

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
LICENCIATURA EN ANESTESIOLOGÍA E INHALOTERAPIA**



TEMA:

**SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE TERAPIA RESPIRATORIA
VERSUS EL PERSONAL DE ANESTESIOLOGIA EN EL INSTITUTO
SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL, AÑO 2017**

PRESENTADO POR:

**APARICIO APARICIO, DINORA ROXANA
FUENTES PALACIOS, HILDA VERONICA
RAMIREZ PEREZ, KARLA VANESSA**

**PREVIO A OPTAR AL GRADO ACADEMICO DE:
LICENCIADA EN ANESTESIOLOGIA E INHALOTERAPIA**

**DOCENTE DIRECTOR:
LICENCIADA. ANA CAROLINA CRUZ BARAHONA**

DICIEMBRE, 2017

SAN MIGUEL

EL SALVADOR

CENTRO AMERICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

LICENCIADO ROGER ARMANDO ARIAS
RECTOR

DOCTOR MANUEL DE JESUS JOYA ABREGO
VICERECTOR ACADEMICO

INGENIERO NELSON BERNABE GRANADOS
VICERECTOR ADMINISTRATIVO

MAESTRO CRISTOBAL HERNAN RIOS BENITEZ
SECRETARIO GENERAL

LICENCIADA BEATRIZ MELENDEZ
FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

INGENIERO JOAQUIN ORLANDO MACHUCA GOMEZ

DECANO

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DIAZ

VICEDECANO

LICENCIADO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNANDEZ

SECRETARIO

MAESTRO JORGE PASTOR FUENTES CABRERA

DIRECTOR GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AUTORIDADES

DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY

JEFE DE DEPARTAMENTO

MAESTRA ROXANA MARGARITA CANALES ROBLES

COORDINADORA DE LA CARRERA ANESTESIOLOGIA E INHALOTERAPIA

MAESTRO JORGE PASTOR FUENTES CABRERA

**COORDINADOR GENERAL DE LOS PROCESOS DE GRADUACION DE LA
CARRERA ANESTESIOLOGIA E INHALOTERAPIA**

TRIBUNAL CALIFICADOR

LICENCIADA ANA CAROLINA CRUZ BARAHONA

DOCENTE ASESOR

MAESTRA ROXANA MARGARITA CANALES ROBLES

TRIBUNAL CALIFICADOR

MAESTRO JORGE PASTOR FUENTES CABRERA

TRIBUNAL CALIFICADOR

AGRADECIMIENTOS

A DIOS nuestro creador todopoderoso quien me concede la vida, fortaleza y sabiduría para poder culminar mis estudios y haberme permitido alcanzar con éxito este nuevo triunfo, ya que con su amor y misericordia me ha brindado la oportunidad de realizarme como profesional. Porque todas las cosas proceden de él, y existen por él y para él. A él sea la gloria por siempre Romanos 11:36 **A LA VIRGEN SANTISIMA** nuestra madre quien ha estado conmigo desde siempre, doy gracias infinitas a ella por acogerme en su sagrado manto en cada momento de mi vida y darme de su ejemplo para poder continuar en este mundo llamado Tierra. Honra a tu padre y a tu madre San Lucas 18:20

A MIS DOS MADRES María Gorgonia Pérez de Hernández y Luz de María Umanzor Hernández, que con todo su apoyo, amor, humildad, constante esfuerzo, oraciones y comprensión me han permitido lograr no solo mis sueños, sino también sus anhelos dedico este triunfo especialmente a ellas por ser mi fuente de inspiración y un pilar fundamental en todo lo que soy, este camino no ha sido nada fácil ni sencillo pero gracias por todas esas noches de desvelo a mi lado, por ayudarme y animarme en cada momento en donde sentía decaer, mi premio más grande son ustedes y sin duda alguna esto no sería posible si no estuvieran conmigo, que sea Dios quien les llene de bendiciones les amo con todo el corazón.

A MI HERMANA Flor de María Chicas Argueta, por ser una persona muy importante en mi vida ya que siempre ha estado acompañándome desde principio a fin de mi carrera, brindándome de su valioso tiempo, consejos, cariño y comprensión apoyándome en las buenas y más aún en las no tan buenas, gracias a su paciencia y sabiduría podemos decir lo logramos porque está alegría también es para ti mi hermanita, gracias por compartir tus conocimientos conmigo y por aportar de gran manera en mi vida.

A MI AMIGA María Dolores Cortez Salvador, por haberme instruido con su ejemplo oraciones y su sabiduría transformada en sabios consejos los cuales han estado conmigo durante toda mi formación superior, gracias por ser parte de este logro.

AL MAESTRO Jorge Pastor Fuentes Cabrera quien contribuyo durante el transcurso de la carrera y que formo las bases hasta la culminación del proyecto de tesis para aprender no solo de manera profesional, sino también personal.

De igual forma debo regocijarme en mi persona por el noble esfuerzo, sacrificio, dedicación, esmero, tolerancia, paciencia, resistencia y persistencia en haber logrado la meta propuesta.

KARLA VANESSA RAMIREZ PEREZ

Primeramente agradecer a **DIOS** por la vida y estar siempre a mi lado, más en las veces que he flaqueado.

A MIS HIJOS que gracias a ellos tome la determinación de seguir adelante mis estudios hasta culminar.

MIL GRACIAS a cada una de las personas, familiares y amigos que estuvieron desde el inicio y las que se fueron agregando a lo largo del camino, a los que siempre me apoyaron de una u otra forma, muchas gracias de corazón.

A MIS DOCENTES, desde los inicios de la carrera hasta los que siempre me seguirán enseñando, en la universidad y fuera de ella. A los licenciados tutores y no tutores de los diferentes hospitales de rotación.

A MI COMPAÑERA Hilda V. Fuentes por tu paciencia, comprensión y entrega a este proyecto. Te deseo lo mejor para tu vida, esperando puedas cumplir tus metas y muchos proyectos más.

ESTE TRIUNFO ES PARA CADA UNO DE USTEDES.

GRACIAS TOTALES.

DINORA ROXANA APARICIO APARICIO

INDICE DE CONTENIDO

	PAGS.
RESUMEN	XIII
INTRODUCCION	XIV
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	16
1.2 Enunciado del problema	23
1.3 Justificación	24
1.4 Objetivos de la investigación.....	25
1.4.1 Objetivo general.....	25
1.4.2 Objetivo específicos	25
2. MARCO TEORICO	26
2.1 Estrés	26
2.2 Síndrome de Burnout	31
2.3 Manifestaciones laborales del síndrome	36
2.4 Factores que contribuyen para la aparición del síndrome Burnout.....	38
2.5 Sintomatología relacionada al Síndrome de Burnout.....	43
2.5.1 Problemas que se confunden con el Burnout.....	46
2.5.2 Similitudes y diferencias con otros conceptos.....	48
2.6 Fases del Síndrome de Burnout	49
2.7 Tratamiento prevención y control del Síndrome de Burnout.....	54
2.7.1 Estrategias orientadas a nivel individual.....	59
2.7.2 Estrategias orientadas a nivel organizacional	59
2.8 Desempeño laboral del profesional en terapia respiratoria y del profesional en anestesiología.....	60
2.8.1 Desempeño laboral del profesional en terapia respiratoria.....	60
2.8.2 Desempeño laboral del profesional en anestesiología	62

3. SISTEMA DE HIPOTESIS	66
3.1 Hipótesis de investigación.....	66
3.2 Hipótesis nula	66
3.3 Operacionalización de variables	67
4. DISEÑO METODOLOGICO.....	68
4.1 Tipo de estudio	68
4.2 Población:.....	68
4.2.1 Criterios de inclusión:	68
4.2.2 Criterios de exclusión:	69
4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	69
4.3.1 Técnicas de recolección de datos.....	69
4.3.2 Instrumento de recolección de datos	69
4.4 Procedimiento	69
4.5 Consideraciones éticas	71
4.6 Riesgos y Beneficios	71
4.6.1 Riesgos.....	71
4.6.2 Beneficios.....	71
4.7 Cronograma de actividades	72
5. PRESENTACION DE RESULTADOS	73
5.1 Tabulación, análisis e interpretación de los datos	73
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	85
6.1 Conclusiones	85
6.2 Recomendaciones	86
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	88
ANEXOS	91

LISTA DE TABLAS

	PAGS.
TABLA 1: NIVEL DE AGOTAMIENTO EMOCIONAL.....	74
TABLA 2: NIVEL DE DESPERSONALIZACION.....	75
TABLA 3: NIVEL DE REALIZACION PERSONAL	75
TABLA 4: PRESENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT SEGUN EDAD CRONOLÓGICA.....	77
TABLA 5: PRESENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT SEGÚN GÉNERO.....	78
TABLA 6: PRESENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT SEGÚN ANTIGÜEDAD PROFESIONAL.....	79
TABLA 7: PRESENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL EN ESTUDIO	80
TABLA 8: PRESENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT DEL PERSONAL EN AMBOS DEPARTAMENTOS SEGÚN GÉNERO	81
TABLA 9: COMPARACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT SEGÚN EDAD CRONOLÓGICA EN AMBOS DEPARTAMENTOS	82
TABLA 10: PRESENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT SEGÚN ANTIGÜEDAD PROFESIONAL EN AMBOS DEPARTAMENTOS.....	83
TABLA 11: PRESENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL TERAPIA RESPIRATORIA VERSUS ANESTESIOLOGÍA.....	84

LISTA DE FIGURAS

	PAGS.
FIGURA 1: Gráfica de barras sobre el nivel de Agotamiento emocional.....	74
FIGURA 2 : Gráfica de Barras sobre el Nivel de Despersonalización	75
FIGURA 3: Gráfica de Barras sobre Nivel de Realización Personal.....	76
FIGURA 4: Gráfica de Barras sobre la Presencia del Síndrome de Burnout en la edad cronológica.....	77
FIGURA 5: Gráfica de Barras sobre la Presencia del Síndrome de Burnout según género.....	78
FIGURA 6: Gráfica de Barras sobre la Presencia del síndrome de Burnout según Antigüedad profesional.....	79
FIGURA 7: Gráfico de Barras sobre la Presencia del síndrome de Burnout en el personal en estudio	80
FIGURA 8: Gráfica de Barras sobre la Presencia del síndrome de Burnout en ambos departamentos según género	81
FIGURA 9: Gráfica de Barras sobre comparación del Síndrome de Burnout según Edad Cronológica en ambos departamentos.....	82
FIGURA 10: Gráfica de Barras sobre la presencia del Síndrome de Burnout según Edad Cronológica de ambos departamentos.	83
FIGURA 11: Gráfico de Barras sobre la Presencia del Síndrome de Burnout en el personal de terapia respiratoria versus anestesiología.	84

LISTA DE ANEXOS

	PAGS.
Anexo 1: Cuestionario de Maslach Burnout	91
Anexo 2: Test para medir las áreas de impacto del síndrome de burnout	93
Anexo 3: Glosario.....	96
Anexo 4: Definición de siglas	102
Anexo 5: Solicitudes de Permiso.....	103
Anexo 6: Consentimiento informado.....	105

RESUMEN

El presente estudio sobre el síndrome de Burnout, una entidad propia en personal que prestan servicios de contacto directo y prolongado con las personas sobre todo en el área de salud; se realizó en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social de San Miguel, para determinar la incidencia del síndrome de Burnout, en el departamento de Terapia respiratoria, como en el departamento de Anestesiología.

El **objetivo** de la investigación buscó determinar la incidencia del síndrome de Burnout en el personal de Terapia respiratoria y el personal de anestesiología del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de San Miguel, año 2017.

En la **metodología**: la investigación fue descriptiva y transversal basada en la obtención de datos mediante el cuestionario de Maslach Burnout autorizado previamente y ejecutado en el personal de terapia respiratoria (15) y el personal de anestesiología (22) del Instituto Salvadoreño del Seguro Social en San Miguel, con un total de 37 para determinar la incidencia del síndrome de Burnout en terapia respiratoria y anestesiología.

En los **Resultados** se obtiene que la incidencia del síndrome de Burnout encontrada en terapia respiratoria y anestesiología fue de 5 personas en total, de los cuales se obtuvo una frecuencia de 3 en el personal de terapia respiratoria que manifiestan el síndrome de Burnout correspondiente a un 20 % y 2 en el personal de anestesiología que equivale a un 9%. Datos analizados estadísticamente a través del programa SPSS versión 15.0 (Statistical Package for the Social Science), lo que determinó que el Síndrome de Burnout está más presente en Terapia respiratoria que en Anestesiología.

Palabras claves: Síndrome, Burnout, Anestesiología, Terapia respiratoria, Incidencia.

INTRODUCCION

El síndrome de Burnout fue descrito por primera vez en 1974, por Freudenberg, quien lo define como un estado de fatiga física y mental, ocasionado por la intensa vida profesional en algunos individuos, provocando una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales y fuerza espiritual del trabajador, también denominado síndrome del quemado o síndrome de quemarse en el trabajo, trastorno emocional de creación reciente que está vinculado con el ámbito laboral, el estrés causado por el trabajo y el estilo de vida del empleado. Este síndrome puede tener consecuencias muy graves, tanto a nivel físico como psicológico.

El síndrome de quemarse en el trabajo tiene su origen en las interpretaciones personales de carácter profesional que se establecen en el entorno laboral, especialmente cuando las relaciones con los pacientes conllevan una exigencia en el marco emocional y cognitivo.

El documento se encuentra estructurado de la siguiente manera:

Se inicia con el planteamiento del problema que está conformado por los antecedentes del fenómeno en estudio, donde se comprende el desarrollo de la problemática desde sus inicios hasta su evolución, seguido por el enunciado del problema donde se formula la interrogante de la investigación para tratar de dar una respuesta durante todo su proceso, luego se presenta la justificación donde se expone el por qué y para que de la realización del estudio, así mismo se encuentran los objetivos tanto general, como específicos que sirven de guía en la realización del mismo.

Posteriormente se fundamentó el Marco teórico, donde se fundamenta el tema de investigación, siendo conocimiento teórico y base para la interpretación del síndrome de Burnout en la realidad.

Luego está el sistema de hipótesis de la investigación, en él se formulan respuestas tentativas lógicas como proposiciones a cerca del problema de estudio, comprendido por las hipótesis y la operacionalización de las variables.

Seguidamente está el diseño metodológico, donde se explica el tipo de investigación, la población involucrada, criterios para establecer la muestra que se utilizó en la investigación, el tipo de muestreo, las técnicas para la obtención de recolección de datos e instrumentos a utilizados, así también, se describe el procedimiento que se siguió para la realización de este estudio.

También se presenta las consideraciones éticas, estableciendo los puntos de mayor relevancia en la vigilancia del presente trabajo de investigación así mismo los riesgos que conlleva y los beneficios que se obtienen del estudio.

Después se presenta los resultados de los datos obtenidos en la ejecución, a través del cuestionario de Maslach Burnout, organizados y representados en tablas y gráficas y analizados según cada una de las variables estudiadas.

Se concluye con los resultados del estudio, donde se establecieron las proposiciones finales formuladas una vez que se conocieron los datos obtenidos, para formular recomendaciones consideradas como medidas preventivas que ayuden a afrontar el estrés y evitar el desarrollo del síndrome en el personal que labora en el Instituto Salvadoreño del seguro social.

Posteriormente están las referencias bibliográficas, la cuales representan una exploración ordenada y cuidadosa de todas aquellas fuentes consultadas para estructurar el trabajo de investigación.

Finalmente se presentan los anexos que evidencian, el instrumento utilizado en la recolección de datos, la definición de términos básicos y siglas, que complementaron el trabajo para una mejor comprensión de la importancia del tema en estudio.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes del problema

El estrés laboral es la reacción que puede tener un individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades ya que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación.¹

Entre los problemas de estrés ocupacional, se destaca el Síndrome de Burnout o Síndrome de estar quemado por el trabajo, por ser una forma de estrés laboral crónica y especialmente virulenta que conlleva a graves problemas para los afectados. Su consideración como problema de salud viene apoyada por la circunstancia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la décima revisión de la CIE (Clasificación Internacional de enfermedades)², en el año 2000, calificó al Síndrome de Burnout como de riesgo laboral.⁵

En 1974, un médico psiquiatra llamado Herbert Freudenberger que trabajaba como asistente voluntario en la Free Clinic de Nueva York para toxicómanos, al igual que otros voluntarios jóvenes e idealistas, observó que al cabo de un periodo más o menos largo, entre uno y tres años, la mayoría sufría una progresiva pérdida de energía, desmotivación, falta de todo interés por el trabajo hasta llegar al agotamiento, junto con varios síntomas de ansiedad y de depresión.³

Freudenberger denominó a este conjunto de síntomas burnout, reconociendo que el mismo lo presentaba y utilizó el término que usaban en la clínica para referirse a los efectos del abuso crónico de sustancias tóxicas, y lo definió como: Un conjunto de síntomas médico-biológicos y los psicosociales inespecíficos, que se desarrollan en la actividad laboral, como resultado de una demanda excesiva de energía.

En 1976, la psicóloga social Christina Maslach, oficializó el término Burnout exponiéndolo públicamente en el congreso anual de la APA (Asociación Americana de

Psicología) y consiguió captar para el síndrome atención de los medios académicos. Maslach lo considera como un proceso de estrés crónico por contacto y lo definió en 1981 como Un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.²

La psicóloga social Cristina Maslach por aquel entonces, año 1976, estudiaba las respuestas emocionales de los empleados de profesiones de ayuda a personas. Eligió también el mismo término que utilizaban de forma coloquial los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo. Burnout era una expresión con gran aceptación social: los afectados se sentían fácilmente identificados con este feliz término descriptivo, no estigmatizador como los diagnósticos psiquiátricos citado por Maslach y Jackson, 1986.

Según el paradigma de la indefensión aprendida de Seligman. García-Izquierdo (1991) comenta que el burnout es un problema característico de los trabajos de “servicios humanos”, es decir, de aquellas profesiones que deben mantener una relación continua de ayuda hacia el “cliente”. En las primeras publicaciones realizadas, referentes a la implicación con distintos profesionales, tales como (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, profesores, policías, etc.). Se popularizaron los sentimientos de prevención y de intervención dirigidas a su adecuado afrontamiento. Además, el término Burnout perdió precisión conceptual, convirtiéndose en un “cajón de sastre”, o mejor aún, en un “cajón desastre” sin consistencia científica, que según Mingote Adán (1998) se asociaba al trabajo directo con personas, tras un tiempo prolongado de alta implicación emocional con el cliente, con alta demanda de exigencias adaptativas y bajas posibilidades de ejercer un control eficaz sobre esta situación.

En la delimitación conceptual del término pueden diferenciarse dos perspectivas: la clínica y la psicosocial (Gil- Monte y Peiró, 1997). La perspectiva clínica lo considera como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral, en esta dirección se encaminaron los primeros trabajos de Freudenberg (1974), y de Pines y Aaronson (1988). La perspectiva psicosocial lo considera como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y de orden personal,

con manifestaciones bien diferenciadas en distintas etapas como se indica en los trabajos iniciales de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995), Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983), Leiter (1988); Maslach y Jackson (1981), Schaufeli y Dierendonck (1993), entre otros. Existe una diferencia clave entre el burnout como estado o como proceso, ya que el burnout como estado entraña un conjunto de sentimientos y conductas normalmente asociadas al estrés, que plantean un “etiquetamiento” (decir que alguien “está quemado” o burnout sugiere un fenómeno estático, un resultado final), mientras que la concepción como proceso, lo aborda como un particular mecanismo de afrontamiento al estrés que implica fases en su desarrollo (Rodríguez-Marín, 1995; Gil-Monte y Peiró, 1997). Desde esta última perspectiva, el burnout podría ser entendido como una respuesta al estrés laboral cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento habitualmente usadas por el sujeto, comportándose como variable mediadora en la relación estrés percibido y consecuencias.

Más recientemente, el burnout se ha descrito como un síndrome defensivo (mecanismo de defensa) que se manifiesta en las profesiones de ayuda. El riesgo en estas profesiones es que suelen tener una misión ambiciosa y un ideal utópico. La confrontación entre los ideales (conscientes o no) y la realidad laboral pueden conducir a burnout citado por Jaoul, Kovess y Mugen, 2004.

Actualmente, Molina Linde y Avalos Martínez (2007) definen el Síndrome de Burnout como la paradoja de la atención en salud: el profesional de salud se enferma en la misma medida que éste sana a los pacientes.

Maslach y Leiter (2008) relacionan el burnout especialmente con las características del trabajo, incluyendo alto volumen de trabajo, conflicto y ambigüedad de rol, baja previsibilidad, falta de participación y apoyo social, y experiencia de injusticia.³

La prevalencia del síndrome de burnout a nivel internacional es variable respecto al grupo ocupacional y fluctúa de 17.83% reportada en enfermeras de España (2003) hasta un 71.4% en médicos asistenciales del mismo espacio geográfico. En el ámbito latinoamericano, Chile registra una prevalencia del síndrome de burnout del 30% en

profesionales de salud de los niveles primario y secundario de atención y afecta principalmente a las mujeres que ejercen la medicina.⁴

En Estados Unidos de Norteamérica se reportó en un estudio realizado en internistas-intensivistas que el 40% presentaron el síndrome, reportando que los factores organizacionales, administrativos y conflictos interpersonales fueron los desencadenantes.

En Bélgica se realizó un estudio con médicos anesestesiólogos donde se reportó que el nivel de estrés que fue de un 50.6%, el 40.4% del grupo presentó alto nivel de agotamiento emocional, con edades menores a 30 años.

En México se reportó una prevalencia del 44% en médicos anesestesiólogos, en la ciudad de Mexicali, Baja California. Otro estudio mexicano sobre los factores de riesgo que afectan a los médicos anesestesiólogos se reportó que la sobrecarga de trabajo y el conflicto con los valores son factores predisponentes para desarrollar el síndrome de burnout.

En Sevilla España, Se reportó una relación con el burnout, un agotamiento emocional alto del 19.5%, cinismo de 31.7% y realización personal baja del 41.4%.

La falta de seguridad en el ejercicio de la anesestesiología, que se refiere a la prevención y control de dos tipos de riesgos que se presentan: el que corre el paciente cuando es sometido a un procedimiento anesestésico y el que sufre el especialista en el desarrollo de su práctica profesional. Existen riesgos derivados de la contaminación como: agentes anesestésicos, riesgos de infección, riesgos derivados de la naturaleza propia del trabajo, riesgos de tipo legal y laboral, la fatiga derivada del mantenimiento de la atención por largo tiempo, todo esto ayuda a aumentar el estrés del médico anesestesiólogo. A esto se le llama riesgo profesional relacionado a las características de su desempeño, es por esto que la anesestesiología puede traer la aparición de enfermedades por la exposición al estrés del ambiente quirúrgico, las urgencias, la inhalación y contacto con agentes anesestésicos teratogénicos y carcinogénicos y la eventual exposición a radiaciones ionizantes entre otros peligros.⁵

El personal de anestesiología es un grupo humano heterogéneo que convive durante períodos prolongados en ambientes cerrados o restringidos sometidos a situaciones de tensión psíquica y física, alejados del ritmo circadiano normal. A ello, se agrega la amenaza cada vez más real de la demanda legal.

La presencia de un evento amenazante, el comienzo de una anestesia y el llamado para una emergencia generan una respuesta neurofisiológica del individuo en la que intervienen la activación nerviosa central, el sistema autónomo y el sistema neuroendocrino, el estrés se enmarca en particularidades propias del tipo de especialidad, su escenario laboral y su estilo de vida fuertemente condicionada por aspectos legales. Mientras que en la población médica la incidencia del estrés laboral es del 28%, en los anestesiólogos la incidencia es notoriamente más elevada, alcanzando el 50% a nivel europeo y 96% a nivel latinoamericano.

El estrés laboral en el anestesiólogo puede estar relacionado a numerosos aspectos de su compleja vida laboral. Se le relaciona con la falta de control de su tiempo en el 83%, a interferencia con la vida familiar en el 75%, a aspectos médico-legales en el 66%, a problemas de comunicación en el 63% y a problemas clínicos en el 61%. En el caso de residentes de anestesia, se relaciona con enfrentarse a pacientes críticos o a la muerte de pacientes, a la dificultad de balancear su vida personal y a las demandas profesionales crecientes, más que estrés, es el burnout el que constituye un problema significativo para un elevado porcentaje en su desarrollo. Los anestesiólogos reportan un nivel elevado o medio de satisfacción laboral que puede amortiguar el impacto del estrés.⁶

En el 2013, un estudio realizado por la revista Anales de la Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay; entre Febrero y marzo del 2013, y publicado en el 2014; incluyó a 58 residentes de primero hasta cuarto año que aceptaron participar, pertenecientes al departamento y cátedra de anestesiología del Hospital de Clínicas, dependiente de la facultad de Medicina de la universidad de la República de Uruguay.

Para la recolección de datos, Se utilizó una encuesta de información general donde se recolectaron datos sociodemográficos y organizacionales como edad, lugar de residencia, sexo, estado civil, número de hijos, cargo número de empleos, lugar de

trabajo, horas de trabajo semanal, guardias de 24 y 12 horas, descanso semanal y anual y año en curso de la residencia. Y Para detectar la presencia del síndrome de burnout se aplicó el cuestionario de Maslach Burnout.

En el agotamiento emocional, de los 58 residentes encuestados se encontró que la mayor proporción de residentes presentaba un nivel alto para agotamiento emocional siendo este un 42.4%(24 residentes), 25.9% para el nivel medio (15) y un 32%(19), para un nivel bajo.

En la despersonalización, se encontró que la mayor proporción de los residentes, 39.6%(23 residentes) presentaba un nivel alto de despersonalización, 22.4%(13) un nivel medio y 37.3% un nivel bajo.

Y en la realización personal, la mayor proporción de residentes presentaba un nivel bajo de realización personal, siendo para este 37.9%(22), 34.5%(20) para el nivel medio y 27.6%(16) para el nivel alto.

Con el estudio se observó que 10 residentes del total de los 58 encuestados presentaron el síndrome de burnout en su forma completa, lo que correspondió a una prevalencia del 17.2%. Aproximadamente 2 por cada 10 residentes presentaba el síndrome de burnout en su forma completa.

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la presencia de síndrome de burnout y la edad, sexo, estado conyugal, presencia de hijos a cargo, año de la residencia que cursa, número de horas de trabajo semanales, realización de guardias de 24 horas, jornadas laborales mayores o iguales a 12 horas diarias, horas de descanso semanal.

Sin embargo se encontró una asociación estadísticamente significativa entre descansar menos de 15 días al año y la presencia de burnout. Así mismo existió una relación estadística entre descansar menos de 15 días al año y presentar un alto nivel de burnout; Observándose también al analizar por separado las tres dimensiones que componen el síndrome estudiadas en el cuestionario de Maslach Burnout, que tanto el descanso semanal como anual tienen asociación estadísticamente significativa con los niveles de agotamiento emocional. Aquellos residentes que descansaban menos de 24

horas semanales presentaban mayor agotamiento emocional que aquellos que descansaban más de 24 horas. Asimismo aquellos que descansaban menos de 15 días al año tenían mayor agotamiento emocional. También se encontró asociación estadísticamente significativa entre sexo femenino y presencia de agotamiento emocional.⁷

En la mayoría de ambientes laborales se encuentran personas en las cuales es notorio su agotamiento físico, mental, cambios de humor, agresividad, ansiedad entre otras características del síndrome de burnout, en el país no se encuentran registradas las estadísticas del síndrome, se pueden encontrar algunos datos en tesis realizadas por estudiantes de la Universidad de El Salvador, que detallan la presencia del síndrome de burnout en el personal médico del Hospital del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de San Salvador, así mismo estudios de tesis de posgrado realizados por estudiantes de la Universidad Dr. José Matías Delgado quienes encontraron una prevalencia en los trabajadores del Hospital Nacional San Rafael, sin lograr mayor trascendencia debido a la escasa o nula sistematización de información, dejando de lado su fiabilidad por no contar con el apoyo de organizaciones interesadas en el tema, o personas comprometidas con la investigación en la actualidad.

Sin embargo en los departamentos de Terapia Respiratoria y Anestesiología del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de San Miguel, actualmente se observan factores como las actuales instalaciones improvisadas debido a la construcción del hospital generando reducción del espacio físico tanto para la atención al paciente como para el descanso propio del personal entre otros, siendo estos factores incidentes que determinan la aparición del síndrome.

1.2 Enunciado del problema

Teniendo en cuenta que existe una prevalencia del síndrome de burnout en trabajos relacionados con atención a terceros y de acuerdo a la situación anteriormente descrita se deriva el problema de investigación el cual se enuncia de la siguiente manera:

¿Cuál es la incidencia del síndrome de burnout en el personal de terapia respiratoria versus el personal de anestesiología del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, año 2017?

1.3 Justificación

El Síndrome de burnout, es un problema que se da en lugares de trabajo relacionados con atención a terceros, como docentes, personal sanitario o personas que trabajan en atención al cliente, el síndrome genera repercusiones en el estado de salud y psicológico de los profesionales que lo padecen siendo motivo de baja laboral con deterioro de la relación médico paciente que además afecta a la organización donde desarrolla la actividad.

Considerando este síndrome como un problema de salud se decidió realizar el estudio en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, con el propósito de determinar la incidencia del síndrome de burnout, en el personal de terapia respiratoria en comparación con el personal de anestesiología, observando los factores que contribuyen a su aparición.

En la actualidad no se cuenta con investigaciones que muestren la existencia del síndrome de burnout en la población profesional del Instituto Salvadoreño del Seguro Social específicamente, en terapia respiratoria y anestesiología, al observar la diferencia en el ambiente laboral de ambas especialidades, fue razón por la que se profundizo en el tema. Los resultados que se obtuvieron en el estudio del síndrome de burnout brindan un aporte al Instituto Salvadoreño del Seguro Social para definir líneas de intervención anticipada por medio de programas efectivos de adaptación y control de estrés que ayude no solo al personal que lo padece sino, también mejorar la relación médico paciente.

Con el estudio se buscó identificar su aparición y aplicar un adecuado control de los factores que contribuyen a su desarrollo estableciendo estrategias y medidas que sirvan de ayuda para mantener un ambiente agradable tanto individual como grupal, teniendo en cuenta que este síndrome se puede evitar. También se espera que esta investigación sirva de referencia a otros estudios de interés en el síndrome de burnout.

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general

Determinar la incidencia del síndrome de burnout en el personal de terapia respiratoria versus el personal de anestesiología del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, año 2017.

1.4.2 Objetivo específicos

Describir el agotamiento emocional que presenta el personal de terapia respiratoria versus el personal de anestesiología.

Mostrar la despersonalización en el personal de terapia respiratoria y el personal de anestesiología.

Interpretar la realización personal en el departamento de terapia respiratoria y anestesiología.

Clasificar la existencia del síndrome de burnout de acuerdo a la edad cronológica.

Demostrar la presencia del síndrome de burnout según género en el personal de terapia respiratoria y el personal de anestesiología.

Conocer la incidencia del síndrome de burnout según la antigüedad profesional del personal de terapia respiratoria en comparación con el personal de anestesiología.

2. MARCO TEORICO

2.1 Estrés

No es fácil encontrar una definición generalmente aceptable de estrés. La palabra es utilizada con vaguedad, y diferentes personas y grupos le dan distintos significados. Médicos, psicólogos, ingenieros, consultores administrativos, lingüistas y legos, todos la usan de manera distinta que les apropia. Los médicos hablan de estrés en términos de mecanismos fisiológicos; los ingenieros, en términos de soporte de carga; los psicólogos, basándose en el cambio conductual; los consultores administrativos se refieren a las necesidades de la organización; los lingüistas lo consideran como acentuación silábica, y los legos como casi cualquier cosa bajo el sol, desde las complicaciones en el balance del presupuesto familiar, hasta los padres que se tensan por ciertas cosas que sus hijos hacen o dejan de hacer. Algunas personas sugieren que el estrés es natural e incluso deseable (ingenieros, lingüistas), otros, que es algo que padecemos. (Médicos y legos).

El origen de la palabra parece haber llegado al idioma inglés (entre los siglos XII y XVI) del término francés antiguo *destresse*, que significaba ser colocado bajo estrechez u opresión (Francés antiguo: *estresse*). Por consiguiente su forma inglesa original era *distress*, y a través de los siglos a veces perdía el “di” por mala pronunciación, por lo que en la actualidad, en inglés existen dos palabras, *stress* y *distress*, que tienen significados bastante diferentes, el primero ambiguo, en tanto que el segundo siempre indica algo desagradable.

Por tanto, en términos de sus orígenes, *stress* tiene que ver con la constricción u opresión de algún tipo, y *distress* con el estado de estar bajo en esta constricción u opresión. Pero el inglés moderno parece necesitar una palabra que se ubique entre “presión” y “énfasis”, que contenga algo de las connotaciones potencialmente dolorosas de la primera y algo de las connotaciones más neutrales de la última. Con el paso del tiempo *stress* (en español *estrés*) se ha convertido en esa palabra.

Ahora el significado que define la palabra es: El estrés es una exigencia a las capacidades de adaptación de la mente y el cuerpo.

Si estas capacidades permiten que la persona controle tal exigencia y disfrute la estimulación implicada, entonces el estrés es bienvenido y provechoso. Si no lo permiten y la exigencia resulta debilitante, entonces el estrés es molesto y estéril.

Cuando las exigencias sobrepasan la capacidad sucede lo siguiente:

En el curso de esta repuesta, sucede gran cantidad de reacciones dentro del cuerpo, cada una ejecutando una función específica para adaptarse y enfrentar el desafío que presenta. Sin embargo, el problema es que esas reacciones pueden dañar al organismo si se les permite continuar durante mucho tiempo. Están planeadas por naturaleza como reacciones inmediatas, de corta duración, diseñadas para desaparecer tan pronto como ha pasado la urgencia. Si no cesan, comienzan a tener un efecto adverso, es algo parecido a un ejército ciudadano que se moviliza para enfrentar una amenaza exterior, y el cual permanece movilizado sin que se le permita entrar en batalla como se pretendía, dentro de todo este marco se encuentran diferentes efectos psicológicos que afectan al ser humano como tal, los cuales se dividen en:

Efectos cognoscitivos del estrés excesivo.

- Decremento del periodo de la concentración y atención.
- Aumento de la distractibilidad.
- Deterioro de la memoria a corto y largo plazo.
- La velocidad de repuesta se vuelve impredecible.
- Aumento de la frecuencia de errores.
- Deterioro de la capacidad de organización y de la planeación a largo plazo.
- Aumento de los delirios y de los trastornos del pensamiento.

Efectos emocionales del estrés excesivo.

- Aumento de la tensión física y psicológica.

- Aparecen cambios en los rasgos de personalidad.
- Aumento de los problemas de personalidad existentes.
- Debilitamiento de las restricciones morales y emocionales.
- Aparecen depresión e impotencia.
- Perdida repentina de la autoestima.

Efectos conductuales generales del estrés excesivo.

- Aumento de los problemas del habla.
- Disminución de los intereses y el entusiasmo.
- Aumento del ausentismo.
- Aumento del consumo de drogas.
- Descenso de los niveles de energía.
- Alteración de los patrones del sueño.
- Aumento del cinismo a cerca de los pacientes y de los colegas.
- Se ignora la nueva información.
- Las responsabilidades se depositan en los demás.
- Se “resuelven” los problemas a un nivel cada vez más superficial.
- Aparecen patrones de conducta excéntricos.
- Pueden hacerse amenazas de suicidio.

La frecuencia de estos efectos variara de un individuo a otro. Muy pocas personas extremadamente estresadas mostraran todos. La aparición de estos síntomas indica que el individuo ha alcanzado o está a punto de llegar a la fase de colapso del síndrome de adaptación general.⁸

La teoría del estrés y sus aplicaciones en la práctica médica constituyen una de las mayores contribuciones científicas de este siglo a la medicina social. La cultura del siglo XX está asignada por una constante y veloz capacidad de cambios que se producen en todos los campos de la ciencia y de la tecnología.

Esto con sus riesgos repercute y afecta a la calidad de vida en la tierra, no solo a la humana sino a todo el reino animal y vegetal. Además deben tener presente las consecuencias de esos cambios que también involucran al aire, al agua, al suelo y los cielos. Esto coloca al ser humano en situaciones tan difícil de sobre llevar, que a veces cabe pensar que ya no se intenta vivir; sino desesperadamente se debate en una cultura de la sobrevivencia. En el primer congreso de Ibero Luso Americano de Medicina Psicosomática, realizado en Buenos Aires en 1956, Hans Selye el creador de la teoría del estrés ofreció una poca conocida definición que la detallo de la siguiente manera: Estrés es la velocidad de desgaste vital. En consecuencia la medicina actual requiere de enfoques íntegros que comprendan la psiquis y el cuerpo de las personas en función de su contexto socioeconómico y cultural.⁹

Por otra parte define el estrés como la dinámica, la fuerza creativa, que hace poner de pie a las personas, sentarse, correr, caminar, hablar, reír, llorar, trabajar, jugar y procrear. Es la fuerza que atrae y rechaza. El estrés se ha vuelto un término exploratorio y una aplicación para abarcar una multitud de situaciones y hasta una señal de éxito. El tipo de estrés nocivo desagradable, continuo y excesivo es el que causa distres.

Los estímulos que causan el estrés son muy específicos y provocados por factores internos y externos que producen una reacción. El eminente medico Hans Selye de Montreal en Canadá estudio y presento un concepto biológico del estrés en la década de los treinta y señalo que el estrés es algo que no se puede evitar porque es la respuesta de adaptación del cuerpo a cualquier demanda que se le haga. El estrés es necesario para el mantenimiento de la vida y la liberación de este ocurre solo después de la muerte. Selye sugiere que no se debe evitar el estrés ya que es la sal de la vida.

La respuesta al estrés sigue un proceso definido:

- 1) Alarma y preparación para la acción.
- 2) Resistencia e intento de adaptación.
- 3) Retorno al equilibrio o después de un estrés continuo e implacable y agotamiento.

El estrés es un fenómeno que surge de la comparación entre la exigencia que enfrenta una persona y la capacidad de esta para salir adelante; el estrés es esencial para la vida como motivación y como guía pero el exceso de estímulo puede convertirse en un riesgo muy serio para la salud. Gran parte de las enfermedades tienen su origen en el estrés y la tensión que no ha sido aliviado. Realmente el “apuro” “la presión” el “estoy demasiado ocupado” el “cumplir con los plazos” pueden convertirse en un estilo de vida muy a la moda que puede conducirnos a una forma de morir.

La interpretación de un factor de estrés es única para cada individuo lo que puede ser constructivo para una persona puede ser destructivo para otra.

El estrés constructivo y creativo es la fuerza motivadora que se requiere para movernos de donde estamos a donde necesitamos estar. El estrés destructivo es la acumulación que resulta del hecho de no ser capaz de responder y aceptarnos apropiadamente. Entre estos dos extremos hay muchos matices de gris sobre la escala, que reflejan el movimiento, el cambio, la aceptación, el estancamiento, la rigidez, la polarización, la resistencia al cambio y la falta de aceptación. El estrés constructivo es cuando usted lo utiliza, mientras que el estrés destructivo es cuando él lo utiliza a usted.

Fisiología del estrés.

Los cambios físicos y mentales producidos por la actividad de los sistemas: nervioso y endocrino, están conectados entre sí. Cuando reciben mensajes de peligro, miedo y conmoción se produce estímulos que afecta no solo las emociones sino también a todo lo que constituye el cuerpo y así empieza la siguiente historia:

- 1) Los músculos del cuerpo se ponen tensos y necesitan más sangre.
- 2) El corazón y los pulmones empiezan a trabajar tiempo extra, con el fin de proveer más sangre a los músculos para la acción. El ritmo del corazón, la respiración y la presión sanguínea se elevan desmesuradamente.

Puede que haya hiperventilación o respiración excesiva para proveer más oxígeno. El ritmo metabólico sube tremendamente.

- 3) La sangre es desviada a las vísceras abdominales y la piel, hacia puestos de combate de los músculos: el corazón y los pulmones. Por lo tanto la piel empieza a palidecer y si hay alguna herida en su superficie habrá entonces una disminución en la pérdida de sangre.
- 4) La exigencia de mayor cantidad de sangre se cumple mediante un aumento de los glóbulos rojos y blancos de la medula; y el bazo libera sangre y agentes coagulantes almacenados, en el caso de que la piel se abra o corte la tendencia es que la sangre coagule con mayor facilidad y por lo tanto habrá una disminución en la pérdida de sangre.
- 5) El hígado entra en acción produciendo más glucosa para proveer combustible a los músculos.
- 6) Mientras tiene toda esta actividad, lo último que el cuerpo desea es comer más, de modo que todo el sistema digestivo cambia su naturaleza y reprime el hambre. Las secreciones internas que existen para permitir una buena digestión son retiradas inmediatamente, ya que se las requiere en otro lugar y por lo tanto la boca y la garganta se secan, así como el estómago y los intestinos.
Puede que la vejiga y el recto se liberen de alguna carga.
- 7) Los sentidos son alertados con el fin de que produzcan un aumento en la capacidad de aprendizaje y perciban rápidamente la información necesaria.

A pesar de los fuertes latidos del corazón, la audición se vuelve más aguda, las pupilas en los ojos se dilatan y los parpados se abren más ampliamente de modo que les sea posible absorber más luz y ver más, el sentido del olfato se agudiza, de ahí la capacidad de “oler el miedo” Estas son las principales reacciones conocidas en respuesta al estrés. Las reacciones al estrés varían dependiendo de cada persona.¹⁰

2.2 Síndrome de Burnout

El Síndrome de Burnout o también llamado síndrome del trabajador quemado es una sensación de fracaso y falta de motivación absoluta con agotamiento emocional,

mental y físico permanente, resultado de una sobrecarga laboral que hace que se desgasten energías, los recursos personales y la fuerza anímica del individuo.

La palabra "Burnout" ha sido utilizada en el lenguaje anglosajón dentro de la jerga de los atletas o deportistas en general. Con esa palabra, cuya traducción al castellano significa "estar quemado", se trataba de describir 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 entrenado a fondo para conseguirlos.¹¹

Conforme el síndrome ha sido más estudiado e investigando han ido surgiendo otras definiciones si bien con bastantes similitudes entre ellas, por lo que se describen las más relevantes.

Según Cherniss: “El síndrome de Burnout es un proceso en el que las actitudes y las conductas de los profesionales cambian de forma negativa en respuesta al estrés laboral.”

Según Pines, Aronson y Kafry: Lo definen como “El estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por una persistente implicación en situaciones emocionalmente demandantes”. Añaden que este estado es consecuencia de expectativas defraudadas y de ideales destrozados.

Según el diccionario Vox inglés Español: La expresión inglesa to burn out significa “pasarse (el fuego), quemarse (un fusible, motor, etc), fundirse una bombilla)” Y si sustituimos fusible, motor o bombilla por profesional o trabajador eso es precisamente lo que es el síndrome de Burnout, ha sido traducido al castellano de varias maneras:

- Síndrome del trabajador quemado.
- Síndrome del desgaste profesional (SDP), denominación debida a Vega, Pérez Urdaniz y Fernández Canti.
- Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT), planteada por Gil- Monte.
- Síndrome del profesional exhausto o sobrecargado.
- Enfermedad de Tomas. Nombre dado por Gervas y Hernández, en referencia al personaje un neurocirujano frustrado de la novela de M. Kundera La insostenible levedad del ser.

El SDP incide de manera plena en el núcleo de la persona. Y decimos persona y no profesional porque todos los aspectos vitales cambian a partir del momento en que se experimenta el síndrome. Su instauración es lenta e insidiosa., de manera que los cambios se producen lenta y paulatinamente, por lo que el afectado no llega a percatarse de la verdadera magnitud del problema que le está asaltando. Se va notando distinto, sin saber muy bien en que consiste esa diferencia y todavía menos por qué motivo puede ser.

Es posible que se le atribuya a un cansancio pasajero, a la astenia primaveral si coincide con la época, a aquello de que “todos pasamos temporadas más flojas” o “me falta alguna vitamina”. El cambio es el principio tan sutil que es muy difícil percibirlo. Pasa una temporada, las alteraciones se ilustran, se afianzan y lo que es peor, progresan. Un buen día, el afectado encuentra algo de tiempo para reflexionar y toma conciencia de que “esto que me pasa no es normal”. Puede que eso se vea ayudado por la circunstancia de que alguien le diga: “Te noto cambiado, ¿Te pasa algo?”. Lo cierto es que a esas alturas, ha cambiado su actitud hacia la vida. El trabajo le pesa cada vez más: así, lo que hace un tiempo afrontaba con alegría o, en los días malos, con sana resignación, ahora se le hace un esfuerzo inabordable. Antes acababa la jornada laboral cansada, pero ahora la termina agotado y vacío.

Tiempo atrás, cuando llegaban los momentos duros, se compensaba pensando en los ratos de ocio y en las actividades en que iba a emplearlo, pero en la actualidad ni se le ocurre que hacer salvo tumbarse en el sofá, no hacer nada y olvidarse de todo y de todos.

Con los pacientes, alumnos, usuarios o clientes, ya no se comporta de la misma manera, y nota que cada vez le resulta más difícil enfrentarse a ellos y soportarlos. Además, está irritable, está desgastado, tiene la sensación de no poder más y de estar perdiendo control de su vida. Está el síndrome Burnout, y no es fácil percatarse de ello. En primer lugar, porque no es un problema que no sea de conocimiento común, y eso dificulta enormemente la posibilidad de llegar a saber lo que ocurre y ponerle un nombre. Por otro lado, porque resulta difícil de reconocer y hacer frente al hecho de que todo ha cambiado por algo que no se sabe ni que es. No tiene una enfermedad “tangible” que

pueda demostrarse en una radiografía o que se traduzca en una fiebre alta o en un dolor, como sea el dolor del alma. Es algo subjetivo, un cumulo de sensaciones y de vivencias que, alterándolo en lo más íntimo de su ser, ha modificado su vida y le ha proporcionado un dramático sentimiento de fracaso.

El burnout es un problema de salud, apoyado por la OMS, en la décima revisión de la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) y de calidad de vida laboral, un tipo de estrés crónico que podríamos definir como la respuesta psicofísica que tiene lugar en el individuo como consecuencia de un esfuerzo frecuente cuyos resultados la persona considera ineficaces e insuficientes, ante lo cual reacciona quedándose exhausta, con sensación de indefensión y con retirada psicológica y a veces física de la actividad a causa del estrés excesivo y de la insatisfacción. En sus fases más avanzadas, el síndrome se manifiesta en una sensación continuada de no poder más, de estar al límite de las fuerzas, de estar a punto de venirse abajo, de que “se le van a quemar los plomos” o “fundir los fusibles”.

Tres elementos que caracterizan fundamentalmente al síndrome de desgaste profesional:

- a) Agotamiento emocional: Se experimenta la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado debido al contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender y sentimiento de no poder dar más de sí en el ámbito afectivo. Surge precisamente como consecuencia de la disminución de los recursos emocionales del profesional para enfrentarse con los retos que su labor le plantea, y se concreta en un continuo y creciente agotamiento.
- b) Despersonalización: Se desarrollan actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que trabaja, se las ve de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo que puede llegar a culpabilizarles de sus problemas. En muchos casos sobreviene como un mecanismo de defensa del propio afectado que ha estado implicándose mucho en sus tareas y siente que, al haberse venido abajo sus recursos emocionales, no puede continuar haciéndolas con esa

intensidad. Así el profesional decide inconscientemente crearse una barrera entre él y el usuario del servicio que presta como una forma de autoprotección.

Es como si le dijera: "Si no me implico, no sufro". En la práctica, esto se traduce en una merma, en la eficacia en el trabajo y en actitudes de insensibilidad y deshumanización, consistentes en un talante negativo, e incluso a veces de cinismo, hacia los receptores de su servicio: los pacientes, los alumnos, los clientes dejan de ser personas para convertirse en números. Llamada también "Desmoralización" en el sentido de la palabra es estar bajo moral, es decir desmoralizados, es negar la esencia de vivir, es renegar de nuestra existencia desde la falta de compromiso con ella, es abjurar de nuestra individualidad para convertirnos en mera marionetas guiadas por un "se" (la opinión de otros), que nos convierte en seres impersonales que vagamos por el mundo sin ningún tipo de ilusión o esperanza de realización. La falta de carácter, de coraje para enfrentarnos a los retos que nos propone la vida es lo característico de un ser desmoralizado.

- c) Baja realización personal: Tendencia a evaluarse negativamente especialmente en torno a las propias habilidades laborales y a su relación con las personas que atienden. Sensación subjetiva que nace como consecuencia de los dos factores anteriores.

El profesional se siente frustrado por la forma en que se realiza profesionalmente en el trabajo, no logrando el objetivo y los resultados esperados conseguidos con él, que tienden a vivenciarse de manera negativa y como resultado de una depresión profesional, lo que tiene como consecuencia una disminución de autoestima.

Es el sentimiento de impotencia al realizar ciertas medidas laborales, indefensión por parte de las personas que lo rodean y desesperanza laboral. Lo que permite evaluar el propio trabajo de forma negativa, los afectados se reprochan no haber alcanzado las metas propuestas, con vivencias de insuficiencia personal y baja

autoestima profesional. Afectando sobre todo a individuos que trabajan con personas.²

2.3 Manifestaciones laborales del síndrome

El síndrome de Burnout se presenta en la mayoría de los casos como un estado de agotamiento físico y psicológico que surge en las personas cuando se comprometen intensamente y prolongadamente con algunas tareas o actividades. Este problema no tiene un ámbito específico de desarrollo sino que se puede dar en cualquier circunstancia. Tampoco parece que sea motivada por la realización de determinadas acciones, sino que se relaciona con el modo de llevarlas a cabo. Se trata pues de una relación que surge vinculada al compromiso profundo y mantenido en algo (Grosh y Oslen 2000 Sciacchiatano y col 2001). Posiblemente también contribuya a su desarrollo el contraste entre las expectativas y la percepción que se tiene de los resultados que se van obteniendo. Consecuentemente con lo anterior este tipo de reacción representa más bien un aspecto de la personalidad y por lo tanto un aspecto del modo de ser de la persona que condiciona la manera de enfrentarse a las tareas y actividades.

Sin embargo es evidente que tienen que darse una serie de factores ambientales para que pueda desarrollarse el síndrome de Burnout, sin los cuales será muy difícil que esos modos de enfrentarse a las situaciones condicionen este problema.

Entre las condiciones ambientales que existen se encuentran:

- Temperatura
- Factores químicos: gases.
- Objetos en el contorno donde se vive
- Humedad
- Sonido
- Presión laboral
- Relaciones interpersonales
- Tráfico intenso

- Mala iluminación
- Poco espacio disponible
- Contaminación
- Otras personas
- Para cada persona existe un equilibrio que se encuentra en un estado de constante cambio.

Por lo tanto el síndrome de Burnout pareciera que es un claro ejemplo de la interacción-persona-situación donde lo nuclear es precisamente el tipo de interacción que se establece. Las manifestaciones del Burnout cubren el ámbito somático, psicológico y comportamental dentro de un abanico muy amplio:

Desde el punto de vista somático, las manifestaciones son muy diversas pero las más frecuentes son: el cansancio y los dolores focalizados en diferentes órganos. Desde el punto de vista psicológico, se pueden observar síntomas de tipo depresivo y vivencias de indefensión sobre un fondo de ansiedad. Por último los aspectos comportamentales, son también muy diversos pudiendo manifestarse como: actitudes de oposición de agresividad o de abandono.

Todo ese conjunto de síntomas se centra preferentemente en el contexto donde se ha desarrollado el Burnout pero tiene indudable manifestaciones en otros ámbitos. Así por ejemplo es frecuente que la problemática surgida en el entorno laboral incida sobre la familia con expresiones similares o con demandas de apoyo y refuerzo.¹² Sin embargo, el carácter contextual es lo que define el síndrome de Burnout y lo presente en sus tres principales características detalladas de la siguiente manera:

- a) El individuo presenta síntomas de agotamiento emocional, cansancio físico y psicológico.
- b) El individuo en su intento de aliviar esta situación trata de aislarse, desarrollando una actitud fría y despersonalizada, mostrando una falta de compromiso con su trabajo.
- c) Se da un sentimiento de inadecuación de incompetencia de ineficacia etc.

Burnout no surge de manera súbita, sino que es un proceso continuo; es un estrés de carácter crónico experimentado progresivamente en el contexto laboral. Se distinguen tres fases en su aparición:

- 1) En un primer momento se produce un desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos del individuo para afrontarlos.
- 2) Luego aparece la respuesta emocional a ese desequilibrio como una tensión y fatiga etc.
- 3) Por último el individuo trata de afrontarse a esa situación por medio de unos mecanismos neuróticos que llevan a una modificación de actitudes y conductas con respecto al trabajo; la parte actora que tiene una personalidad perfeccionista y alto nivel de auto exigencia comenzó a presentar cansancio, sensación de malestar, parestesias, fotofobia, miedos, irritabilidad, disritmias, bloqueos cognitivos que le provocaron un elevado nivel de ansiedad y a los que se unieron con el tiempo, somatizaciones, baja autoestima, sentimientos de incapacidad, culpa, ansiedad extrema, lagunas amnésicas y bloqueos cognitivos cada vez más frecuentes.

En definitiva tanto en el desarrollo como en la instauración del denominado síndrome de Burnout entran en juego numerosas variables personales y bastantes aspectos del modo de interaccionar con la situación por lo que su identificación es un elemento central en la prevención y tratamiento de este problema.²

2.4 Factores que contribuyen para la aparición del síndrome Burnout

Resulta evidente la implicación de la personalidad en la aparición del síndrome y son las personas idealistas y vocacionales las más propensas a padecerlo, pero lo más importante en la aparición del Burnout son: los factores laborales, condiciones físicas o de sobrecargas laboral, relaciones interpersonales en el trabajo, trato continuo con

personas deprimidas, impotencia ante la gravedad de algunos enfermos, horarios anti fisiológicos, falta de estímulos, la relación médico paciente, la naturaleza de la profesión, trabajos nocturnos, alto índice de contratación temporal y alta responsabilidad de las tareas, escasa eficacia de muchas actividades ,ser considerados profesionales de segunda fila.

Existe una serie de factores de riesgo cardiovascular conocidos ampliamente contrastados que influyen a su constante desarrollo del Burnout como son:

- La hipertensión arterial
- La hipercolesterolemia
- El consumo de tabaco
- La diabetes

Así como factores relacionados al ámbito laboral derivado de las exigencias del mismo, como:

- La ambigüedad del rol
- La autonomía del trabajo
- La jubilación son factores predisponentes al caso.¹³

Algunos autores relacionan el género, la edad y la antigüedad profesional en la que puede influir la presencia del síndrome lo cual se describe de la siguiente manera:

Género

Si bien el concepto de genero está relacionado con los roles sociales que desempeñan los seres humanos según el sexo y esta variable se refiere a una característica básicamente biológica, cabe señalar que habitualmente en las investigaciones se describen los resultados referidos a la variable sexo. Los resultados obtenidos por diversos factores señalan que la variable sexo no ha demostrado ser un potente predictor del Burnout. En algunos estudios existen diferencias significativas

siendo mayores los valores en mujeres y en otros estudios son los hombres los que puntúan más alto aunque en otras investigaciones existen diferencias significativas.

Una pequeña diferencia consistente respecto a sexo es que los hombres frecuentemente puntúan más alto en la despersonalización como también en algunos estudios se señala la tendencia de puntuación más alta en mujeres respecto al agotamiento emocional, estos resultados podrían estar relacionados con estereotipos de género según roles pero también reflejar la confusión de género con ocupación como puede suceder con algunas profesiones en que existen más hombres que mujeres como es el caso de la policía o en la profesión de enfermería en la que predominan más las mujeres que los hombres.

En un estudio de carácter meta analítico Moriana y Herruzo señalan que siguen siendo una mayoría, los autores que no encuentran evidencia suficiente sobre diferencias significativas respecto a la variable sexo también llamada género.

De lo expuesto se deduce que el sexo no es un potente predictor del síndrome de quemarse por el trabajo el llamado síndrome de Burnout.

Edad cronológica

La relación que se establece entre el síndrome de Burnout y la edad, se asocia con el tiempo de experiencia en la profesión, la maduración propia por la edad del individuo y con la pérdida de una visión irreal de la vida en general. Por ejemplo, se presentan evidencias que señalan que los profesionales más jóvenes experimentan niveles superiores de estrés y mayores niveles de agotamiento emocional y fatiga. Las principales fuentes de estrés laboral en el estudio de Yagil, fueron las interacciones con las personas y la sobre carga de trabajo. Por otra parte, otros autores señalan como consistente la relación lineal y positiva que se establece entre la edad y agotamiento emocional, aunque consideran necesaria la realización de estudios de carácter meta analítico sobre la relación que se establece entre las dimensiones del Maslach Burnout Inventory y las variables demográficas entre las que se incluye la edad del individuo, ya que se ha encontrado resultados significativos de casos en los que se presenta el síndrome de

Burnout en los profesionales más jóvenes debido a la falta de crecimiento y de alcanzar un desarrollo corporal y mental pleno. Los resultados de las investigaciones consultadas pareciera indicar que la relación del síndrome de quemarse por el trabajo y la edad podrían ser un factor desencadenante del síndrome ya que en estudios en Europa y Estados Unidos los datos son similares, y en los resultados de varias de las investigaciones consultadas existen coincidencias en que la edad de mayor riesgo comprendida es entre 40 y 52 años, destacándose altos valores en la Subescala de agotamiento emocional.

Antigüedad profesional

En determinadas investigaciones se obtienen diferencias significativas respecto al agotamiento emocional asociado a la antigüedad en la profesión entre los profesionales que se encuentran en el tramo inicial de su desempeño laboral respecto a los más veteranos. Otros investigadores sostienen que los resultados en relación al síndrome de quemarse y antigüedad en la profesión son similares a los obtenidos con la variable edad y presentan idéntica justificación teórica.

Es decir que los profesionales noveles son más jóvenes e inexpertos y poseen menos estrategias de afrontamiento para prevenir la situación de estrés siendo mayor el riesgo por quemarse en el trabajo.

La gran mayoría de los estudios revisados revelan una prevalencia del síndrome de Burnout medio y alto sobre todo en profesionales de más de 15 años de antigüedad en el trabajo o más de 5 años en la misma unidad.¹⁴

Este problema como la mayoría de los problemas humanos y sociales no presenta una relación de causa efecto, sino que tiene un carácter multifactorial en el que intervienen en su proceso elementos organizacionales y personales en los cuales podemos considerar tres grandes grupos de factores que determinan el desgaste profesional llamado síndrome de Burnout como:

- a) Factores personales.

- b) Factores educacionales.
- c) Factores organizacionales.

Existe una serie de factores de la personalidad del individuo que le pueden hacer más vulnerables al desgaste profesional, cada persona tiene un estilo personal con una serie de rasgos positivos que la persona debe potenciar y otros rasgos que le limitan, los cuales debe conocer para poder neutralizar e incluso eliminar.

Uno de los secretos del éxito y el bienestar está en creer en uno mismo; para lo cual es necesario conocerse e identificar los potenciales y carencias, solo así confiando en la naturaleza de la fuerza humana y al mismo tiempo conociendo las propias limitaciones puede el hombre superarse, crecer y creer en sí mismo.

Conocer los rasgos personales no solo ayuda a conocerse a sí mismo, sino también a conocer a los demás pudiendo entender al otro en su conjunto. Por ejemplo, ante un estilo dominante no solo debe considerarse el estado hostil, brusco y dictador, sino también las facetas que le mueven al éxito: amante de los retos, líder, seguridad en sí mismo; identificar los rasgos efectivos ayuda a desarrollar el potencial personal y a superar aquellos rasgos que limitan la actuación de la propia persona. Por otra parte, conocer el estilo personal del otro es un elemento importante, ya que puede identificar lo que motiva a cada persona siendo el trabajo parte del desarrollo personal y profesional.

La satisfacción con el trabajo y la adaptación al mismo disminuye el desgaste profesional y aumenta el grado de eficacia y perfección aunque a veces puede existir el peligro de querer encontrar el trabajo perfecto que no siempre es real, ya que el hombre se encuentra comprometido con otras responsabilidades que no siempre le permite disponer del tiempo y energía necesaria para buscar esa situación ideal lo que sí está disponible para el ser humano es poder descubrir las posibilidades de un clima cordial y con un sentido positivo.

Hay otra serie de factores de carácter organizacional que favorecen al desgaste emocional o estrés laboral. El autoritarismo y exceso de control en una persona aumentan la desmotivación y pueden llegar a casos de desgaste profesional, como también la sobrecarga, tanto en el número de horas dedicadas, como el exceso de responsabilidades asumiendo funciones que exceden el nivel de las capacidades.

Mingote (2002) describe seis áreas principales donde el desajuste puede tener lugar a: cargas de trabajo, control, refuerzos, clima de grupos, justicia y valores organizacionales. El apoyo social por parte de los compañeros y de los superiores es un elemento positivo de ayuda.

El rendimiento y tensión supera la capacidad de afrontamiento por una sobrecarga de tareas, trabajo bajo presión u otras situaciones ineludibles se inicia el descenso hacia el estrés negativo, manifestándose una serie de síntomas como fatiga y cansancio extremo. Por otra parte si se tienen pocas obligaciones y retos a los que enfrentarse pueden aparecer el aburrimiento la frustración y en consecuencia el estrés negativo.

El estrés negativo tiene un alto costo no solo a nivel de salud individual sino en cuanto al mundo laboral y de las organizaciones. Puesto que es una respuesta a fenómenos externos, lo que resulta positivo en la medida que no afecte ni altere nuestra vida diaria. Sin embargo existe un mal que puede resultar tan inconveniente y dañino el distres o estrés negativo. No todas las personas reaccionan de igual forma ante los agentes estresantes ni tienen la misma capacidad para su afrontamiento.¹⁵

2.5 Sintomatología relacionada al Síndrome de Burnout

La aparición de la sintomatología del síndrome de Burnout no es un acontecimiento puntual e instantáneo; sino que se va forjando a lo largo de un proceso a través de la exposición repetida a determinadas situaciones valoradas por la persona, como de daño

o perdida; amenaza o desafío. No hay reglas ni fórmulas matemáticas para desentrañar como surge y se desarrolla dicho proceso de estrés. Cada persona, cada centro, cada contexto, interactúan entre si generando niveles de bienestar o malestar en el profesional en una graduación o continuo que no se polariza en blanco o negro (quemado o no quemado), sino en tendencias que se aproximan más o menos a estados de salud mental y física o, a estados más patológicos que conllevan trastornos de tipo emocional, físico o psíquico.

La sintomatología Burnout detectada en los ámbitos somáticos, emocional, conductual y cognitivo no mantiene una relación directa con las características personales, organizacionales del centro educativo, el rol profesional o el apoyo socio-emocional que recibe la persona sino que dicha sintomatología aparece cuando se condiciona por la valoración cognitiva primaria que la persona hace a los factores personales y contextuales.¹⁶

Las manifestaciones del Síndrome de Burnout incluyen:

1) Manifestaciones mentales:

- Sentimiento de vacío
- Agotamiento
- Fracaso
- Impotencia
- Baja autoestima
- Pobre realización personal
- Nerviosismo
- Inquietud
- Dificultad de concentración
- Olvidos
- Tendencias depresivas
- Baja tolerancia a la frustración

- Comportamiento paranoide y agresivo hacia los enfermos, los compañeros y la propia familia.

2) Manifestaciones Físicas:

- Cefalea
- Insomnio
- Algias osteomusculares
- Alteraciones gastrointestinales
- Hipertensión
- Sudoración
- Taquicardia, etc.

3) Manifestaciones conductuales:

- Predominio de conductas adictivas y evitativas (de escape)
- Aumento de consumo de café
- Bebidas alcohólicas
- Drogas ilegales
- Fármacos
- Tabaquismo
- Absentismo laboral
- Bajo rendimiento laboral
- Distanciamiento afectivo de los enfermos y compañeros
- Conflictos interpersonales en el ámbito del trabajo
- Conflictos dentro de la propia familia
- Respuestas con un alto grado de agresividad
- Cambios drásticos del sentido del humor.¹⁷

2.5.1 Problemas que se confunden con el Burnout

Cada vez es más frecuente oír la expresión “estoy quemado” haciendo referencia al trabajo, sobre todo en la medida en que el cuadro de desgaste profesional está llegando al gran público. Burnout no es:

- a) Estar cansado o estresado.

Tanto el cansancio como la tensión y el estrés es algo que todos hemos experimentado en algún momento de nuestra vida laboral. Pero cuando es episódico, como después de una temporada de gran esfuerzo, tras un periodo largo sin vacaciones, etc., no se trata de estar “quemado”. Es algo molesto, y difícil de llevar y que requiere de solución en un breve espacio de tiempo: unas vacaciones, frenar la marcha de trabajo etc. Pero no hay que confundirlo con la profunda sensación de no poder dar más de uno mismo, de “estar acabado” y de fracaso profesional característicos del trabajador desgastado.

Una buena prueba para diferenciar entre el cansancio y el Burnout estriba en que en el primer caso el descanso lo soluciona: se recuperan fuerzas y la persona vuelve a incorporarse a sus tareas laborales sintiéndose renovada. En cambio, no sucede así en el caso del desgaste profesional, en el que el descanso no es ya efectivo para “recargar las pilas”, sino que, por el contrario, el individuo se siente cada vez más cansado e importante. Pero ¡Ojo!, hay que tener cuidado, porque lo que si puede ocurrir es que si al cansancio no se le presta atención y se continua con el mismo ritmo trepidante, es muy probable que se llegue al agotamiento. Y eso puede estar indicando las fases iniciales de un Burnout o, cuando menos, un riesgo de caer en él.

- b) Haber elegido la profesión equivocada.

Puede que la elección se realizara con unas expectativas falsas, por seguir la tradición familiar, por presión de otros o simplemente porque la media del expediente académico

no permitió otra cosa. Realmente resulta muy desagradable darse cuenta de que la profesión elegida no es adecuada para uno al poco tiempo de empezar la vida laboral. Pero una vez más eso no es Burnout. De hecho, los más propensos al desgaste son los más vocacionales, es decir, aquellos que han escogido precisamente esa profesión, y no otra, basándose en su significado y en su esencia.

c) Atravesar una crisis laboral.

Los momentos críticos en el trabajo son normales, diríamos incluso que inherentes al hecho de tener una profesión y ejercerla, por la misma razón que las personas atravesamos periódicamente crisis en otros aspectos de nuestra vida, como el sentimental o el personal. Pero eso por si solo tampoco quiere decir automáticamente que se esté ante un síndrome de desgaste profesional. Puede ser un indicio de que algo no funciona y, desde luego, es lo suficientemente serio como para reflexionar sobre ello y analizarlo con detalle, pero no es Burnout.

d) Acoso psicológico en el trabajo.

Son patologías de la vida laboral de distinta índole. En el mobbing se producen conductas de ataque sistemático contra un trabajador con el propósito deliberado de perjudicarlo y el objetivo último de excluirlo de la empresa. No se produce esto en el síndrome de desgaste profesional, aunque ambos casos tengan como denominador común el hecho de que surgen preferentemente en ambientes organizativos tóxicos, además de presentar algunos síntomas parecidos.

Burnout, o síndrome del trabajador quemado, es una enfermedad laboral cuya incidencia entre la población activa es cada vez mayor, sobre todo en aquellos sectores que exigen un trato continuo con el público, como la docencia o la sanidad.

Se puede decir que alguien está quemado o desgastado profesionalmente cuando su trabajo no le motiva y le supone un esfuerzo casi insoportable. El enfermo padece un agotamiento mental, físico y emocional, con el tiempo trasciende su vida personal provocándole una situación de precario equilibrio psicológico.²

2.5.2 Similitudes y diferencias con otros conceptos

Debido a que el término "Burnout" ha surgido íntimamente relacionado con otros conceptos ya existentes, es difícil establecer claras diferencias entre ellos, como sucede con el estrés. Son muchas las conexiones entre un concepto y otro. La única diferencia (más aparente que real) es que el "Burnout" es un estrés crónico experimentado en el contexto laboral.

Las diferencias entre el tedio o aburrimiento en el trabajo es que el "Burnout" es fruto de repetidas presiones emocionales, mientras que el tedio puede resultar de cualquier presión o falta de innovación. Ambos términos son equivalentes cuando se producen como resultado de una insatisfacción del trabajo con la gente.

En cuanto a las diferencias con la insatisfacción laboral, no son términos equivalentes aunque entre ellos haya fuertes correlaciones. Cuando el trabajador está "quemado", el término supone que también se encuentre poco gratificado por su labor. Maslach y Jackson son de la opinión de que los altos niveles de estrés y "Burnout" pueden coexistir con una buena satisfacción. En su escala de medición (Maslach Burnout Inventory) consideran la insatisfacción en el trabajo como un componente más de este síndrome, pero no necesariamente ha de aparecer ligado a altos niveles de cansancio emocional.

Aunque participan rasgos similares, no es igual el "Burnout" a la depresión. El ánimo abatido suele ser en el primer caso, temporal y específico del ámbito laboral. Algunos autores consideran ficticia la separación de términos y opinan que se ha querido dar otro nombre a un cuadro ya estudiado desde antiguo. Es indudable una gran correlación entre ambos.

Las investigaciones entre los "Life Events" y el "Burnout" encontraron que los sucesos negativos de la vida pueden promover o agravar una situación de sobrecarga que ya existía. Los positivos por el contrario, amortiguarían las situaciones de presión. Los resultados de estudios demuestran la importancia de promover condiciones favorables en el contexto laboral con el fin de eliminar las tensiones.

También se han establecido diferencias entre la crisis de la edad media de vida (según el Modelo de Desarrollo Laboral del Adulto y el "Burnout". Tal crisis puede sobrevenir cuando el profesional hace un balance negativo de su posición y desarrollo. Por contra, la experiencia de "quemarse" se da con mayor frecuencia en los jóvenes recién incorporados a su nuevo empleo. Estos sujetos no suelen estar debidamente preparados para hacer frente a los conflictos emocionales que desde el exterior se les presentan, ni tampoco saben controlar sus propios sentimientos.²

2.6 Fases del Síndrome de Burnout

Para explicar el proceso de desarrollo del síndrome se elabora un modelo de cinco fases.

Fase inicial, de entusiasmo

Se caracteriza por ser un periodo inicial en la actividad laboral, en el que los individuos muestran gran ilusión, energía y expectativas irreales sobre un trabajo que no conocen realmente. Es una fase de entusiasmo en la que el profesional se sobre identifica con los individuos hacia los que trabaja y se sobre implica en el trabajo.

Fase de estancamiento

No se cumplen las expectativas profesionales. Se empiezan a valorar las contraprestaciones del trabajo, percibiendo que la relación entre el esfuerzo y la recompensa no es equilibrada. En esta fase tiene lugar un desequilibrio entre las demandas y los recursos (estrés); por tanto, definitoria de un problema de estrés

psicosocial. El profesional se siente incapaz para dar una respuesta eficaz. El profesional realiza su trabajo pero este ya no es algo primordial en su vida y su atención se centra en otras actividades personales y de su vida privada, se empieza a valorar otros aspectos del trabajo (económicos, horarios de trabajo, compensaciones).

Fase de frustración

Se puede describir una tercera fase en la que la frustración, desilusión o desmoralización hace presencia en el individuo. El trabajo carece de sentido, cualquier cosa irrita y provoca conflictos en el grupo de trabajo. La salud puede empezar a fallar y aparecer problemas emocionales, fisiológicos y conductuales.

Fase de apatía

Aparece como mecanismos de defensa, ante la frustración el trabajador se encuentra poco motivado por el trabajo llegando a rechazar todo lo que suponga cambios o innovación e incluso a atención del enfermo, suceden una serie de cambios actitudinales y conductuales (afrontamiento defensivo), como la tendencia a tratar a los pacientes de forma distanciada y mecánica, la anteposición cínica de la satisfacción de las propias necesidades al mejor servicio al cliente y por un afrontamiento defensivo-evitativo de las tareas estresantes y de retirada personal.

Fase de quemado

Colapso emocional y cognitivo, fundamentalmente, con importantes consecuencias para la salud. Además, puede obligar al trabajador a dejar el empleo y arrastrarle a una vida profesional de frustración e insatisfacción. Esta descripción de la evolución del SQT tiene carácter cíclico. Así, se puede repetir en el mismo o en diferentes trabajos y en diferentes momentos de la vida laboral.¹⁸

DIAGNOSTICO DEL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO

Cuando se trata del síndrome de quemarse por el trabajo en trabajadores que no tienen contacto directo con los usuarios de la organización se evalúa mediante Maslach Burnout Inventory-general Survey (MBI-GS) cuyos ítems tienen un carácter más genérico no exclusivo para profesionales que brindan servicios.

Gil Monte señala que en este caso se está evaluando una crisis en la relación de una persona con su trabajo y no necesariamente una crisis en las relaciones entre el trabajador/a y las demás personas con las que se relacionan en el trabajo.

Se concibe que la relación de una persona con su trabajo es un continuo que va desde el “compromiso con el trabajo” o engagement a “quemarse por el trabajo” o Burnout.

Se considera que este síndrome compromete las áreas psicológicas y social de un sujeto incidiendo sobre su Ser y Estar.¹⁴

Desde la aparición del concepto de desgaste profesional se han utilizado diferentes instrumentos de evaluación entre los que se destacan la escala personal de Burnout para los profesionales de la salud (staff Burnout Scale For Health Professionals [SBS-HP]). (Jones J.W; 1982), la medida de Burnout (Burnout Measure [BM]) (Pines, Aronson y Kafry, 1981) y el cuestionario de Burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory [MBI]) (Maslach y Jackson, 1986).

De todos ellos el cuestionario de Burnout de Maslach (MBI) es el instrumento más utilizado en todo el mundo. Tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y

actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional, despersonalización y realización personal.¹⁹

Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno.

La clasificación de las afirmaciones es la siguiente: Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22. Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. La escala se mide según los siguientes rangos:

- 0 = Nunca
- 1 = Pocas veces al año o menos
- 2 = Una vez al mes o menos
- 3 = Unas pocas veces al mes o menos
- 4 = Una vez a la semana
- 5 = Pocas veces a la semana
- 6 = Todos los días

Los resultados de cada Sub-escala se describen a continuación:

Sub-escala de agotamiento emocional: Puntuación máxima 54, valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.

Sub-escala de despersonalización: Puntuación máxima 30, valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento.

Sub-escala de realización personal: Puntuación máxima 48, evalúa los sentimientos de auto eficiencia y realización personal en el trabajo.²⁰ (Ver anexo 1).

Puntuación del Test.

NIVEL/SUBESCALA	AGOTAMIENTO EMOCIONAL	DESPERSONALIZACION	REALIZACION PERSONAL
Bajo	>19	>6	>31
Medio	19-26	6-9	31-38
Alto	>29	>10	>39

Existe otro test para medir las áreas de impacto del síndrome Burnout el cual evalúa 11 dimensiones: Impotencia, Desinformación, Conflicto, Sobrecarga, Aburrimiento, Pobre retroalimentación, Castigo, Alineación, Ambigüedad, Ausencia de recompensa y Conflicto de valores. (Ver anexo 2)

Puntuación del Test.

PUNTUACIÓN	RIESGO DE BURNOUT	RECOMENDACIONES
De 48 a 168	Bajo	Tome decisiones
Entre 169 a 312	Moderado	Desarrolle un plan para corregir las áreas problemas
Más de 313 (máximo 432)	Alto	Necesidad urgente de acciones correctivas

2.7 Tratamiento prevención y control del Síndrome de Burnout

Los enfoques para el tratamiento del síndrome de Burnout deben guiarse por la gravedad del síndrome. Si es leve, las medidas pueden ser el cambio de hábitos de vida. De acuerdo con Hillert y Marwitz, el tratamiento debe concentrarse en tres factores:

- Alivio del estrés
- Reparación mediante relajación y práctica de algún deporte.
- Vuelta a la realidad, esto es en términos de abandono de las ideas de perfección.

Si la manifestación del síndrome de Burnout es grave, las intervenciones psicoterapéuticas recomendadas son los antidepresivos, de preferencia en combinación con la psicoterapia.

Para evitar el síndrome de Burnout, además de los enfoques mencionados, las medidas principales son las relativas a la promoción de la salud en el trabajo, la introducción de modelos de tiempo de trabajo y la puesta en práctica de las sesiones de supervisión. Esto trae a colocación un componente social de desgaste, lo que exige un replanteamiento que lleve a cambios en el mundo del trabajo en términos de la humanización.

Para la reducción de los efectos de la tensión y prevención del síndrome Burnout se han planteado diferentes estrategias, producto de factores personales y ambientales laborales, algunas de ellas serían las siguientes basadas en hallazgos de los cuestionarios administrados: a) Reconocimiento de Burnout, b) Comunicación, c) Relajación, y d) estrategias de afrontamiento.

Esto implica reconocer la existencia del síndrome Burnout y los factores asociados. Por ello se plantea la necesidad de aplicar el cuestionario Burnout a los profesionales, por lo menos una vez al año en el control pre-vacacional con el fin de detectarlo y buscar sus causas.

Es poco frecuente que el profesional acuda a pedir ayuda en forma voluntaria debido a perjuicios o porque no tiene conciencia del Burnout que está padeciendo.

La mayoría de los autores considera al síndrome de Burnout un proceso continuo. Existen otros que consideran en la evolución del síndrome una serie de fases que coinciden, en gran parte, con las propuestas de Cherniss. El hecho de que el cuestionario de Maslach mida los estadios de Burnout en ausente, leve, moderado y severo, facilita la intervención terapéutica y permite programar actividades de prevención en el personal de salud.

El proceso de comunicación con otros compañeros de trabajo que están en la misma posición y que padecen los mismos síntomas permite obtener consejos para reducir al mínimo el resentimiento y la presión emocional que se acumula por la naturaleza del trabajo o de la carencia de contacto con otros profesionales con los que pueda compartir el ambiente laboral. Pueden programarse reuniones terapéuticas de grupo para trabajar los sentimientos encontrados, resentimientos, malos entendidos y mejorar la comunicación entre los compañeros de trabajo.

Los profesionales de la salud están en mayor riesgo de experimentar comportamientos relacionados con el Burnout porque la práctica médica está sometida a un elevado nivel de tensión, auto-demandas excesivas, dependencia, depresión, frustración, fatiga, abuso de sustancias ilícitas o de alcohol, todo para aliviar el dolor psíquico.

Deben buscarse formas de relajación mediante la diversificación de actividades no relacionadas con la práctica médica; también deben tener periodos de descanso vacacional. Es necesario hacer frente al síndrome de Burnout mediante la reestructuración cognitiva que permita combatir los pensamientos generados de la situación aversiva y que ayude a dotar al individuo de estrategias de afrontamiento efectivas para superar su situación. Es importante el conocimiento de uno mismo, mantener buenos hábitos alimenticios, incorporar el ejercicio como estilo de vida. Buenos hábitos de sueño, conformar equipos de colegas para entender la excesiva carga de atención de pacientes y habilidades sociales para no sobrecargar su agenda.²¹

No existe ningún tratamiento específico para el Burnout ni tampoco una estrategia simple de prevención.

Medidas específicas de prevención de SQT como situación de estrés crónico

El Acuerdo Europeo dispone que tales medidas específicas son aquellas que “apuntan a los factores de estrés identificados en la acción preventiva”. Por lo tanto, es obligatorio a adoptar medidas para prevenir los factores que intervienen en el estrés crónico que está en la base del SQT. En este sentido, la identificación y prevención del “burnout” o SQT, solo puede venir ligado a la acción preventiva de los procesos de estrés laboral.

Se distinguen tres tipos de acciones preventivas:

- a) La prevención primaria
- b) La prevención secundaria
- c) La prevención terciaria.

Las dos primeras tienden a hacer frente al origen de los riesgos, mientras que la tercera afronta los daños sobre la salud, por lo que no es propiamente prevención sino de reparación, protegiendo frente a tales daños. Por su parte, La prevención primaria es la más coherente con los principios de un sistema de gestión de la prevención de riesgos laborales, porque se dirigen a la organización y a las conductas de grupo – medidas de gestión y comunicación, asegurar apoyos adecuados a la actuación de individuos y equipos de trabajo; adaptaciones de organización, procesos y condiciones a las características de cada trabajador; información y formación adecuadas a estos riesgos y a su afrontamiento; consulta. En cambio, la prevención secundaria se orienta más a los individuos que a la organización, provocando cambios de actitudes de las personas y mejorando sus recursos de afrontamiento – reacción de relación -.²²

- Prevención primaria: Reducción del estrés a través de:
 - Ergonomía
 - Definición del puesto de trabajo y diseño ambiental.
 - Perfeccionamiento de la organización y de la gestión.

- Prevención secundaria: reducción del estrés a través de:
 - Educación y capacitación de los trabajadores.

- Prevención terciaria: reducción de los efectos del estrés a través de:
 - Desarrollo de sistemas de gestión más sensibles y con mayor capacidad de repuesta, y mejora de la prestación de servicios de salud ocupacional.

La prevención terciaria en las entidades hace hincapié en la prestación de servicios de salud ocupacional eficientes y con capacidad de repuesta. Por consiguiente, hoy en día la gestión del estrés laboral debe englobar la prevención terciaria.¹

En síntesis, las acciones para la prevención del SQT pasa por tres tipos de medidas:

Para provocar cambios en la organización:

- Realizar identificación del síndrome mediante la evaluación de riesgos psicosociales.
- Mejorar el clima de trabajo promoviendo el trabajo en equipo.
- Aumentar el grado de autonomía y control del trabajo, descentralizando la toma de decisiones.
- Disponer de análisis y definición de los puestos de trabajo, evitando ambigüedades y conflicto de rol.
- Establecer ideas claras de autoridad y responsabilidad.

- Definición de competencias y responsabilidades, de forma precisa y realista, atendiendo a las capacidades reales.
- Mejorar las redes de comunicación y promover la participación en la organización, mejorando el ambiente.
- Fomentar la colaboración en la organización.
- Fomentar la flexibilidad horaria.
- Promover la seguridad en el empleo.
- Programas de anticipación hacia lo real: debido a las discrepancias que se produce entre las expectativas de los trabajadores cuando se incorporan al trabajo y, la realidad con la que se encuentran supone un choque que se puede evitar mediante la implantación de programas de simulador de rol.

Para promover los cambios y capacidades en las personas:

Hay que promover el entrenamiento en la solución del problema, en la asertividad y el manejo eficaz del tiempo. Para ello precisa:

- Programas a la adquisición de destreza para la resolución de problemas – asertividad, manejo eficaz del tiempo...
- Programas dirigidos para la adquisición de destreza en la mejora del control de las emociones para mantener la distancia emocional con el usuario, cliente, paciente, alumno. (técnicas de relajación, desconexión entre el mundo laboral y el mundo personal).
- Desarrollo de conductas que eliminen la fuente de estrés o neutralicen las consecuencias negativas del mismo.

Para promover dinámicas del grupo:

El apoyo social, tanto por parte del ambiente de trabajo como por parte de lo familiar es fundamental para adquirir unas habilidades. El apoyo social permite saber a las personas que se preocupan por ellos y que son valorados y estimados. Así, es importante:

- Formatear las relaciones interpersonales.
- Fortalecer los vínculos sociales entre el grupo de trabajo.
- Establecer sistemas participativos y democráticos en el trabajo
- Facilitar formación e información.²²

Sugerencias de tratamiento:

1. Tratamiento farmacológico de acuerdo a los síntomas.
Ejemplo. Antidepresivos, beta-bloqueadores.
2. Psicoterapia como técnicas de relajación, mejora del amor propio, conceptos para tratar el estrés.
3. Reorganización del ambiente de trabajo, organización del trabajo.
4. Cambiar de ambiente de trabajo, combinado con rehabilitación.

En cuanto a las estrategias o habilidades a fomentar, es necesario reconocer que no existe ninguna técnica simple capaz de prevenir o tratar de forma efectiva el Burnout, sino que se utilizan modelos de intervención de componentes integrados de forma complementaria con técnicas orientadas al individuo junto a técnicas orientadas al ámbito organizacional.

2.7.1 Estrategias orientadas a nivel individual

Para la reducción de emociones y del estrés se han empleado diversas técnicas, entre las que destacan: técnicas de relajación, el biofeedback, técnicas cognitivas (reestructuración cognitiva), resolución de problemas, entrenamiento de la asertividad, fomentar habilidades de afrontamiento y técnicas de autocontrol dirigidas a las consecuencias conductuales.

2.7.2 Estrategias orientadas a nivel organizacional

Cambios que deberían producirse para reducir este fenómeno:

- Planificar un horario flexible por parte del trabajador (elección de los turnos).

- Fomentar la participación de los trabajadores en la toma de decisiones.
- Mejorar los niveles de calidad del ambiente físico de trabajo.
- Enriquecer los trabajos (autonomía, retroalimentación, variedad de habilidades, identidad de la tarea y significado de la misma).
 - Asignación de tareas al grupo, organización y control del trabajo proporcionando retroalimentación adecuada de su ejecución.
- Limitar el número de horas de trabajo, así como el número de pacientes que atender.⁵

2.8 Desempeño laboral del profesional en terapia respiratoria y del profesional en anestesiología

2.8.1 Desempeño laboral del profesional en terapia respiratoria

El personal de terapia respiratoria tiene un perfil en el desempeño laboral el cual se describe de la siguiente manera:

Asistencia al programa de oxígeno de larga duración domiciliar: Es la visita que se realiza al paciente del programa de administración de oxígeno suplementario en su domicilio (OLDD).

Fisioterapia respiratoria: Es la aplicación de técnicas y ejercicios a pacientes con enfermedad pulmonar aguda o crónica y en pacientes quirúrgicos.

Ejercicios diafragmáticos: Ejercicios orientados al fortalecimiento de la función del músculo diafragmático.

Inspirómetros de incentivos. Inspirómetros incentivos o inspiración máxima sostenida (SMI).

Higiene bronquial: Son técnicas ejecutadas en forma manual o mecánica con la finalidad de mantener la vía aérea permeable.

Vibración y percusión: Generación de ondas oscilatorias transmitidas a través de la cavidad torácica.

Tos asistida. (Efectiva): Estimulación de una inspiración profunda, seguido de una espiración forzada o explosiva realizada a través de un aumento de la presión manual abdominal.

Drenaje postural: Es la movilización de las secreciones, por efecto de la gravedad, a las vías aéreas centrales.

Aspiración vía aérea intervenida: Extracción de secreciones acumuladas en las vías aéreas artificiales utilizando dispositivos generadores de presión negativa.

Espirometría: Es la técnica empleada para medir algunos volúmenes y flujos que se generan en el curso de una maniobra voluntaria de espiración forzada.

Colocación de pacientes en ventilación mecánica: Es el procedimiento mediante el cual conectamos al paciente a un ventilador mecánico para proveerle un soporte respiratorio.

Cuidados en ventilación mecánica (VM): cuidados especializados que se les proporcionan a los pacientes, que se encuentran en ventilación mecánica.

Cambio de circuitos ventilatorios: Es la sustitución del circuito de tubos del ventilador mecánico en uso, por un circuito limpio y estéril usando técnicas asépticas y las medidas de bioseguridad correspondientes.

Traslado de paciente con ventilación mecánica: Es el desplazamiento que se brinda al paciente ventilado mecánicamente, en el traslado intra o extra hospitalario.

Destete de ventilación mecánica: Proceso gradual de retirar la ventilación mecánica hasta que el paciente recupera la ventilación espontánea.

Intubación: Procedimiento de extraer el tubo endotraqueal en un paciente con soporte ventilatorio.

Ventilación mecánica no invasiva en paciente hospitalizado: Es la ventilación mecánica sin instrumentalización de la vía aérea.

Ventilación mecánica no invasiva en paciente domiciliar: La ventilación mecánica sin instrumentalización de la vía aérea en el domicilio.

Ventilación manual: Ventilación y oxigenación manual, haciendo uso de una bolsa de reanimación.

Toma de gases sanguíneos: Técnica diagnóstica médica en la cual se extrae sangre de una arteria, vena o capilar para su análisis de laboratorio.

Intubación traqueal. Introducción de un tubo o sonda en la tráquea a través de la boca o nariz.²³

2.8.2 Desempeño laboral del profesional en anestesiología

Tanto el personal de terapia respiratoria, como el personal de anestesiología tienen sus propias obligaciones aunque ambas tengan cierto grado de relación sus actividades son muy diferentes.

Según la definición revisada del American Board of Anesthesiology, en 1989 se describe la práctica del profesional de la anestesia de la siguiente manera:

- 1) Evaluación consulta y preparación de paciente para anestesia.
- 2) Volver insensibles al dolor a los pacientes durante los procedimientos quirúrgicos obstétricos terapéutico y diagnóstico.
- 3) Vigilar y restaurar la homeostasia en los sujetos peri-operatorios y críticamente enfermos.
- 4) Diagnosticar y tratar síndromes dolorosos.
- 5) Tratamiento y enseñanza de reanimación cardiaca y pulmonar.
- 6) Evaluación de la función respiratoria y aplicación de la terapeuta respiratoria.
- 7) Enseñanza, supervisión y evaluación de la actuación del personal médico y paramédico relacionado con anestesia, cuidados respiratorios y cuidados críticos.

- 8) Conducir investigación a los niveles de ciencia básica clínica, para explicar y mejorar el cuidado de los pacientes en términos de función fisiológica y respuesta a fármacos.
- 9) Participación en la administración de hospitales y escuelas médicas, así como servicios de pacientes extremos, necesarios para ejecutar estas responsabilidades.²⁴

En el 2004, en su última actualización, el ministerio de Salud Pública y Asistencia Social consciente de la responsabilidad que le compete, en relación con la salud humana en nuestro país, ha tenido a bien elaborar la siguiente norma técnica sobre anestesiología, con el propósito de contribuir y brindar una mejor atención a todos los pacientes que necesiten en un determinado momento ser sometido a procedimiento anestésico.

Esta norma establece las responsabilidades de los profesionales de anestesiología, así como los requisitos necesarios con los cuales deben de contar los establecimientos de salud; para garantizar que los pacientes reciban una mejor atención en cualquier procedimiento de anestesiología y por consiguiente contribuir a disminuir la morbi-mortalidad a causa de un acto anestésico.

Esta norma ha sido sometida a una amplia revisión técnica por parte del personal médico anestesiólogos y representantes de las diferentes instituciones que integran el sector salud.

Todo profesional en anestesiología deberá cumplir con las actividades y responsabilidades siguientes:

- a) Proporcionar al paciente trato respetuoso, digno de acuerdo a sus derechos y a la ética médica, así como las explicaciones correspondientes a cada procedimiento.
- b) Conocer la historia clínica del paciente y hacer las interconsultas a otros especialistas si fuera necesario, para desarrollar un plan de cuidados anestésicos.
- c) Verificar en el expediente clínico, que el paciente y sus familiares o su representante legal haya firmado el consentimiento informado.
- d) Indicar la prescripción apropiada de la medicación pre anestésica.

- e) Identificar al paciente dentro del quirófano, verificar el diagnóstico, la cirugía propuesta y evaluar al paciente antes de la inducción anestésica.
- f) Examinar el buen funcionamiento de los equipos antes de la inducción anestésica y verificar que existan los medicamentos e insumos necesarios así como: sangre, hemoderivados, coloides, cristaloides y otros.
- g) Iniciar el procedimiento anestésico cuando el cirujano y su equipo colaborador estén presentes en el quirófano.
- h) Conducir personalmente el procedimiento anestésico y deberá permanecer en el quirófano durante todo el acto quirúrgico.
- i) Adoptar medidas de bioseguridad, para evitar la transmisión de padecimientos infecciosos al paciente y al personal del equipo de trabajo.
- j) Registrar completamente el proceso de la anestesia en una hoja elaborada específicamente para tal fin.
- k) Toda complicación que surja durante el evento anestésico deberá ser reportada y registrado en el expediente clínico.
- l) Apoyarse en otros especialistas para solucionar emergencias médico quirúrgicas que se presenten durante el acto anestésico.
- m) Todo profesional en anestesiología que sea relevado del acto anestésico, debe entregar al profesional que lo releva, la hoja de anestesia, en la cual haga constar la evolución y condiciones clínicas del paciente.

Evaluación preanestésica

- a) El paciente programado para cirugía ambulatoria debe tener previo al procedimiento quirúrgico la evaluación pre anestésica, debiendo revisarse exhaustivamente su historia clínica y confirmar que el paciente no presenta contraindicaciones al procedimiento, lo cual deberá quedar consignado en el expediente.
- b) En los casos de emergencia o urgencia, el profesional en anestesiología evaluará al paciente justamente con el cirujano, a fin de llevarlo a una condición óptima en el menor tiempo posible.

- c) El medico anestesiólogo tendrá la facultad de suspender o diferir un procedimiento anestésico electivo; cuando considere que el paciente no reúna los criterios de seguridad establecidos en esta norma y en ausencia de este, el licenciado o tecnólogo anestesista en conjunto con el cirujano, decidirán la conducta a seguir.
- d) El medico anestesiólogo de acuerdo a circunstancias especiales o de urgencia podrá realizar el procedimiento anestésico sin cumplir algunos de los requisitos establecidos en la presente norma tales como: realizar exámenes de gabinetes, obtener el consentimiento informado entre otros. Los cuales deben de quedar registrados en el expediente.

Manejo transanestesico

El profesional de la anestesia deberá:

- 1) Aplicar la técnica anestésica y los procedimientos pertinentes.
- 2) Monitorizar al paciente con los parámetros mínimos establecidos.
- 3) Comprobar repetidas ocasiones la permeabilidad de la vía aérea.
- 4) Mantener una vigilancia constante del monitoreo establecido.
- 5) Evaluar por medios clínicos y continuamente la profundidad anestésica, recomendándose la medición de la concentración inspirada de los gases anestésicos por medio de un analizador de gases.
- 6) Documentar el procedimiento anestésico a través de llenado de la hoja correspondiente, registrando todos los eventos sucedidos, como medicamentos utilizados con sus respectivos horarios dosis, líquidos endovenoso administrados incluyendo sangre y sus derivados, así como las condiciones del paciente al finalizar el procedimiento. Este documento deberá incluir nombre y firma del representante. ²⁵

3. SISTEMA DE HIPOTESIS

3.1 Hipótesis de investigación

La incidencia del síndrome de Burnout es menor en el personal de terapia respiratoria que en el personal de anestesiología que labora en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, año 2017.

3.2 Hipótesis nula

La incidencia del síndrome de Burnout no es menor en el personal de terapia respiratoria que en el personal de anestesiología que labora en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, año 2017.

3.3 Operacionalización de variables

Hipótesis de investigación	Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
<p>La incidencia del síndrome de Burnout es menor en el personal de terapia respiratoria que en el personal de anestesiología que labora en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, año 2017.</p>	<p>Síndrome de Burnout.</p>	<p>El síndrome de Burnout o también llamado síndrome del trabajador quemado es un una sensación de fracaso y falta de motivación absoluta con agotamiento emocional, mental y físico permanente, resultado de una sobrecarga laboral que hace que se desgasten energías, los recursos personales y la fuerza anímica del individuo.</p>	<p>Se evaluará el síndrome de Burnout en el personal de Terapia Respiratoria y anestesiología mediante el uso del cuestionario de Maslach Burnout</p>	<p>Agotamiento emocional.</p> <p>Despersonalización.</p> <p>Realización personal.</p> <p>Genero.</p> <p>Edad.</p> <p>Antigüedad laboral.</p>	<p>Vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.</p> <p>Reconoce actividades de frialdad y distanciamiento.</p> <p>Sentimientos de auto eficiencia y realización personal en el trabajo.</p>

5. DISEÑO METODOLOGICO

4.1 Tipo de estudio

El estudio realizado en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social de San Miguel sobre el Síndrome de Burnout fue de tipo:

Descriptivo, ya que describe la incidencia del síndrome de Burnout en el personal de terapia respiratoria y en el personal de anestesiología en el lugar donde se ejecutó el estudio y sus características, el tiempo en el que se llevó a cabo y cómo se obtuvieron los datos para su análisis; descubriendo el problema de estudio.

Transversal: Porque el estudio se llevó a cabo en determinado momento y permitió conocer la incidencia del síndrome de Burnout en el personal.

También, **De campo:** Porque los datos obtenidos fueron de fuentes primarias es decir que fueron del personal de terapia respiratoria y personal de anestesiología.

4.2 Población:

La población que se estudió fue todo el personal de ambos departamento, terapia respiratoria y anestesiología que labora en el Instituto salvadoreño del seguro social de san Miguel; año 2017, siendo una población pequeña de 15 para el personal de terapia respiratoria y 22 para el personal de anestesiología, llegando a un total de 37 entre ambas especialidades, por lo que se tomó toda la población como muestra en el estudio.

4.2.1 Criterios de inclusión:

- Personal de terapia respiratoria y el personal de anestesiología que labora en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social en San Miguel, año 2017.

- Personal que labora en terapia respiratoria y personal de anestesiología que estuvo dispuesto a colaborar con el estudio.

4.2.2 Criterios de exclusión:

Profesionales de terapia respiratoria y personal de anestesiología que no laboran en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social en San Miguel, año 2017.

Personal de terapia respiratoria y personal de anestesiología que no esté dispuesto a colaborar con el estudio.

4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.3.1 Técnicas de recolección de datos

Bibliográfica: Porque se tuvieron como fuentes de información los libros, las revistas y direcciones electrónicas.

De Campo: Se aplicó el cuestionario de Maslach Burnout escrito para la evaluación y análisis del síndrome.

4.3.2 Instrumento de recolección de datos

Como instrumento se utilizó el cuestionario Maslach, un formato estandarizado de preguntas dirigido a evaluar el síndrome de Burnout, el cual mide los 3 aspectos que caracterizan al síndrome.

4.4 Procedimiento

El procedimiento para la realización del estudio constó de tres etapas:

Primera etapa

Consistió en la planificación que comprendió la elección del tema y la aprobación del mismo por parte del asesor; “Síndrome de Burnout en el personal de terapia respiratoria con el personal de anestesiología en el instituto salvadoreño del seguro social de san miguel, año 2017”. Posteriormente se buscó información bibliográfica sobre el tema para la elaboración del protocolo de investigación el cual comprendió: Resumen, Introducción, Planteamiento del problema y sus partes, Marco Teórico, Sistema de Hipótesis, Diseño Metodológico, Referencias bibliográficas, y anexos.

Segunda etapa

Se orientó hacia la ejecución de la investigación en donde se contó con el permiso de los jefes de cada departamento para la ejecución, mediante una solicitud por escrito (ver anexo 5), luego se procedió a presentarse con el personal de cada departamento donde se les explicó el objetivo de la investigación y en qué consistía el instrumento. Obteniéndose un consentimiento informado por parte de los participantes con la lectura y la firma del documento (Ver anexo 6), informándoles que la aplicación y participación sería de forma voluntaria e individual y siguiendo las instrucciones que estaban incluidas en él, se hizo uso del cuestionario Maslach Burnout.

Tercera Etapa

Se obtuvieron los datos recolectados de cada cuestionario en donde se procedió a la calificación de los mismos para diagnosticar el síndrome de burnout en el personal estudiado, luego se realizó la respectiva tabulación de los datos de forma agrupada, con el programa SPSS versión 15.0 lo que permitió interpretar y analizar los resultados obtenidos de cada uno de los instrumentos y comparar la incidencia de éste en el personal de terapia respiratoria y anestesiología, donde se descubrió que la hipótesis de investigación fue rechazada aceptando la hipótesis nula. Y posterior a ello se establecieron conclusiones y recomendaciones consideradas.

4.5 Consideraciones éticas

El Personal de terapia respiratoria y el personal de anestesiología confirmó su voluntad de participar en la investigación mediante un consentimiento informado por escrito el cual lo valido la firma de dicho profesional.

Se respetó el derecho del personal en terapia respiratoria y personal de anestesiología, dejando que el contestara con libertad el cuestionario que se le proporcionó.

Se valoró la información obtenida en la ejecución del estudio al darle respeto sin alterar respuestas de los participantes y guardando su confidencialidad, haciendo uso de ella solamente para fines del estudio.

Se respetó el derecho de la autonomía del personal de terapia respiratoria y personal de anestesiología, de retirarse de la investigación o de participar.

4.6 Riesgos y Beneficios

4.6.1 Riesgos

Negación del personal de terapia respiratoria y personal de anestesiología al momento de la ejecución del estudio.

Que el personal no respondiera con sinceridad a las preguntas del cuestionario ya sea por conveniencia o por salir del compromiso.

4.6.2 Beneficios

Se obtuvo conocimientos sobre la incidencia del síndrome de burnout en el personal del instituto salvadoreño del seguro social, llevando a cabo la finalidad del estudio.

Servirá como base de estudio para futuras investigaciones respecto a la problemática planteada.

4.7 Cronograma de actividades del proceso de graduación ciclo i y ii año 2017

MESES	Feb./2017				Mar./2017				Abr./2017				May./2017				Jun./2017				Jul./2017				Ago./2017			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Reuniones generales con la Coordinación del Proceso de Graduación	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2. Elección del Tema	x	x	x	x																								
3. Inscripción del Proceso de Graduación		x																										
4. Aprobación del Tema y Nombramiento de Docente Asesor			x	x																								
5. Elaboración de Protocolo de Investigación				x	x	x	x	x	x	x																		
6. Entrega Final de Protocolo de Investigación.									14 de Abril de 2017																			
7. Ejecución de la Investigación											x	x	x	x	x	x	x	x										
8. Tabulación, Análisis e Interpretación de los datos.																			x	x	x	x						
9. Redacción del Informe Final																			x	x	x	x	x	x				
10. Entrega del Informe Final																					28 de Julio de 2017							
11. Exposición de Resultados																											x	x

6. PRESENTACION DE RESULTADOS

5.1 Tabulación, análisis e interpretación de los datos

El conjunto de datos que se describen a continuación, han sido obtenidos de las respuestas proporcionadas por el personal de terapia respiratoria y personal de anestesiología que laboran en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social de San Miguel, al contestar el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (IBM), que es el instrumento más utilizado para medir y evaluar la presencia del Síndrome. Este consta de 22 preguntas dividiéndose en 3 sub escalas que son las dimensiones que conforma el síndrome, estas son: Agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, teniendo en cuenta que cada una de ellas tiene una valoración que equivale a bajo, medio y alto.

El cuestionario MBI utiliza un sistema de puntuación tipo Likert con 7 puntuaciones, que equivalen a: (0) nunca, (1) pocas veces al año o menos, (2) una vez al mes o menos, (3) pocas veces al mes, (4) una vez a la semana, (5) pocas veces a la semana y (6) todos los días.

De acuerdo a esto se agruparon con el programa SPSS versión 15.0 los datos obtenidos de cada sub escala y están organizados en tablas de contingencia; observando la puntuación de cada sub escala que presenta el personal que laboran en los departamentos, tanto terapia respiratoria como de anestesia, se determina los resultados; si hay incidencia del síndrome de Burnout. La cual se evidencia de tal forma que la puntuación sea alta en las dos primeras sub escalas: agotamiento emocional y despersonalización y baja en la tercera sub escala: realización personal.

A continuación se presentan los resultados encontrados en el estudio sobre la incidencia del síndrome de Burnout en el personal de terapia respiratoria versus el personal de anestesiología del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, a través de las siguientes tablas y graficas:

TABLA 1: NIVEL DE AGOTAMIENTO EMOCIONAL.*

DEPARTAMENTO DONDE LABORA EL PERSONAL	NIVEL DE AGOTAMIENTO EMOCIONAL						Total	%
	Bajo	%	Medio	%	Alto	%		
Terapia respiratoria	7	47	3	20	5	33	15	100
Anestesiología	13	59	2	9	7	32	22	100
Total	20	54.05	5	13.52	12	32.43	37	100

Fuente. Datos obtenidos mediante el cuestionario de Maslach Burnout Inventory.

*Personal en estudio.

Análisis e Interpretación: En la tabla 1 se observan los niveles de Agotamiento emocional en el personal en estudio, indicando que en el área de terapia respiratoria el 47% corresponden al nivel bajo, el 20% al nivel medio y el 33% al nivel alto; a diferencia del área de anestesiología un 59% corresponden a nivel bajo, 9% a nivel medio y un 32% a nivel alto. Observándose que en el nivel bajo predominan el personal de anestesiología y en los niveles medio y alto predomina el personal de terapia respiratoria, siendo terapia respiratoria el área que más interacción tiene con los pacientes y es esa convivencia diaria y mantenida la que los llevaría a un sentimiento de impotencia ante la gravedad o la depresión momentánea que el paciente padezca. Basándose en la teoría que indica que esto sería ejemplo de que el síndrome de Burnout puede desarrollarse en una interacción persona y situación donde el núcleo es precisamente el tipo de interacción que se establece.

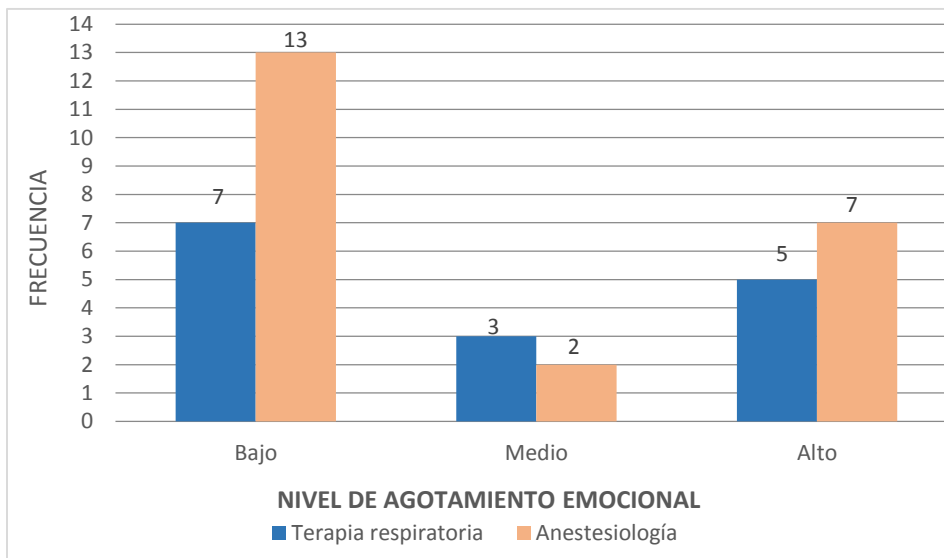


FIGURA 1: Gráfica de barras sobre el nivel de Agotamiento emocional.*

TABLA 2: NIVEL DE DESPERSONALIZACION.*

DEPARTAMENTO DONDE LABORA EL PERSONAL	NIVEL DE DESPERSONALIZACIÓN						Total	%
	Bajo	%	Medio	%	Alto	%		
Terapia respiratoria	4	27	3	20	8	53	15	100
Anestesiología	13	59	4	18	5	23	22	100
Total	17	46	7	19	13	35	37	100

Fuente. Datos obtenidos mediante el cuestionario de Maslach Burnout Inventory.

*Personal en estudio.

Análisis e Interpretación: En la tabla 2 se observa el nivel de despersonalización de los trabajadores, en el área de terapia respiratoria el nivel bajo con un 27%, el nivel medio que equivale al 20% y el nivel alto con un 53%; en comparación con el área de anestesiología el nivel bajo 59%, el nivel intermedio que equivale a 18% y el nivel alto que corresponde a 23%. Observándose que en el área de terapia respiratoria predomina más la despersonalización en los niveles altos mientras que en anestesiología predominan los niveles bajo y medio. Terapia respiratoria presenta mayor despersonalización debido al ambiente laboral en el que el profesional interactúa con los pacientes que define la respuesta psicológica en él, ya que los trata de manera directa y no siempre sus esfuerzos por mejorar la vida de estos es suficiente, por lo que el profesional deja de ver a los pacientes como personas y los ve como números, sobreviviendo como un mecanismo propio de defensa creando una barrera entre él y el paciente.

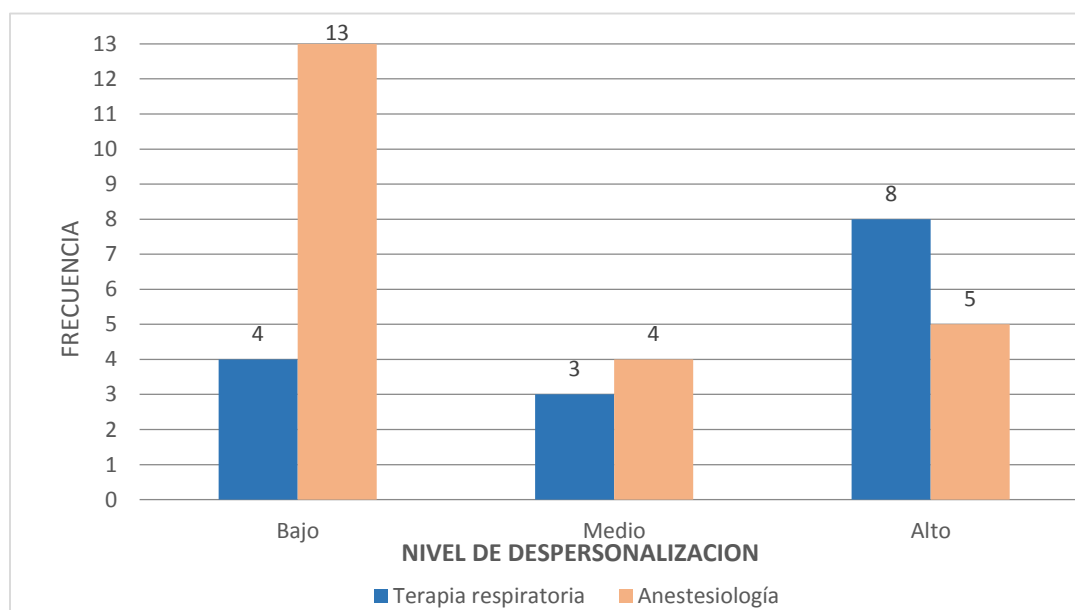


FIGURA 2 : Gráfica de Barras sobre el Nivel de Despersonalización*

TABLA 3: NIVEL DE REALIZACION PERSONAL*

DEPARTAMENTO DONDE LABORA EL PERSONAL	NIVEL DE REALIZACIÓN PERSONAL						Total	%
	Bajo	%	Medio	%	Alto	%		
Terapia respiratoria	7	47	–	–	8	53	15	100
Anestesiología	5	23	8	36	9	41	22	100
Total	12	33	8	22	17	50	37	100

Fuente. Datos obtenidos mediante el cuestionario de Maslach Burnout Inventory.

*Personal en estudio.

Análisis e Interpretación En la tabla 3, se detallan los niveles de realización personal observándose que el área de terapia respiratoria el nivel bajo corresponde a un 47%, el nivel intermedio corresponde al 0% y el nivel alto equivale a un 53%. Mientras que en anestesiología, el nivel bajo es de 23%, el nivel medio corresponde a un 36% y el nivel alto equivale a 41%; observando que en terapia respiratoria predominan los niveles bajos mientras que en anestesiología predominan los niveles medio y alto en realización personal. Analizando que terapia respiratoria predomina en baja realización personal debido a que muchos, pueda que no se estén o se sientan realizados profesionalmente, por no lograr sus objetivos o los resultados obtenidos no son los esperados. Lo cual coincide con la teoría ya que el sentimiento de impotencia al realizar ciertas labores, desesperanza laboral evaluándose negativamente.

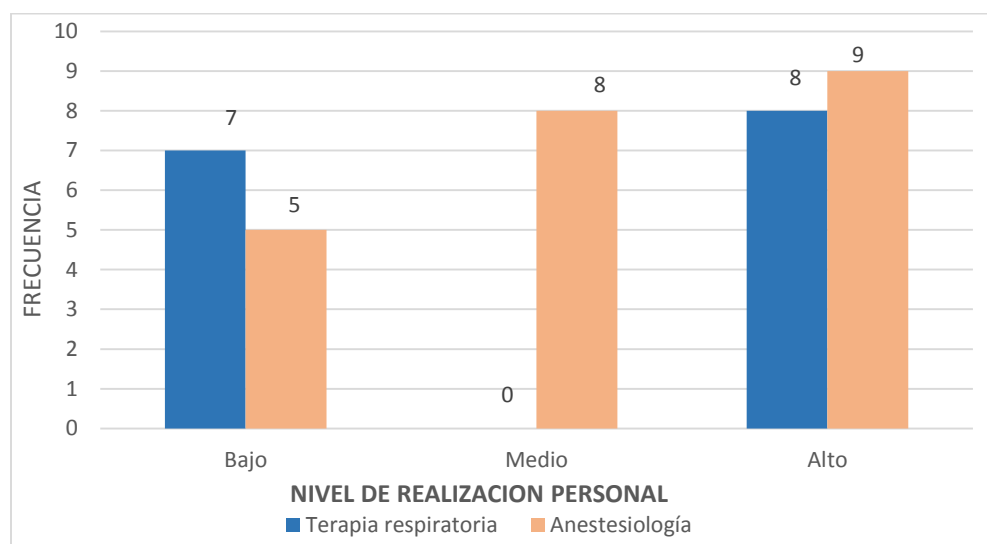


FIGURA 3: Gráfica de Barras sobre Nivel de Realización Personal*

TABLA 4: PRESENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LA EDAD CRONOLÓGICA*.

EDAD CRONOLÓGICA DEL ENCUESTADO	PRESENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT					
	Si	%	No	%	Total	%
25 - 31	2	25	6	75	8	100
32 - 38	1	9	10	91	11	100
39 - 45	2	40	3	60	5	100
46 - 52	–	–	10	100	10	100
53 - 59	–	–	2	100	2	100
60 - 66	–	–	1	100	1	100

Fuente. Datos obtenidos mediante el cuestionario de Maslach Burnout Inventory.

*Personal en estudio.

Análisis e Interpretación: En la tabla 4 se observa que, en el rango de 25–31 años el 25% muestra la presencia del síndrome de Burnout, mientras que en el rango de 32–38 años el 9% manifiesta el síndrome, en el rango de 39–45 años el 40% presenta el síndrome. Se observa que las personas más jóvenes son las que manifiestan el síndrome, a diferencia de los mayores, lo cual coincide con la teoría en donde se señala que se presenta más en los jóvenes debido a que ellos son más idealistas, tienen una visión irreal, su experiencia de trabajo es corta, a veces trabajan por contratación temporal, son inexpertos y por su falta de maduración poseen menos estrategias para afrontar el estrés.

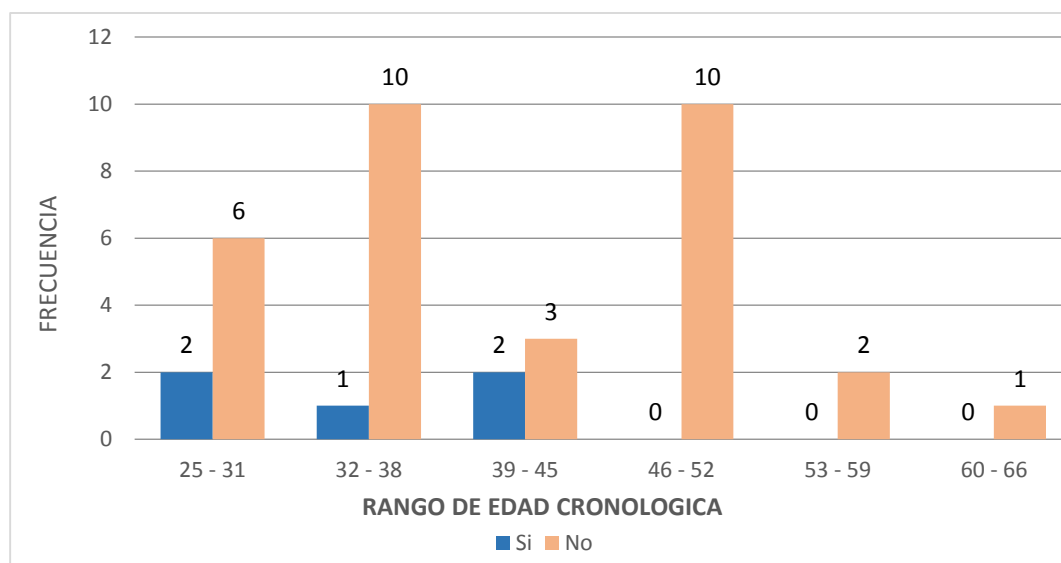


FIGURA 4: Gráfica de Barras sobre la Presencia del Síndrome de Burnout en la edad cronológica.*

TABLA 5: PRESENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT SEGÚN GÉNERO.*

PRESENCIA DEL SINDROME	GÉNERO DEL ENCUESTADO					
	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Si	5	22	–	–	5	13.52
No	18	78	14	100	32	86.48
Total	23	100	14	100	37	100

Fuente. Datos obtenidos mediante el cuestionario de Maslach Burnout Inventory.

*Personal en estudio.

Análisis e Interpretación: En la tabla 5 se observa mayor incidencia del síndrome en el género femenino con el 22%, que en el masculino con un 0%. Resultado que no se asocia con la teoría, que describe que en ambos sexos se puede presentar el síndrome de Burnout, lo que se piensa es que por el tipo de profesionales estudiados hay más mujeres que hombres por lo cual se encontró un mayor porcentaje en el género femenino.

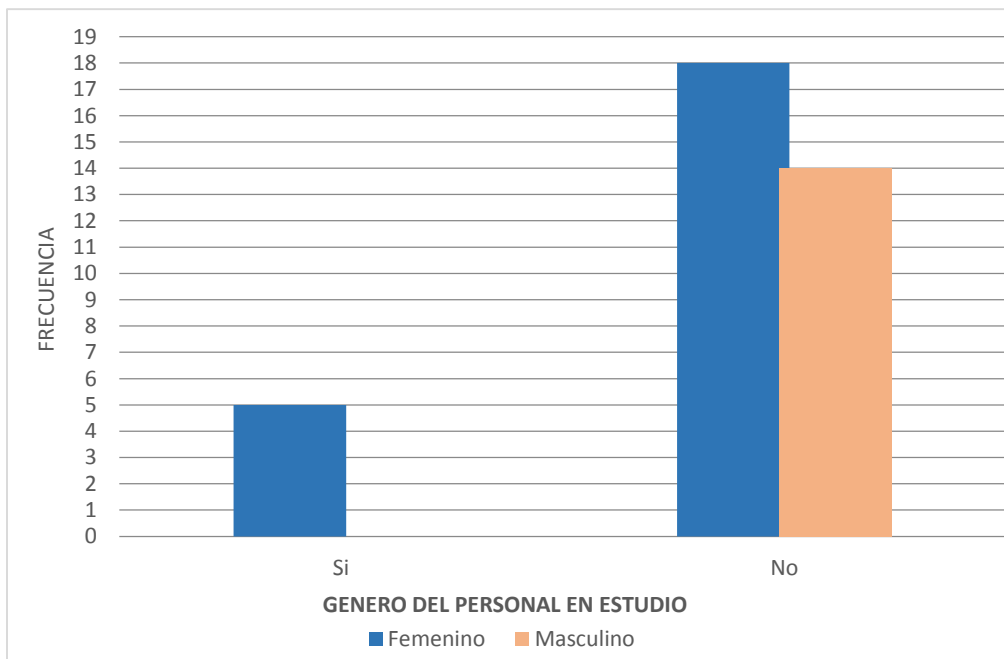


FIGURA 5: Gráfica de Barras sobre la Presencia del Síndrome de Burnout según género.*

TABLA 6: PRESENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT SEGÚN ANTIGÜEDAD PROFESIONAL.*

ANTIGÜEDAD PROFESIONAL	Presencia del Síndrome de Burnout					
	Si	%	No	%	Total	%
0 - 6	2	33	4	67	6	100
7 - 13	2	13	13	87	15	100
14 - 20	1	12	7	88	8	100
21 - 27	–	–	6	100	6	100
28 - 34	–	–	1	100	1	100
35 - 41	–	–	1	100	1	100
TOTAL	5	13.52	32	86.48	37	100

Fuente. Datos obtenidos mediante el cuestionario de Maslach Burnout Inventory.

*Personal en estudio.

Análisis e Interpretación: En la tabla 3 se observa que en el rango de 0–6 años de labor el 33% muestra la presencia del síndrome de Burnout, al igual que en el rango de 7 - 13 años de trabajo donde el 13% presenta el síndrome, en el rango de 14 - 20 años de labor el 12% manifiesta el síndrome también. Observándose más en los profesionales novatos donde se manifiesta el síndrome de Burnout. Debido a su juventud e inexperiencia en ejercer la profesión para afrontar las situaciones de estrés, siendo mayor el riesgo de quemarse. Ya que la teoría dice que incluso va ligado al agotamiento emocional ya que se encuentra en los primeros 20 años de desempeño laboral en comparación a los veteranos.

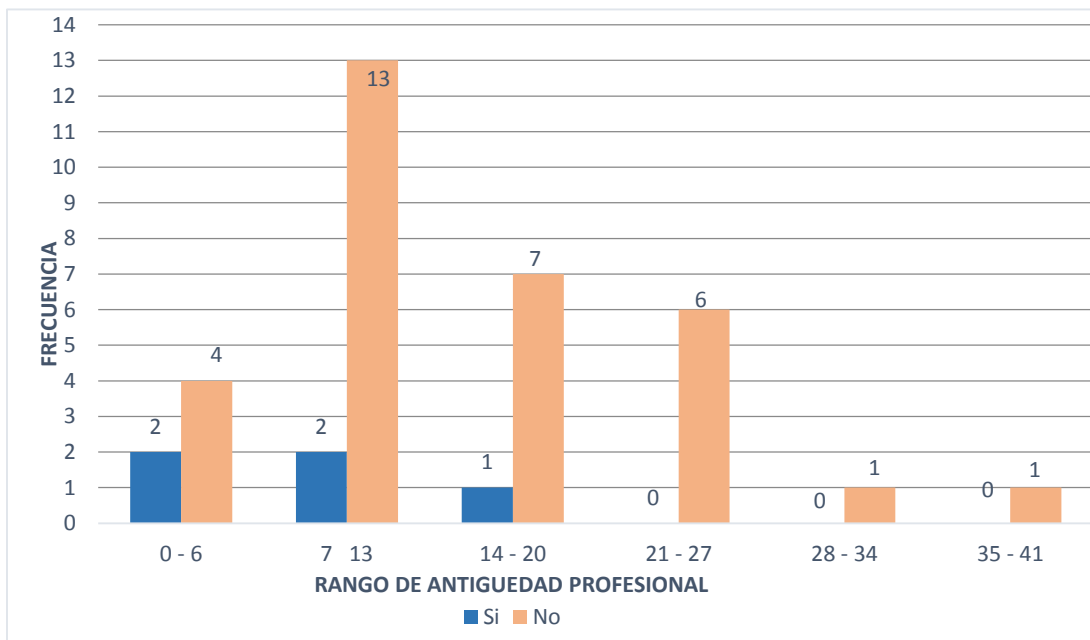


FIGURA 6: Gráfica de Barras sobre la Presencia del síndrome de Burnout según Antigüedad profesional.*

TABLA 7: PRESENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL EN ESTUDIO.

PRESENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT	ÁREA DONDE LABORA EL PERSONAL					
	Terapia respiratoria	%	Anestesiología	%	Total	%
Si	3	20	2	10	5	13.52
No	12	80	20	90	32	86.48
Total	15	100	22	100	37	100

Fuente. Datos obtenidos mediante el cuestionario de Maslach Burnout Inventory.

Análisis e Interpretación: En la tabla 7 se observa que, la presencia del síndrome de Burnout es del 20% en el área de terapia respiratoria y 10% para el área de anestesiología. Es decir que del 100% de la población con síndrome de burnout un 13.52% lo presenta, determinando que esta incidencia puede deberse en parte a las instalaciones improvisadas debido a la construcción del hospital generando reducción del espacio físico tanto para la atención al paciente como para el descanso propio del personal entre otros factores.

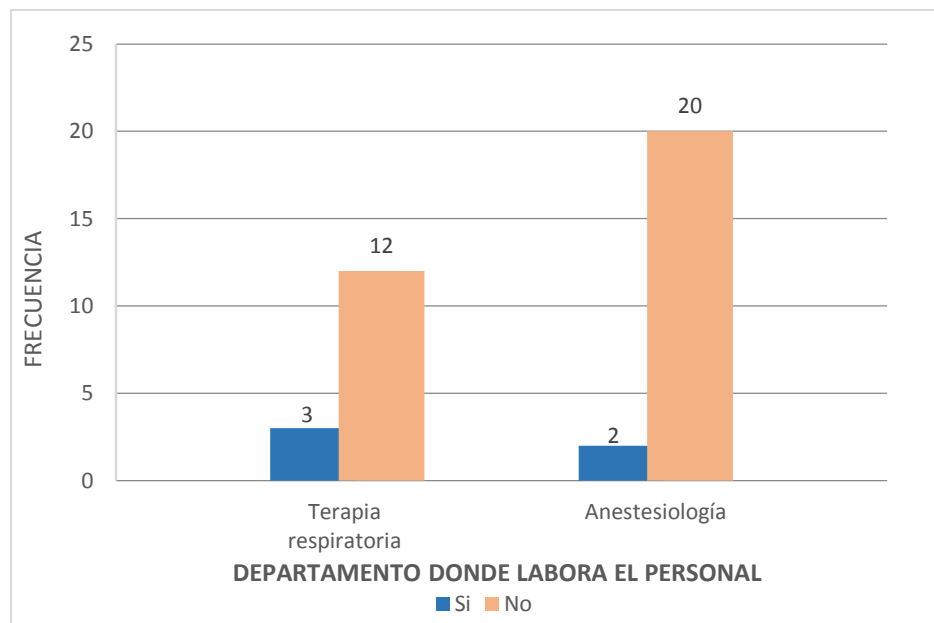


FIGURA 7: Gráfico de Barras sobre la Presencia del síndrome de Burnout.*

TABLA 8: PRESENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN AMBOS DEPARTAMENTOS SEGÚN GÉNERO.

GENERO DEL ENCUESTADO	DEPARTAMENTO DONDE LABORA EL PERSONAL				Total
	Terapia Respiratoria	%	Anestesiología	%	%
Masculino	–	–	–	–	–
Femenino	3	60	2	40	100%
Total	3	60	2	40	100%

Fuente. Datos obtenidos mediante el cuestionario de Maslach Burnout Inventory.

Análisis e Interpretación: La tabla 8 describe la presencia del síndrome de Burnout según género, observando que predomina el género femenino con una frecuencia de 3 en terapia respiratoria siendo este un 60% y una frecuencia de 2 en el área de anestesiología siendo un 40% que manifiesta el síndrome, No encontrándose presencia en el género masculino.

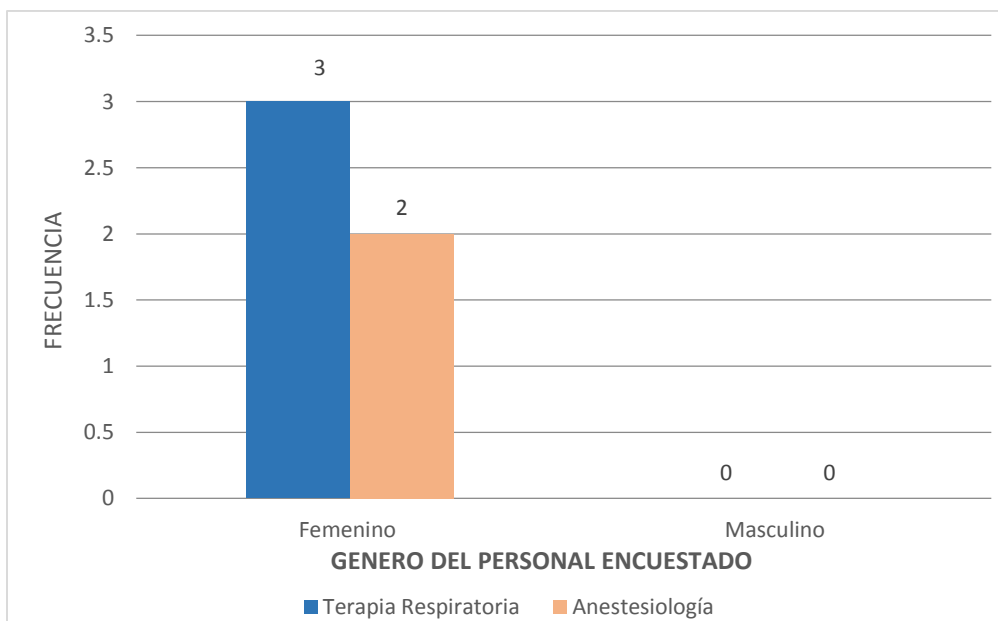


FIGURA 8: Gráfica de Barras sobre la Presencia del síndrome de Burnout en ambos departamentos según género

TABLA 9: COMPARACION DEL SÍNDROME DE BURNOUT SEGÚN EDAD CRONOLÓGICA EN AMBOS DEPARTAMENTOS.

EDAD CRONOLÓGICA	PRESENCIA DEL SÍNDROME							
	Terapia respiratoria				Anestesiología			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%
25 - 31	1	17	5	83	1	25	3	75
32 - 38	2	67	1	33	1	11	8	89
39 - 45	–	–	3	100	–	–	1	100
46 - 52	–	–	1	100	–	–	7	100
53 - 59	–	–	1	100	–	–	1	100
60 - 66	–	–	1	100	–	–	–	–
TOTAL	3	20	12	80	2	9.0	20	90.90

Fuente. Datos obtenidos mediante el cuestionario de Maslach Burnout Inventory

Análisis e Interpretación: En la tabla 9, se observa que el síndrome de Burnout que presenta el área de terapia respiratoria esta en las edades de 25–31 años correspondiente a un 17%, mientras que en el rango de 32–38, el 67% manifiesta el síndrome, a diferencia del área de anestesiología un 33% en las edades 25–31 y un 13% en las edades de 32–38 años presenta el síndrome.

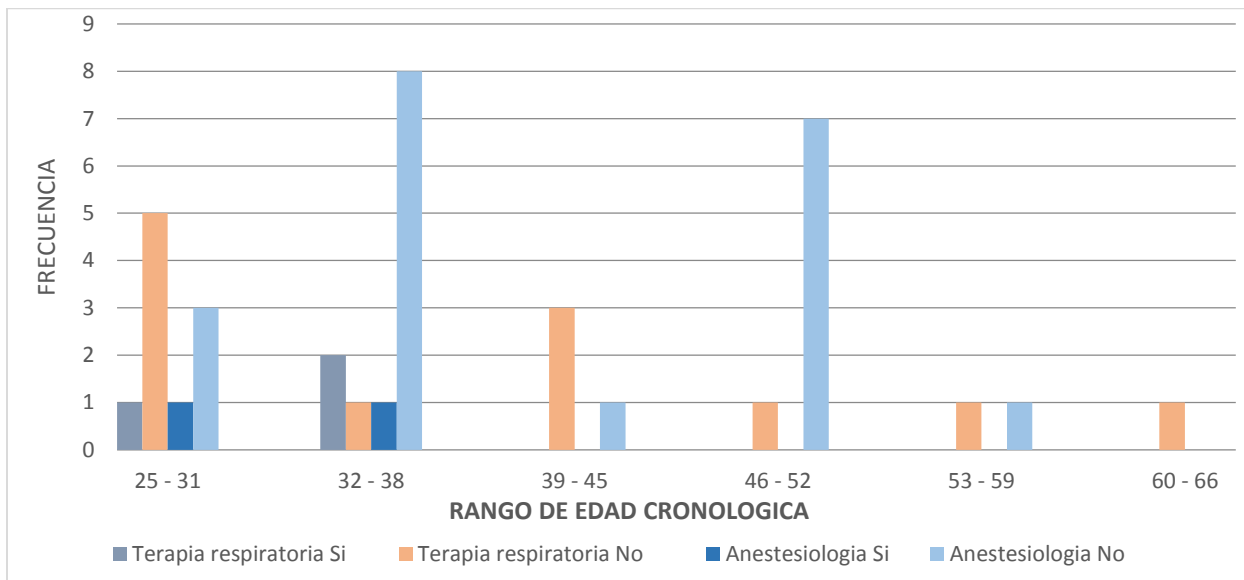


FIGURA 9: Gráfica de Barras sobre comparación del Síndrome de Burnout según Edad Cronológica en ambos departamentos.

TABLA 10: PRESENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT SEGÚN ANTIGÜEDAD PROFESIONAL DE AMBOS DEPARTAMENTOS.

ANTIGÜEDAD PROFESIONAL	PRESENCIA DEL SÍNDROME							
	Terapia respiratoria				Anestesiología			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%
1 - 7	1	50	1	50	1	17	5	83
8 - 14	–	–	4	100	1	13	7	87
15 - 22	2	25	6	75	–	–	3	100
23 - 29	–	–	1	100	–	–	4	100
30 - 36	–	–	–	–	–	–	1	100

Fuente. Datos obtenidos mediante el cuestionario de Maslach Burnout Inventory.

Análisis e Interpretación: En la tabla 10 se observa la presencia del síndrome de Burnout según antigüedad profesional del personal, describe que en el área de terapia respiratoria un 50% corresponde a 1–7 años de trabajo profesional, mientras que en el tiempo de labor de 15-22 años solo presenta el 25%, por otra parte para el personal de anestesiología se presenta un 17% en las edades 1–7 y un 13% en las edades de 8–14 años. Observándose que el síndrome se presenta en los profesionales novatos debido a su juventud e inexperiencia en ejercer la profesión para afrontar las situaciones de estrés, siendo mayor el riesgo de quemarse.

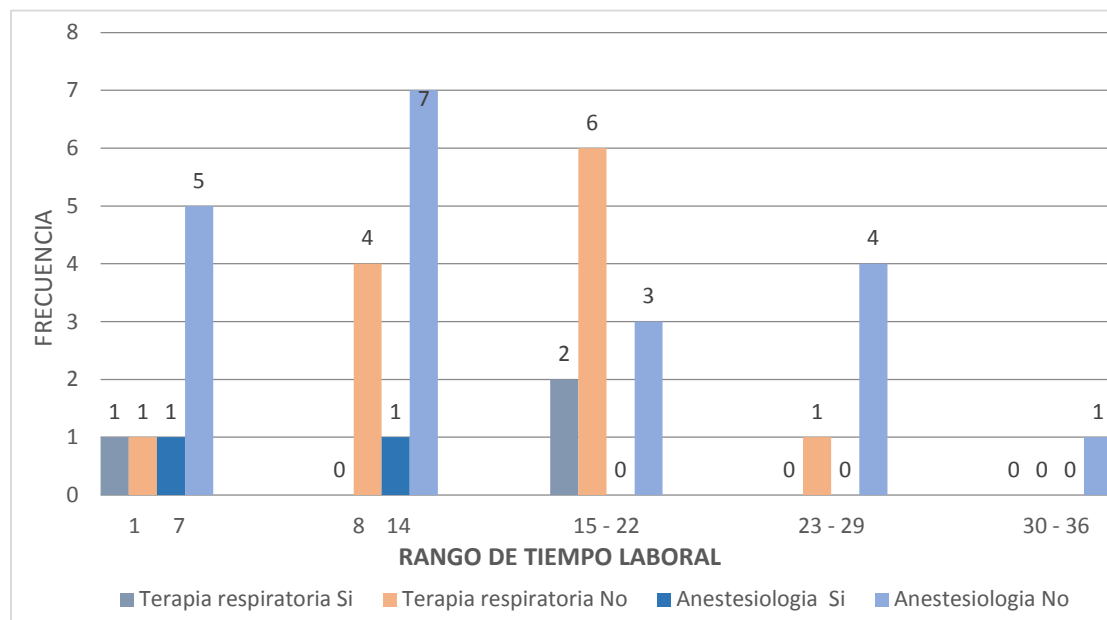


FIGURA 10: Gráfica de Barras sobre la presencia del Síndrome de Burnout según Antigüedad profesional en ambos departamentos.

TABLA 11: PRESENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE TERAPIA RESPIRATORIA VERSUS ANESTESIOLOGÍA.

DEPTO DONDE LABORA EL PERSONAL	PRESENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT					
	Si	%	No	%	Total	%
Terapia Respiratoria	3	20%	12	80%	15	100%
Anestesiología	2	9%	20	91%	22	100%

Fuente. Datos obtenidos mediante el cuestionario de Maslach Burnout Inventory.

Análisis e Interpretación: En la tabla 11, se detalla la incidencia del síndrome de Burnout cuya frecuencia es de 3 sujetos en terapia respiratoria que corresponde a un 20%, mientras que una frecuencia de 2 miembros del personal de anestesiología manifiestan el síndrome en un 9%, dato que se obtiene al comparar la incidencia del síndrome de Burnout en el personal de Terapia Respiratoria y el personal de anestesiología, esto determina que el síndrome de Burnout está más presente en terapia respiratoria que en anestesiología. Con datos evidentes se aprueba la hipótesis nula, donde factores laborales, trato continuo con los pacientes, condiciones ambientales contribuyen a dicho padecimiento, ya que es terapia respiratoria la que mantiene un vínculo más directo con el paciente predisponiendo así a los profesionales a tener sentimientos de inconformismo ante su rol de desempeño.

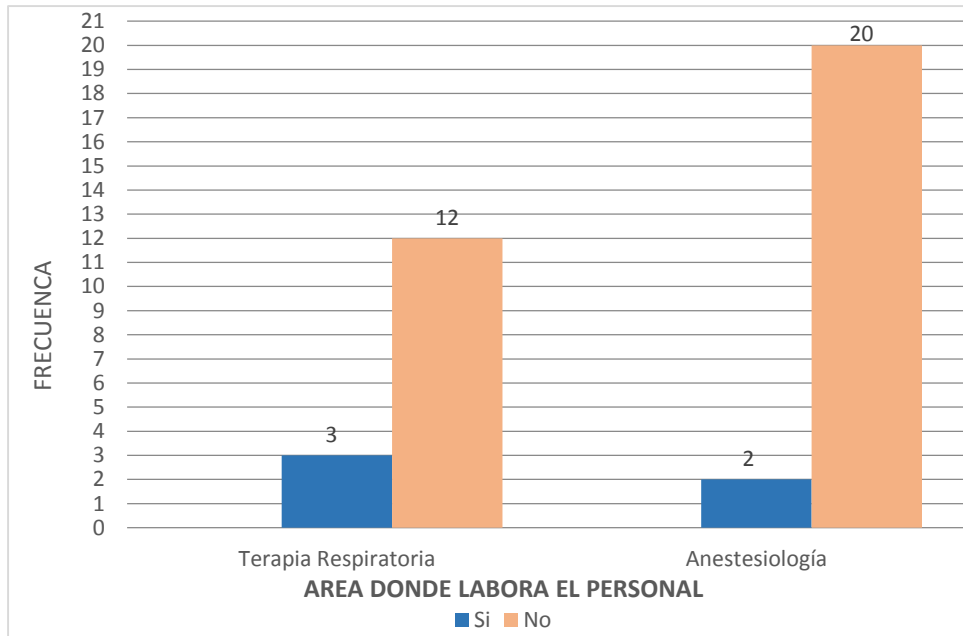


FIGURA 11: Gráfico de Barras sobre la Presencia del Síndrome de Burnout en el personal de terapia respiratoria versus anestesiología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación sobre el síndrome de Burnout en el personal de terapia respiratoria y el personal de anestesiología que labora en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social en San Miguel del año 2017 se concluye lo siguiente:

Según la evaluación realizada a través de la Escala de Maslach al personal de terapia respiratoria y el personal de anestesiología del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, en la subescala de Agotamiento Emocional, se obtiene más incidencia en el nivel bajo en anestesiología, y en niveles medio y alto correspondiente a terapia respiratoria.

Con la evaluación realizada a través de la Escala de Maslach al personal de terapia respiratoria y el personal de anestesiología del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, en la subescala de despersonalización se observó que en el nivel bajo y medio sobresale anestesiología siendo así terapia respiratoria dominante en el nivel alto.

A través de la evaluación realizada con la Escala de Maslach al personal de terapia respiratoria y anestesiología del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, en la subescala de realización personal se observó que el nivel bajo y alto corresponde a terapia respiratoria y niveles medio y alto predominan en anestesiología.

De la población estudiada se obtuvo presencia del Síndrome de Burnout en las edades de 25 a 38 años, siendo estos los más jóvenes y con menor tiempo laboral de acuerdo a la edad cronológica y antigüedad profesional.

De los 37 profesionales que realizaron el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory se determinó que el género femenino es el más afectado por el Síndrome de Burnout en Terapia Respiratoria y anestesiología.

El Síndrome de Burnout está presente en 3 sujetos en terapia respiratoria correspondiente a un 20%, mientras que 2 personas de anestesiología manifiestan el síndrome en un 9%, esto determina que el síndrome de Burnout está más presente en Terapia Respiratoria que en anestesiología.

6.2 Recomendaciones

Dirigidas a las autoridades del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de San Miguel:

Se sugiere a las autoridades del Instituto Salvadoreño del Seguro Social que se cumplan y se respete el periodo vacacional, días festivos, horas de descanso y licencias, establecidas por el código de trabajo; evitando así el agotamiento emocional por la sobrecarga de trabajo.

A los jefes de terapia respiratoria y anestesiología se les recomienda prestar atención a los profesionales en el trato que brindan a los usuarios, fomentar el autocuidado y promover el trabajo en equipo; evitando ambigüedades, deshumanización en el profesional que lo conlleve a una despersonalización.

Se recomienda a los jefes de los departamentos de terapia respiratoria y anestesiología promover la realización y participación a capacitaciones de temas interés laboral, abastecimiento de equipo de trabajo, respetar el derecho a descansos con el fin de evitar la baja realización personal en los profesionales.

Se sugiere a la jefatura de los departamentos de terapia respiratoria y anestesiología brindar atención a los profesionales más jóvenes y con menos experiencia laboral en el desempeño de las tareas laborales y relaciones de convivencia entre personal de trabajo previniendo así el surgimiento del síndrome de burnout.

Se recomienda al personal femenino que labora en terapia respiratoria y anestesiología realizar y participar en actividades de esparcimiento como jornadas deportivas con el objetivo de aumentar el tiempo de recreación y compañerismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Leka S.; Griffiths A.; Cox T. La organización del trabajo y el estrés. [en línea] Serie de protección de salud de los trabajadores n°3. Francia; 1999.Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/publications/stress/es/
- 2) Bosqued M. Quemados: Síndrome de Burnout. Barcelona, Buenos Aires, México: Ediciones Paidós Ibérica S.A; 2008.
- 3) Carlín M, Garcés de los Fayos Ruiz EJ. El Síndrome de Burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. AnalesPs [en línea] 2010 [fecha de acceso 07 de marzo de 2017]; Vol. 26 (1): 169 - 180. Disponible en: <http://revistas.um.es/analesps>
- 4) Síndrome de Burnout. [en línea]. Ríos M; Williams B. Versión 1. Huamanga, Ayacucho, Perú: 2006. Disponible en: www.monografias.com/trabajos39/sindrome-burnout/sindrome-burnout.shtml
- 5) Palmer Morales Y. Síndrome de Burnout, una enfermedad de la posmodernidad. FedMexColAnest. [en línea] 2009 [marzo 8, 2017] Vol.21 (I):23-25. Disponible en: www.anestesiaenmexico.org/RAM9/RAM2009-21-1/006.pdf
- 6) Tobie-Gutiérrez WA; Nava-López JA; Burnout, su impacto en la residencia médica y en la atención de los pacientes. Rev Mex Anest [En línea] 2012 [Fecha de acceso Marzo 14, 2017]; Vol.35 (S1) pp S233-S237. Versión completa en: <http://www.medigraphic.com/rma>
- 7) Cebriá AL. Prevalencia y Factores asociados al Síndrome de Burnout en residentes de Anestesiología en Uruguay, AnFaMed [En línea] 2014 [Fecha de acceso 24 de marzo]; Vol. 1(2); 23-30. URL Disponible en: <http://www.anfamed.edu.uy/index.php/rev>

- 8) Fontana D. Control del estrés. 1ª ed. Col. Asturias, 06850 México D. F.: El manual moderno, S.A. DE C.V; 1995.
- 9) Orlandini A. El estrés: Que es y cómo evitarlo. 1ª ed. FCE Argentina: Fondo de Cultura Económica D.R; 1996.
- 10) Adams J. Estrés un amigo de por vida. Como vivir con él, cómo usarlo y vivir creativamente a consecuencia del estrés. Argentina, Buenos Aires: Ediciones Kier S.A; 1998.
- 11) E. Álvarez Gallego, L. Fernández Ríos. El Síndrome de Burnout o el desgaste profesional (I). Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [En línea] 1991 [Fecha de acceso 4 de Abril de 2017]; Vol. XI (39) 257-265. Disponible en: revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15231
- 12) Palaino-Lorente A.; Cabanyes Truffino J.; Del Pozo Armentia A.; Fundamentos de Psicología de la Personalidad. Madrid, España: Ediciones Rialp, S.A; 2003.
- 13) González M, Locasta M, Ordoñez A. El Síndrome de agotamiento Profesional en Oncología. Buenos Aires, Bogotá, Caracas, Madrid, México, Porto Alegre: Editorial Médica Panamericana, S.A; 2008.
- 14) Napioni Berge M.E. ¿Cuándo se quema el Profesorado de secundaria? Madrid, Buenos Aires, México. Ediciones Díaz de Santo, S.A; 2008.
- 15) Quesada R. Promoción y Educación para la Salud. España: Ediciones Díaz de Santos; 2009.
- 16) Ministerio de Educación y Ciencia. Premios Nacionales de Anestesiología Educativa. Edición 2004. Madrid, España: 2004.

- 17) Pacheco M. Estrés laboral-Síndrome de Burnout [Archivo en línea] La psiquiatra de vida 105.3 FM. Mayo - 2012. Disponible en: <http://hlapsiquiatradevida.blogspot.com/2012/05/estres-laboral-sindrome...>
- 18) Fidalgo Vega M. Síndrome de estar quemado por el trabajo o “Burnout” (I): Definición y proceso de generación [En línea] NTP104. España. Centro nacional de condiciones de trabajo. 2000
- 19) Facal Fondo T. Guía para elaborar un proyecto de investigación social. Madrid, España: Ediciones paraninfo, S.A; 2015.
- 20) Domínguez Espinosa A, Martínez Jaime R. Psicología forense y justicia social. Vol. 10. México. Editorial El Manual Moderno S.A de C.V; 2016.
- 21) Carrillo-Esper R.; Gómez Hernández K.; Espinoza de los Monteros Estrada I.; Síndrome de burnout en la práctica médica. Med Int Mex [En línea] 2012 [Fecha de acceso marzo 30 de 2017] 28 (nº6); 579-584. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2012/mim126j.pdf
- 22) Guía sobre el síndrome de quemado (Burnout). Madrid. Comisión Ejecutiva confederal de UGTC/ Hortaleza, 88. 2006
- 23) Torres J.; Rodríguez A.; Guerrero Morales J.; Flores M.; Zepeda de Recinos S.; Villegas a.: Manual de procedimientos de terapia respiratoria. ISSS. 2012
- 24) Morgan E, Mikhail M. Anestesiología Clínica. 2ª Ed. México, D.F. Santa Fe de Bogotá. Editorial el Manual Moderno, S.A de C.V; 1998.
- 25) Ministerio de Salud Pública y Social. Norma Técnica de Anestesiología. [en línea] Versión 2004. San Salvador, El Salvador: 2004. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/norma/Norma_anestesiologia_p1.pdf

ANEXOS

Anexo 1:

Cuestionario de Maslach Burnout



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
LICENCIATURA EN ANESTESIOLOGIA E INHALOTERAPIA

Cuestionario de Maslach Burnout dirigido al personal de Terapia respiratoria versus el personal de anestesiología del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de San miguel.

Objetivo: Determinar la incidencia del síndrome de Burnout en el personal de Terapia respiratoria versus personal de anestesiología del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, año 2017.

Indicaciones: Responda de acuerdo a su valoración las siguientes interrogantes según corresponda en cada uno de los casos.

Fecha: _____.

Guía #: _____

Departamento donde labora: Terapia respiratoria _____ Anestesiología _____

Años laborales: _____

Firma: _____

Género: _____

Edad: _____

Preguntas	Todos los días	Pocas veces a la semana	Una vez a la semana	Unas pocas veces al mes o menos	Una vez al mes o menos	Pocas veces al año o menos	Nunca
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.	6	5	4	3	2	1	0
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	6	5	4	3	2	1	0
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.	6	5	4	3	2	1	0
4. Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.	6	5	4	3	2	1	0
5. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.	6	5	4	3	2	1	0
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	6	5	4	3	2	1	0
7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.	6	5	4	3	2	1	0
8. Siento que mi trabajo me está desgastando	6	5	4	3	2	1	0
9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	6	5	4	3	2	1	0
10. Siento que me he hecho más duro con la gente	6	5	4	3	2	1	0
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	6	5	4	3	2	1	0
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo	6	5	4	3	2	1	0
13. Me siento frustrado por el trabajo	6	5	4	3	2	1	0
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	6	5	4	3	2	1	0
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	6	5	4	3	2	1	0
16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	6	5	4	3	2	1	0
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo	6	5	4	3	2	1	0
18. Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.	6	5	4	3	3	1	0
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	6	5	4	3	2	1	0
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	6	5	4	3	2	1	0
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.	6	5	4	3	2	1	0
22. Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.	6	5	4	3	2	1	0

Anexo 2:

Test para medir las áreas de impacto del síndrome de burnout

Conteste con qué frecuencia estas situaciones le molestan en su trabajo.

(Raramente) 1-2-3-4-5-6-7-8-9 (Constantemente)

A. IMPOTENCIA

- 1. No puedo darle solución a los problemas que se me asignan.
- 2. Estoy atrapado en mi trabajo sin opciones.
- 3. Soy incapaz de influenciar en las decisiones que me afectan. Estoy incapacitado y no hay nada que pueda hacer al respecto.

B. DESINFORMACION

- 4. No estoy claro sobre las responsabilidades de mi trabajo. No tengo la información necesaria para trabajar bien.
- 5. Las personas con las que trabajo no comprenden mi rol. No comprendo el propósito de mi trabajo.

C. CONFLICTO

- 6. Me siento atrapado en medio. Debo satisfacer demandas conflictivas.
- 7. Estoy en desacuerdo con las personas en mi trabajo. Debo violar procedimientos para hacer mi trabajo.

D. POBRE TRABAJO DE EQUIPO

- 8. Mis compañeros de trabajo me subestiman. La dirección muestra favoritismo.
- 9. La burocracia interfiere con la realización de mi trabajo. Las personas en mi trabajo compiten en vez de cooperar.

E. SOBRECARGA

10. Mi trabajo interfiere con mi vida personal.
11. Tengo demasiadas cosas que hacer en muy poco tiempo. Debo trabajar en mi propio tiempo.
12. Mi carga de trabajo es abrumadora.

F. ABURRIMIENTO

13. Tengo pocas cosas que hacer.
14. El trabajo que realizo actualmente no está acorde con mi calificación. Mi trabajo no es desafiante.
15. La mayoría del tiempo la utilizo en labores de rutina.

G. POBRE RETOALIMENTACION

16. No sé qué es lo que hago bien o mal.
17. Mi superior (supervisor) no me retroalimenta en mi trabajo. Obtengo la información demasiado tarde para utilizarla.
18. No veo los resultados de mi trabajo.

H. CASTIGO

19. Mi superior (supervisor) es crítico.
20. Los créditos por mi trabajo los obtienen otros. Mi trabajo no es apreciado.
21. Soy culpado por los errores de otros.

I. ALINEACION

22. Estoy aislado de los demás.
23. Soy solo un eslabón en la cadena organizacional.
24. Tengo poco en común con las personas con las que trabajo.
25. Evito decirles a las personas donde trabajo y que cosa.

J. AMBIGUEGAD

26. Las reglas están cambiando constantemente. No sé qué se espera de mí.

27. No existe relación entre el rendimiento y el éxito.

28. Las prioridades que debo conocer no están claras para mí.

K. AUSENCIA DE RECOMPENSAS

29. Mi trabajo no me satisface. Tengo realmente pocos éxitos

30. El progreso de mi carrera no es lo que he esperado

31. Nadie me respeta.

L. CONFLICTO DE VALORES

32. Debo comprometer mis valores.

33. Las personas desapruaban lo que hago. No creo en la institución.

34. Mi corazón ni está en mi trabajo.

Anexo 3:

Glosario

Abjurar: Retractarse, renunciar a alguien a una creencia o a un compromiso públicamente.

Absentismo laboral: es toda aquella ausencia o abandono del puesto de trabajo y de los deberes ajenos al mismo, incumpliendo las condiciones establecidas en el contrato de trabajo. Ausencia de una persona de su puesto de trabajo, en horas que correspondan a un día laborable, dentro de la jornada legal de trabajo.

Agotamiento emocional: es una respuesta al estrés, un mecanismo de defensa extremo que la mente pone en marcha cuando no puede asimilar las situaciones que está viviendo.

Agotamiento: es el acto y la consecuencia de agotar. Consumir, gastar o vaciar la totalidad de algo, provocar un cansancio extremo.

Algias: Dolor de un órgano o de una región, sin correspondencia con una lesión anatómica evidente.

Ambigüedad del rol: se refiere a la situación que vive la persona cuando no tiene suficientes puntos de referencia para desempeñar su labor o bien éstos no son adecuados. En definitiva, dispone de una información inadecuada para hacerse una idea clara del rol que se le asigna, bien por ser incompleta, bien por ser interpretable de varias maneras o bien por ser muy cambiante.

Anglosajón: es un término que designa a los pueblos germánicos que invadieron el sur y el este de la Gran Bretaña, desde principios del siglo V hasta la conquista normanda en el año 1066.

Apatía: es la falta de emoción, motivación o entusiasmo. Es un término psicológico para un estado de indiferencia, en el que un individuo no responde a aspectos de la vida emocional, social o física

Astenia: Estado de debilidad, tanto psíquica como muscular, caracterizada por la falta de energía y la pérdida de entusiasmo

Aversiva: Es un estímulo que tiene la propiedad de ser desagradable para quien lo recibe.

Biofeedback: Está compuesto por palabra griega bio, que significa vida, y la inglesa feedback que significa retroalimentación o retroinformación. La biorretroalimentación es una técnica que se emplea para controlar las funciones fisiológicas del organismo humano, mediante la utilización de un sistema de retroalimentación que informa al sujeto del estado de la función que se desea controlar de manera voluntaria.

Cajón de sastre: Expresión es que en sentido coloquial significa 'conjunto de cosas diversas y desordenadas' y 'persona que tiene en su imaginación gran variedad de ideas desordenadas y confusas'.

Cinismo: Desvergüenza o descaró en el mentir o en la defensa y practica de actitudes reprochables.

Cognoscitivos o Cognitivo: Se centra en los procesos de pensamiento y en la conducta de aquel que refleja estos procesos y es algo así como el producto de los esfuerzos que emprenderá un niño por comprender y actuar en el mundo y en el contexto en el cual le tocó desarrollarse.

Conductas adictivas: se caracterizan por la capacidad que tienen para producir gratificación inmediata o alivio de algún malestar. Por esto, es fácil que terminen por generar dependencia, es decir, un patrón de comportamiento desadaptativo, que conducen a un deterioro global de la persona.

Consenso: es un término que procede del latín consensus y que hace referencia al acuerdo que se alcanza por el consentimiento entre los miembros de un grupo o entre varios grupos.

Deshumanización: Define un proceso mediante el cual una persona o un grupo de personas pierden o son despojados de sus características humanas.

Desmoralización: caída del ánimo o valor.

Despersonalización: es una alteración de la percepción o la experiencia de uno mismo de tal manera que uno se siente "separado" de los procesos mentales o cuerpo, como si uno fuese un observador externo a los mismos. Puede ser a causa del uso recreativo de drogas psicótropas, pero más usualmente deriva de ansiedad, y abuso constante emocional.

Discrepancia: Falta de acuerdo entre dos o más personas o falta de aceptación de una situación, una decisión o una opinión.

Distres o estrés negativo: Es un estado de angustia o sufrimiento en el cual una persona es incapaz de adaptarse completamente a factores amenazantes o de demanda incrementada, en otras palabras, es la «inadecuada activación psicofisiológica que conduce al fracaso». Es un tipo de estrés crónico o nocivo que puede llegar a durar meses e incluso años.

Enfermedad de Tomás: El término "la enfermedad de Tomás o síndrome de Tomás" viene recogido de la novela "La insostenible levedad del ser" (Milan Kundera), en donde se relata como un profesional sanitario, llamado Tomás, pierde la autoestima, le vence el desánimo y siente rechazo por su profesión, entre otras cuestiones y por diferentes motivos que obviamente no "destriparé". Este término también es utilizado para definir el Burnout.

Estado físico: es cada una de las situaciones o formas físicamente distinguibles mediante la medición de alguna(s) propiedad(es) que puede adoptar un sistema físico en su evolución temporal

Exhausto: Que está muy cansado o agotado.

Fotofobia: es la intolerancia anormal a la luz. Es frecuente en personas con albinismo o puede ser debida a enfermedades relacionadas con el ojo o el sistema nervioso.

Hipercolesterolemia: (literalmente: colesterol elevado de la sangre) es la presencia de niveles elevados de colesterol en la sangre.

Hostil: Adjetivo calificativo que sirve para señalar cuando una persona, una situación o un fenómeno es agresivo o desagradable. Hostil proviene de hostilidad, la actitud de responder de manera agresiva y peligrosa para con la integridad de una persona o ser vivo.

Indefensión: Falta de defensa, situación en que se encuentra quien está indefenso.

Ineludible: Que no puede ser eludido o evitado.

Inherente: Procede del latín inhaerens, una conjugación del verbo inhaerere (“permanecer unido”). El concepto se utiliza para nombrar a aquello que, debido a sus condiciones naturales resulta imposible separarlo de algo ya que está unido de una manera indivisible a eso.

Jerga: Conjunto de expresiones especiales y particulares de una profesión o clase social. Lenguaje difícil de entender.

Mecanismos de defensa: son aquellos mecanismos, principalmente inconscientes, que los individuos emplean para defenderse de emociones o pensamientos que producirían ansiedad, sentimientos depresivos o una herida en la auto-estima si llegasen a la consciencia.

Medicina Psicosomática: es un campo médico interdisciplinario que estudia los fenómenos psicosomáticos y las relaciones entre factores sociales, psicológicos, y de comportamiento en los procesos del cuerpo y la calidad de vida de los humanos y animales.

Merma: Disminución o consunción de algo

Metaanalítico o metaanálisis: Es un conjunto de herramientas estadísticas, que son útiles para sintetizar los datos de una colección de estudios. El meta-análisis se inicia recopilando estimaciones de un cierto efecto (expresado en un índice de tamaño del efecto, como la diferencia de medias tipificada, la razón de riesgo, o la correlación) de cada estudio.

Mobbing: es un proceso de destrucción: se compone de una serie de actuaciones hostiles, que, tomadas de forma aislada, podrían parecer anodinas, pero cuya repetición constante tiene efectos perniciosos. “En el ámbito laboral, el mobbing es el continuado y deliberado maltrato verbal y modal que recibe un trabajador por parte de otro u otros, que se comportan con él cruelmente con el objeto de lograr su aniquilación o destrucción psicológica y a obtener su salida de la organización a través de diferentes procedimientos ilegales, ilícitos o ajenos a un trato respetuoso o humanitario y que atentan contra la dignidad del trabajador.

Moral: (del gen. latín mōris, ‘costumbre’, y de ahí mōrālis, ‘lo relativo a los usos y las costumbres’) es un conjunto de normas, creencias, valores y costumbres que dirigen o guían la conducta de las personas en sociedad.

Ocio: Tiempo libre, sin actividad laboral, que se dedica al descanso o a realizar otro tipo de actividades.

Parestesias: La parestesia es el nombre científico de la sensación de hormigueo o entumecimiento que se puede sentir en diversas partes del cuerpo, especialmente en las extremidades (brazos, manos, piernas y pies). La parestesia a veces puede ir asociada con una pérdida temporal de la sensibilidad.

Patología: es la rama de la medicina encargada del estudio de las enfermedades en las personas.

Personalidad: es un constructo psicológico, que se refiere a un conjunto dinámico de características psíquicas de una persona. Es el patrón de actitudes, pensamientos, sentimientos y repertorio conductual que caracteriza a una persona, y que tiene una cierta persistencia y estabilidad a lo largo de su vida de modo tal que las manifestaciones de ese patrón en las diferentes situaciones poseen algún grado de predictibilidad.

Sensación subjetiva: Sentimiento o impresión no asociado a un estímulo externo o que no se debe directamente a él.

Síndrome de burnout: Es un padecimiento que a grandes rasgos consistiría en la presencia de una respuesta prolongada de estrés en el organismo ante los factores estresantes emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo, que incluye fatiga crónica, ineficacia y negación de lo ocurrido.

Súbita: Algo que sucede de manera repentina inesperada, tiene un carácter impulsivo y violento.

Sutil: Proviene del vocablo sutiles y hace referencia a algo que es delicado, agudo, ingenioso, tenue o perspicaz. Lo sutil se diferencia de lo evidente o palpable, y se asemeja a lo sugerido o implícito.

Talante: Modo personal de ser y de comportarse. Actitud o estado de ánimo de una persona.

Tangible: Que puede tocarse. Que se percibe de manera precisa

Tedio: Aburrimiento o desgana extremos que produce lo que no aporta ningún interés

Trastorno de somatización: (llamado antiguamente "histeria crónica" o "síndrome de Briquet") es un diagnóstico psiquiátrico aplicado a pacientes quienes se quejan crónica y persistentemente de varios síntomas físicos que no tienen un origen físico identificable.

Trastorno paranoide de la personalidad es un trastorno de personalidad caracterizado por un patrón de desconfianza y suspicacia general hacia los otros, de forma que las intenciones de estos son interpretadas como maliciosas.

Trastornos del comportamiento: (su sigla en inglés es CD). Trastorno de la conducta que a veces se diagnostica en la niñez y que se caracteriza por conductas antisociales que violan los derechos de los demás y las normas y reglas sociales apropiadas para la edad.

Anexo 4:
Definición de siglas

APA: Asociación Americana de Psicología

ASA: Asociación Americana de Anestesiología

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

EMI: Entrenador muscular inspiratorio

FEM: Flujo espirado máximo

OMS: Organización Mundial de la Salud

PEP: Presión espiratoria positiva

SDP: Síndrome del desgaste profesional

SMI: inspiración máxima sostenida

SPSS: Statistical Package for the Social Science

SQT: Síndrome de quemarse en el trabajo

VM: ventilación mecánica

ECG: Electrocardiograma

Anexo 5:
Solicitudes de Permiso

San Miguel, 14 de Julio de 2017

Instituto Salvadoreño del seguro social
Jefe del departamento de Terapia respiratoria.
Licda.: María Gloria Sánchez Pérez
Presente.

Reciba un cordial saludo deseándole éxitos en sus labores diarias.
El motivo de la presente es para solicitar su autorización y colaboración para dar repuesta al cuestionario de Maslach Burnout, esperando la colaboración de todo el personal de Anestesiología que esté dispuesto a colaborar y así cumplir con el objetivo de ejecución de tesis la cual se titula: “Síndrome de Burnout en el Personal de terapia respiratoria versus el personal de anestesia en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social de San Miguel, año 2017”

Esperando una repuesta favorable a nuestra petición, nos despedimos de usted muy agradecidas.

F.: _____
Dinora Roxana Aparicio Aparicio

F.: _____
Hilda verónica Fuentes Palacios

F.: _____
Karla Vanessa Ramírez Pérez

San Miguel, 14 de Julio de 2017

Instituto Salvadoreño del seguro social
Jefe del departamento de Anestesiología
Dr.: Carlos Gonzales
Presente.

Reciba un cordial saludo deseándole éxitos en sus labores diarias.

El motivo de la presente es para solicitar su autorización y colaboración para dar repuesta al cuestionario de Maslach Burnout, esperando la colaboración de todo el personal de Anestesiología que esté dispuesto a colaborar y así cumplir con el objetivo de ejecución de tesis la cual se titula: "Síndrome de Burnout en el Personal de terapia respiratoria versus el personal de anestesia en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social de San Miguel, año 2017"

Esperando una repuesta favorable a nuestra petición, nos despedimos de usted muy agradecidas.

F.: _____
Dinora Roxana Aparicio Aparicio

F.: _____
Hilda verónica Fuentes Palacios

F.: _____
Karla Vanessa Ramírez Pérez

Anexo 6:
Consentimiento informado

N° de Guía _____

Siendo profesional en anestesiología e inhaloterapia, laborando en el departamento de _____ del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de San Miguel, entiendo el estudio de tesis que se encuentran realizando las estudiantes: Dinora Roxana Aparicio Aparicio, Hilda Verónica Fuentes Palacios, Karla Vanessa Ramírez Pérez; de la Universidad Nacional de El Salvador, aclaro que he recibido información y explicación adecuada sobre la investigación y como respuesta a su petición de colaborar, manifiesto mi participación voluntaria y decido responder el cuestionario de Maslach Burnout sin haber sido sometido(a) a coerción, intimidación, influencias o incentivos indebidos. Soy consciente que se respeta el derecho que me da la autonomía a escoger libremente si participo o me rehusó a dicho cuestionario.

Por lo que doy mi consentimiento a esta petición, expresando mi voluntad al firmar el presente como constancia del consentimiento informado.

Así mismo sé que las repuestas que brinde en el instrumento serán de lo más confidenciales e íntimas y que, se respetara su valor. También soy consciente que no conoceré los resultados obtenidos, ya que solamente se requieren para estudio académico.

San Miguel, _____ de _____ 2017

F: _____