DESCRIPTORES

Descriptor: Conocimientos sobre el Síndrome de Burnout

Definición operacional: Respuestas del entrevistado en relación a las causas, a quienes afecta, manifestaciones físicas, comportamentales y emocionales.

Subdescriptor: Conocimiento de las causas, a quienes afecta, Conocimiento de manifestaciones físicas, Conocimiento de manifestaciones comportamentales, Conocimiento de manifestaciones emocionales.

Descriptor: Medidas preventivas

Definición operacional: Respuesta de este profesional sobre cómo se aborda el problema en términos preventivos a nivel institucional, social é individual.

Subdescriptor: Medidas preventivas institucionales, Medidas preventivas sociales, Medidas preventivas individuales.

Descriptor: Alternativas individual social é institucional.

Definición operacional: Alternativas individuales, sociales é institucionales.

Subdescriptor: Alternativas institucionales. Alternativas sociales. Alternativas individuales.

## FUENTES DE INFORMACION

Los Licenciados contratados en Hospitales del área Metropolitana de San Salvador.

## TECNICAS E INSTRUMENTOS

La información se obtuvo a través de la entrevista a los Licenciados contratados en Hospitales del Área Metropolitana de San Salvador, utilizando guía de observación para registrar los datos obtenidos.

## PROCEDIMIENTOS

Se proceso la información utilizándose técnica de análisis de contenido, vaciándolas en matrices, analizando la frecuencia de repetición de respuestas.

## CONSIDERACIONES ETICAS

De toda la información vertida por los entrevistados: Licenciados en Anestesiología é Inhaloterapia de los diferentes Hospitales seleccionados, se mantendrá en Anonimato sin revelar nombres.

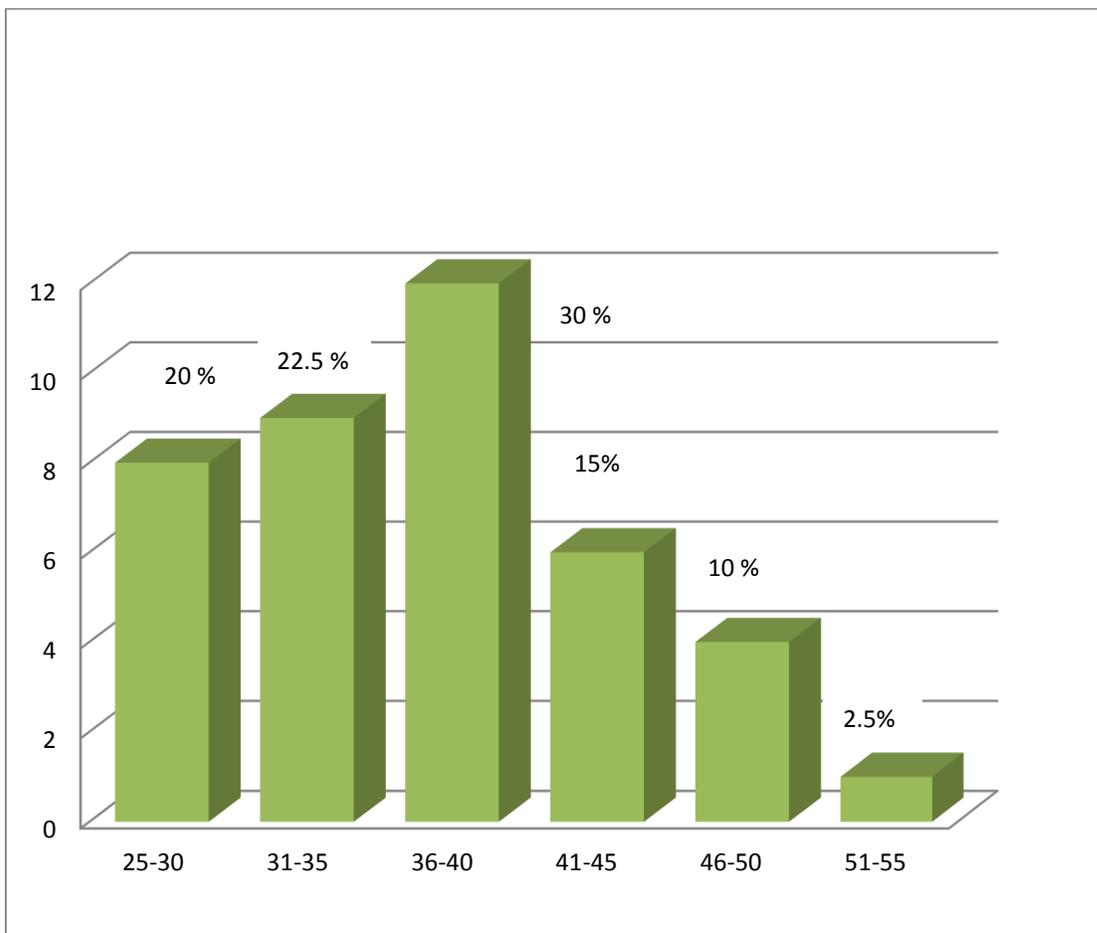
## V. PRESENTACION DE RESULTADOS

### Caracterización de la población entrevistada.

Los datos obtenidos durante la investigación para determinar el conocimiento sobre el Síndrome de Burnout en el personal de Anestesiología é Inhaloterapia, se resume a continuación:

#### GRAFICA N°1

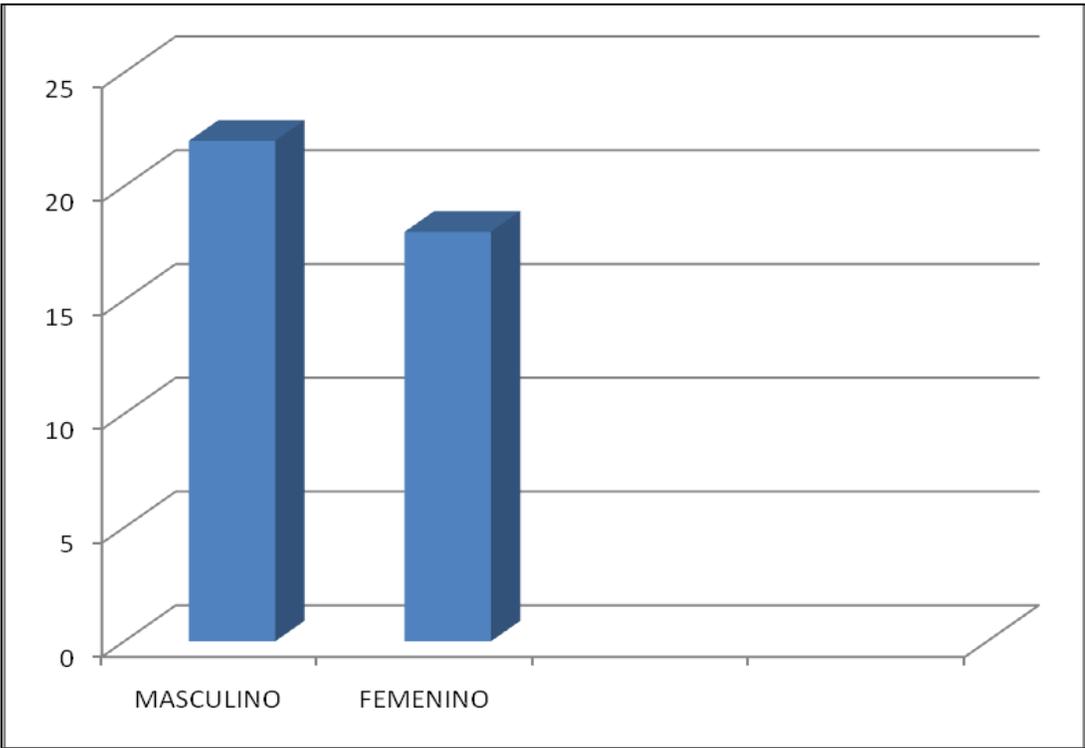
“Edad de lo profesionales Licenciados en Anestesiología e Inhaloterapia que tienen conocimiento sobre el Síndrome de Burnout en los Centros Hospitalarios del área metropolitana de San Salvador : Rosales, Maternidad, Zacamil, Benjamin Bloom”



La Población Entrevistada en los Centros Hospitalarios del Área Metropolitana de San Salvador estaba representada por las edades entre: 36-40 años siendo ellos los que ocuparon el (30 %) debido a que en esta edad es en la que se comienza a ejercer la profesión. Siendo ellos la mayoría en los centros hospitalarios, de 31-35 años (22.5 %), 25-30 años (20 %), 41-45 años (15 %), y de 46-50 años solo resultaron (10%) iniciándose en esta edad el proceso de la jubilación.

**GRAFICA N° 2**

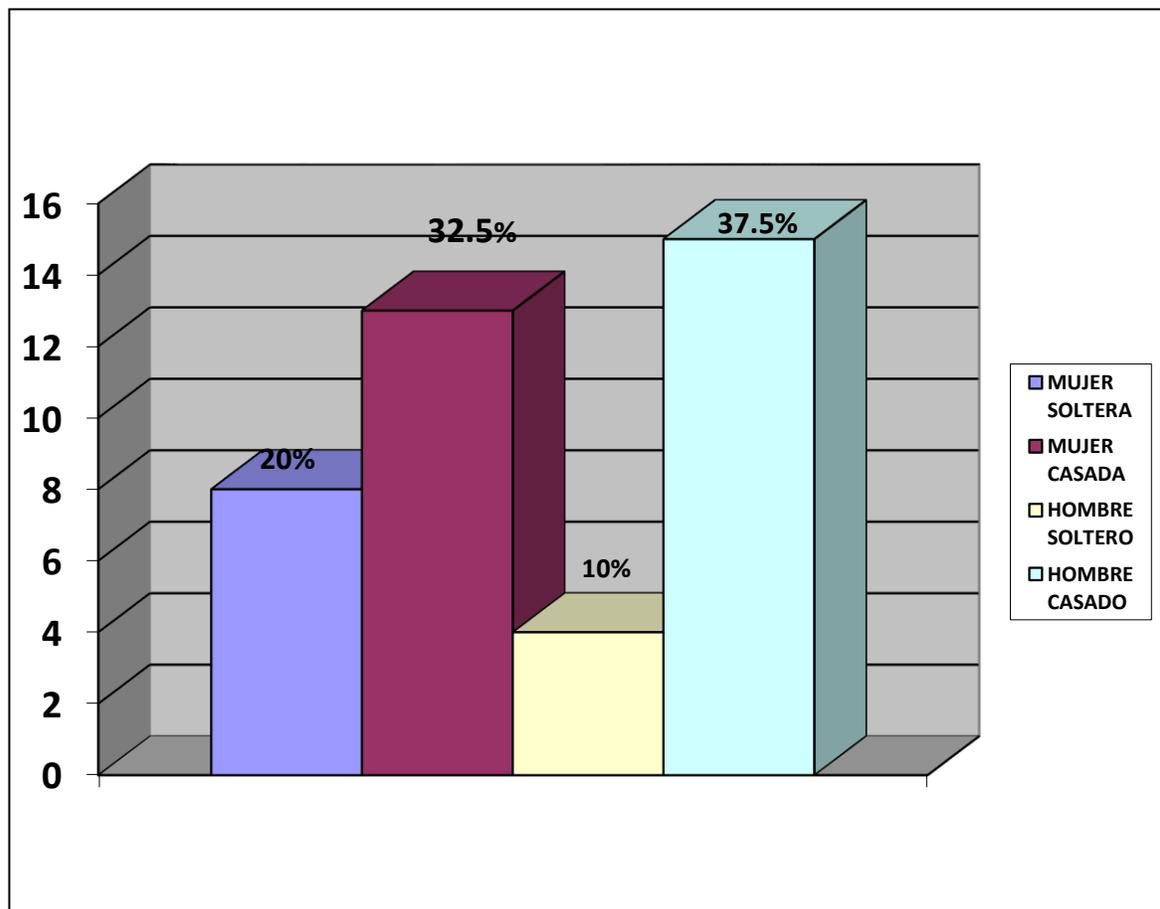
“El sexo de lo profesionales Licenciados en Anestesiología e Inhaloterapia que tienen conocimiento sobre el Síndrome de Burnout en los Centros Hospitalarios del área metropolitana de San Salvador: Rosales, Maternidad, Zacamil, Benjamín Bloom”



El Sexo de la población Entrevistada el mayor porcentaje fue para el género masculino con un 55% y un 45% para el género femenino.

### GRAFICO N° 3

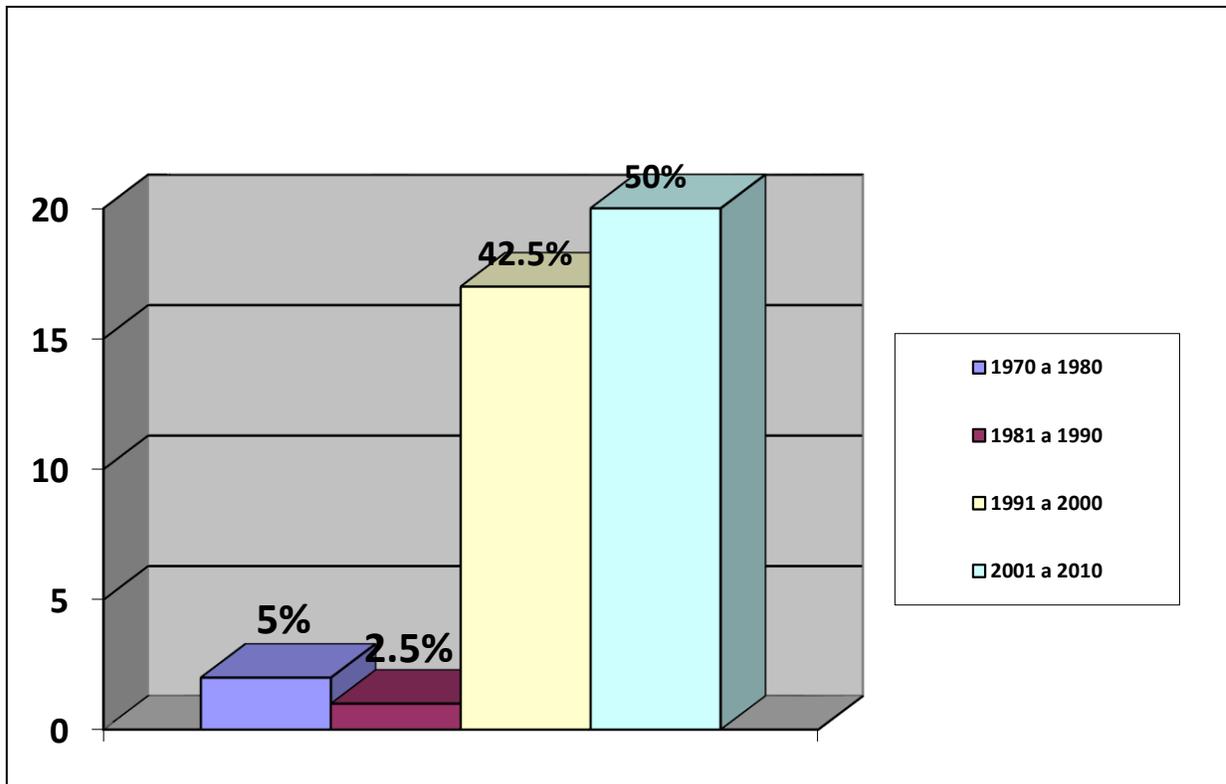
“El Estado Civil de lo profesionales Licenciados en Anestesiología e Inhaloterapia que tienen conocimiento sobre el Síndrome de Burnout en los Centros Hospitalarios del área metropolitana de San Salvador: Rosales, Maternidad, Zacamil, Benjamín Bloom”



En el Estado Civil de los Entrevistados se tomaron en cuenta dos parámetros: Mujer soltera, Mujer casada, Hombre soltero, Hombre casado. En donde Mujer y Hombre soltero representaron el (30%), Mujer casada (32.5%) y la mayoría del porcentaje (37.5%) fue para los Hombres casados.

#### GRAFICO Nº 4

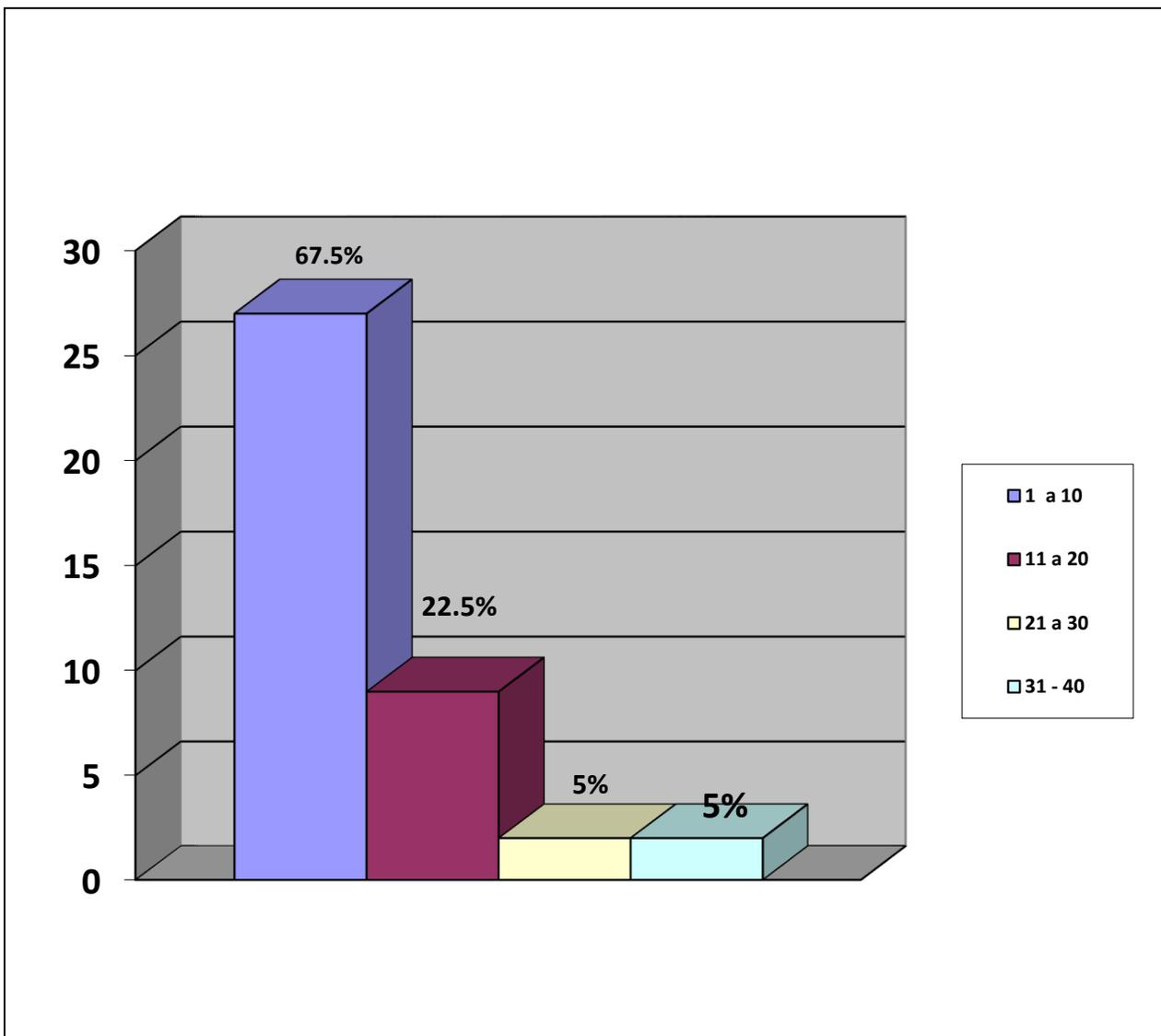
“Año de Graduación de lo profesionales Licenciados en Anestesiología e Inhaloterapia que tienen conocimiento sobre el Síndrome de Burnout en los Centros Hospitalarios del área metropolitana de San Salvador: Rosales, Maternidad, Zacamil, Benjamín Bloom”



La presente gráfica indica el año de Graduación de los Entrevistados en donde se puede observar que entre: 1970 a 1980 han transcurrido cuarenta años desde su graduación siendo el (5%), de 1981 a 1990 tres décadas (2.5 %) ,1991 a 2000 dos décadas (42.5 %), y la mayoría de los profesionales se graduó hace diez años entre el 2001 al 2010 resultando el (50 %)

### GRAFICO Nº 5

“El tiempo de Laborar de lo profesionales Licenciados en Anestesiología e Inhaloterapia que tienen conocimiento sobre el Síndrome de Burnout en los Centros Hospitalarios del área metropolitana de San Salvador: Rosales, Maternidad, Zacamil, Benjamín Bloom”

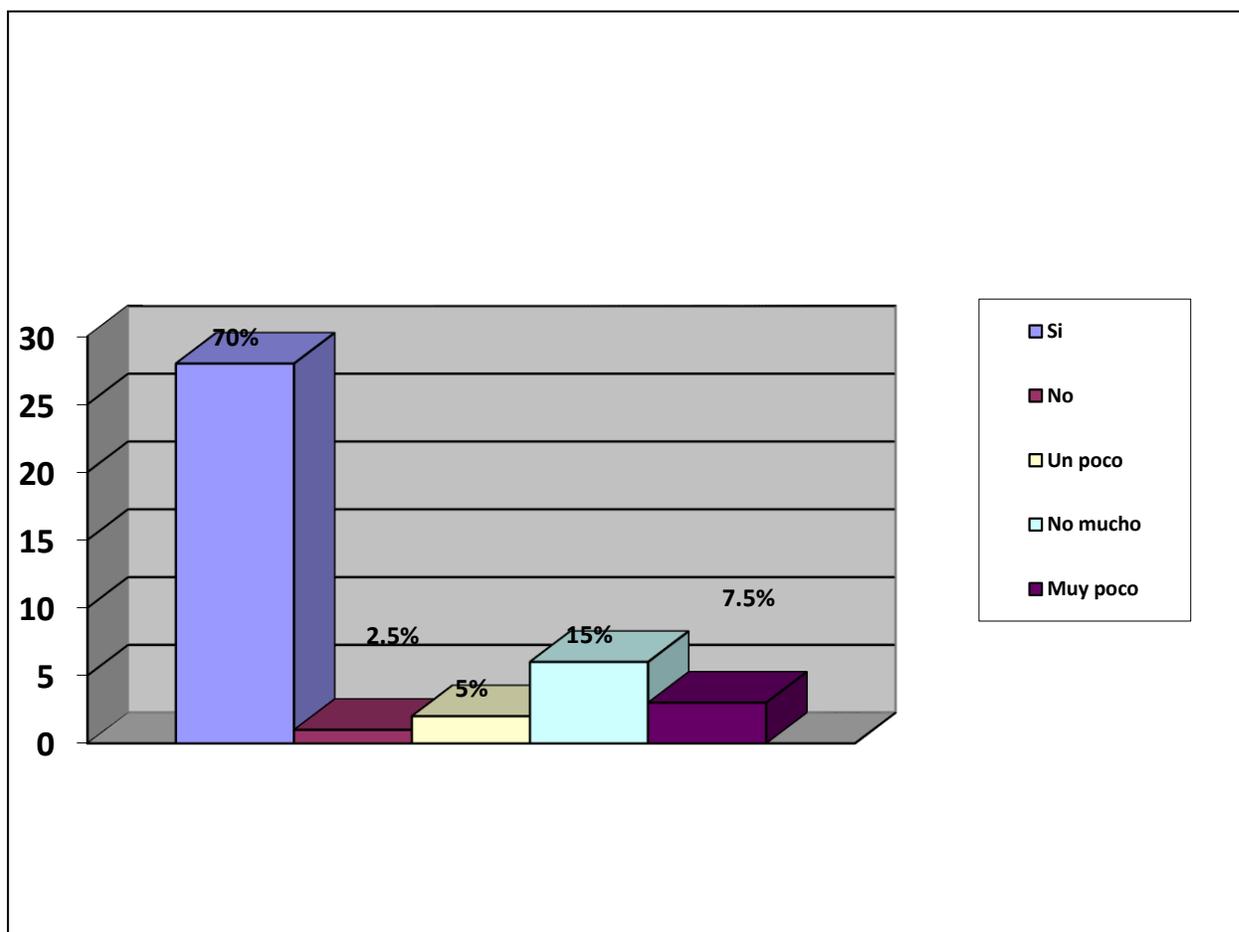


El mayor porcentaje del Tiempo de Laborar de los Entrevistados en los Centros Hospitalarios fue de 1 a 10 años representaron el (67.5%), Los profesionales que tienen entre 11 a 20 años de

trabajar en dichas instituciones fue el (22.5%), entre 21 a 30 años (5 %), y el menor tiempo de laborar en sus respectivos Centros Hospitalarios fue del (5 %)

### GRAFICO Nº 6

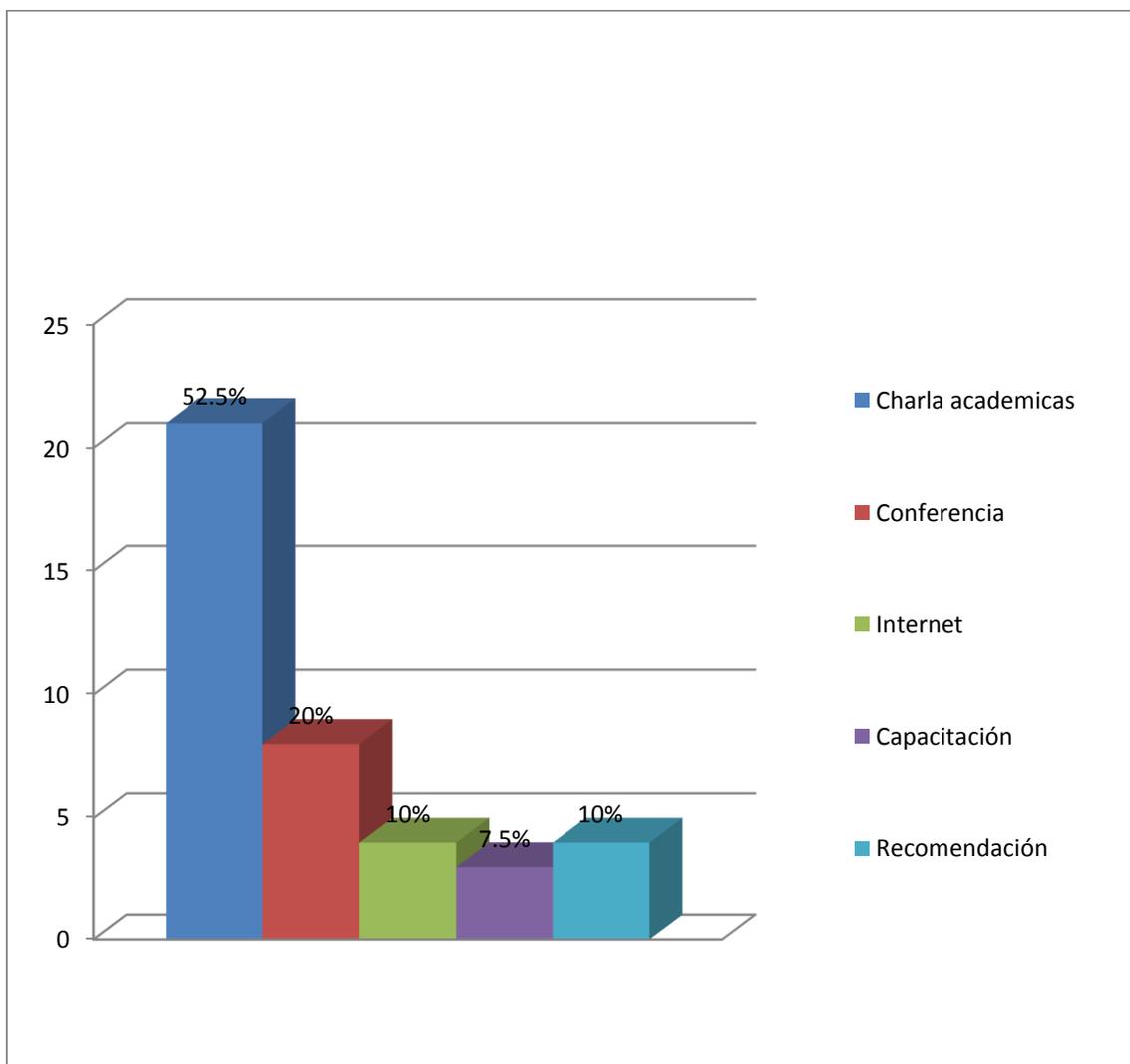
“Conocimiento de lo profesionales Licenciados en Anestesiología e Inhaloterapia que tienen sobre el Síndrome de Burnout en los Centros Hospitalarios del área metropolitana de San Salvador: Rosales, Maternidad, Zacamil, Benjamín Bloom”



El Conocimiento que tiene el Personal de Anestesiología é Inhaloterapia sobre el Síndrome de Burnout el (70 %) de la población menciona que si tiene conocimiento, él (2.5%) no tenían idea de lo que se le preguntaba, él (5%) conocía un poco, él (15%) no mucho, y un (7.5%) reconoció que el conocimiento sobre el Síndrome de Burnout que el posee es muy poco.

**GRAFICO N° 7**

“Medio de Información de lo profesionales Licenciados en Anestesiología e Inhaloterapia sobre el Síndrome de Burnout en los Centros Hospitalarios del área metropolitana de San Salvador: Rosales, Maternidad, Zacamil, Benjamín Bloom”



El Medio de Información que utilizaron los Profesionales en Anestesiología e Inhaloterapia sobre el Síndrome de Burnout fue un (52.5 %) a través de charlas impartidas en su formación académica, un (20%) se informó a través de conferencias ocasionales, un (10%) a través del

internet, un (7.5%) fue la información por capacitaciones brindadas dentro de la instituciones, y un (10%) a través de sugerencias o recomendaciones de los mismos compañeros de trabajo.

### MATRIZ N° 1

CAUSAS Y ELEMENTOS CARACTERÍSTICOS DE SÍNDROME DE BOURNET .LICENCIADOS /AS EN ANESTESIOLOGÍA E INHALOTERAPIA. HOSPITAL ROSALES, BENJAMÍN BLOOM, MATERNIDAD Y ZACAMIL. 2011.	
Respuesta	Repetición de respuesta
Carga de trabajo	22p
Cansancio y fatiga	9p
Apatía y ansiedad	6p
Incentivo económico	4p
Ambiente laboral	3p
No sabe	3p
Malestar con compañeros: ,presión de compañeros de trabajo	3p
Momento críticos al dar anestesia:	2p
Contaminación ambiental por gases anestésicos	1p
Escases en el equipo de trabajo	1p
Problemas familiares	1p
Demanda judicial	1p
Inestabilidad laboral	1p
<b>ANALISIS INTERPRETATIVO</b>	
La mayoría 22 de los Entrevistados reconocen que entre las causas principales del Síndrome esta la carga de trabajo, demasiadas horas laborales en las cuales no hay un verdadero descanso de los cuales 9 indica que existe cansancio y fatiga.	

P=persona

**MATRIZ N° 2**

<b>Afectación al profesional de anestesiología e inhaloterapia, a otros profesionales.</b>	
Afecta al profesional de anestesia	Repetición de respuesta
Si solo al profesional de anestesia	31p
No a otras ocupaciones	9p
<b>ANALISIS INTERPRETATIVO</b>	
La mayoría 31 de los Profesionales Entrevistados considera que si son ellos principalmente el gremio que se ve más afectado debido a las contantes presiones en sus diferentes funciones laborales.y el resto 9 mencionaron que no a otras profesiones	

**P=persona**

**MATRIZ Nº. 3.**

<b>“Manifestaciones físicas presentadas por los que son afectados por el problema, según lo observado por los entrevistados Licenciados en Anestesiología e Inhaloterapia</b>	
<b>RESPUESTA</b>	<b>REPETICIÓN DE RESPUESTA</b>
Fatiga	16p
Cansancio	12p
Irritabilidad	7p
Apático	5p
Mal carácter	4p
Cefalea	4p
Insomnio	4p
Sueño	4p
Farmacodependencia	3p
Ansiedad	3p
Tristeza	2p
Dolor musculares	2p
Depresión	2p
Olvido	2p
Somático	2p
No sabe	1p
<b>ANALISIS INTERPRETATIVO</b>	
<p>La mayoría, 16 de los Entrevistados manifestó que generalmente se sienten fatigados y cansados según lo manifestado por 12 ,por la sobrecarga de trabajo, o por realizar otros turnos en diferentes Centros Hospitalarios.</p>	

**P=persona**

MATRIZ N° 4

<b>“manifestaciones conductuales indicadas por Licenciados que considera que padecen ser los afectados por el Síndrome de Burnout”</b>	
<b>RESPUESTA</b>	<b>REPETICIÓN DE RESPUESTA</b>
Mal humorado	14
Agresivo	7
Cansancio mental	6
Irrespetuoso	5
Histórico	5
Cambio de carácter	5
Apático	3
Quejumbroso al trabajo	3
Trabajo a desgano	3
No escucha sugerencia	2
Malas relaciones personales	2
Depresión	1
<b>ANALISIS INTERPRETATIVO</b>	
<p>La mayoría ,14 de los Entrevistados reconocen que muchas veces tienen cambios de personalidad, como el mal humor ,pero tambie cansancio e irespeto ,histórico y cambios de carácter ,afectando de esta forma su entorno laboral, social, Y familiar.</p>	

P=persona

**MATRIZ N° 5**

<b>“Manifestaciones emocionales expresadas por los Licenciados en el cual consideran que padecen ser los afectados por el Síndrome de Burnout”</b>	
<b>RESPUESTA</b>	<b>REPETICIÓN DE RESPUESTA</b>
Depresivo	10p
Apático	8p
Irritable	8p
Inestabilidad	4p
Ansiedad	4p
Llanto	3p
Irrespeto a compañeros	3p
Malas relaciones interpersonales	3p
Tristeza	3p
Descontento	2p
Aislamiento	2p
No son sinceros	1p
No sabe	1p
Somnolencia	1p
<b>ANÁLISIS INTERPRETATIVO</b>	
La mayoría 10 de los Profesionales reconoció que constantemente han tenido cambios emocionales donde el mas mencionado es de Depresivo ,pero también la apatía y la Irritabilidad afectándose a sí mismo y su entorno principalmente el familiar; cayendo en depresión e irritabilidad.	

**P=persona**

**Medidas preventivas Institucionales, sociales é individuales expresadas por los Licenciados y Licenciadas de Anestesiología é Inhaloterapia.**

MATRIZ N°. 6

<b>“Medidas preventivas de tipo individual expresado por los Licenciados en Anestesiología e Inhaloterapia sobre cómo debería abordarse el problema de la perspectiva individual”</b>	
<b>RESPUESTA</b>	<b>REPETICIÓN DE RESPUESTA</b>
Más horas de descanso	13p
Recreación	10p
Apoyo psicológico	6p
Ejercicios físicos y ejercicio de relajación	6p
Incentivos	5p
Buen trato laboral	3p
Reuniones de socialización	2p
Conferencias de salud mental	2p
Mejoras al ambiente de trabajo	2p
No sabe	2p
No llevar los problemas fuera del trabajo	1p
Área de lectura	1p
Exigir derechos labores	1p
Corregir horarios	1p
<b>ANÁLISIS INTERPRETATIVO</b>	
<p>La mayoría 13 de los Profesionales Entrevistados sugirieron como medidas preventivas individual más tiempo de descanso entre los tiempos de comida, cambios de turnos. Además 10 indican un lugar de esparcimiento de recreación en sus lugares de trabajo.</p>	

**P=persona**

MATRIZ N° 7

<b>“Medidas preventivas de tipo social ó colectivas que indicaron los informantes sobre como a juicio de ellos como debe abordarse la problemática”</b>	
<b>RESPUESTA</b>	<b>REPETICIÓN DE RESPUESTA</b>
Recreación de grupo, planes de esparcimiento.	12p
Armonía en el lugar de trabajo buenas relaciones laborales y familiares	8p
No sabe	6p
Grupos de apoyo	4p
Contar con el equipo adecuado para trabajar	3p
Descontaminar las áreas de descanso	2p
Más información del síndrome	1p
<b>ANÁLISIS INTERPRETATIVO</b>	
La mayoría 12 de los Entrevistados fueron enfáticos en que se realicen o se lleven a cabo la creación de lugares de esparcimiento fuera o dentro de las instituciones, Además 8 indican que debe haber armonía ,mayor y constantes capacitaciones de relaciones interpersonales.	

**P=persona**

## MATRIZ N° 8

<b>Medidas preventivas institucional</b>	
<b>Medidas preventivas institucional</b>	<b>Repetición de respuestas</b>
Ninguna	31p
No sabe	9p

**ANALISIS INTERPRETATIVO**

La mayoría 31 de los Entrevistados aportaron que ninguna medidas preventivas se aplica para dicho Síndrome en la institución que laboran y el menor porcentaje ,9 indicaron no saber sobre dichas medidas.

**P=persona**

**Alternativas expresadas por los Licenciados en Anestesiología é Inhaloterapia desde el punto de vista Institucional.**

**MATRIZ Nº 9**

<b>“Alternativas mencionadas por los Licenciados en Anestesiología e Inhaloterapia para el abordaje desde el punto de vista institucional ”</b>	
<b>RESPUESTA</b>	<b>repetición de respuesta</b>
Charlas informativas para el manejo de estrés	12p
Socializar con grupo de trabajo ,comités de apoyo	11p
Buen trato laboral y ambiente laboral	10p
Disminución de horas laborales	6p
Mejorar el área de descanso	6p
Técnicas de relajación y promover incentivos	5p
Promover diferentes deportes	5p
Tiempo para tomar alimentos	3p
Contar con los insumos para laborar y mejorar el área de trabajo	2p
No sabe	1p
Análisis interpretativo	
<p>La mayoría 12 de los Entrevistados señalarón que se necita mas informacio que sería importante que las instituciones manejaran con mayor responsabilidad la problemática del Síndrome a través de capacitaciones sobre el tema, la creación de grupos de apoyo. Obteniendo así un buen desempeño laboral.</p>	

**P=persona**

## VI. DISCUSION DE RESULTADOS

En los Hospitales Rosales, Hospital Benjamín Bloom, Hospital de Maternidad, Hospital Zacamil, caracterizados como de tercer nivel y donde esta concentrados las especialidades, los equipos de salud, están sometidos a largas jornadas de trabajo y al cumplimiento de normativas para proporcionar atención de la salud con calidad.

En este ambiente laboral, el Síndrome de Burnout se manifiesta como un proceso que se desarrolla como respuesta al estrés laboral.

Así mismo el Síndrome de Burnout es un problema de Salud Pública que afecta a la población, familia, a particulares en el cual la mayoría de la veces no es identificado o no le dan la importancia respectiva, porque los trabajadores afectados no escuchan su cuerpo y en último momento accesan a la búsqueda de la atención de salud por lo que el problema ya esta avanzado y requiere de mucha inversión la recuperación de los mismos , además se debe trabajar para el logro de las estrategias de afrontamiento a fin de prevenir el desarrollo del Síndrome de Burnout y realizar un abordaje a nivel individual , grupal y organizacional .

El 70% de los entrevistados tiene conocimientos del Síndrome de Burnout ;se han informado a través de charlas académicas (52.5%);por conferencias (20%);por internet(10%);de igual manera identificaron como causas la carga de trabajo de muchas horas de trabajo (22 respuestas );cansancio y fatiga (9 respuestas );apatía y ansiedad (6 respuestas).

Los profesionales entrevistados consideran que si son ellos principalmente los más afectados debido a las constantes presiones en sus diferentes función laborales .En relación a las manifestaciones físicas presentadas por los afectados por el problema son :Fatiga,Cansancio,Irritabilidad.

Así mismo las medidas preventivas a nivel individual no son suficientes para controlar y disminuir el problema, debido al costo de la vida y a la cultura de

trabajo, en doble jornada como opción personal para satisfacer sus necesidades básicas, descuidando con ello el ideal de construir una vida libre de estrés.

Los profesionales para mantener un nivel de vida adecuado y poder cubrir sus expectativas tanto individual como familiar recurren a largas jornadas de trabajo,

Muchos trabajando dos a tres turnos consecutivos; poniendo en riesgo su estado de salud emocional y física, además no rindiendo óptimamente en su desempeño laboral. Abonando a todo esto la sobrecarga laboral por la demanda institucional y exigencia de las diferentes jefaturas, que a pesar de las responsabilidades y el riesgo que conlleva esta área de la salud, los entrevistados no ven recompensado su esfuerzo con lo que perciben en su salario; llevándolo a si a la frustración y desmotivación, conduciéndolo a una baja realización personal y de Despersonalización.

Este Síndrome de Burnout afecta a muchos profesionales de la Salud principalmente al área de Anestesiología e Inhaloterapia debido a su alta responsabilidad tanto para el paciente y a la institución por depender de este recurso la integridad del paciente, aunque se está consciente de esta situación, muchos de los profesionales no le dan la verdadera importancia al problema del Síndrome pudiendo afectarles posteriormente su situación laboral y conllevando a un descredito institucional, ya que un error en el área laboral traería consecuencias.

Con frecuencia han expresado cambios de personalidad, cambios emocionales afectándose a sí mismo y su entorno, principalmente el familiar cayendo en depresión e irritabilidad.

La depresión es uno de los síntomas más característicos del Síndrome de Burnout según el Psicólogo Herbert Freudenberger, debido a la baja realización personal y Despersonalización .y las causas identificadas por los entrevistados son congruente por los señalado por: Pine y Kafry, Manassero y Cool, Navarrete M., Arellano M.

Entre las medidas preventivas de tipo Individual la mayoría de los entrevistados sugirieron más horas de descanso y de recreación, de tipo social o colectiva, además fueron enfáticos en que se realicen o se lleven a cabo la creación de lugares de esparcimiento fuera o dentro de la instituciones y el mayor numero de de los entrevistado aportaron que no existe ninguna medida preventiva institucional.

En relación a las alternativas, la mayoría menciono charlas informativas para el manejo de estrés capacitaciones de relaciones interpersonales, creación de grupos de apoyo.

## VII. CONCLUSIONES

Los Licenciados en Anestesiología é Inhaloterapia tiene conocimiento generales sobre la existencia del Síndrome de Burnout, que es un proceso en donde supone una interacción de variables afectivas o emocionales (agotamiento emocional y despersonalización), variables cognitivas y actitudinales (falta de realización personal en el trabajo) .pero no están consciente en su totalidad de lo que implica el problema, para que en forma individual puedan recurrir a medidas de afrontamiento.

Los Licenciados en Anestesiología e Inhaloterapia denotan la necesidad de mayor información sobre el Síndrome de Burnout y que estén contemplados en los planes institucionales.

Los Licenciados en Anestesiología e Inhaloterapia indican que es necesario mayor compensación salarial, así evitar largas y frecuentes jornadas de trabajo, la existencia de lugares de descanso y recreativos.

Los Licenciados en Anestesiología e Inhaloterapia proponen que en sus Centro Hospitalario existan programas integrales para los profesionales en la rama que incluya la atención en la salud mental y así identificar a las personas en riesgo que podrían padecer de dicho problema.

Las consecuencias del Síndrome es la pérdida de acción preactiva, y las manifestaciones engloban el consumo aumentado de estimulantes, abusos de sustancias y, en general,

La persona sufre y como consecuencia se produce el cinismo, retrasos de atención , disminución de productividad, el absentismo, la rotación o fluctuación del personal, disminución del rendimiento físico y psicológico, disminución con el compromiso, afectaciones en la calidad del trabajo realizado, accidentes, las intenciones de abandonar el trabajo, certificados ò incapacidades medicas, etc.

## **VIII. Recomendaciones**

Que en los Hospitales puedan fortalecer el área instructiva en el conocimiento del Síndrome de Burnout y de las consecuencias que este conlleva en la parte del desempeño laboral.

Desarrollar estrategias cognitivos-conductuales que eliminen o neutralicen las consecuencias del Síndrome de Burnout como entrenamiento en técnicas de solución de problemas, inoculación de estrés, organización personal etc.

Que los profesionales en Licenciatura en Anestesiología e Inhaloterapia puedan desarrollar habilidades de comunicación interpersonal, habilidades sociales y asertividad. A nivel Individual deberá integrar el fortalecimiento de la persona para el afrontamiento al estrés laboral, Interpersonal. Se relaciona con la formación en habilidades sociales y desarrollo del apoyo social en el contexto laboral.

Identificar el Síndrome de Burnout, su prevalencia y efectos en los diferentes niveles de intervención para prevenir el SB, informar y preparar al personal de Anestesiología con herramientas para afrontar, mediar: reducir o invertir el proceso que lleva al desarrollo de Síndrome de Burnout.

Se recomienda grupos de apoyo: con técnicas y conocimientos para afrontar y manejar el estrés; programas que se centren en el entrenamiento de aspectos específicos (proceso de estrés, afrontamiento, reestructuración cognitiva, organización del tiempo, estilos de vida, etc.) y, otros. Concientizar a los trabajadores de la importancia de prevenir los factores de riesgo.

## IX. Bibliografía

Benelbaz D. Supervisión y procesos institucionales en equipos que trabajan con traumatización extrema. Simposium Supervisión Clínica, V Congreso nacional de Psicología, Colegio de Psicólogos de Chile, Noviembre 1997

Buendía J. (1998) Estrés laboral y salud. Biblioteca Nueva, Madrid

Calvente CF. (2002) El personaje en psicoterapia. Letra Viva, Buenos Aires

Cía A: (2001) Trastorno por estrés postraumático. Imaginador, Buenos Aires

Cukier R. (2003) Psicodrama bipersonal. Su técnica, su terapeuta y su paciente. Agora, Sao Pablo

De la Peña E., y Cols (2002) Factores relacionados con el estrés profesional en personal de enfermería del área de salud de Badajoz. Enfermería Clínica 12 (2) 59-64, España

Dieguez JA. (2002) Diseño y evaluación de proyectos de intervención socioeducativa y trabajo social comunitario. Espacio, Buenos Aires

Ferrer R. (2002) Burn Out o síndrome de desgaste profesional. Med. Clin. Barcelona, 119 (13) 495-6

Figley C. (2000) Traumatización sistémica. El trastorno de estrés postraumático secundario en los terapeutas familiares. Sistemas familiares. Julio 2000, Buenos Aires

Florez JA. (2003) La muerte y el médico: Impacto emocional y burnout. Med. Integral 40 (4) 167-82

Gil-Monte P., Pieró J. (1997) Desgaste psíquico en el trabajo. El síndrome de quemarse. Síntesis, Madrid

Guerreo E., Vicente F.(2001) Síndrome de burnout o desgaste profesional y afrontamiento de estrés en el profesorado. Cáceres, Universidad de Extremadura

Guerrero N. (2003) Aplicación de la teoría de déficit de autocuidado de Orem en la atención del recién nacido. Accesible en [www.autocuidado.com.ar](http://www.autocuidado.com.ar)

Guy J. (1995) La vida personal del terapeuta, Paidós, Buenos Aires

Herranz T. (2001) Psicoterapia psicodramática individual. Desclée de Brouwer, Bilbao

Hirigoyen MF. (1999) El acoso moral. Paidós, Buenos Aires

Lopez E., Población P: (1997) La escultura y otras técnicas psicodramáticas aplicadas en psicoterapia. Paidós, Buenos Aires

López E., Población P. (2000) Introducción al role playing pedagógico. Desclée de Bruower, Bilbao

Lloy DC., y Cols. (2002) Social work , stress and burnout: A Review. J.M.Health 11 (3) 255-265

Martinez-Bouquet CM. (2001) Teoría de la escena. Fundación Aluminé, Buenos Aires

Moreno JL. (1979) Psicoterapia de grupo y psicodrama. Fondo de Cultura Económica, México

Murillo N. (2003) El autocuidado de los psicólogos clínicos de Costa Rica: Estrategias cognitivas, conductuales y emocionales. Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

Navarrete M., Arellano M. (1999) Estudio descriptivo comparativo del síndrome de burnout en psicólogos, psiquiatras y asistentes sociales del sistema de Salud Metropolitano Sur. Tesis para optar al título profesional de psicólogo, Escuela de Psicología, Universidad Santo Tomás

Nyssen AS, et al. (2003) Occupational stress and burnout in anaesthesia. Br J Anaesth 90: 333-7

Paez D. Casullo MC (2000) Cultura y alexitimia, Paidos, Buenos Aires

Pavis P. (1994) Diccionario de teatro. Paidos, Buenos Aires

Ponce C. (2002) Burnout y estrategias de afrontamiento en profesores de educación básica. Psyché 11 (2) 71-88

Prieto L., y cols. (2000) Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. Locatreader Web Artículo 45, 836

Robles T. (2001) Estados amplificados de conciencia. Comunicación Personal

Rosales C. (2000) Síndrome de burnout en profesionales de la salud y educación en la IV Región. Tesis para optar al título de psicólogo, Universidad Francisco de Aguirre, La Serena, Chile

Rojas-Bermudez J. (1997) Teoría y técnicas psicodramáticas. Paidos, Buenos Aires

Sivak R., Wiater A. (1997) Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos. Paidos, Buenos Aires

Tonon G. (2003) Calidad de vida y desgaste profesional. Una mirada al síndrome de burnout. Espacio, Buenos Aires

## Anexo n° 1

TABLA N°1 EDAD

Edades de los Licenciados entrevistados sobre el Síndrome de Burnout en los Centros Hospitalarios del área Metropolitana de San Salvador: Hospital Rosales, Hospital de Maternidad, Hospital Zacamil, Hospital Benjamín Bloom.

EDAD	F	%
25-30	8	20
31-35	9	22.5
36-40	12	30
41-45	6	15
46-50	4	10
51-55	1	2.5
	40	100

## **Anexo n° 2**

**TABLA N° 2 SEXO**

El sexo de los Licenciados entrevistados sobre el Síndrome de Burnout en los centros hospitalarios del área metropolitana de San Salvador: Hospital Rosales, Hospital de Maternidad, Hospital Zacamil, Hospital Benjamín Bloom.

<b>Sexo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Femenino</b>	<b>18</b>	<b>45</b>
<b>Masculino</b>	<b>22</b>	<b>55</b>
	<b>40</b>	<b>100%</b>

### Anexo n° 3

TABLA N° 3 ESTADO CIVIL

“Estado civil de los profesionales licenciados en anestesiología e Inhaloterapia entrevistados sobre el síndrome de burnout en los centros hospitalarios del área metropolitana de San Salvador: Hospital Rosales, Hospital de Maternidad, Hospital Zacamil, Hospital Benjamín Bloom.

ESTADO CIVIL	F	%
MS	8	20
MC	13	32.5
HS	4	10
HC	15	37.5
	40	100

## Anexo n° 4

TABLA N° 4 AÑO DE GRADUACION

“Año de graduación de los profesionales licenciados en anestesiología e Inhaloterapia entrevistados sobre el síndrome de burnout en los centros hospitalarios el área metropolitana del San Salvador: Hospital Rosales, Hospital DE Maternidad, Hospital Zacamil, Hospital Benjamín Bloom.

Año de graduación	F	%
1970 a 1980	2	5
1981 a 1990	1	2.5
1991 a 2000	17	42.5
2001 a 2010	20	50
	40	100

## Anexo n° 5

TABLA N° 5 TIEMPO DE LABORAR

Tiempo laboral de los profesionales licenciados en anestesiología e inhaloterapia entrevistados sobre el síndrome de burnout en los centros hospitalarios el área metropolitana del San Salvador: Hospital Rosales, Hospital DE Maternidad, Hospital Zacamil, Hospital Benjamín Bloom.

Tiempo de laborar (años)	F	%
1 a 10	27	67.5
11 a 20	9	22.5
21 a 30	2	5
31 – 40	2	5
	40	100

## Anexo n° 6

TABLA N°6 CONOCIMIENTO SOBRE SINDROME

Conocimiento que tienen los profesionales de Anestesiología e Inhaloterapia entrevistados sobre el Síndrome de Burnout en los centros hospitalarios el área metropolitana del San Salvador: Hospital Rosales, Hospital de Maternidad, Hospital Zacamil, Hospital Benjamín Bloom.

Conocimiento del Síndrome	Frecuencia	%
Si	28	70
No	1	2.5
Un poco	2	5
No mucho	6	15
Muy poco	3	7.5
	40	100%

## Anexo n° 7

TABLA N°7 MEDIO DE INFORMACION

El Medio de Información que tienen los profesionales de Anestesiología e Inhaloterapia entrevistados sobre el Síndrome de Burnout en los centros hospitalarios el área metropolitana del San Salvador: Hospital Rosales, Hospital de Maternidad, Hospital Zacamil, Hospital Benjamín Bloom.

MEDIOS DE INFORMACION	FRECUENCIA	%
Charla académica	21	52.5
Conferencia	8	20
Internet	4	10
Capacitación	3	7.5
Recomendación	4	10
	40	100%

## Anexo n° 8

Cuadro de Operacionalización de Variables

DESCRIPTOR	DEFINICION OPERACIONAL	SUBDESCRIPTOR	FUENTE	TECNICA
Conocimientos sobre el síndrome de burnout	Respuestas del entrevistado en relación a las causas, a quienes afecta, manifestaciones físicas, comportamientos mentales y emocionales.	Conocimiento de las causas. Conocimientos de a quienes afecta Conocimiento de manifestaciones físicas Conocimiento de manifestaciones comportamentales Conocimiento de manifestaciones emocionales	Entrevista	Guía de entrevista
Medidas preventivas	Respuesta de este profesional sobre cómo se aborda el problema en términos preventivos a nivel institucional, social e individual.	Medidas preventivas institucionales Medidas preventivas sociales Medidas preventivas individuales	Entrevista	Guía de entrevista
Alternativas individual social e institucional	Alternativas individuales, sociales e institucionales.	Alternativas institucionales Alternativas sociales Alternativas individuales.	Entrevista	Guía de entrevista

## Anexo n° 9

### **Síntomas descriptivos del Síndrome de Burnout**

<b>Factores causantes del estrés laboral.</b>		
<b>Causas</b>	<b>Factores influyentes</b>	<b>Consecuencias posibles</b>
Condiciones de Trabajo	Sobrecarga cuantitativa de trabajo. Sobrecarga cualitativa de trabajo. Decisiones comunes. Peligro Físico. Trabajo por turnos.	Fatiga física o mental. Agotamiento del sistema nervioso. Irritabilidad. Tensión nerviosa.
Papel desempeñado	Ambigüedad de los papeles. Sexismo. Hostigamiento <u>sexual</u> .	Ansiedad y tensión nerviosa. Disminución del rendimiento. Insatisfacción profesional.
Factores interpersonales	Mal sistema de trabajo y falta de apoyo social. Rivalidades Políticas. Celos profesionales. Falta de atención a los trabajadores por parte de la organización.	Tensión nerviosa. Hipertensión.
Progresión profesional	Avance demasiado lento. Avance demasiado rápido. Seguridad del <u>empleo</u> . Ambiciones frustradas	Baja de la productividad. Pérdida de la confianza en si mismo. Irritabilidad e ira.
Estructura orgánica	Estructura rígida e impersonal. Discusiones políticas. Una supervisión o formación inadecuadas. Imposibilidad de participar en la toma de decisiones.	Insatisfacción profesional. Pérdida de motivación. Baja productividad.
Relación hogar-trabajo.	Repercusiones de la vida laboral en la familia. Falta de apoyo del cónyuge. Peleas domésticas. Estrés provocado por una doble carrera.	Conflictos psicológicos y fatiga mental. Falta de motivación y disminución de la productividad. Recrudescimiento de las peleas domésticas.

### Anexo n° 9 “a”

<b>EMOCIONALES</b>	<b>COGNITIVOS</b>	<b>CONDUCTUALES</b>	<b>SOCIALES</b>
Depresión. Indefensión. Desesperanza. Irritación. Apatía. Desilusión. Pesimismo. Hostilidad. Falta de tolerancia. Acusaciones a los clientes. Supresión de sentimientos.	Pérdida de significado. Pérdida de valores. Desaparición de expectativas. Modificación autoconcepto Desorientación cognitiva. Pérdida de la creatividad. Distracción. Cinismo. Criticismo Generalizado.	Evitación de responsabilidades. Absentismo. Conductas inadaptables. Desorganización. Sobre implicación. Evitación de decisiones. Aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.	Evitación de contactos. Conflictos interpersonales. Malhumor familiar. Aislamiento. Formación de grupos críticos. Evitación profesional.