



UNIVERSIDAD LATINA DE PANAMÁ
FACULTAD DE EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO

**“ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA LA
DISMINUCIÓN DEL NIVEL DE BURNOUT ENFERMEROS, TÉCNICOS EN
ENFERMERÍA Y ASISTENTES DE SALUD EN EL INSTITUTO NACIONAL
DE SALUD MENTAL DE PANAMÁ”**

Informe de Práctica Profesional Dirigida presentado como requisito para optar por el
título de Licenciado en Psicología en la Universidad Latina de Panamá

Doralgis Michelle Torres Reynoso

C. I. 8-753-1720

Profesor asesor: Magister. Ibeth Vergara

Panamá, República de Panamá

2024

Agradecimiento

Agradecida con Dios que por su voluntad me mantiene en esta tierra. A mi querido esposo que de la mano conmigo ha vivido estos cinco años de aprendizaje y sacrificios, has sido la mejor compañía. A mi mami, por su ánimo en el proceso. A toda mi familia que ahora va a terapia. A mi papá por sus enseñanzas profesionales, por compartir análisis de casos y por su admiración. A mis suegros por su dedicación y apoyo para ayudarnos. A cada uno de los profesores que dejaron una huella imborrable por su pasión Jeanessy Rojas, Giselle Vázquez, Vielka Almanza, Ibeth Vergara, Arturo, Alexandra, Stephania Estrada, Ángel Tejada, Stephany Zambrano y Justo Herrera. Al profesor Augusto, que cuando iba a tirar la toalla me miró y me dijo: “mira hasta dónde has llegado”. A la profesora Ibeth que en este trabajo ha sido una guía y con la que siempre es una dicha conversar. A mi querida profesora Iris, quien siempre me guio cuando algo parecía ponerse oscuro en los procesos.

A mis supervisores Andrea, un ser humano increíble que me enseñó mucho a nivel personal y profesional, y que luego de un año de aprendizaje, risas, corredera, pruebas y memes me enseñó que nunca habrá dos pacientes iguales, gracias por compartir desinteresadamente tu conocimiento, por darme la confianza de saber que era capaz de hacerlo y a la vez corregirme cuando lo necesité y felicitarme cuando lo hice bien. A mi supervisor Cristóbal, con el que descubrí mi pasión por el estudio de las adicciones, gracias infinitas, por tus ideas repentinas, por las velas aromáticas y por esos momentos en que me empoderaste diciéndome, dale tú estás lista y quedas a cargo, sin duda seguiré aprendiendo de ti en las supervisiones de casos. A ambos gracias por la confianza de

dejarme entrar al equipo, no como una pasante, sino como una más de ustedes y sobre todo, por hacerme sentir como en casa.

A cada psiquiatra de los que también aprendí tanto, al Dr. Saavedra y la Dra. Boyd por abrirme las puertas del Instituto, al Dr. Carlos Smith, por guiarme durante las investigaciones históricas, por las conexiones y por compartir la pasión por la investigación y por supuesto, las largas horas conversando, a la Dra. Araujo, por el apoyo a mi proyecto, por recibirme siempre con una sonrisa dispuesta a hacer posible este trabajo, a Miss Dayra, por su cariño y recibirme como parte de la sala, a todas mis enfermeras preciosas con las que las jornadas fueron más como en casa, a cada técnico, a cada médico residente, a cada paciente que abrió su corazón conmigo, a las trabajadoras sociales, qué gusto aprender de ustedes, a cada psiquiatra residente y a cada administrativo, especialmente a Martita, siempre linda con disposición para ayudar y Vielka. Extrañaré mucho este último año, donde aprendí más de lo que esperaba.

Por último y no menos importante mi agradecimiento al Dr. Stanley Heckadon, por la oportunidad de brindarme acceso ilimitado a su colección literaria, que contribuyó con este trabajo de grado, por sus atenciones y por las conversaciones tan profundas, a Luz Cedeño y a la Sra. Rosa Burgos.

Dedicatoria

Con amor a mi querido regalo del cielo, Ian, hoy ya no estás físicamente, pero por siempre estarás en mi corazón. Te dedico este esfuerzo del que siempre estuviste orgulloso. Gracias por cada año de aprendizaje, de risas y de amor.

Sin ti la vida no es igual, te extraño mucho y te dedico este trabajo, sabiendo que el resultado del trabajo terapéutico propuesto puede ayudar a muchas familias a disfrutar de tiempo de calidad.

Declaración Jurada



ANEXO 3 Declaración Jurada



UNIVERSIDAD LATINA DE PANAMÁ

DECLARACIÓN JURADA

Yo Doralgis Michelle Torres Reynoso con cédula de identidad personal número, 8-753-1720 estudiante graduando del programa/carrera de

declaro bajo la gravedad del juramento que el material que aparece en este trabajo de graduación, en la opción: pasantía

(Tesis, proyecto final, pasantía, otro), es de mi producción intelectual, en razón de lo cual exoneró a la Universidad Latina de Panamá de cualquier responsabilidad relacionada con este aspecto.

Como constancia, firmo la presente declaración el día 16 del mes de 8 del año 2024.

Firma del estudiante: Doralgis Michelle T. Reynoso

Cédula: 8-753-1720

Índice General

Introducción	1
Justificación.....	3
CAPÍTULO I - ASPECTOS GENERALES	6
1.1 Antecedentes del Ministerio de Salud de la República de Panamá	7
1.2 Estructura organizativa.....	9
1.3 Objetivos	11
Misión.....	11
Visión.....	12
Principios y Valores	12
1.4 Participación en el mercado	12
1.5 Marco de acción.....	14
CAPÍTULO II - DESARROLLO DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL	15
2.1 Departamento o área asignada	16
2.1.1 Objetivo del Instituto Nacional de Salud Mental	22
2.1.2 Áreas del Instituto Nacional de Salud Mental	22
2.1.2.1 Centro de atención integral	22
2.1.2.2 Sala de geriatría.....	24
2.1.2.3 Centro, estudio y tratamiento de las adicciones.....	24
2.1.2.4 Salas de recuperación.....	24
2.1.2.5 Organigrama	25
2.2 Objetivos del departamento de psicología	25
2.2.1 Funciones	27
2.2.2 Tabla de funciones.....	28
2.2.3 Desarrollo autónomo y grupal del trabajo.....	29
2.2.4 Adaptación.....	30
CAPÍTULO III - ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL.....	31
3.1 Alcance del desempeño	33
3.2 Restricciones o limitaciones en la práctica profesional	35

3.2.1 Expectativas vs realidad laboral.....	36
3.3 Beneficios	37
3.3.1 Laboral.....	37
3.3.2 Social - Cultural	37
CAPÍTULO IV - PROPUESTA A LA INSTITUCIÓN	39
4.1 Referencias generales de la propuesta	40
4.2 Planteamiento del problema.....	42
4.3 Objetivos	46
4.3.1 Objetivo general.....	46
4.3.2 Objetivos específicos	47
4.4 Delimitación, alcance y cobertura	47
4.5 Marco teórico.....	48
4.6 Propuesta general	57
4.6.1 Metas	60
4.6.2 Instrumentación.....	60
4.6.3 Muestra	64
4.6.3.2 Resultado.....	71
4.6.4 Diseño de la propuesta.....	73
4.6.4.1 Pilar #1	74
4.6.4.2 Pilar # 2.....	74
4.6.4.3 Pilar # 3.....	75
4.7 Mecanismos para la implementación.....	76
4.7.1 Sesión # 1: Duración 90 minutos	77
4.7.2 Sesión # 2: Duración 90 minutos	78
4.7.3 Sesión # 3: Duración 90 minutos	78
4.7.4 Sesión # 4: Duración 90 minutos	79
4.7.5 Sesión # 5: Duración 90 minutos	79
4.8 Costos vs beneficios.....	80
4.8.1 Costos	80
4.8.2 Beneficios.....	81
Conclusiones	82

Recomendaciones.....	83
Bibliografía	84
ANEXOS	90
Encuesta de elaboración propia para recolección de datos sociodemográficos.	91
Inventario de Burnout de Maslach verizon MBI-HSS.....	97
Carta y documentos de profesora de Español.....	99

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1 Estructura organizativa Nivel Directivo Ministerio de Salud de Panamá	10
Ilustración 2: Estructura organizativa nivel auxiliar de apoyo del Ministerio de Salud de Panamá	10
Ilustración 3: Estructura organizativa Nivel Técnico y Operativo del Ministerio de Salud de Panamá	11
Ilustración 4: Mapa de Regiones de Salud del Ministerio de Salud de Panamá	14
Ilustración 5: Organigrama Instituto Nacional de Salud Mental	25
Ilustración 6: Profesiones de la muestra	65
Ilustración 7 Sexo de la muestra	65
Ilustración 8 Edad de la muestra	66
Ilustración 9: Estado civil de la muestra	67
Ilustración 10 Turnos rotativos en la muestra	67
Ilustración 11: Frecuencia de turnos rotativos por semana	68
Ilustración 12: Años de servicio de la muestra	69
Ilustración 13: Rango salarial de la muestra	70
Ilustración 14: Nivel de burnout/dimensión cansancio emocional	71
Ilustración 15: Nivel de burnout/dimensión despersonalización	72
Ilustración 16: Nivel de burnout/dimensión realización personal	73

Introducción

La incursión del profesional en el campo laboral, bajo la supervisión de un profesional, representa una oportunidad invaluable, no solo como un buen preámbulo para la escogencia de una especialidad posterior, sino también para aprender, actualizarse e identificar áreas de mejora. La práctica profesional como opción de grado representa una autoevaluación y una guía de reforzamiento para cada estudiante, aporta un panorama de la situación actual del país. Específicamente en el caso de la práctica clínica, todo profesional que se incline a esta rama, debería pasar por una institución gubernamental, para que pueda entender las necesidades del país y las necesidades de educación según la población a la que se quiera dedicar.

Durante la estancia como practicante en el Instituto Nacional de Salud Mental, se tuvo la oportunidad de rotar por el Centro de Estudio y Tratamiento de Adicciones, por la sala de intervención en crisis y la sala de breve estancia. En dichas salas se tuvo la oportunidad de participar en el proceso de evaluación de pacientes con diversos diagnósticos, mientras se colaboraba en un equipo interdisciplinario. Durante esta participación en equipos interdisciplinarios, se pudo determinar la existencia de sintomatología de síndrome de desgaste profesional (*burnout*), dentro del equipo de enfermería y trabajo social, lo que generó la motivación para evaluar al equipo, a fin de proponer un programa que proporcione una solución a la problemática. Con este proyecto, la intención es dar valor a tan arduas profesiones.

En el capítulo uno, se expondrán los aspectos generales del Ministerio de Salud de Panamá, antecedentes históricos de su formación, funciones, estructura organizacional, entre otros.

En el capítulo dos, se abordarán los aspectos generales del Instituto Nacional de Salud Mental, antecedentes históricos, funciones del y objetivos del Departamento de Psicología, como parte del equipo interdisciplinario.

En el capítulo tres, se reflexiona acerca de la experiencia de la práctica profesional, desempeño, oportunidades de mejora y limitaciones de la práctica profesional.

Por último, en el capítulo cuatro, se encontrará la propuesta realizada a la institución junto al estudio realizado como evaluación para la realización de dicha propuesta. Se estudiarán los aspectos generales de la propuesta, objetivos generales y específicos; la guía de aplicación, así como los recursos necesarios para que se lleve a cabo. Con esta propuesta se busca aplicar el aprendizaje obtenido durante el último año de práctica profesional.

Justificación

La práctica profesional dirigida en el área clínica tiene como propósito brindar una oportunidad de aprendizaje y de aplicación, de los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos en la carrera de psicología, así como de desarrollar habilidades y competencias profesionales para la intervención psicológica con personas con diversas patologías.

Como estudiante los aportes que brinda son muchos, entre los que se pueden mencionar están: obtener conocimiento de las patologías a través de la atención clínica, signos y síntomas de las patologías, curso de la enfermedad, la etiología, además de la evaluación psiquiátrica del examen mental, pronóstico de las enfermedades, así como la elección correcta de las herramientas para evaluación a los pacientes, según sea necesario, otro de los aportes dentro de un entorno hospitalario que contribuye al aprendizaje es la oportunidad de observar la evolución del paciente, con un tratamiento dirigido por un equipo multidisciplinario.

Dentro de un entorno hospitalario a cargo del estado, también se tiene la oportunidad de conocer y estudiar diferentes factores sociales, que contribuyen al desarrollo y curso de las psicopatologías, como por ejemplo el consumo de sustancias.

Otra de las contribuciones que se tienen como estudiante es la oportunidad de aprender de la colaboración y trabajo en equipo multidisciplinario, que contribuyen a la recuperación del paciente y la importancia de cada uno de ellos.

Se aprende también acerca de la intervención que se puede realizar como profesionales de salud mental, no solamente con el paciente sino también con la familia,

no solo acerca de la evolución y tratamiento del paciente, sino también acerca de la psicoeducación, abordaje en presentación de diagnósticos por primera vez y apoyo emocional durante este proceso. Facilitando como estudiante el contacto directo y la interacción con los pacientes, sus familias y los profesionales del equipo de salud mental, desarrollando habilidades de comunicación, empatía, escucha activa, manejo de la relación terapéutica, evaluación, diagnóstico, planificación, ejecución y seguimiento de las intervenciones psicológicas. También ofrece la posibilidad de recibir supervisión y retroalimentación, por parte de profesionales expertos en el campo de la psicología clínica, lo que permite mejorar la calidad y la eficacia de las intervenciones psicológicas, así como resolver dudas, dificultades y dilemas éticos que puedan surgir en la práctica.

En cuanto a la universidad, la misma permite que se aprecie el nivel de conocimientos que proporciona a los estudiantes, la calidad de los mismos y las oportunidades de mejora para trabajar a futuro.

Por otro lado, las empresas u organizaciones tienen la oportunidad de contribuir en la preparación de la nueva fuerza laboral, formar recurso humano capaz y comprometido, actualizado y, sobre todo, preparado en entornos reales, que le permiten al estudiante conocer antes de ejercer su profesión el contacto real sobre el que va a desempeñar una profesión.

En cuanto a la contribución que se logra a través del resultado de este trabajo evaluativo, que se realizó con el personal de enfermería y trabajo social del Instituto Nacional de Salud Mental, se busca realizar una propuesta que contribuya a que el personal disminuya los niveles de burnout y que además se cree una cultura de prevención.

Durante los meses que se dedicaron a las diferentes prácticas profesionales, dentro del Instituto Nacional de Salud Mental, se han podido observar manifestaciones en el personal de sintomatología burnout, así como pocas herramientas de autocuidado y la promoción de un entorno, que promueva la salud mental entre colaboradores. Dada la naturaleza de ambas profesiones, es conocido que hay una necesidad de que el cuidador del paciente posea herramientas de autocuidado, que le permitan autogestionarse, pero también que puedan apoyar su labor diaria a través de la educación del paciente con dichas herramientas.

Dicho todo lo anterior, se realizó el protocolo de viabilidad para la elaboración de la propuesta y que esta pudiera llevarse a cabo durante los dos primeros trimestres del año 2025, realizando una post-evaluación del equipo y contribuyendo a la mejora del clima laboral.

Esta propuesta fue diseñada para personal de enfermería y trabajo social, pero no está limitada la participación de otras profesiones en el futuro.

El aporte que brinda este trabajo investigativo a la estudiante da como resultado una propuesta para el personal de enfermería y trabajo social, es la combinación de la experiencia profesional y de la formación educativa previa, con los nuevos conocimientos adquiridos con el estudio de la Licenciatura en Psicología.

CAPÍTULO I - ASPECTOS GENERALES

1.1 Antecedentes del Ministerio de Salud de la República de Panamá

El Ministerio de Salud fue creado por medio del Decreto de Gabinete número 1 del 15 de enero de 1969. Desde los primeros años de vida como República de Panamá la salud estuvo regida y dirigida desde la Sección de Higiene Pública y Beneficencia y una sección de donaciones del Departamento de Obras Públicas de la Secretaría de Fomento. La atención sanitaria en Panamá fue creciendo a través de la necesidad de dar respuesta a las enfermedades que iban proliferando a medida que el país crecía y que a la vez se daban la construcción de grandes obras de la ingeniería como el Ferrocarril Transatlántico y el canal de Panamá.

Los primeros datos existentes de sistemas sanitarios en Panamá, datan del siglo XV con la llegada de las primeras expediciones a tierras panameñas, Pedrarias Dávila en el año 1519, estuvo acompañado por un grupo de médicos, boticarios y lapidarios en aras de implementar, lo que se conocería como el primer servicio sanitario a cargo de la Corona Española en territorio de las Indias. También se establecieron los hospitales San Sebastián en Port Al médico Barreda y al licenciado boticario Francisco Cota se les designó como responsables del primer hospital bajo la colonia española, el Hospital Santiago, que estuviera situado en Santa María la Antigua del Darién. Luego de la fundación de la ciudad de Panamá en 1519 también se establecieron otros hospitales, el Hospital San Sebastián, nombrado así inicialmente y que luego cambió su nombre a San Juan de Dios. 1671 se constituyó como el año en que el pirata Henry Morgan destruyó la entonces llamada Ciudad de Panamá, lo que hoy se conoce como Panamá La Vieja. La nueva Ciudad de Panamá, un nuevo desarrollo encerrado por límites amurallados en un lugar

llamado: “El Sitio del Ancón”, tal como refiere Varela (2014), “El 21 de enero de 1673 se fundó la nueva ciudad de Panamá. La nueva ciudad estaba mejor planificada y se asemejaba más a las directrices de la Corona, y una muralla que se fue mejorando poco a poco”. En esta nueva ciudad, en el año 1673, se establecieron los planos para la construcción del nuevo hospital San Juan de Dios y se inauguró en 1675, exclusivamente para varones y siendo un hospital de caridad para esclavos, soldados y pobres. Así fue como se fue forjando el sistema de salud, que luego con la construcción del canal de Panamá en manos de Francia estableció un nuevo hospital, con el fracaso de la construcción del canal en manos de los franceses y cesión a los Estados Unidos de América, desde el año 1904 la salud quedó a cargo del Departamento de Sanidad de Estados Unidos, quien daba solución a los problemas sanitarios y todo lo que se relaciona con ellos en la creación de la nueva República.

En 1904 William Crawford Gorgas fue designado jefe sanitario del Istmo, entre sus principales aportes estuvo la organización de distritos sanitarios en la Zona del Canal, buscaba la erradicación de criaderos de mosquitos, dado que ya se conocía el peligro de su picadura y las graves consecuencias de la malaria y la fiebre amarilla, Gorgas también capacitó inspectores sanitarios, estableció unidades de cuarentena, promovió la recolección de basura y la construcción de acueductos y alcantarillados, dado que en Panamá no existía un sistema de acueductos y alcantarillados.

Esta nueva administración dedicó esfuerzos a capacitar a los profesionales de salud panameños. Para el año de 1924, la medicina panameña tomó un rumbo diferente, se fundó

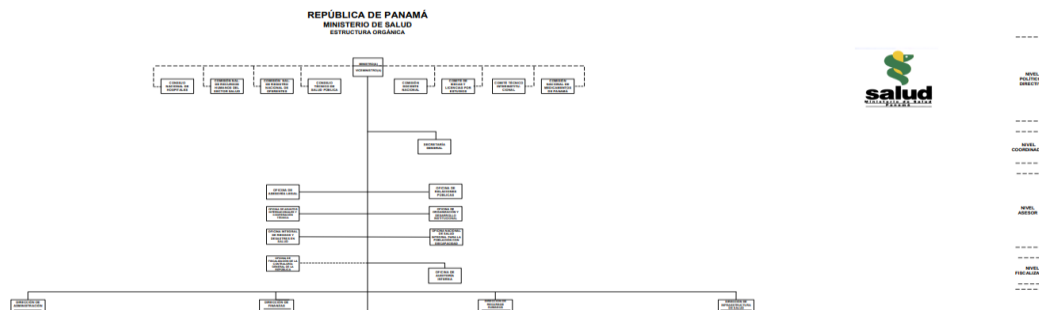
el nuevo Hospital Santo Tomás, con esta fundación se instituía también la formación de recurso humano panameño.

Para el año 1926 se creó el Departamento de Higiene y Salud Pública. En 1928 se fundó el Instituto Conmemorativo Gorgas de Enfermedades Tropicales. En 1944, aproximadamente empieza la creación de algunos ministerios como el Ministerio de Trabajo y previsión social y salud pública. Y a partir de 1947 se crea El Código Sanitario, alrededor de 1951 y nace a su vez la Escuela de Medicina de la Universidad de Panamá. Para estos mismos años el Dr. Falk escribe acerca de cuál era el estado de Panamá en cuanto a salud y cuáles eran las condiciones médico sanitarias: *La salud en Panamá, un estudio y un programa*, y con este documento se entiende la necesidad de unificar el servicio de salud en un solo ministerio. La integración de las tareas técnicas y las administrativas se promueve para el año 1962, para luego entre los años de 1962 y 1969 elaborar el Plan de Salud Ministerial, que da como resultado la consolidación de lo que hoy se conoce como Ministerio de Salud de Panamá.

1.2 Estructura organizativa

El Ministerio de Salud está conformado por diferentes direcciones y un equipo en diferentes niveles, niveles políticos y directivos, nivel coordinador, niveles asesores, niveles fiscalizadores, los cuales se pueden observar en el siguiente extracto del organigrama del Ministerio de Salud.

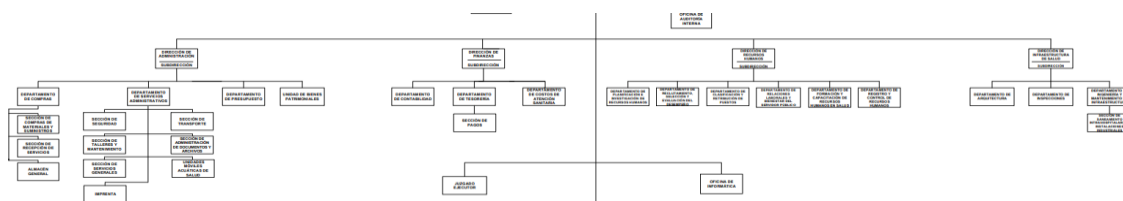
Ilustración 1 Estructura organizativa Nivel Directivo Ministerio de Salud de Panamá



Fuente: MINSA (2024), recuperado de: [Organigrama | Ministerio de Salud de la República de Panamá \(minsa.gob.pa\)](https://minsa.gob.pa)

Posteriormente se encuentran los niveles auxiliares de apoyo a través de las diferentes direcciones.

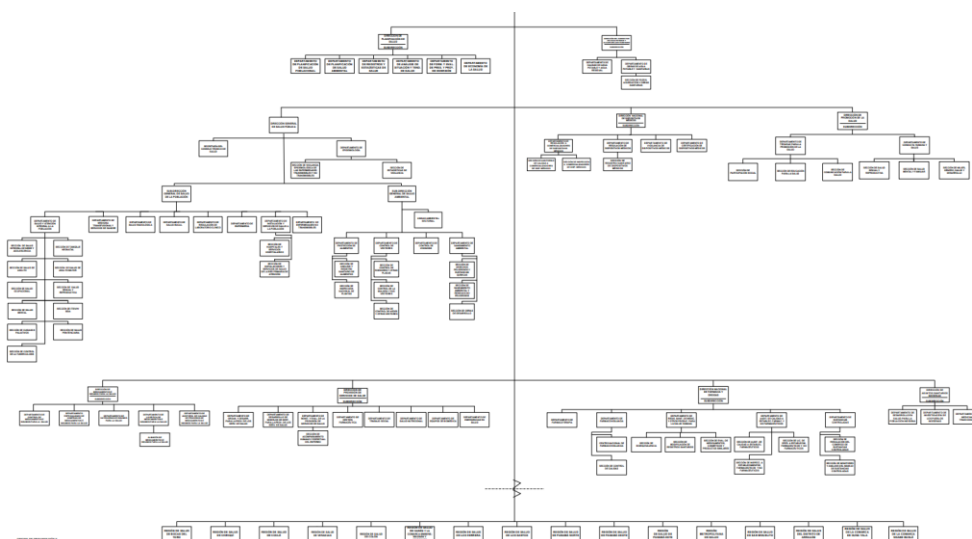
Ilustración 2: Estructura organizativa nivel auxiliar de apoyo del Ministerio de Salud de Panamá



Fuente: MINSA (2024), recuperado de: [Organigrama | Ministerio de Salud de la República de Panamá \(minsa.gob.pa\)](https://minsa.gob.pa)

Y por último el nivel técnico y operativo,

Ilustración 3: Estructura organizativa Nivel Técnico y Operativo del Ministerio de Salud de Panamá



Fuente: MINSA (2024), recuperado de: [Organigrama | Ministerio de Salud de la República de Panamá \(minsa.gob.pa\)](https://www.minsa.gob.pa/organigrama)

1.3 Objetivos

Salud de la población de la República de Panamá, a través del desarrollo de actividades de promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud, entendida esta como el estado de completo bienestar físico, mental y social de la población (MINSA, n/d).

Misión

Garantizar a toda la población, con enfoque de género, el acceso a la atención integral, a través de servicios públicos de salud, humanizados en todos sus niveles de

intervención, basados en la estrategia de atención primaria, y el desarrollo de las funciones de rectoría, gestión y transformación, privilegiando la equidad, la eficiencia y la calidad con calidez durante la atención, asegurando los procesos de transparencia en el uso de los recursos y el desarrollo de las actuaciones en salud con la participación ciudadana, en la construcción de las condiciones necesarias para la producción social de la salud . (MINSA, n/d).

Visión

“Cambio en la salud, un compromiso de todos”. (MINSA, n/d).

Principios y Valores

Equidad, Eficiencia, Eficacia, Calidad, Sostenibilidad, Participación, Transparencia y Rendición de Cuentas. (MINSA, n/d).

1.4 Participación en el mercado

El Ministerio de Salud es el ente rector de la Salud en Panamá. Tiene a su cargo la salud del país. Cuenta con las siguientes regiones de salud:

Provincia de Panamá

Región de Salud Metropolitana

Región de Salud de San Miguelito

Región de Salud de Panamá Norte

Región de Salud de Panamá Este

Provincia de Panamá Oeste

Región de Salud del Distrito de Arraiján

Región de Salud de Chorrera

Provincia de Coclé

Región de Salud de Coclé

Provincia de Herrera

Región de Salud de Herrera

Provincia de Los Santos

Región de Salud de los Santos

Provincia de Veraguas

Región de Salud de Veraguas

Provincia de Chiriquí

Región de Salud de Chiriquí

Provincia de Bocas del Toro

Provincia de Bocas del Toro

Región de Salud de Bocas del Toro

Provincia de Colón

Región de Salud de Colón

Provincia de Darién

Región de Salud de Darién y Comarca Emberá Wounaan

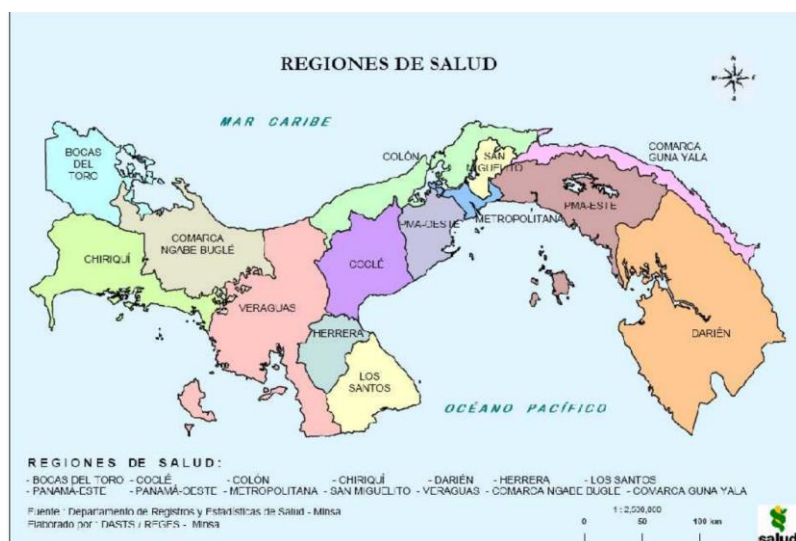
Comarcas

Región de Salud Comarca Guna Yala

Región de Salud Ngäbe Buglé

1.5 Marco de acción

Ilustración 4: Mapa de Regiones de Salud del Ministerio de Salud de Panamá



Fuente: Recuperado de: Atlas de Instalaciones de Salud 2014(última actualización)

[Diapositiva 1 \(minsa.gob.pa\)](#)

CAPÍTULO II - DESARROLLO DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

2.1 Departamento o área asignada

El Instituto Nacional de Salud Mental es una institución especializada de referencia nacional en atención psiquiátrica (INSAM, 2018). Ostenta ese nombre desde el año 2004, fue fundado el 26 de junio del año 1933, bajo el nombre de Retiro Matías Hernández. Posteriormente en el año 1951 se le cambia el nombre Hospital Psiquiátrico Nacional y es a partir del año 2004 que cambia al nombre actual, Instituto Nacional de Salud Mental.

El Instituto Nacional de Salud Mental, además de ser un hospital especializado en el estudio de la salud mental, también es un hospital dedicado a la investigación y a la docencia, responsable de la formación de psiquiatras, trabajadores sociales, psicólogos y enfermeros especialistas.

Fue creado mediante la Ley 37 de 1924 y bajo Decreto número 45 de 1925 se decreta el presupuesto de \$50,000 para los primeros trabajos en el sitio que aún hoy ocupa. La Ley 37 establecía la construcción del Retiro Matías Hernández en un terreno a las afueras de la ciudad de Panamá, el terreno fue donado por la Sra. Doña Genarina de la Guardia para que el Estado lo utilizase, con el fin de dedicar ese espacio para contribuir al desarrollo de la educación en el país.

Está ubicado cerca del camino que conducía a las haciendas de Juan Díaz, antes áreas distantes de la ciudad de Panamá. Dicho terreno pertenecía al Estado y había sido destinado para la construcción de una escuela de agricultura, que funcionó entre los años de 1915 y 1918. En el año 1924, parte del mismo terreno fue otorgado al Hogar de Ancianos Bolívar, que hasta hoy permanece en el mismo sitio. En el año 1927, mientras se construía el Retiro Matías Hernández, se estableció una Granja Experimental de

Agricultura y finalmente en 1933, luego de construir edificios para albergar a los pacientes que serían trasladados desde el Hospital Corozal.

Antes de su fundación la gestión en cuanto a Salud Mental Pública estaba a cargo del Departamento de Sanidad de Los Estados Unidos, dentro de la Zona del Canal, en la infraestructura de lo que hoy se conoce como el Ministerio de Salud, cerca del antiguo Hospital Gorgas. Sin embargo, el mismo no fue el primer sitio donde se brindó atención en cuanto a salud mental en el territorio panameño.

El primer hospital que albergó pacientes de salud mental estuvo a cargo de la Compañía Francesa y fue llamado Hospital Central. Cuando la construcción del canal de Panamá pasó a manos de los Estados Unidos de América, también lo hizo la salud pública. Entonces los pacientes eran atendidos en el Hospital Ancón, ante la necesidad, se crea el Hospital Corozal, mejor conocido como Asilo para Dementes.

Esta iniciativa de tener instalaciones hospitalarias fue establecida en convenio Taft firmado en diciembre de 1904 se establece que era responsabilidad de los Estados Unidos de América: “Construir, mantener y manejar un hospital u hospitales, ya sea en la Zona del Canal o en el territorio panameño para el tratamiento de personas con enfermedades mentales o con lepra y para los enfermos de caridad”. (Alonso, 1985).

A partir de entonces se remodelan las viejas instalaciones francesas y llega a Panamá personal de los Estados Unidos, constituido por médicos, enfermeras y otro personal técnico para atender el hospital, ahora llamado Hospital Ancón hasta 1928,

cuando en un homenaje al excelente trabajo del Dr. William C. Gorgas, se le cambia el nombre de Hospital Ancón a Hospital Gorgas y se da fin a la atención de pacientes con trastornos mentales.

Entre las 23 salas de este hospital se destinaron 11 salas para pacientes mentales. El incremento de pacientes mentales era cada vez más, por lo que se vio la necesidad de aumentar a 300 camas las destinadas para los pacientes “dementes”, es decir, más del 50 % de la capacidad del hospital era destinado a enfermos mentales.

Para 1907 se atendían en un anexo al Hospital Ancón, el Asilo para Dementes, dos edificios de dos pisos con capacidad de 32 a 44 camas solo para varones, 16 camas para mujeres, además de celdas para albergar a los pacientes violentos, con una capacidad máxima de 14 pacientes, exclusivos para la atención de pacientes con trastornos mentales. Roy Alonso, gran historiador panameño, refiere que para junio de 1904 había un total de 254 pacientes dementes.

En su discurso inaugural del Hospital Santo Tomás en 1924, el presidente Amador Guerrero decide donar terrenos luego de que en una conversación con el Dr. Gorgas, a su llegada a Panamá, menciona que: “Había visto muchas personas con trastornos mentales deambulando por las calles de Panamá, de esta forma con una pequeña contribución del Gobierno Nacional, Gorgas estableció el Hospital de Corozal para locos y el repositorio de Palo Seco para leprosos” (Guerrero, 1924).

Refiere el historiador Roy Alonso, que hacia 1915 estos pacientes fueron reubicados en La Granja-Hospital en Corozal, donde la sección médica y la agrícola se fusionaron bajo el nombre de Hospital Corozal.

Los primeros ocupantes de las instalaciones fueron los dementes y los crónicos, este término para referirse a aquellos que no tenían hogar y habían trabajado en la construcción del canal. Los dementes eran enviados al Hospital Ancón, para hacerle todos los análisis pertinentes, (Rayos X, electrocardiogramas, cuentas de sangre, urinálisis y punción lumbar), con el objeto de determinar si estaban en óptimas condiciones físicas para resistir los tratamientos de shock eléctrico, que estaban muy de moda en esos tiempos.

A falta de una instalación propia, el Estado panameño era responsable de cubrir el costo de los asilados panameños y aquellos que no fueran estadounidenses o que no fueran trabajadores del canal a razón de 0.75 centavos diarios por paciente, sin embargo, los pacientes cada vez iban generando más estos grandes desembolsos de dinero por parte del Gobierno Panameño, quien también atravesaba una crisis financiera. Con el incremento de pacientes la suma mensual a cubrir cada vez se elevaba, generando un gasto cada vez mayor; a razón de este precio se atendían aproximadamente 240 pacientes, \$2400 dólares era un número muy alto para el Estado. En el año 1930, el Departamento de Sanidad de Estados Unidos propone a Panamá la creación de un nuevo hospital para dementes, como un nuevo plan de reorganización de la salud en Panamá, en donde el costo incrementa por día, por paciente de \$0.75 centavos de dólar a \$1.00 por día, por paciente. Ya para este momento el Estado Panameño había sancionado la Ley en 1924 para la creación de un propio hospital, sin embargo, las dificultades económicas estatales y la

mala planeación financiera no hacían posible el inicio del proyecto, luego de analizar los altos costos de manutención y el incremento de pacientes, creyeron que lo podrían hacer a un menor costo, es entonces cuando se decreta la construcción en 1925.

Uno de los retos que tuvo que enfrentar el gobierno panameño fue la falta de recursos, ya que, aunque se sancionó la ley para la construcción no se incluyó la partida para cubrir ese gasto, tampoco se realizó un trabajo de estimación para determinar el costo real de la construcción de dicho manicomio. Las Memorias de la Secretaría del Fomento Público refiere que la sección técnica no elaboró presupuesto alguno para su construcción, no hubo un estudio para determinar las necesidades, todo esto también influido por la urgencia de la construcción del mismo.

En busca de soluciones para reducir los costos, el Gobierno Panameño, a través de la Secretaría de Relaciones Exteriores solicitó a cada embajada que repatriara a sus connacionales alojados en el Hospital Corozal o que sufragaran el gasto que le representaba, algunos fueron repatriados, otros simplemente permanecieron en territorio panameño, a cargo del Estado.

La falta de fondos para la construcción del Retiro Matías Hernández fue suplida con fondos tomados de la Lotería Nacional de Beneficencia y se destinó entonces un globo de 16 hectáreas, propiedad del estado (globo que había donado Genarina de la Guardia a la escuela de Agricultura), y que estaba ya para el año de 1925 ocupado parcialmente por el Hogar Bolívar y que en donde en 1927 se estableció una granja experimental que duró unos pocos años funcionando.

En septiembre de 1925 se hace el levantamiento de plano topográfico del globo de terreno. Buscando generar el menor gasto posible en cuanto a movimientos de tierras para la construcción de calles, edificios y otros, el 1 de noviembre de 1925 comenzaron las obras que para el año 1926, 30 de junio aún no finalizaban. La inversión hasta esa fecha había sido de \$81,498.98. La obra estaba prácticamente detenida por falta de fondos. Es hasta 1930, con la intención de reorganización de la administración de la salud en Panamá, que el gobierno establece un plan para avanzar en este proyecto.

La obra incluiría dos edificios que alojarán a los dementes que se encontraban en el Manicomio (Hospital) de Corozal, contemplaban también un 25 % de espacio para necesidades futuras. También se planeaban otros edificios para administrativos, enfermos contagiosos y vigilantes, además de calles, sistemas de saneamiento de agua, tanque séptico y mejoras a la infraestructura (Memorias de la Secretaría de Fomento y Obras Públicas, 1932).

Aunque el Hospital Corozal se destacó enormemente en el cuidado y tratamiento de pacientes con afecciones mentales, siendo este trabajo motivo de varios reconocimientos a nivel mundial y, asimismo, sirvió de ejemplo para el nuevo Retiro de Matías Hernández, que venía a marcar nuestros primeros pasos en la atención hospitalaria de casos psiquiátricos (Alonso, n.d.).

Dicho hospital continuó su funcionamiento exclusivamente para trabajadores del canal de Panamá y militares de los Estados Unidos.

Para el año 1928 la inversión para la construcción del Retiro Matías Hernández había superado los \$400,000 y aún hacen falta muchas mejoras. Sin embargo, aun con

esa inversión, el estado panameño calculaba que del promedio mensual que pagaban por el asilo de los pacientes a los Estados Unidos, que era una suma de aproximadamente \$15,000, ellos podrían albergar más personas bajo su cuidado a razón de \$13,000, sosteniendo la teoría de que habría un ahorro para el país.

Finalmente, el 26 de junio de 1933 luego de los esfuerzos de repatriación, de enviar a algunos pacientes con sus familiares y del retiro de algunos otros a casa de sus familiares por falta de recursos para el pago de la pensión diaria, se trasladan 254 pacientes desde el Hospital Corozal, hacia el Retiro Matías Hernández.

2.1.1 Objetivo del Instituto Nacional de Salud Mental

Centro especializado que brinda atención hospitalaria a pacientes psiquiátricos agudos, con dificultades en el diagnóstico y manejo para su estabilización. Centro de estudio en docencia e investigación en salud mental en beneficio del paciente psiquiátrico, familia y comunidad. (INSAM, n/d).

2.1.2 Áreas del Instituto Nacional de Salud Mental

El hospital está dividido en diferentes áreas.

2.1.2.1 Centro de atención integral

Brindar atención profesional especializada, a todo paciente que así lo demande en el grupo de edad comprendido entre los 18 a los 65 años, con un enfoque multidisciplinario, considerando la importancia de la relación entre la

persona con discapacidad mental, el ambiente y la familia, es decir, la dificultad de ruptura del equilibrio biopsicosocial, se considera que la urgencia es una situación psicopatológica. Se busca brindar una oportuna intervención integral sobre las dinámicas interpersonales, familiares y sociales, con el fin de estabilizar la población. Evolución del cuadro clínico el centro de atención integral cuenta con 60 camas y está estructurado de la siguiente manera:

Unidad de intervención en crisis, con 10 camas, cuatro camas para mujeres, 6 camas para varones.

Sala de breve estancia. Con 15 camas para mujeres y 20 camas para varones.

La atención se fundamenta en la declaración de principios para la promoción y protección de los derechos de las personas con discapacidad mental de la Comisión Internacional de los Derechos Humanos de la OEA. Dichos principios se aplicarán, sin discriminación alguna por motivos de discapacidad, raza, color, género, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional, étnico, social, estado civil o condición social o edad, patrimonio o nacimiento. (INSAM, n/d).

2.1.2.1.1 Evaluación

Le corresponde evaluar a cada paciente que llegue a solicitar atención y definir si cumple con los criterios de atención que se establecen en el protocolo, que se establecen en el manual de normas y protocolos de atención del Instituto

Nacional de Salud Mental revisado en el año 2018. Esta unidad está a cargo de un médico residente y supervisada por un psiquiatra funcionario. (INSAM, n/d).

2.1.2.1.2 Área de Intervención en crisis

Es un servicio que ofrece atención a los pacientes que demandan la ayuda en la fase aguda del trastorno mental, en el grupo de edad comprendido entre los 18 a los 65 años de edad, funciona las 24 horas del día con personal asignado exclusivamente a dicho servicio y al área de admisión. Aunque tiene coordinación con la sala de breve estancia, es totalmente independiente a ella. (INSAM, n/d).

2.1.2.2 Sala de geriatría

Tiene como propósito proporcionar el tratamiento y control de los trastornos y afecciones orgánicas, que presenta la población geriátrica interna. Tiene a su vez dos salas, una para varones y una para mujeres y el personal técnico. El responsable de esta unidad es el médico general. (INSAM, n/d).

2.1.2.3 Centro, estudio y tratamiento de las adicciones

Es un programa de internación terapéutica para vencer las adicciones y que, a su vez, también está dividido en mujeres y varones. (INSAM, n/d).

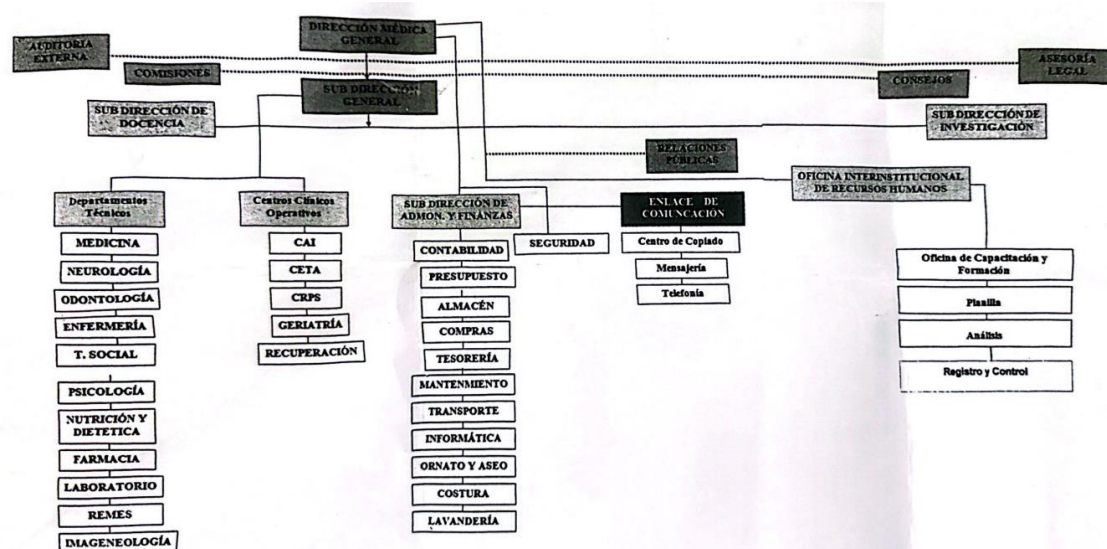
2.1.2.4 Salas de recuperación

En donde se encuentran diferentes pacientes con patologías de salud mental, que no cuentan con familiares que le apoyen o un lugar donde ir.

Como parte de los brazos auxiliares de salud del Instituto Nacional de Salud Mental se encuentran los médicos generales especialistas y psiquiatras. Los trabajadores sociales, sociólogos, psicólogos clínicos y psicoterapeuta. Las enfermeras, técnicas de enfermería y asistentes de salud. (INSAM, n/d).

2.1.2.5 Organigrama

Ilustración 5: Organigrama Instituto Nacional de Salud Mental



Fuente: Instituto Nacional de Salud Mental (2024).

2.2 Objetivos del departamento de psicología

Dentro del Instituto Nacional de Salud Mental, el psicólogo clínico tiene la responsabilidad de realizar evaluaciones psicológicas a los pacientes que ingresen a

cualquiera de sus salas, centro de atención integral, ya sea en la sala de breve estancia o en sala de atención en crisis, en el centro especializado de tratamiento de adicciones. Además de realizar evaluaciones psicológicas, el psicólogo participa en las evaluaciones de ingreso a las salas de atención en crisis y breve estancia, otra de las tareas que el psicólogo realiza es la intervención con familiares junto al equipo multidisciplinario en los casos en que hay que brindar psicoeducación por un diagnóstico.

Durante la estancia de los pacientes en el Centro de Estudio y Tratamiento de las Adicciones, además de evaluar, también brinda el trabajo el servicio de psicoterapia grupal e individual. En el área de Geriatría y Recuperación el psicólogo tiene la responsabilidad de brindar contención y evaluación de ser requerida.

Además, diariamente también tiene la función de evaluar el estado psicológico de los pacientes y en caso de ser necesario brindar apoyo psicológico o emocional a los mismos.

El psicólogo es parte del equipo interdisciplinario que realiza visitas diarias a los pacientes para evaluar su estado psicológico y la evolución de este.

Durante la jornada de práctica clínica se trabajó en las salas de breve estancia, intervención en crisis y evaluación. En el área de breve estancia las tareas consistían en evaluar diariamente el estado mental de los pacientes (varones y mujeres), evaluaciones psicométricas y proyectivas, rendición de informes a los psicólogos clínicos y médicos psiquiatras, además de las evaluaciones de ingreso para el programa de adicciones. Adicionalmente se tuvo la oportunidad de recibir estudiantes de diferentes universidades, proponiéndoles la inducción sobre el Centro de Atención Integral.

También se tuvo la oportunidad de elaborar diferentes murales conmemorativos y psicoeducativos, como la importancia de ir al Psicólogo en alusión al día del psicólogo, participar en la organización junto a Relaciones Públicas del evento conmemorativo por aniversario del hospital.

Otra de las funciones que se tuvo a bien realizar, por parte de la estudiante fue la participación en docencias, revisiones bibliográficas y estudios de casos interdisciplinarios.

Por último y en función de la presente propuesta, se realizó la evaluación al personal de enfermería y trabajo social, entrevistas individuales con jefes de sala para conocer las necesidades del departamento, así como con el personal para entender la dinámica de sus funciones, preocupaciones y necesidades.

Dentro de la institución además se colaboró en la construcción del documento revisado de la historia de la Institución.

2.2.1 Funciones

El rol del psicólogo es la evaluación como complemento y apoyo al diagnóstico del personal médico, además de la intervención durante la evaluación y visita diaria al paciente.

2.2.2 Tabla de funciones

Funciones	Tiempo de Ejecución	Recursos Empleados	Resultados
<p>Evaluación de pacientes en las salas de breve estancia e intervención en crisis.</p> <p>Participación en reuniones interdisciplinarias de evaluación de pacientes, casos clínicos.</p> <p>Evaluación del departamento de enfermería y Trabajo social.</p>	<p>Las evaluaciones se realizan de forma diaria en un promedio de 3 a 4 pacientes por día.</p> <p>Se evaluaron a un grupo de 51 personas del departamento de enfermería y trabajo social, de manera individual.</p>	<p>Diversas pruebas psicométricas y pruebas proyectivas, útiles de oficina, espacio físico, supervisión y capacitación en pruebas psicométricas.</p>	<p>Menor tiempo de espera desde el ingreso del paciente para la realización de evaluaciones.</p> <p>Coordinación entre las evaluaciones y los reportes presentados para agilizar el proceso de evaluación del paciente.</p>

2.2.3 Desarrollo autónomo y grupal del trabajo

El rol del psicólogo dentro del Instituto Nacional de Salud Mental contempla la evaluación de los pacientes, la intervención en situaciones de crisis y la psicoeducación del paciente y de los familiares. Se colabora de forma estrecha al equipo interdisciplinario compuesto por psiquiatría, neurología y medicina interna, a fin de tener diagnósticos precisos a través de observación clínica y aplicación de pruebas psicométricas. Aunque es un trabajo de equipo, el rol del psicólogo es mayoritariamente individual con el paciente. Sin embargo, también se ha tenido la oportunidad de orientar a otros practicantes en la aplicación de pruebas y entrevista clínica.

Las funciones que se realizan de forma individual consisten en entrevistar clínicamente al paciente y aplicar la batería de pruebas correspondientes a cada caso, parte de las tareas son definir qué prueba se va a aplicar a cada paciente y luego rendir informe a la supervisora, también se califican las pruebas y se da una impresión diagnóstica a manera de aprendizaje, además de participar en la consulta diaria de psiquiatría con el paciente, en algunos otros caso hay que intervenir uno a uno con el paciente, con el fin de psicoeducar acerca de su psicopatología y la importancia de la adherencia al tratamiento, así como a los familiares.

De forma diaria se observa al paciente y se hacen las anotaciones correspondientes.

Dentro de las actividades grupales además de la consulta y el pase de visita diario interdisciplinario, se encuentra la participación como oyente en estudios de casos clínicos multidisciplinarios.

Otra forma de trabajo grupal es el trabajo que se realiza con enfermeras y técnicas de enfermería acerca de la evolución del paciente y en las terapias matutinas de comunicación, donde uno puede observar el estado mental de los pacientes que se evaluarán y de su interacción grupal.

2.2.4 Adaptación

Dentro del Instituto Nacional de Salud Mental se logró una integración de forma cordial con diferentes departamentos. Se participó en la organización de eventos sociales, además en la creación de diferentes murales como el mural del día de la Mujer. El mural del día del psicólogo, el mural de las emociones. Además, también se está participando como investigador de la historia del hospital. Se logró establecer una relación cordial con todo el personal técnico y administrativo.

**CAPÍTULO III - ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA DE LA PRÁCTICA
PROFESIONAL**

La práctica profesional es una etapa importante para la vida del nuevo profesional, busca exponer al estudiante para que tenga la oportunidad de experimentar diferentes ramas de la psicología y decidir o definir en cuál de ellas decidirá especializarse. Todo esto, mientras permite materializar toda la teoría estudiada durante la licenciatura.

Entre las cosas más interesantes dentro de la práctica profesional está el estudio de los diferentes trastornos de forma vivencial junto al paciente, mientras se le acompaña y se observa su evolución cuando se adhiere al tratamiento. También se comprende que cada paciente, aunque tenga el mismo trastorno puede tener diferentes signos o síntomas, esto es un aprendizaje valioso, porque ayuda a que el paciente no sea etiquetado bajo una lista de síntomas, sino que se haga una evaluación única para cada caso. Como ya se ha mencionado con anterioridad, hay un aprendizaje en el trabajo colaborativo con diferentes especialistas.

La práctica profesional permite tener la oportunidad de que el estudiante sea preparado, para tener una visión real de lo que es el campo laboral y de lo que es la atención en el ambiente clínico. Realizar la pasantía dentro de una institución gubernamental, permite tener una visión clara de aspectos psicosociales del panameño. También aporta conocimiento en cuanto a la variedad de herramientas que complementan la labor evaluativa del psicólogo, permite aprender acerca de la selección de las herramientas adecuadas, según el requerimiento y el objetivo de la evaluación, se desarrolla pericia en la realización de informes psicológicos y en la determinación de impresiones diagnósticas y recomendaciones dentro de los mismos.

3.1 Alcance del desempeño

El desempeño durante la práctica profesional fue excelente, la curva de aprendizaje fue mucho menor, dado que ya se habían realizado otras prácticas dentro de la institución, lo que permitió poder conocer la metodología, las pruebas disponibles, el flujo de pacientes y los procesos del departamento.

Además, durante este período de práctica profesional dirigida, se pudo tener la experiencia de evaluar no solo a pacientes, sino también al personal de enfermería y trabajo social, esto permitió tener una visión desde el lado del que presta el servicio como cuidador de los pacientes, detectando áreas de oportunidad y de mejora para las mismas. Esta experiencia fue enriquecedora, ya que no solo se pudo trabajar dentro de la rama clínica, sino aplicar los conocimientos de la psicología organizacional.

Dentro de las aportaciones que se dejaron, se considera como la más importante la escucha activa de las percepciones de los departamentos de trabajo social y enfermería, la esperanza de la creación de un programa para resolverlas y el validar con cada uno de ellos la importancia de su labor, además de proporcionar una herramienta de autoevaluación de autocuidado, creando conciencia en ellos de oportunidad en facetas de la vida diaria.

Dentro del Departamento de Psicología, además de las funciones diarias se aportó con la inducción de 8 estudiantes de diferentes universidades, mostrándoles las tareas que se desempeñan, capacitándose en las pruebas psicológicas que no conocían e integrándose

como parte del equipo. Los logros alcanzados durante la práctica profesional dirigida fueron los siguientes:

Criterio evaluado	Calificación
Nivel de eficiencia	100 %
Nivel de productividad	100 %
Nivel de asimilación	100 %
Nivel de planificación	100 %
Nivel de creatividad	100 %
Nivel de iniciativa	100 %
Nivel de proactividad	100 %
Nivel de relación interpersonal	100 %
Nivel de comunicación	100 %
Ética y responsabilidad profesional	100 %
Asistencia y puntualidad	100 %
Presentación personal	100 %

Se obtuvieron muchos aprendizajes, entre los que se consideran más valiosos están el trabajo en entornos estatales, con equipos interdisciplinarios, el aprendizaje de la terminología clínica y el uso de la misma en entornos hospitalarios, la utilización de la Clasificación de Enfermedades Internacionales (CIE-10), como herramienta del personal estatal. El aprendizaje acerca del diagnóstico diferencial de las patologías, el desarrollo de la habilidad para la entrevista clínica, el aprendizaje en el uso del sistema de información estatal, la selección de pruebas adecuadas para cada caso, se obtuvo conocimiento acerca de las adicciones y se tuvo la oportunidad de aprender técnicas terapéuticas grupales y de llevar sesiones de ludopatía, se aprendió a trabajar con otros psicólogos, la calificación manual y en línea de diferentes pruebas psicométricas y la retroalimentación de las evaluaciones a los pacientes y psiquiatras.

3.2 Restricciones o limitaciones en la práctica profesional

En lo que se refiere a la gestión de la práctica profesional con pacientes, relación con personal y dentro de sala no existieron restricciones o limitaciones. Las restricciones que se encontraron aparecieron cuando se planteó la solicitud, para la realización de la evaluación para realizar las propuestas, sobre todo al personal de enfermería.

El protocolo dentro de la institución incluye enviar cartas, solicitando la autorización de aprobación de la evaluación del personal, misma que fue recibida y aprobada por la dirección médica y la dirección de docencia. Sin embargo, en cuanto a la jefatura de enfermería se plantearon algunas restricciones y cuestionamientos, para realizar la evaluación. Ante esta situación y por la naturaleza de la evaluación que se

realizaría, se solicitó una reunión con el Departamento de Coordinación de Investigación Docencia, la Jefatura de Psicología, la Jefatura de Enfermería y el practicante, con el objeto de plantear la elaboración del programa y por lo tanto la necesidad de la evaluación diagnóstica. Luego de realizarse la reunión, se pudo conciliar cerca de la aplicación de la misma y se procedió a iniciar la evaluación con cada persona. Esta situación de demora en la aprobación trajo consigo un retraso en cuanto al tiempo establecido para el inicio de las evaluaciones. Dado que el personal tiene 4 turnos rotativos, se torna difícil que el personal esté siempre disponible en turnos diurnos, lo que puso en necesidad el asistir durante 3 de las 4 jornadas para abordar a personas y solicitar su participación en el estudio. Debido a que las encuestas eran uno a uno, el tiempo se volvía una limitante. Finalmente se logró evaluar al 50 % del universo total.

3.2.1 Expectativas vs realidad laboral

La expectativa inicial cuando se ingresó a la institución era que por tratarse de una institución que administra salud mental, existiera dentro de la institución una cultura de autocuidado y de incentivo hacia el cuidado de la salud mental. Sin embargo, luego de pasar un año en la institución se pudo observar que hay una necesidad de desarrollar la cultura de salud mental tanto al personal técnico, como administrativo.

En cuanto a los materiales la expectativa era que, por tratarse de un ente estatal, no habría recursos para el desarrollo de las actividades, como por ejemplo no habría variedad de pruebas psicométricas o que habría pruebas antiguas, sin embargo, el Instituto Nacional de Salud Mental cuenta con una excelente selección de recursos disponibles, no solo de forma manual si no también electrónica.

Respecto a la impresión que se tenía acerca de lo que era un hospital psiquiátrico, se pudo derribar el estigma de los hechos que etiquetan a este tipo de lugares como insalubres y centros de tortura, los pacientes reciben un trato digno.

3.3 Beneficios

3.3.1 Laboral

Los beneficios que se obtuvieron dentro de la jornada de práctica profesional en el Instituto Nacional de la Salud Mental son un tesoro invaluable. Por una parte se puede destacar que el mayor de los aprendizajes es saber la importancia del trabajo interdisciplinario, no solo con los médicos psiquiatras, sino con médicos de otras especialidades y trabajadores sociales, estos últimos son un brazo auxiliar, tanto de la medicina, como de la psicología que se tenían infravalorados. El poder colaborar como compañeros con todas estas personas, enfermeras y técnicas de enfermería permitió desarrollar una cordial estancia y participar de las múltiples actividades educativas, científicas y sociales que se celebran en el instituto.

Una de las cosas más cómodas es el horario con el que se trabaja dentro del hospital, ya que al iniciar muy temprano le queda el resto de la tarde en caso de que se necesite a título personal hacer diferentes actividades.

3.3.2 Social - Cultural

En cuanto a lo laboral, se observó que existe una línea gris no cubierta en cuanto al sector organizacional, pero dándole un enfoque de salud mental, lo cual resulta una

oportunidad de desarrollar planes, para organizaciones que incluyan talleres de autocuidado y de prevención y psicoeducación.

CAPÍTULO IV - PROPUESTA A LA INSTITUCIÓN

4.1 Referencias generales de la propuesta

El individuo como parte de su desarrollo personal tiene libertad para elegir una profesión en la que pueda desempeñarse y recibir satisfacción a través de su servicio, un empleo que le permita sentirse útil y digno, que contribuye a la sociedad a la vez que es capaz de satisfacer sus propias necesidades. La Organización de las Naciones Unidas, establece, a través de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en sus artículos 24 y 25 los derechos de los individuos en cuanto se refieren al derecho que tiene el individuo a un trabajo digno, remunerado y de libre escogencia, en equidad y libre de discriminación.

El trabajo viene a ser no tan solo un derecho, sino también un medio por el cual el ser humano se puede autorrealizar. Considerando el rol importante que juega el trabajo en el desarrollo del individuo, conviene estudiar para que se dé preámbulo a esta investigación, no solo el derecho al trabajo, sino también qué otros factores relacionados como este influye en el desarrollo del ser humano.

De acuerdo a cómo cada individuo escoja su profesión, se expondrá a ciertos factores que influyen en la vida del trabajador, ya sea de manera positiva o negativa. Las profesiones que incluyen entre sus tareas estar al cuidado de alguien más en estado de vulnerabilidad, tendrán en su misma naturaleza impacto en la vida del profesional.

Según la Organización Mundial de la Salud, el burnout es “resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito”. (OMS, 2022). Dado que este era un concepto que se conocía, se planteó la posibilidad de que los comportamientos

observados y que se detallan a continuación fueran signos de desgaste profesional (burnout).

Desde el momento en que se ingresó a la primera jornada de práctica clínica se pudo notar que, aunque el trabajo se realizaba en tiempo y forma, se presentaban situaciones en las que algunos miembros de los equipos mantenían un lenguaje corporal que expresa desgano, las tareas se realizaban sin entusiasmo, en algunas ocasiones la forma de dirigirse entre ellos, hacia otro miembro del equipo o hacia los pacientes no tenía un tono de cordialidad. Se dieron situaciones donde los pacientes recibían comentarios que no aportan nada positivo a su recuperación. Se pudo observar también que no había una cultura de integración social entre el personal, que no había una cultura de celebración de fechas conmemorativas por parte del liderazgo, pero sobre todo, no había una cultura de promoción de salud mental hacia el equipo, el personal que hoy presta servicios en la institución tiene en promedio más de 20 años trabajando en él, realizando las mismas actividades, más del 60 % de este personal ya han cumplido la edad de jubilación. Otro de los hallazgos fue la oportunidad de actualización en temas presentes que impactan en la atención que se les brinda a los pacientes como diversidad y género, migración, consumo y adicciones, entre otros. También se detectaron oportunidades referentes a los temas de docencia y capacitación de los colaboradores de los departamentos de enfermería y trabajo social, si bien es cierto existen múltiples docencias, estas son enfocadas en el área científica, como por ejemplo estudios de casos clínicos y aunque muchos de estos son de carácter integrativo, es decir, participa el equipo multidisciplinario, incluyendo a enfermería y trabajo social, no son destinadas específicamente a trabajo social y/o a

enfermería, ni tienen como objetivo promover un entorno laboral sano, por lo que luego de que se observó y se indagó acerca de la existencia de programas existentes dentro de la institución que buscaran incentivar la salud mental dentro de los colaboradores, se pudo constatar de que no existían los programas y que no se ha sido consistente cuando se han tratado de implementar. Dado todo lo que se mencionó en líneas anteriores, se consideró oportuno medir el nivel del desgaste profesional (*burnout*), y con los resultados poder presentar un programa que incentive la cultura de promoción en salud mental dentro de los departamentos de enfermería y trabajo social.

4.2 Planteamiento del problema

En el año 2020 con el surgimiento de la pandemia por coronavirus se evidenció, a nivel mundial, la prevalencia de diferentes trastornos de salud mental y aunque ya se habían estado realizando iniciativas para promover la prevención y el cuidado de la misma, con la llegada del virus se puso en evidencia la necesidad de sistemas públicos con mejor preparación para afrontar las demandas de atención en salud mental, no solo en situaciones de emergencia sino también de forma preventiva.

Prado (2015), refiere que en el ambiente laboral hay factores psicosociales que dependen uno de los otros y que influyen en el comportamiento en el entorno laboral y el desempeño del colaborador dentro de la organización, cita entre estos factores la calidad de las relaciones humanas, el clima psicosocial y algunas otras variables sociodemográficas que influyen directamente en la salud física y mental de los colaboradores.

La Organización Mundial de la Salud, en su artículo: “Salud Mental en el trabajo”, refiere que, existen algunas profesiones que tienen mayor posibilidad de estar expuestos a riesgos psicosociales, a causa de sus funciones. Los trabajadores de la salud, humanitarios o en situaciones de emergencia, a menudo tienen que realizar tareas que conllevan riesgos elevados de exposición a eventos adversos, lo que puede afectar negativamente a su salud mental. (OMS, 2019).

En este mismo artículo lista los riesgos psicosociales que pueden ser causa de que el colaborador presente un trastorno de salud mental, los riesgos psicosociales son los siguientes:

- Insuficiencia de capacidades o su empleo insuficiente en el trabajo;
- cargas o ritmo de trabajo excesivas;
- falta de personal;
- horarios excesivamente prolongados, antisociales o inflexibles;
- falta de control sobre el diseño o la carga del trabajo;
- condiciones físicas de trabajo inseguras o deficientes;
- cultura institucional que permite los comportamientos negativos;
- apoyo limitado por parte de colegas o supervisión autoritaria;
- violencia, acoso u hostigamiento;
- discriminación y exclusión;
- funciones laborales poco definidas;
- promoción insuficiente o excesiva;
- inseguridad laboral;

- remuneración inadecuada o escasa inversión en el desarrollo profesional; y
- demandas conflictivas para la conciliación de la vida familiar y laboral.

En el año 2023, Bumeran un portal de empleo para Latinoamérica realizó una investigación sobre el Síndrome de *Burnout* en trabajadores de la región, la investigación arrojó como resultado que Argentina era el país con trabajadores más “quemados”, con un 94 % de la fuerza laboral quemada, el segundo lugar lo ocupó Chile con un 91 % de fuerza laboral “quemada”, y el tercer lugar lo ocupó Panamá con un 83 % de fuerza laboral quemada. Panamá fue el único país de Centroamérica en los tres primeros lugares.

Como ya se mencionó antes, hay una alta probabilidad de que profesiones como lo son la enfermería y trabajo social, tengan riesgo de padecer del trastorno de desgaste profesional o comúnmente llamado *burnout*. Siendo el Instituto Nacional de Salud Mental un lugar donde se provee a los usuarios del sistema público de salud, la expectativa pública sería que aquellos que conforman los equipos gerentes de la salud mental en el país, dentro de la institución formadora y más importante de Panamá, tuviesen una cultura interna de promoción de salud mental y que existiera la menor cantidad de riesgos psicosociales, aun dada la naturaleza de sus funciones.

En la misma encuesta de Bumeran, antes citada, se refiere que el 56 % de los departamentos de recursos humanos, no implementan medidas puntuales para combatir el *burnout*. (Forbes, 2023).

En el Instituto Nacional de Salud Mental, durante los meses de junio y julio del año 2024, se realizó una evaluación a los Departamentos de Enfermería y Trabajo social. La misma consiste en la aplicación de los siguientes instrumentos auto aplicados: Una encuesta sociodemográfica, una dimensión de burnout de Maslach y encuesta de autoevaluación de autocuidado de Saakvitne, Pearlman & Staff.

La problemática que se quiso abordar fue:

¿Cuál es el nivel de desgaste por profesión (*burnout*), en los colaboradores de los departamentos de enfermería y trabajo social del Instituto Nacional de Salud Mental?

Como se mencionó en el punto 4.1, dentro de la jornada de práctica profesional clínica y la práctica profesional dirigida, se observaron algunas situaciones que están relacionadas al clima laboral y que han sido mencionadas en dicho punto, la hipótesis era que las mismas tenían un alto impacto en el equipo de enfermería y trabajo social. Luego de terminado el proceso de evaluación y calificación de los instrumentos, se pudo concluir en que el 100 % de los evaluados fueron calificados con por lo menos un nivel bajo, medio o alto en alguna de las dimensiones del Inventario de Burnout de Maslach. Con este hallazgo, se plantea la elaboración de un programa que intervenga con el personal de enfermería (enfermeras, técnicos en enfermería y asistentes de salud) y trabajadores sociales y se propone un plan de 5 sesiones, donde se psicoeduque y se provean herramientas de autocuidado y de desarrollo de liderazgo en todos los niveles, así como que se fomente la cultura de comunicación en los equipos, de esta manera se busca promover la salud mental e impactando directamente en el clima laboral y por consecuencia, disminuyendo los niveles de *burnout*.

Además de promover estrategias de prevención y disminución del desgaste profesional (*burnout*), se busca la integración de profesionales recién graduados o estudiantes de maestría en Psicología Clínica, Psicología Organizacional, Seguridad Ocupacional, Terapia Ocupacional, así como también diversas organizaciones y/o asociaciones, para que tengan la oportunidad de brindar entrenamientos y capacitaciones al personal de enfermería y trabajo social del Instituto Nacional de Salud Mental, desarrollando con estas jornadas horas prácticas en un convenio que sea un ganar-ganar tanto como para la institución, asociación o grupo que presta dicho entrenamiento, taller o capacitación como para el Instituto Nacional de Salud Mental.

Finalmente, el beneficio entonces no solo será la disminución en el nivel de desgaste profesional (*burnout*), de los colaboradores y el aprendizaje de estrategias que ayuden con este objetivo, que impactan directamente en el clima laboral, sino también la integración de nuevos profesionales en un espacio de colaboración estrecha, todo esto con el objetivo del bienestar del colaborador de los ya mencionados departamentos.

4.3 Objetivos

4.3.1 Objetivo general

Elaborar un programa para el departamento de enfermería y el departamento de trabajo social del Instituto Nacional de Salud Mental disminución del nivel de desgaste profesional (*burnout*).

4.3.2 Objetivos específicos

1. Realizar un diagnóstico del nivel de desgaste profesional (*burnout*), y personal del departamento de enfermería y trabajo social del Instituto Nacional de Salud Mental.
2. Analizar los resultados de las encuestas autoaplicadas del nivel de estrés laboral, desgaste profesional (*burnout*) en el personal del departamento de enfermería y trabajo social del Instituto Nacional de Salud Mental.
3. Detectar dimensiones críticas de *burnout* en enfermeros, técnicos de enfermería, asistentes de salud y trabajadores sociales en el Instituto Nacional de Salud Mental.
4. Seleccionar la literatura de la Organización Panamericana de la Salud para la selección de estrategias a implementar en el Instituto Nacional de Salud Mental.
5. Diseño de Módulos del plan de intervención en el Instituto Nacional de Salud Mental para disminuir los niveles de *burnout* en enfermeros, técnicos en enfermería, asistentes de salud y trabajadores sociales en el Instituto Nacional de Salud Mental.

4.4 Delimitación, alcance y cobertura

Este programa de prevención de disminución de los niveles de desgaste profesional (*burnout*), se limita a los Departamentos de Enfermería y Trabajo Social del Instituto Nacional de Salud Mental de Panamá. El programa será ejecutado por un período de 5 meses e incluirá una post-evaluación al concluir el período.

4.5 Marco teórico

La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11 define el desgaste profesional o *burnout* como el resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito y se caracteriza por tres dimensiones:

- “1) Sentimientos de falta de energía o agotamiento;
- 2) aumento de la distancia mental con respecto al trabajo, o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo; y
- 3) una sensación de ineficacia y falta de realización”. (CIE, 2021).

El primer caso conocido de acuñar el término *burnout*, se le atribuye a Graham Greens en 1961, al utilizar este término cuando publicó un artículo con la historia de un arquitecto que decidió dejar su profesión atrás y mudarse a África, por estar quemado (burned-out), Greens consideraba que este arquitecto dejó todo atrás por no tener la capacidad de regularse emocionalmente en el empleo.

En el año 1974, Herbert Freudenberger, quien tenía una clínica para adictos y que dentro de sus programas ofrecía pasantías prácticas para estudiantes, observó que la conducta de los mismos sufría cambios con el transcurrir del tiempo, que estos estudiantes llegaban entusiasmados, dando lo mejor de sí y comprometidos, sin embargo, luego de estar expuestos a la constante atención de pacientes su conducta iba cambiando, tornándose evitativos con los pacientes y poniéndose cada vez menos atención a los mismos, Freudenberger notaba que estos estudiantes ponían un gran esfuerzo en cumplir sus tareas de manera satisfactoria, pero que no eran retribuidos de la misma forma y consideraba que esto influía en los practicantes. Además, que su comportamiento

generaba cambios en el entorno laboral y sobre todo que de alguna forma este era “contagioso”, ya que los otros trabajadores adoptan los mismos comportamientos generando un ambiente laboral difícil, él establece que esto comenzaba a pasar desde el primer año, es decir, era algo que ocurría progresivamente.

Maslach en 1981, una psicóloga social, se interesa en investigar este fenómeno, ya que al trabajar de cerca con trabajadores sociales y otros trabajadores de la salud mental, observó agotamiento en los mismos, planteó que los trabajadores que estaban expuestos a trabajar al servicio de la gente en profesiones relativas a la salud, incluyendo la salud mental; policías y custodios, educadores y trabajadores sociales se exponían a sufrir altos niveles de agotamiento emocional, Maslach encontraba que tanto estrés laboral como el agotamiento físico, pero sobre todo la ausencia de herramientas de afrontamiento producían en el individuo grandes repercusiones a nivel psíquico y físico, impactando directamente en su desempeño y comportamiento laboral. Dentro de su investigación Maslach se dedicó a observar a trabajadores de estas profesiones, dentro de sus entornos. En 1981 junto a Jackson, construyen el primer Inventario de Burnout, que constaba de 47 presupuestos y que clasificaba en 4 escalas Agotamiento Emocional, Despersonalización, y baja Realización Personal en el Trabajo, Implicación en el trabajo. Se realizaron pruebas con 650 personas y se determinó que había algunos presupuestos redundantes y se disminuyó los mismos a 25 presupuestos, realizando pruebas con más de 400 trabajadores, el resultado de esta revisión fue la eliminación de la categoría “implicación en el trabajo” y tres presupuestos, dejando el Inventario de Burnout de Maslach con 22 presupuestos y tres categorías: Agotamiento Emocional, Despersonalización, y Baja Realización

Personal en el Trabajo, como hoy se conoce, esta última revisión estuvo a cargo de Maslach, Leiter y Jackson.

Dentro de sus múltiples aplicaciones, se encontró relación entre los resultados en las categorías y las profesiones. Por ejemplo, se encontró que los policías presentaban niveles de *burnout* altos en la categoría de fatiga emocional y que estos se hacían manifiestos con actitudes como llegar a casa molesto, irritable, quejándose del trabajo, tenso y los hacía más propensos al consumo de alcohol y otras drogas. De hecho, una de las formas de validar que los resultados del instrumento eran válidos, era comparar los resultados y los comportamientos esperados con encuestas alternas con personas cercanas al trabajador, por ejemplo, miembros de su familia o colegas cercanos. También se estableció que este agotamiento era progresivo, que se presentaba en contextos laborales y que si estos contextos laborales tenían un alto nivel de estrés era más propenso a presentarlo.

También Pines y Aronson en 1988 establecieron que el desgaste profesional o *burnout* puede presentarse en cualquier tipo de trabajador que esté expuesto a un entorno laboral con estrés laboral crónico. (Castro et al., 2022)

Finalmente, al día de hoy son conocidos tres tipos de inventario de *Burnout* de Maslach:

1. El Inventario de Burnout de Maslach MBI-HSS: El instrumento utilizado para trabajadores de entornos sanitarios y trabajadores sociales.

2. El Inventario de *Burnout* de Maslach MBI ES: El inventario que se utiliza con personal relacionado con la educación, como maestros, profesores y asistentes educativos.

3. El Inventario de *Burnout* de Maslach MBI-GS: Este instrumento cuenta con 16 presupuestos. El instrumento para profesiones en general. Como por ejemplo los departamentos de ventas o servicio al cliente. Además, se categoriza de una forma diferente, quedando así sus categorías: cansancio, cinismo y eficacia profesional.

Para la elaboración de este trabajo se utilizó la versión MBI-HSS. Inventario de *Burnout* de Maslach versión para personal sanitario. Esta versión consta de tres categorías que se puntúan de forma individual, es decir, cada una de ellas proporciona una calificación individual que nos da un nivel del estado del trabajador. Estas son *burnout* leve, *burnout* moderado y *burnout* alto.

A continuación, se definen las categorías:

1. Fatiga emocional: Pérdida progresiva de energía, desgaste, fatiga general. La energía se va perdiendo de forma gradual y se presenta cansancio excesivo versus la cantidad de trabajo realizado, a causa de la pérdida de energía vital. Las personas con puntuaciones moderadas o altas en esta categoría pueden identificarse como personas irritables, quejumbrosas, que no disfrutan su trabajo, en general siempre insatisfechas. molestas e irritables.

2. Despersonalización: El sujeto crea un personaje con el que busca evitar los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal. Esta acción la realiza como forma de protección, también podría llegar a sobrecargarse de trabajo generando

mayor fatiga emocional. Es usual que se alternen la depresión y la hostilidad hacia el medio.

3. Abandono de la realización personal: El trabajo pierde el valor que tenía para el sujeto. Se pierden ideales, puede manifestarse como aislamiento y evitación de actividades sociales, familiares y recreativas.

Olivares (2017), establece en su artículo “Comprendiendo el Burnout”, que existen varios tipos de manifestaciones que se pueden considerar como signos de alarma o en ocasiones como parte ya del cuadro clínico en sí como:

- Negación, aislamiento, ansiedad, miedo o temor, depresión (siendo uno de los más frecuentes en este síndrome y uno de los síntomas más peligrosos ya que puede llevar al suicidio),
 - Ira;
 - adicciones;
 - cambios de personalidad;
 - culpabilidad y autoinmolación;
 - cargas excesivas de trabajo;
 - cambios en los hábitos de higiene y arreglo personal;
 - cambios en el patrón de alimentación, con pérdida o ganancia de peso exagerada;
 - pérdida de la memoria y desorganización;
 - dificultad para concentrarse y puede haber trastornos del sueño.

Aunque el Inventario de Burnout de Maslach no es el único instrumento para evaluar desgaste profesional o *burnout*, sí es el más utilizado. Algunos instrumentos que también evalúan *burnout* son:

- Burnout measurement de Pines and Aronson 1988, valora la fatiga física, emocional y mental del colaborador.
- Copenhagen Burnout inventory, valora el desgaste personal, el relacionado al trabajo y el desgaste relacionado con el cliente.
- Oldenburg Burnout inventory, evalúa el agotamiento y la falta de compromiso con el trabajo.
- El Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse en el Trabajo, esta escala española, a diferencia de los anteriores, incluye la “ilusión (desilusión progresiva, pérdida del sentido del trabajo y las expectativas)”.

Chemise en el año 1980 planteó, que el desgaste profesional se da de forma progresiva, sosteniendo la teoría postulada por Freudenberger que inicia a notar comportamientos en los practicantes luego de los primeros doce meses y que estos evolucionan progresivamente.

Cherris establece las siguientes etapas:

1. Fase de entusiasmo: Cuando el trabajo inicialmente se experimenta como algo estimulante.
2. Fase de estancamiento: Cuando se comienzan a plantear dudas acerca del trabajo, del esfuerzo, de si vale la pena... las expectativas iniciales se oscurecen, los

objetivos ya no son tan claros y comenzamos a aislarnos y a interpretar negativamente las propuestas. Aparecen los primeros síntomas (dolores de cabeza, estomacales, aburrimiento).

3. Fase de frustración: Aquí las herramientas de la organización y las personales hacen que o bien salvemos positivamente la situación (recobremos la ilusión por nuevos proyectos, las motivaciones, o cambiemos hacia un trabajo con mejores perspectivas...) o se entra en una etapa donde los problemas psicosomáticos se van cronificando, y se va adoptando una actitud irritable, de paso del tiempo, dudas, inadecuación con las tareas.

4. Fase de apatía: O bien se resigna uno a cambiar las cosas, o entra en una etapa de no saber decir que no, de cinismo ante los clientes; comienzan las bajas laborales.

5. Fase de quemado: Se produce un colapso físico e intelectual de no poder más, y es donde la enfermedad se manifiesta en sus características más comunes y acentuadas.

En el año 2022, se publicó una investigación en la Revista *Índex de Enfermería de España*, titulada: “Prevalencia del *burnout* en el Sistema de Servicios Sociales: estudio transversal en servicios sociales comunitarios. Se utilizó el Inventario de Burnout de Maslach como instrumento de medición y fue un diseño de enfoque descriptivo y transversal. Entre los resultados obtenidos se encontró lo siguiente:

- Dimensión fatiga emocional, el 67 % de los evaluados tenía un nivel alto, el 20,6 % tiene un nivel moderado y el 12.4 % de los evaluados un nivel bajo de *burnout*.

- Dimensión de despersonalización, el 45.9 % de los trabajadores sociales obtuvieron un nivel alto, el 28.3 % un nivel medio y el 25.8 % de los evaluados un nivel bajo de *burnout* en esta categoría.

- Dimensión de realización personal, el 47.4 %, demostró tener un nivel alto, el 33.9 % un nivel medio y el 18.7 % un nivel bajo de *burnout*.

En el año 2023, en Perú se realizó la investigación: Enfermería en el primer nivel de atención: síndrome de Burnout y características sociodemográficas, un estudio de corte descriptivo, transversal y correlacional, que buscaba relacionar las características sociodemográficas y los niveles de *burnout*. Sáez et al., encontraron que las enfermeras que tenían más años de servicios obtenían puntuaciones de *burnout* alto en la categoría de fatiga emocional, mientras que las que tenían menos años de servicio obtenían niveles moderados o leves de *burnout*.

Los resultados fueron los siguientes:

- Dimensión de fatiga emocional: 17,8 % de los evaluados puntuaron con un nivel alto de *burnout*, 6,7 % obtuvieron una puntuación media y 75.6 % obtuvieron una puntuación de *burnout* bajo.

- Dimensión de despersonalización: En esta dimensión el 6,7 % de los evaluados se ubicó en un nivel alto de *burnout*, el 13.3 % en un nivel medio y el 80 % de los evaluados con un nivel bajo de *burnout*.

- Dimensión de realización personal: El 17.8 % de los evaluados se ubicaron en una escala de *burnout* alto, el 22.2 % se ubicaron en una escala media y el 60 % se ubicó en una escala de nivel de *burnout* bajo.

En Panamá no se han publicado estudios similares al propuesto, por lo que no se cuenta con resultados comparativos. Algunas plataformas como Konzerta han realizado encuestas, donde identifican que existe un alto nivel de *burnout* en trabajadores Panamá, sin embargo, no aclaran cuál fue el instrumento utilizado, ni aporta datos de las dimensiones, tampoco es un estudio realizado para profesionales enfermería o trabajo social. Sin embargo, en el año 2023, se realizó un estudio con docentes de la Universidad de Panamá, utilizando el mismo instrumento que se utilizó en el estudio que da origen a la propuesta planteada en esta investigación, el Inventario de Burnout de Maslach. Como se mencionó con anterioridad, el Inventario de Burnout de Maslach tiene dos versiones en las que solo cambian las palabras del público al que va dirigido, el Inventario de Burnout de Maslach HSS, dirigido a personal de salud o social y el inventario de Burnout de Maslach ES dirigido a educadores.

El estudio lleva como título: “Impacto del Síndrome de Burnout en Docentes de la Universidad de Panamá”, fue una investigación cuantitativa de tipo descriptivo correlacional. Los resultados de dicha investigación evidenciaron que los docentes de la Universidad de Panamá de la Región Este estaban experimentando un nivel medio de *burnout*, un nivel alto en la dimensión de despersonalización y un nivel bajo en la dimensión de realización personal.

El rol del enfermero dentro del Instituto Nacional de Salud Mental es de suma importancia, existen diferentes niveles de atención dentro del mismo; el enfermero especialista en salud mental, quien es encargado de área y tiene bajo su responsabilidad un equipo conformado por enfermeros generales, técnicos en enfermería y asistentes de salud. El enfermero especialista, le da seguimiento a la medicación del paciente y participa junto al médico en la evaluación diaria del paciente.

El enfermero general, tiene como objetivo asistir a los pacientes, proveer la medicación, realizar informes diarios de estado de los pacientes, así como comunicar cualquier imprevisto en sala a su supervisor, el técnico en enfermería vela por el orden de la sala, acompaña a los pacientes a desplazarse dentro del hospital, hace la labor de asistencia en aseo y otras actividades. El asistente de salud tiene el rol de cuidar de las necesidades de los pacientes en lo que se refiere a aseo personal y alimentación.

En cuanto al trabajador social, tiene como función el estudio social del paciente, la comunicación directa con sus familiares, la gestión de la mejora de la calidad de vida del paciente y la facilitación de los recursos por mala adherencia al tratamiento por parte del paciente.

4.6 Propuesta general

Una vez que se han identificado las dimensiones en el Inventario de Burnout de Maslach, en las que en el personal se manifiestan niveles de *burnout* significativos y considerando que como ya se ha expuesto, el *burnout* se desarrolla progresivamente ante situaciones de estrés laboral que no se resolvieron a tiempo y de forma adecuada, se

propone el siguiente plan que se basa en tres pilares fundamentales: Psicoeducación, herramientas para incentivar el autocuidado individual y grupal y el desarrollo del liderazgo en todos los niveles jerárquicos.

La propuesta de intervención para disminuir el nivel de *burnout* en enfermeros, técnicos en enfermería, asistentes de salud y trabajadores sociales, se basa en los objetivos del Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 de la Organización Mundial de la Salud y específicamente en los tres puntos mencionados en el párrafo anterior, los cuales se pueden resumir de la siguiente forma:

1. “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. (OMS, 2017)
2. La salud mental puede verse afectada por factores diferentes, entre ellos el entorno laboral.
3. Es necesario que se aborden estrategias integrales en entornos laborales en donde se promuevan, prevengan, se ofrezca tratamiento y recuperación para todo tipo de personal, especialmente para colaboradores que por la naturaleza de su profesión tienen probabilidades mayores de estar expuestos a condiciones que promuevan síndromes como el *burnout*.

Dentro del Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 de la Organización Mundial de la Salud, establece lo siguiente:

1. La salud mental es parte integral de la salud y el bienestar, tal como refleja la definición de salud que figura en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.
2. La salud mental, como otros aspectos de la salud, puede verse afectada por una serie de factores socioeconómicos, que tienen que abordarse mediante estrategias integrales de **promoción, prevención, tratamiento y recuperación** que impliquen a todo el gobierno.
3. **Promoción de condiciones de trabajo seguras, propicias y decentes para todos** (incluidos los trabajadores del sector informal), prestando especial atención a aspectos como las mejoras organizativas en el trabajo; la implementación de programas científicamente contrastados, para promover el bienestar mental y prevenir los trastornos de salud mental, incluida la capacitación de los directivos, para que favorezcan el bienestar mental de sus empleados; la introducción de intervenciones para la gestión del estrés y programas de bienestar laboral; y la lucha contra la estigmatización y la discriminación (OMS, 2017).

La propuesta tiene como objetivos:

1. Informar, educar y reeducar acerca del *burnout*.
2. Incentivar el autocuidado individual y grupal.
3. Otorgar herramientas que promuevan el autocuidado del colaborador y de los equipos.

4. Desarrollar el liderazgo en todos los niveles, creando entornos laborales inclusivos y diversos.

4.6.1 Metas

- a) Implementar el programa de intervención en el Instituto Nacional de Salud Mental en 5 sesiones de 90 minutos cada una.
- b) Realizar un post-test al finalizar la implementación del programa de intervención para enfermeras, técnicos en enfermería, asistentes de salud y trabajadores sociales del Instituto Nacional de Salud Mental.
- c) Incluir en el programa como facilitadores a estudiantes de Maestría en Psicología clínica y Psicología organizacional.

4.6.2 Instrumentación

Para el desarrollo de esta investigación se eligió hacer una investigación cuantitativa, descriptiva, de corte transversal. El estudio fue llevado a cabo en el Instituto Nacional de Salud Mental de Panamá, que pertenece al Ministerio de Salud de Panamá. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, las evaluaciones fueron entregadas personalmente por el evaluador, previo consentimiento informado con la aceptación de participación en la encuesta, estas fueron devueltas del evaluado al evaluador de manera personal, para cuidar la confidencialidad de los participantes. El objeto de la evaluación fue el diseño de un programa de intervención que contribuya a la disminución del nivel de *burnout* en enfermeras, técnicos de enfermería, asistentes de

salud y trabajadores sociales, la misma está sujeta a que la institución apruebe su aplicación en los departamentos ya mencionados.

Se emplearon para esta evaluación 2 instrumentos,

1. Un cuestionario breve de elaboración propia. Encuesta de datos sociodemográficas para enfermeros, técnicos de enfermería, asistentes de salud y trabajadores sociales del Instituto Nacional de Salud Mental, este instrumento recoge las siguientes variables:

- Sociodemográficas: Sexo, edad, área de residencia, estado civil.
- Laborales: Tiempo de servicio, rotación de turnos, escala salarial, profesión, carga horaria semanal, antigüedad laboral.
- Emocionales: Herramientas de afrontamiento que posee el colaborador.

2. Inventario de Burnout de Maslach MBI-HSS, inventario para la evaluación de personal de salud y de atención a humanos. Es un instrumento que consta de 22 presupuestos que el evaluador califica con un puntaje del 0 al 6, en una escala tipo likert. El resultado final se puede ver clasificado en tres dimensiones.

- Fatiga emocional: Esta dimensión mide el cansancio emocional del evaluado, si se percibe abrumado o fatigado por el trabajo. Tiene un puntaje máximo 30 puntos, y dentro de los ítems en esta dimensión están:
 - Ítem # 1: Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.

- Ítem # 2: Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.
 - Ítem # 3: Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.
 - Ítem # 6: Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.
 - Ítem # 8: Siento que mi trabajo me está desgastando.
 - Ítem # 13: Me siento frustrado por el trabajo.
 - Ítem # 14: Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.
 - Ítem # 16: Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales, que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.
 - Ítem # 20: Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.
-
- **Despersonalización:** En esta dimensión se evalúa la actitud del trabajador hacia el paciente. Describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención puntaje máximo 30 puntos, presupuestos de la dimensión (Maslach, 1998). Los ítems de que se componen son:
 - Ítem # 5: Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales.
 - Ítem # 10: Siento que me he hecho más duro con la gente.

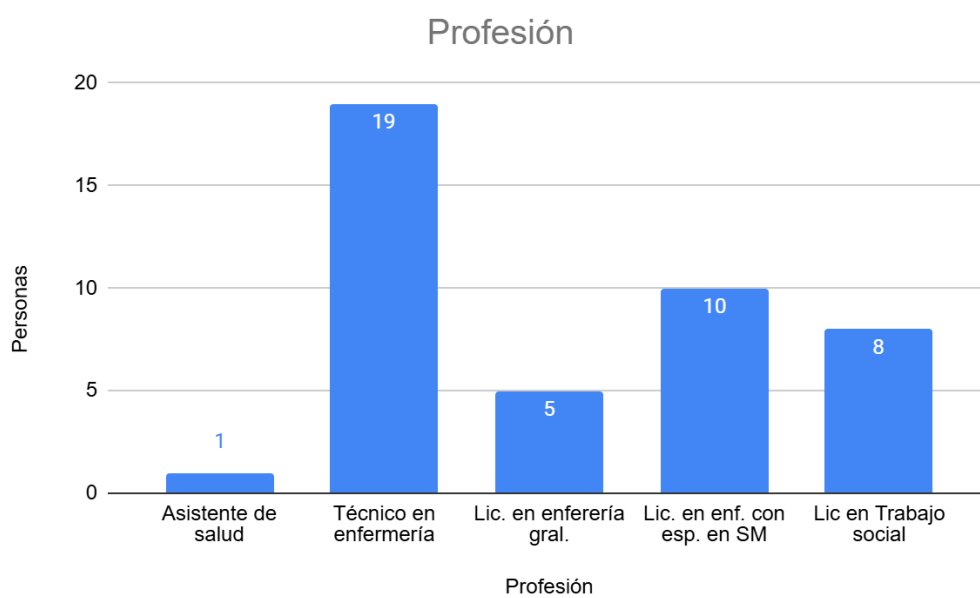
- Ítem # 11: Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.
- Ítem # 15: Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.
- Ítem # 22: Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.
- Realización personal: Una baja realización personal conlleva la pérdida de confianza en la realización personal y la presencia de un negativo autoconcepto como resultado, muchas veces inadvertido, de las situaciones ingratas. (Maslach, 1998). Los ítems que componen la dimensión son:
 - Ítem # 4: Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.
 - Ítem # 7: Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.
 - Ítem # 9: Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.
 - Ítem # 12: Me siento muy enérgico en mi trabajo.
 - Ítem # 17: Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.
 - 18. Ítem # 18: Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.

En el estudio se empleó la forma de frecuencia. Según esta forma, los sujetos valoran cada ítem del cuestionario con una escala tipo Likert en la que indican la frecuencia con la que han experimentado la situación descrita en el ítem durante el último año. Esta escala de frecuencia tiene 7 grados que van de 0 («Nunca») a 6 («Todos los días»). Los valores de fiabilidad de las escalas según alfa de Cronbach en este estudio fueron .72 para realización personal en el trabajo, .87 para agotamiento emocional y .57 para despersonalización. (Gil, 1999).

4.6.3 Muestra

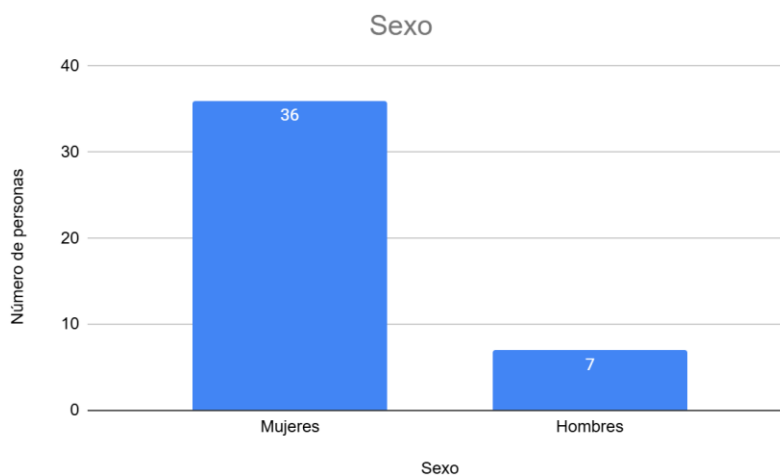
La muestra de estudio está compuesta por 43 sujetos, 19 técnicos de enfermería (44.2 %), 10 Licenciados enfermería con especialidad en salud mental (23.3 %), 8 Licenciados en Trabajo Social (18.6 %), 5 Licenciados en Enfermería General (11.6 %) y 1 Asistente de Salud (2.3 %).

Ilustración 6: Profesiones de la muestra



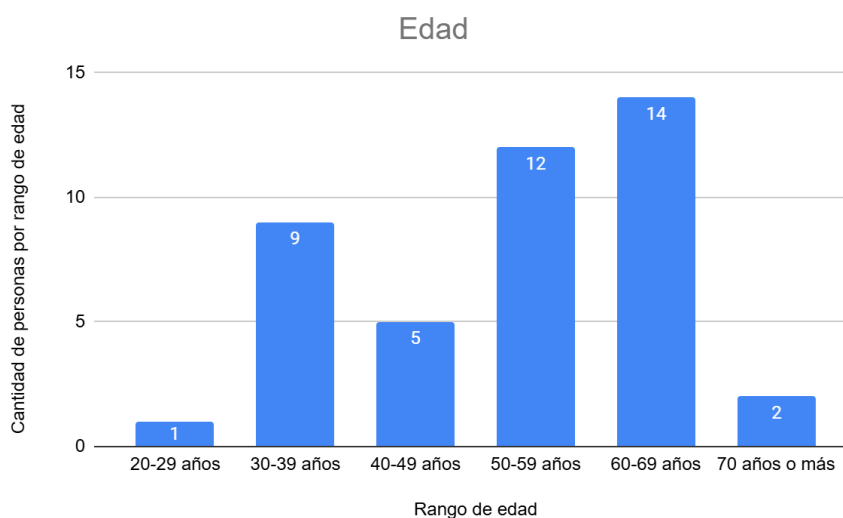
En cuanto a sexo 36 son mujeres (83.7 %), y 7 varones (16.3 %).

Ilustración 7 Sexo de la muestra



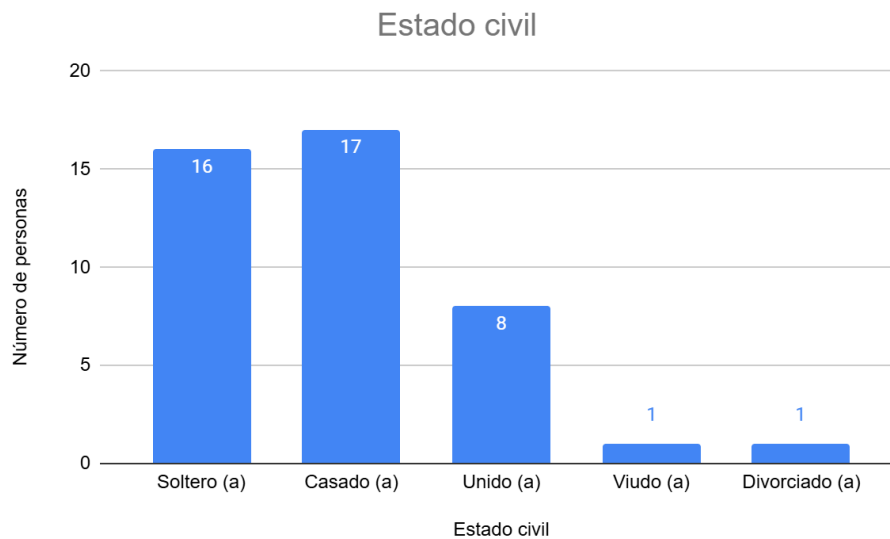
Respecto a la edad 14 personas se encontraban entre 60 y 69 años (32.6 %), 12 personas entre 50 y 59 años (27.9 %), 9 personas entre 30 y 39 años de edad (20.9 %), entre 40 y 49 años estuvieron 5 personas (11.6 %), 2 personas con más de 70 años (4.7 %) y una persona entre 20 y 29 años (2.3 %). 37.2 % de la muestra (16 personas), ya cumplieron la edad de jubilación.

Ilustración 8 Edad de la muestra



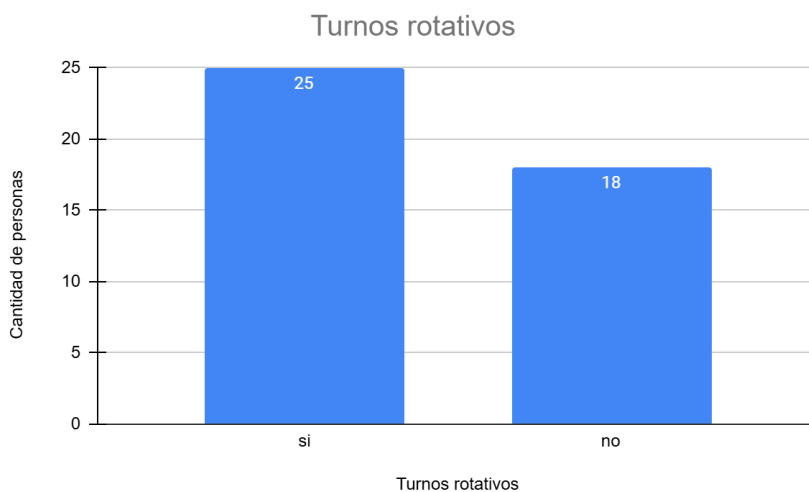
En cuanto al estado civil 17 de ellos afirmaron ser casados (39.5 %), 16 solteros (37.2 %), 8 unidos (18.6 %), 1 viudo (2.3 %) y 1 divorciado (2.3 %).

Ilustración 9: Estado civil de la muestra



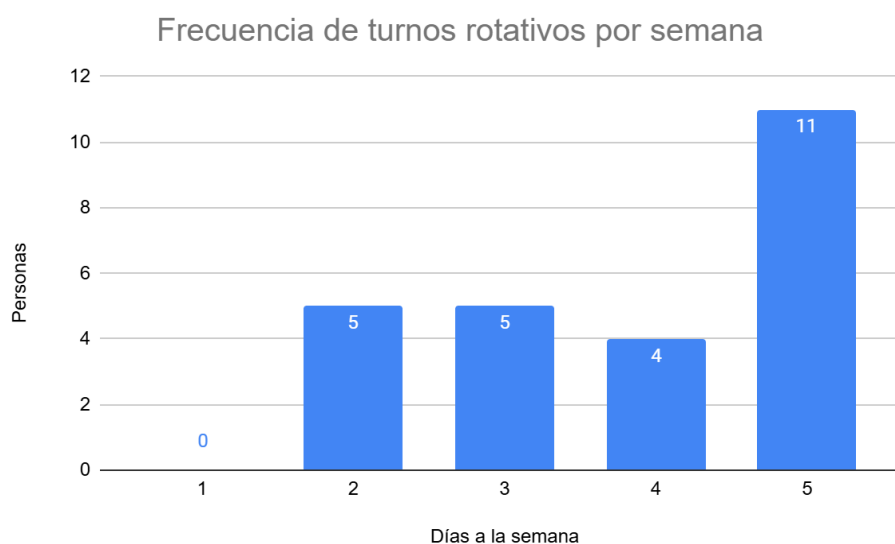
En cuanto a las variables laborales 25 de las personas refirieron tener horarios rotativos (58 %) y 18 personas establecieron no realizar turnos rotativos (42 %).

Ilustración 10 Turnos rotativos en la muestra



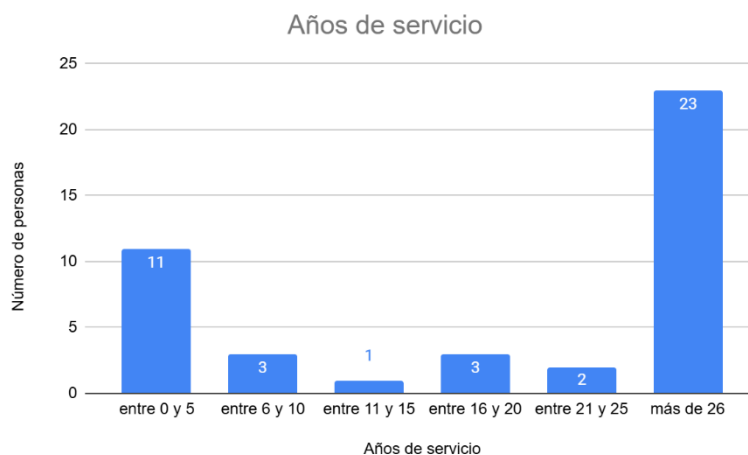
De este 51 % de personas que sí laboran turnos rotativos reportaron hacerlo con la siguiente frecuencia semanal, 11 personas (44 %), reportaron hacerlo por lo menos 5 veces a la semana, 5 personas (20 %) reportan hacerlo por 2 veces por semana, 5 personas (20 %) 3 veces por semana y 4 personas (16 %), 4 veces por semana.

Ilustración 11: Frecuencia de turnos rotativos por semana



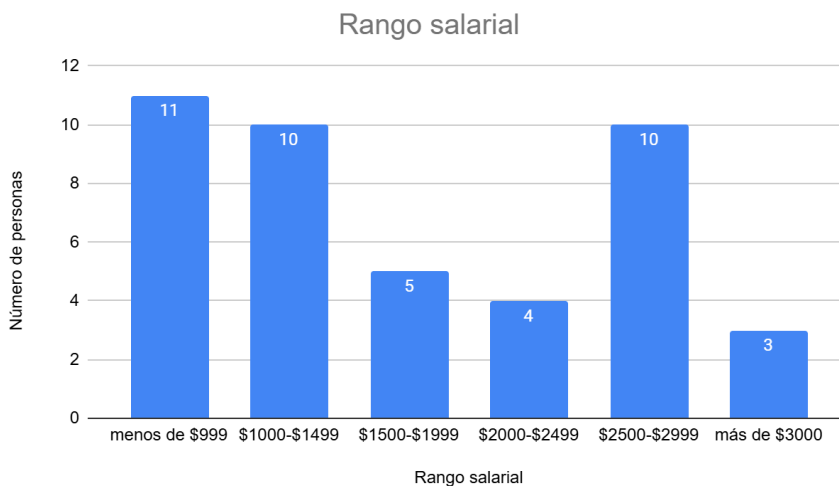
Respecto a los rangos salariales de la muestra, 23 personas de la muestra refieren tener más de 26 años de servicio (53 %), 11 personas (26 %) refieren tener menos de 5 años, 3 personas (7 %) tienen entre 6 y 10 años, 3 personas (7 %) tienen entre 16 y 20 años de servicio, 2 personas refieren tener entre 21 y 25 años (5 %) y 1 (2 %) persona.

Ilustración 12: Años de servicio de la muestra



Respecto al rango salarial de la muestra, 11 personas (25.5 %), refieren devengar menos de \$999 balboas por mes, 10 personas (23.2 %), refieren devengar entre \$1000 y \$1499 balboas por mes, 10 personas (23.2 %) refieren devengar entre \$2500 y \$2999 balboas por mes, 5 personas (11.6 %), refiere devengar entre \$1500 y \$1999 balboas por mes, 4 personas (9.3 %) refieren devengar entre \$2000 y \$2499 por mes y 3 personas refieren (6.9 %) refieren devengar más de \$3000 balboas por mes.

Ilustración 13: Rango salarial de la muestra

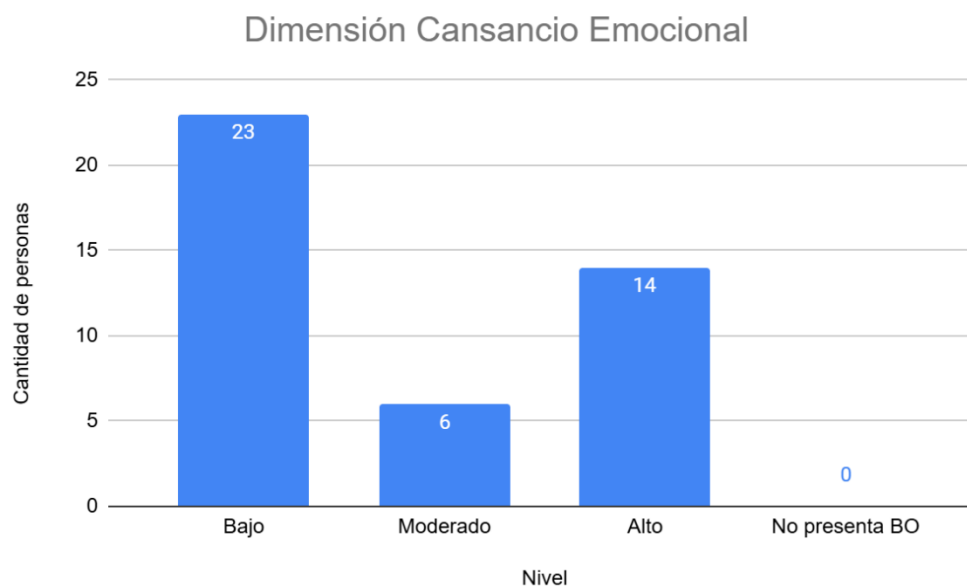


Entre los encuestados, 18 de ellos refieren tener medidas de autocuidado provistas por la organización y/o 17 de ellos refieren tener medidas de autocuidado por cuenta propia; 17 personas refieren no tener ningún tipo de recursos y 1 personas refieren ir a terapia por lo menos 2 veces al año como medida de autocuidado.

4.6.3.2 Resultado

Dimensión de cansancio o fatiga emocional

Ilustración 14: Nivel de burnout/dimensión cansancio emocional



El resultado fue el siguiente:

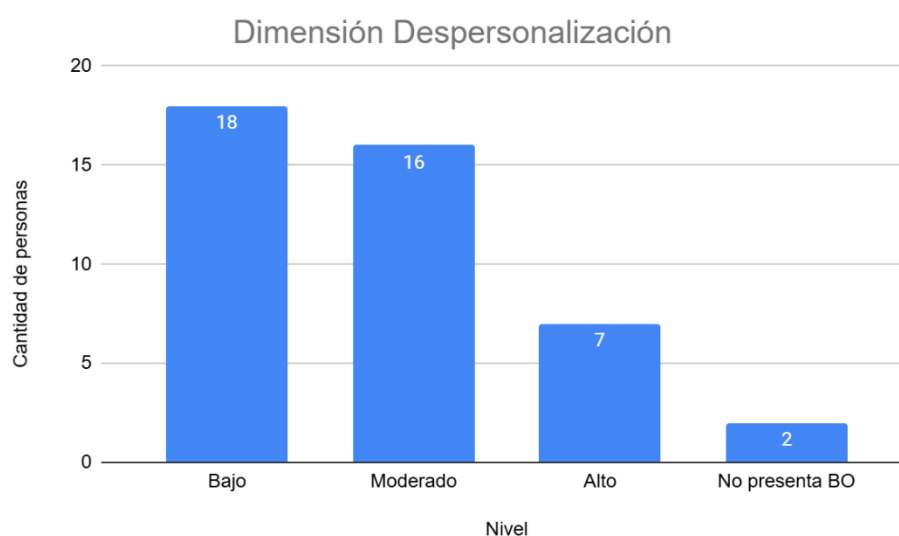
- 23 personas (53 %), resultaron tener un nivel bajo de *burnout*.
- 14 personas (33 %), resultaron manifestar un nivel alto de *burnout*.
- 6 personas (14 %), resultaron tener un nivel moderado de *burnout*.
- De la muestra total el 100 %, 43 personas, presentan *burnout* en algún nivel.

Dimensión Despersonalización

Para la dimensión de despersonalización, el resultado fue el siguiente:

- De la muestra total 18 personas tienen nivel de *burnout* bajo (41.8 %), 16 personas moderado (37.2 %), y 7 personas (16.3 %) un nivel de *burnout* en la dimensión de despersonalización, 2 personas (4.7 %) no presentaron nivel de *burnout* en esta dimensión.
- Como hallazgo importante, los trabajadores sociales 4 (50 %), obtuvieron un nivel moderado de *burnout* en la dimensión de despersonalización, 2 personas (25 %), obtuvieron un nivel alto de *burnout* en la dimensión de despersonalización y 2 personas (25 %), un nivel bajo de *burnout*.
- El 95,3 % (41 personas), de la muestra presenta *burnout* en esta dimensión.

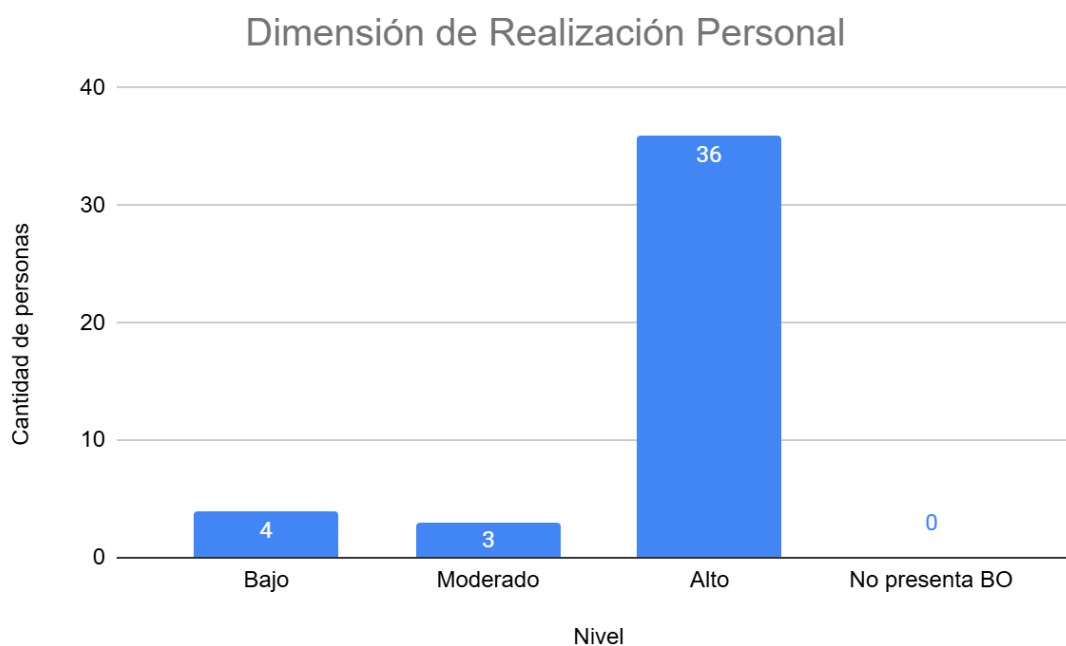
Ilustración 15: Nivel de burnout/dimensión despersonalización



Dimensión Realización Personal

- En cuanto a la dimensión de realización personal, 83.7 % (36 personas) demostró tener un alto nivel de realización personal, el 9.3 % (4 personas), un bajo nivel de realización personal y un 6.9 % (3 personas), un moderado nivel de realización personal.
- En el 100 % de la muestra se presenta algún nivel de *burnout*.

Ilustración 16: Nivel de burnout/dimensión realización personal



4.6.4 Diseño de la propuesta

Como propuesta se plantea un Programa de Intervención de 5 sesiones de 90 minutos cada sesión.

Cada sesión tiene como objetivo trabajar los tres pilares planteados: Psicoeducación, herramientas de autocuidado y desarrollo de liderazgo organizacional.

Los tres pilares se pueden comprender de la siguiente manera:

4.6.4.1 Pilar #1

1. **Psicoeducación:** Se considera que este es un pilar fundamental, tanto para educar y reeducar a los colaboradores en un tema tan importante como lo es el *burnout*, como en que se actualicen conceptos, se analicen la prevalencia en otros grupos similares a ellos y que además se estudian los resultados del grupo evaluado. Hernández (2021), refiere que la psicoeducación es una estrategia terapéutica viable, económica y efectiva, para abordar las necesidades de las personas.

Por su parte, Tena (2020), plantea que: Psicoeducación es el proceso por el que la persona tiene la posibilidad de desarrollar potencialidades propias en base al descubrimiento de sus fortalezas. Este proceso le lleva a ser capaz de analizar y enfrentarse a las situaciones cotidianas de una forma más adaptativa a como lo venía haciendo.

El contenido de este pilar se enfoca en conceptos como *burnout*, factores de riesgo y factores de protección asociados al *burnout*, concepto de autocuidado y datos a nivel mundial, regional y local acerca del *burnout*.

4.6.4.2 Pilar # 2

2. **Herramientas para incentivar el autocuidado individual y grupal:** Antes de que se aborde el concepto de herramientas, se considera importante definir el concepto autocuidado.

La OMS define el autocuidado como la capacidad de las personas, las familias y las comunidades, para promover y mantener la salud y para prevenir enfermedades y hacerles frente con o sin el apoyo de un trabajador de la salud o asistencial, en estas se incluyen prácticas, hábitos y elecciones en relación con el estilo de vida. (OMS, 2024).

Prado et al., refieren que el autocuidado, por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar, además, con el desarrollo personal y el bienestar, mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo. Las personas pueden elegir la no-acción, es decir, pueden decidir no iniciar una conducta de autocuidado cuando es necesaria, por razones que incluyen la ansiedad, temor, o tener otras prioridades. (Prado et al., 2014).

La promoción de la utilización de herramientas para el autocuidado se constituye como una medida primaria y las propias herramientas en sí, como la promoción del cuidado físico, alimentación, descanso sueño, creación de grupos de apoyo formal, son medidas.

4.6.4.3 Pilar # 3

3. **Liderazgo:** Roberts (1990) citando a Bennis et al., define liderazgo como el conjunto de habilidades que un individuo tiene para influir en la forma de ser de

las personas o un grupo de personas determinado, haciendo que este equipo trabaje con entusiasmo en el logro de metas y objetivos comunes.

El liderazgo es una habilidad que no se limita a que se tenga una posición como jefe, coordinador o director de un departamento. El liderazgo es una aptitud que cualquier persona puede desarrollar. Aunque existen personas que de forma natural ejercen el liderazgo, cualquier miembro de la organización podría ser capacitado en una mejor gestión del liderazgo. Entre las habilidades que se pueden desarrollar en aras de fomentar en los colaboradores, a fin de fomentar un ambiente laboral óptimo se encuentran la comunicación, inteligencia emocional, asertividad y la resolución de conflictos. Dentro del pilar número 3 se busca contribuir al desarrollo organizacional, no solo para aquellas posiciones en donde se ocupa un nivel jerárquico sino también para el resto de los colaboradores.

4.7 Mecanismos para la implementación

A continuación, se detallan los datos generales de la propuesta:

- Lugar: Instituto Nacional de Salud Mental de Panamá.
- Tipo de jornadas: Modalidad presencial y en línea.
- Duración del programa: 12 meses con jornadas mensuales.
- Participación en el programa: Obligatoria para el personal de enfermería, técnicos en enfermería, asistentes de salud y trabajadores sociales en todos sus niveles.

4.7.1 Sesión # 1: Duración 90 minutos

- Dinámica de integración: Tema trabajo en equipo (10 minutos)
- Tema 1: Presentación del Programa de Intervención para disminuir los niveles de *burnout* en enfermeros, técnicos en enfermería, asistentes de salud y trabajadores sociales del Instituto Nacional de Salud Mental de Panamá. (5 minutos)
- Tema 2: Presentación de resultados de preevaluación de *burnout* en enfermeros, técnicos en enfermería, asistentes de salud y trabajadores sociales del Instituto Nacional de Salud Mental de Panamá. (5 minutos).
- Tema 3: Psicoeducación: Diferenciación con otros conceptos (15 minutos)
 - ¿Qué es *burnout*?
 - Datos a nivel mundial
 - Diferencias entre *burnout*, estrés laboral, falta de sentido en la vida, ansiedad, *mobbing* y *ghosting* laboral desgaste por empatía y trauma vicario
 - Factores asociados al *burnout*: factores de riesgo y factores de protección
 - Trastornos y enfermedades asociados al *burnout*
 - Concepto de autocuidado (15 minutos)
 - Autocuidado físico
 - Autocuidado emocional y psicológico
 - Autocuidado en los equipos de trabajo

- Taller de *mindfulness* (15 minutos)
- Preguntas y respuestas (10 minutos)

4.7.2 Sesión # 2: Duración 90 minutos

- Dinámica de integración: Trabajo (10 minutos)
- Tema 4: Herramientas para incentivar el autocuidado individual y grupal:(30 minutos)
 - Cuidado Físico:
 - Alimentación: Ejercicio físico
 - Descanso y sueño
 - Taller de técnicas de respiración, relajación y meditación (20 minutos)
- Estudio de caso: Burnout y calidad del servicio a clientes (20 minutos)
- Preguntas y respuestas (20 minutos)

4.7.3 Sesión # 3: Duración 90 minutos

- Ejercicios de atención plena (10 minutos)
- Dinámica: Diseñando mi plan de autocuidado (20 minutos)
- Tema 5: Liderazgo (20 minutos)
 - Comunicación efectiva
 - Escucha activa
 - Retroalimentación

- Juego de roles (20 minutos)
- Dinámica sensibilización con estudio de casos (15 minutos)
- Preguntas y respuestas (10 minutos)

4.7.4 Sesión # 4: Duración 90 minutos

- Tema 6: Resolución de conflictos (30 minutos)
 - Asertividad
 - Inteligencia emocional
- Dinámica juego de roles (20 minutos)
- Taller mindfulness (15 minutos)
- Preguntas y respuestas (10 minutos)

4.7.5 Sesión # 5: Duración 90 minutos

- Dinámica de integración (15 minutos)
- Entrenamiento en respiración (20 minutos)
- Taller de cuerdas (30 minutos)
- Preguntas y respuestas (5 minutos)
- Cierre de programa (10 minutos)
- Post-test (15 minutos)

4.8 Costos vs beneficios

4.8.1 Costos

- El costo aproximado en materiales como papelería y otros utensilios para cada sesión (dinámicas, reconocimientos y otros materiales didácticos), se estima por un total de \$100.00 balboas, es decir, que para las 5 sesiones se estima un gasto en papelería, *brochures*, material de trabajo en casa, de \$500.00
- Se considera también un gasto de merienda para cada sesión con un presupuesto de \$500.00, al finalizar las 5 sesiones se estima un presupuesto de \$2,500.00. Se considera que este presupuesto puede apoyarse con la solicitud de patrocinio a casas farmacéuticas.
- Los facilitadores no serán un costo para la institución, ya que se propone la integración de jóvenes universitarios de la maestría en psicología organizacional y psicología clínica, como los exponentes de algunos talleres. Por otro lado, se sugiere que la implementación de las técnicas terapéuticas se lleve a cabo por la coordinación de psicología de la institución, las actividades físicas por medio de terapia ocupacional de la institución, las charlas nutricionales por parte del Departamento de Nutrición y Dietética del Instituto Nacional de Salud Mental, la higiene del sueño por parte del médico neurólogo del Instituto Nacional de Salud Mental.
- La inversión por parte de la institución sería de \$4,365.00 balboas, es decir, un costo por colaborador aproximadamente de \$45.00 por todo el programa.

4.8.2 Beneficios

- Concientización acerca de la necesidad de disminución de niveles de *burnout*.
- Mejora en el servicio de atención al paciente.
- Mejora en el clima laboral que contribuye a la disminución del nivel de *burnout*.
- Desarrollo de habilidades de liderazgo en el personal del Departamento de Enfermería y Trabajo Social, con el que se busca mejorar la gestión interdisciplinaria.

Conclusiones

Poder tener la experiencia de llevar a cabo una práctica profesional clínica es una de las mayores riquezas que se tiene de la fase como estudiante de psicología. El conocimiento que se adquiere con los pacientes pone sentido a todos los libros leídos, clases recibidas, conferencias y demás. Se siente satisfacción de haber dado lo mejor en las más de mil horas que destine durante un año, para aprender y poner en práctica cada concepto aprendido en el aula.

Esas más de mil horas se traducen a más de 200 pacientes entrevistados y evaluados, a alrededor de 100 horas de terapia de adicciones, a integrarme a un equipo de profesionales, a aprender términos del entorno médico, pero sobre todo a aprender de personas que tienen un largo camino profesional recorrido.

El reto no fue fácil, emprender un viaje al autodescubrimiento mientras se van aprendiendo conceptos psicológicos fue muy retador. Sin duda ha evolucionado.

Palpar la realidad que viven los ciudadanos en materia de salud mental fue un descubrimiento que se tiene como una lección de empatía, que también impulsa a participar en iniciativas que aporten solución no solo al problema sino a la divulgación y promoción de la salud mental en Panamá.

Con orgullo, siempre se podrá recordar que he sido formada por excelentes profesionales y que, aunque el camino por recorrer es largo, se cuenta con un equipo para seguir aprendiendo.

Recomendaciones

En cuanto a las recomendaciones durante el proceso se destacan las siguientes:

Para la universidad, establecer un plan estandarizado de enseñanza de pruebas psicométricas durante el curso que lleva el mismo nombre. Destacando con profesionales de cada rama, las pruebas que se utilizan frecuentemente y que tienen versiones más actualizadas, a fin de que el estudiante cuando vaya al entorno de práctica se encuentre capacitado y la curva de aprendizaje sea mínima. En este mismo sentido, para el estudiante, preguntar antes de ir a un entorno de práctica qué conocimientos debe adquirir para desempeñar un buen trabajo en el lugar.

En cuanto a la selección de lugares de práctica, para la universidad se sugiere que se establezcan convenios con diferentes lugares, de manera que la universidad tenga un portafolio de lugares estandarizado para la facultad.

Para el estudiante, que recuerde que la responsabilidad del aprendizaje no solo depende del profesorado o de la universidad, es de suma importancia buscar recursos para capacitarse y participar activamente en las clases.

En cuanto a esta investigación, la recomendación sería enfocarse en un solo grupo etario y especializarse en técnicas y patologías específicas, recordar que es mejor ser especialista de una cosa que aprendiz de todo.

Bibliografía

- Aguilar, A. (febrero de 2022). La impactante historia de los primeros chinos en Panamá durante la construcción del ferrocarril. Ciudad de Panamá. Obtenido de https://www.tvn-2.com/contenido-exclusivo/impactante-historia-primeros-chinos-panama_1_2009605.amp.html
- Alonso, R. (marzo de 1985). El Asilo para dementes del Hospital Ancon. *Epocas, (La Prensa) 5-6*.
- Alonso, R. (mayo de 1985). El Hospital Ancon. *Epocas. La Prensa*.
- Alonso, R. (s.f.). *Alonso-Roy.com*. Recuperado el 17 de mayo de 2024, de Escritos de la historia mundial: <http://www.alonso-roy.com/hm.html>
- Alonso, R. (s.f.). *Alonso-Roy.com*. Recuperado el 17 de mayo de 2024, de Medicina. Escritos Históricos Relacionados con la Medicina en Panamá: <http://www.alonso-roy.com/med.html>
- Alvarado, E. (1993). *Panamá 90 años de República (Vol. Tomo II)*. Editorial Mariano Arosemena.
- Castro, O. S., & Holger, R. U. (27 de marzo de 2022). Psicosociales que inciden en el Desarrollo del Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería. *Más VITA. Revista de Ciencias de la Salud*. Recuperado el 4 de August de 2024, de FI-Admin: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/09/1392064/mv_vol4_n2-2022-art2.pdf
- Chavez-Carballo, E. (1999). Ancon Hospital: An American Hospital during the Construction of the Panama Canal 1904-1914. *In Militray Medicine (impreso)*.

- Emerson, S. (7 de November de 2023). *El síndrome de burnout en la Argentina llegó a un nivel récord: el 94% afirmó padecerlo*. Recuperado el 4 de August de 2024, de Forbes Argentina: <https://www.forbesargentina.com/innovacion/el-sindrome-burnout-argentina-llego-nivel-record-94-afirmo-padecerlo-n43299>
- Espósito , M. (1990). *Nuevas Instalaciones para el Hospital Psiquiátrico Nacional (impreso) [Tesis de nivel de licenciatura, Universidad de Panamá]*. Biblioteca Universidad de Panamá.
- Frisancho Velaverde, O. (2012). Concepción mágica-religiosa de la Medicina en la América Prehispánica. *Acta Médica Peruana*, 29(2), 121-127. Obtenido de <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=96624178013>
- Gil-Monte, P., & Peiró, J. M. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 11(3), 697-689. Obtenido de <https://www.psicothema.com/pi?pii=319>
- Guardia, F. (s.f.). Un Pleito Irracional El Derecho Torcido (Vol. 2) [Demanda de Reivindicación de un globo de terreno]. *Diario de Panamá*.
- Health Bureau Canal Zone. (1972). A Brief History of Sanitation in Panama in the Canal Zone 1513-1972.
- Hernández , A. J. (2021). La psicoeducación: una herramienta terapéutica fundamental en salud mental. *Medisur [revista en Internet]*. Recuperado el 15 de mayo de 2024, de <https://medisur.sld.cu,%20medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5046>

- Malach-Pines, A. (2005). The Burnout Measure, Short Version. *International Journal of Stress Management*, 12(1), 78–88. doi:<https://doi.org/10.1037/1072-5245.12.1.78>
- Martínez Pérez, A. (Septiembre de 2010). El Síndrome de Burnout: Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Revista de Comunicación Vivat Académica*, XIII(112), 42-80. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/5257/525752962004.pdf>
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. (1996). *Maslach Burnout Inventory* (Tercera edición ed.).
- Ministerio de Salud de Panamá. (s.f.). *Acerca de / Ministerio de Salud de la República de Panamá*. Recuperado el 1 de August de 2024, de Minsa: <https://www.minsa.gob.pa/institucion/acerca>
- Morales, L. S., & Hidalgo, L. F. (Marzo de 2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica - Edición Virtual*, 32(1). Obtenido de <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v32n1/art14v32n1.pdf>
- Oficina Internacional del Trabajo. (2016). *Estrés en el trabajo: un reto colectivo*. OIT.
- Oficina Internacional del Trabajo. (s.f.). *The Leading source of labor*. Recuperado el 31 de July de 2024, de ILOSTAT: The leading source of labour statistics: <https://ilostat.ilo.org/>
- Olivares, V. (abril de 2017). Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout. *Scielo*, 19(58), 59-63. Obtenido de

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492017000100059

Organización de Naciones Unidas. (s.f.). *¿Qué son los derechos humanos? | OHCHR*.

Recuperado el 31 de July de 2024, de ohchr: <https://www.ohchr.org/es/what-are-human-rights>

Organización Internacional del Trabajo. (28 de abril de 2016). *Estrés en el Trabajo*.

Recuperado el 1 de agosto de 2024, de webapps:

<https://webapps.ilo.org/public/libdoc/ilo/2016/490658.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (28 de September de 2022). Recuperado el 4 de

August de 2024, de La salud mental en el trabajo: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>

Organización Mundial de la Salud. (16 de June de 2022). *Informe mundial sobre salud*

mental: Transformar la salud mental para todos. Recuperado el 4 de July de 2024, de Organización Mundial de la Salud:

<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>

Patlán, J. (2019). ¿Qué es el estrés laboral y cómo medirlo? *Revista Salud Uninorte*,

35(1), 156-184.

Prado, L., González, M., Romero, K., & Paz, N. (2014). La teoría Déficit de

autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención.

Revista Médica Electrónica, 36(6), 835-845. Recuperado el 25 de mayo de 2024,

de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es&tlng=es)

[18242014000600004&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es&tlng=es).

- Roberts, W. (1990). *Atila: los secretos del liderazgo*. Emecé.
- Saakvitne, K. W., & Pearlman, L. A. (1996). *Transforming the Pain: A Workbook on Vicarious Traumatization*. W.W. Norton.
- Saez, P., Carpio, R., & Obando, R. (2023). Enfermería en el primer nivel de atención: síndrome de burnout y características sociodemográficas. *Revista de Enfermería Herediana*, 16, 49-60. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/382192291_Enfermeria_en_el_primer_nivel_de_atencion_sindrome_de_Burnout_y_caracteristicas_sociodemograficas_Nursing_at_the_first_level_of_care_Burnout_syndrome_and_sociodemographic_characteristics
- Sahili, L. E. (2015). *Burnout: Consecuencias y soluciones*. Editorial El Manual Moderno.
- Smith, C. (22 de abril de 2024). Antecedentes del Instituto Nacional de Salud Mental. (D. Torres, Entrevistador)
- Tena Hernández, F. (2020). Psicoeducación y Salud Mental. *SANUM. Revista científico-sanitaria*, 4(3), 36-45. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8829130>
- Uribe Prado, J. (2015). Clima y ambiente organizacional: trabajo, salud y factores psicosociales. Editorial El Manual Moderno.
- Uribe Prado, J. F. (2015). *Clima y ambiente organizacional: trabajo, salud y factores psicosociales*. Editorial El Manual Moderno.

Verde, C., Frieiro, P., González, R., & Fernández, T. (junio de 2022). Prevalencia del burnout en el Sistema de Servicios Sociales: estudio transversal en servicios sociales comunitarios. *Revista Index de Enfermería*, 30(3). Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000200005

ANEXOS

Encuesta de elaboración propia para recolección de datos sociodemográficos.

Instrumento de recolección de datos sociodemográficos para enfermeras, técnicos de enfermería, asistentes de salud y trabajadores sociales que participan en la evaluación de *burnout*, para la elaboración de un programa de intervención para autocuidado en el Instituto Nacional de Salud Mental.

Los datos recolectados serán resguardados y de ninguna forma compartidos de manera individual, es una encuesta anónima y los resultados serán utilizados para proponer planes de prevención en salud mental que beneficien al personal técnico en el Instituto Nacional de Salud Mental de Panamá.

Marque con una X si usted está dispuesto a participar en este estudio

Sí No

Si usted escogió NO, por favor detalle sus motivos para no participar en el estudio

Si usted escoge SÍ por favor continúe

Instrucciones: Marque con una X la respuesta que mejor se adapte a su situación actual, no hay respuestas buenas o malas.

1. Sexo Femenino Masculino Otro: (detalle)_____**2. Rango de edad** 20-29 años 30-39 años 40-49 años 50-59 años 60-69 años + de 70 años**3. Profesión** Asistente de Salud Técnico en enfermería Licenciado (a) en enfermería sin especialidad Licenciado (a) en enfermería con especialidad distinta a salud mental

Licenciado (a) en enfermería con especialidad en salud mental

Trabajador social

Estudiante de trabajo social

Estudiante de enfermería

4. Salario Mensual

Hasta \$999

\$1000-\$1499

\$1500-\$1999

\$2000-\$2499

\$2500-\$2999

más de \$3000

5. ¿Trabaja usted en horarios rotativos?

Sí

No

6. Si respondió sí a la pregunta anterior. ¿Con qué frecuencia, en promedio, trabaja turnos rotativos?

1 vez por semana

- 2 veces por semana
- 3 veces por semana
- 4 veces por semana
- 5 veces por semana o más

7. ¿Cuál es el promedio de horas semanales que usted labora, tomando en cuenta todos los empleos que usted realiza?

- Menos de 40 horas semanales
- 41-50 horas semanales
- 51-60 horas semanales
- 61-70 horas semanales
- 71 o más horas semanales

8. ¿En qué área reside?

- Panamá Centro
- Panamá Este
- Panamá Oeste
- Panamá Norte
- San Miguelito

Otro, detalle _____

9. ¿Cuántos años de servicio tiene en el sector salud?

Menos de 5 años

Entre 6-10 años

Entre 11-15 años

Entre 16 -20 años

Entre 21-25 años

Más de 26 años

10. Estado Civil

Casado(a)

Unido(a)

Soltero(a)

Viudo(a)

Divorciado(a)

11. Marque la o las opciones que correspondan con su realidad (puede escoger más de una opción)

- Cuento actualmente con un repertorio personal de medidas de autocuidado y las puedo poner en práctica de forma regular.
- La organización de la que forma parte considera medidas de cuidado de la salud como parte de sus protocolos de cuidado.
- Asisto a atención psicológica individual o grupal
- Ninguna de las opciones corresponde con mi realidad

Inventario de Burnout de Maslach verizon MBI-HSS

Indique en el recuadro en blanco el número que crea oportuno sobre la frecuencia con que siente cada enunciado, tomando en cuenta los últimos 30 días.

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes

4 = Una vez a la semana

5 = Unas pocas veces a la semana

6 = Todos los días

1	Me siento emocionalmente agotado (a) por mi trabajo	
2	Me siento cansado al final de la jornada de mi trabajo	
3	Me siento fatigado cuando me levanto de la cama y tengo que ir a trabajar	
4	Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes	
5	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	
7	Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	

8	Me siento “quemado” por mi trabajo	
9	Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de los pacientes	
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	
11	Me preocupa el hecho de que mi trabajo me endurezca emocionalmente	
12	Me siento muy activo	
13	Me siento muy frustrado en mi trabajo	
14	Creo que estoy trabajando demasiado	
15	Realmente no me preocupa lo que les ocurre a mis pacientes	
16	Trabajar directamente con personas me produce estrés	
17	Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes	
18	Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes	
19	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	
20	Me siento acabado	
21	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	
22	Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas	

Carta y documentos de profesora de Español

Panamá, 13 de agosto de 2024

Señores:

UNIVERSIDAD LATINA DE PANAMÁ

E. S. D.

Estimados Señores:

La suscrita notifica haber revisado por solicitud del estudiante Doralgis Michelle Torres Reynoso, con cédula número 8-753-1720, el Proyecto Final de Graduación titulado: "ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA LA DISMINUCIÓN DE LOS NIVELES DE BURNOUT ENFERMEROS (AS), TÉCNICOS (S) EN ENFERMERÍA Y ASISTENTES DE SALUD EN EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL DE PANAMÁ" y a su vez doy fe que el documento cumple satisfactoriamente con todos los requisitos formales de ortografía y de redacción exigidos por el idioma español.

Atentamente,


Firma del profesor de Español



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

LA FACULTAD DE

Ciencias De La Educación

EN VIRTUD DE LA POTESTAD QUE LE CONFIEREN LA LEY Y EL ESTATUTO UNIVERSITARIO,
HACE CONSTAR QUE



Migdalia Diaz S.
UNIVERSIDAD
PANAMÁ

HA TERMINADO LOS ESTUDIOS Y CUMPLIDO CON LOS REQUISITOS
QUE LE HACEN ACREDOR AL TÍTULO DE

**Profesora de Educación Media
con Especialización en Español**

Y EN CONSECUENCIA SE LE CONCEDE TAL GRADO CON TODOS LOS DERECHOS,
HONORES Y PRIVILEGIOS RESPECTIVOS, EN TESTIMONIO DE LO CUAL SE LE EXPIDE
ESTE DIPLOMA EN LA CIUDAD DE PANAMÁ, A LOS **diecisiete**
DÍAS DEL MES DE **septiembre** DEL AÑO DOS MIL **cuatro**.

REPUBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE EDUCACIÓN
Dirección Regional de Panamá Centro
18 de noviembre de 2004
MIGDALIA DIAZ S.
18987

Secretario General
Diploma 120435
Identificación Personal
6-50-2364

Decano

Rector