



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS**

**SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES
DEL DEPARTAMENTO MEDICINA CRÍTICA Y EMERGENCIA
Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar Al Título de
Especialista en Psiquiatría**

Caracas Abril 2012

:
María Alexandra Mata Sebastiani
Dalia Alicia Unda Solano

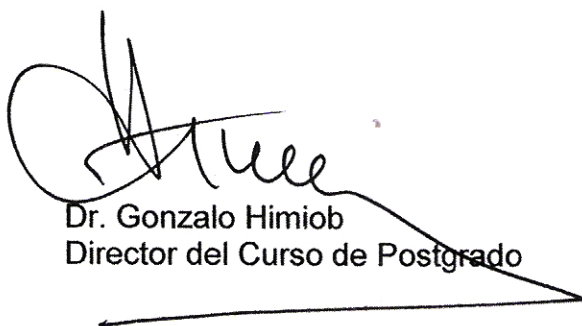
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS



Dra. María Antonieta Lombardi
Tutora



Dr. Ernesto Rodríguez
Coordinador del Curso de Postgrado



Dr. Gonzalo Himiob
Director del Curso de Postgrado


AUTORIZACIÓN DEL TUTOR

Yo, María Antonieta Lombardi en mi carácter de tutor hago constar que he leído el Trabajo Especial de Grado presentado por María Alexandra Mata Sebastiani C.I. V-10786966 y Dalia Alicia Unda Solano C.I. V-10330566, que se presenta para optar al Título de Especialista en Psiquiatría, titulado SÍNDROME DE DESGASTE LABORAL EN MÉDICOS RESIDENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA CRÍTICA Y EMERGENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS.

Considero que dicho trabajo reúne los requisitos y meritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador conformado por las psiquiatras: Ana Margarita Omaña, Marisela Cardenas y mi persona.

En la ciudad de Caracas a los 9 días del mes de Marzo de 2011.

Atentamente,



María Antonieta Lombardi
C.I. V- 3969645



Universidad Central de Venezuela
Facultad de Medicina
Postgrado de Psiquiatría y Clínica Mental
Hospital Universitario de Caracas

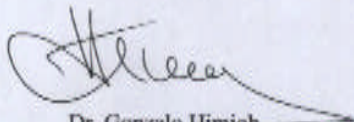
Caracas, 09 de marzo del 2011.

Ciudadano:
Dr. Luis Gaslonde
Director de la Comisión de Estudios de Postgrado
De la Universidad Central de Venezuela.

Apreciado Dr. Gaslonde.

Por la presente comunicación y en nuestra condición de Director y Coordinador, respectivamente, del Curso de Psiquiatría, me permito hacer de su conocimiento que el Comité Académico de Psiquiatría, aprobó la solicitud realizada por las Ciudadanas: **Dalia Unda y María Alexandra Mata**, titulares de las Cédulas de Identidad No. 10.330.566 y 10.786.966, respectivamente, para consignar ante su despacho el Trabajo Especial de Investigación titulado: **"Síndrome de Desgaste Laboral en Médicos Residentes de la Unidad de Medicina Crítica y Emergencia del Hospital Universitario de Caracas"**, para optar al título de Especialista en Psiquiatría. Este Comité aprobó como jurado propuesto por la tutora, Dra. María Antonieta Lombardi, a la Dra. Ana Margarita Omaña (H.U.C.), Dra. Marisela Cárdenas (H.U.C.), Dra. María Antonieta Lombardi (HUC)

Sin más a lo cual hacer referencia, de usted
Atentamente.


Dr. Gonzalo Jimiob
Jefe de Cátedra


Dr. Ernesto Rodríguez
Coordinador Postgrado de Psiquiatría

AGRADECIMIENTO

A la Dra. María Antonieta Lombardi, por su apoyo, confianza, optimismo, paciencia, oportunas correcciones y aportes de conocimientos; sin los cuales no hubiera sido posible realizar este estudio.

A la Econ. Guiliana, por su excelente aporte profesional e interés, el cual fue vital para la elaboración de este estudio.

Al Dr. Luís Sanz y al Dr. Gonzalo Himiob por su apoyo al permitir que se realizara este sueño.

Al Sr. Hilarión Unda, Msc. Juan Fernando Jiménez y Lic. Pablo Sánchez por sus oportunas y alentadoras intervenciones en la consecución de este estudio.

DEDICATORIAS

A Carla, Alexandra y Camila, compañeras de vida y fuente de motivación continua. A Tita y Femita por su apoyo incondicional...

María Alexandra

Primero y antes que nada a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por iluminar mi mente y fortalecer mi corazón. También quiero agradecer con todo mi amor a Fernán H. y Rafael E. mis razones para ir hacia adelante. A mi eterno compañero Fernán, siempre presente, a mis padres y hermanos por su apoyo incondicional durante toda mi vida...

Dalia Unda

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
Lista de tablas.....	x
Lista de cuadros.....	xi
Lista de anexos.....	xiii
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
Planteamiento del problema.....	2
Importancia y justificación.....	5
Delimitación.....	6
Antecedentes.....	6
Marco teorico.....	12
Desgaste Profesional.....	12
Modelos teóricos - etiológicos del Desgaste Profesional.....	13

. Modelos etiológicos elaborados teoría del intercambio social....	17
Modelos etiológicos elaborados desde la teoría organización...	19
Modelo etiológico elaborado desde la teoría estructural.....	23
Planteamiento Psicodinámico desde la Psicología del Yo.....	24
Factores Concurrentes del Desgaste Profesional.....	27
Grado de severidad del Desgaste Profesional.....	33
	35
Objetivos:.....	35
Objetivo genera.....	35
Objetivo específicos.....	36
MÉTODOS	36
Tipo de estudio.....	36
Población y muestra.....	36
Criterio de inclusión y exclusión.....	37
Procedimientos.....	37
Técnicas e instrumento de recolección.....	41

Tratamiento estadístico.....	
RESULTADOS.....	42
DISCUSIÓN.....	67
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	75
REFERENCIAS.....	79
ANEXOS.....	86

LISTA DE TABLAS

Puntuaciones para los niveles del Síndrome de Desgaste Profesional.....	39
Puntuación del Síndrome de Desgaste Profesional.....	40

LISTA DE CUADROS

DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES INVESTIGADOS SEGÚN EDAD.....	42
DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES INVESTIGADOS SEGÚN SEXO.....	43
DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES INVESTIGADOS SEGÚN CONVIVENCIA CON LA PAREJA.....	44
DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES INVESTIGADOS SEGÚN TENENCIA DE HIJO	45
DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES INVESTIGADOS SEGÚN ÁREA LABORAL.....	46
DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES INVESTIGADOS SEGÚN ANOS DE ANTIGÜEDAD LABORAL.....	47
DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES INVESTIGADOS SEGÚN CARGA HORARIA LABORAL.....	48
DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES INVESTIGADOS SEGÚN RESPUESTAS A LOS ÍTEMS DE LA DIMENSIÓN CANSANCIO EMOCIONAL DE LA PRUEBA DE MASLACH.....	49

DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES	
INVESTIGADOS SEGÚN RESPUESTAS A LOS ÍTEMS DE LA DIMENSIÓN	
DESPERSONALIZACIÓN DE La PRUEBA DE MASLACH.....	52
DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES	
INVESTIGADOS SEGÚN RESPUESTAS A LOS ÍTEMS DE LA DIMENSION	
REALIZACIÓN PERSONAL DE La PRUEBA DE MASLACH.....	54
DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES	
INVESTIGADOS SEGÚN NIVELES DE LAS DIMENSIONES DE LA PRUEBA DE	
MASLACH.....	57
DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES	
INVESTIGADOS SEGÚN AREA LABORAL Y CANSANCIO EMOCIONAL DE LA	
PRUEBA DE MASLACH	59
DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES	
INVESTIGADOS SEGÚN AREA LABORAL Y DESPERSONALIZACIÓN DE La	
PRUEBA DE MASLACH	61
DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES	
INVESTIGADOS SEGÚN AREA LABORAL Y REALIZACIÓN PERSONAL DE la	
PRUEBA DE MASLACH.....	63
DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES	
INVESTIGADOS SEGÚN EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DEL SÍNDROME DE	
DESGASTE PROFESIONAL.....	65

LISTA DE ANEXOS

Anexo1 Encuesta Socio demográfica.....	85
Anexo 2 Estadística referencial interpretación de los resultados.....	86
Anexo 3 Cuestionario aplicado de MBI (MALASH BURNOUT INVENTORY).....	91
Anexo 4 Grafico sobre la distribución de los residentes investigados.....	93
Anexo 5 Grafico sobre las puntuación en las dimensiones del desgaste profesional en los residentes estudiados.....	94
Anexo 6 Grafico sobre área laboral y cansancio emocional del desgaste profesional en los residentes estudiados.....	95
Anexo 7 Grafico sobre área laboral y cansancio despersonalización del desgaste Profesional en los residentes estudiados.....	96
Anexo 8 Grafico sobre área laboral y cansancio realización personal del desgaste profesional en los residentes estudiados.....	97
Anexo 9 Grafico sobre la distribución diagnostico del desgaste profesional en los residentes estudiados.....	98
Anexo 10 Valores medios y desviación estándar de la puntuación desgaste profesional en médicos residentes estudiados.....	99

RESUMEN

El desgaste profesional es un constructo caracterizado por tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y disminución de realización profesional; que produce severas consecuencias. Se desarrolla en profesionales que laboran directamente con personas en minusvalía como en la relación médico-paciente. Donde una serie de factores concurrentes personales laborales y organizacionales, provocan una herida en el narcisismo médico desencadenando mecanismos de defensa. Objetivo: determinar la presencia de Desgaste Profesional en residentes que laboran en Unidad de Emergencia y Cuidados Intensivos del H.C.U. Metodología: estudio prospectivo transversal realizado a 26 residentes en Junio/2001; aplicación del inventario para desgaste profesional utilizando el (MBIHS). Resultados: predomina sexo femenino, edad promedio 35,4 años, mayoría “no convivían en pareja”, promedios de antigüedad laboral 5,7 años, y horas diarias de trabajo 13,7. Estadísticamente significativo “presencia de hijos”. Tendencia a presentar desgaste profesional 18 (69,3%) fue significativamente predominante ($\text{CHI}^2=13,903$; $\text{gl}=2$; $P<0,001$). 5 (19,2%) presentaron desgaste profesional, todos a “nivel medio”; y solo tres (3) 11,5% no presentaron. Conclusión: el 88.7% presento desgaste profesional o tendencia a desarrollarlo; de las tres dimensiones de desgaste profesional, el nivel medio es el mayormente encontrado; el área con mayores puntuaciones para cada dimensión fue emergencia. Recomendaciones: psicoeducación y psicoterapia individual y grupal.

Palabras Claves: Cansancio emocional, despersonalización, realización profesional, mecanismos de defensa narcisista, relación medico paciente.

INTRODUCCIÓN

Planteamiento del Problema

Con frecuencia se escucha expresiones como estoy “agotado”, “extenuado”, “cansado”. “No me importa nada, me da todo igual”. Este tipo de manifestaciones verbales se encuentra frecuentemente en conversaciones informales en los médicos residentes en las áreas de descanso. Esto traduce un estado anímico y una actitud que merece ser estudiado minuciosamente, con el fin de poner de manifiesto , la causa que determina esta situación psicológica que puede afectar la calidad de la relación médico paciente; además de poner en riesgo la salud de los médicos en todas sus dimensiones, pudiendo llegar a producir consecuencias graves como las halladas en un estudio realizado en los Estados Unidos donde se reporta 40% más suicidios en los médicos que en la población general, predominando el sexo masculino ⁽¹⁾

El desgaste profesional también se ha asociado al abuso de sustancias, como analgésicos, antidepresivos y ansiolítico, a adicción a drogas de distintos tipo y a conductas adictivas. ⁽¹⁾ En estas investigaciones, se ha observado que existe un aumento estadísticamente significativo de los niveles de psico-morbilidad en los profesionales con desgaste profesional, así como una mayor prevalencia de psicopatología al aumentar el grado de desgaste profesional.

Se ha determinado que la presencia del desgaste profesional se asocia al aumento de patologías cardiovasculares, gastrointestinales e infecciosas. ^(2,3) .Psicológicamente se

ha asociado a: estrés, disforia, irritabilidad, falta de empatía, disminución del entusiasmo laboral, distanciamiento emocional y en el entorno laboral a ausentismo, bajo rendimiento y a aumento de rotaciones laborales. ⁽⁴⁾

El término desgaste profesional, fue utilizado por primera vez en 1998 por Vega, Gervas y Hernández utilizando la misma definición conceptual creada por Maslach y Jackson al definir “burnout”, éste se refiere a una situación de agotamiento emocional, cada vez más frecuente, entre los profesionales que trabajan con personas que se encuentran en una situación de minusvalía o solicitan ayuda, entre los que están todos los profesionales sanitarios. Se le ha denominado Enfermedad de Tomás en homenaje al neurocirujano protagonista de una novela de Kundera llamada la “La levedad del ser”. En el presente estudio se ha decidido utilizar la denominación Desgaste Profesional en lugar de “Burnout” considerando los siguientes planteamientos: ⁽⁵⁾

Se considera oportuno y necesario mantener una coherencia y denominación única a lo largo del texto. Es una terminología que se adapta al modelo procesual postulado como marco teórico de partida y que plantea elementos diferenciales de los clásicos modelos de desgaste profesional derivados de la perspectiva de Maslach et.al., El término “desgaste” define adecuadamente el carácter progresivo y dinámico del síndrome en la vida laboral de los profesionales. El calificativo “profesional” encuadra la consideración del mismo como un riesgo psicosocial del trabajo y focaliza su atención como objeto de análisis desde la salud laboral. ⁽⁵⁾

Estudios realizados por Gil Montes en 1984 reportan una prevalencia de entre 30% a 40% en médicos, en 1982 se determinó un 35% para enfermeras (6). En 2009 se

publica un estudio multicéntrico de una población de 11530 médicos iberoamericanos encontrándose una prevalencia promedio de un 10%, donde los niveles más elevados estuvieron en médicos de España y Argentina los más bajos en El Salvador, los servicios de emergencia presentaron una prevalencia del 17% (3). Los factores de riesgo tanto internos como externos pueden generar efectos negativos sobre los trabajadores cuya labor sea con sujetos que ameriten ayuda, este conjunto de efectos conocido como Desgaste Profesional fue descrito por primera vez por G Freudenberger en 1974. ⁽⁴⁾

Esta situación es factible de presentarse en el Hospital Universitario de Caracas en el Departamento de Medicina Crítica y de Emergencia, que al igual que en la mayoría de los hospitales públicos de Venezuela se caracterizan por condiciones que no son las más idóneas, con infraestructuras de más de cincuenta años de construidas sin mantenimiento, con un deficiente equipamiento de suministros y equipos médicos aunado a los frecuentes inconvenientes en la remuneración laboral, a los pacientes en situaciones graves e imprevistas y a la cercanía a la muerte entre otros. Esto en el contexto de un país donde la sociedad valora la salud como uno de sus bienes principales y se exige su restauración incluso hasta en los casos imposibles;

A este conjunto de factores se encuentran sometidos continuamente los médicos residentes que en su mayoría son jóvenes, con pocos años de antigüedad laboral y con gran expectativa y motivación por continuar su formación académica en uno de los principales hospitales de mayor nivel y más elevada trayectoria a nivel nacional; donde muchos de estos residentes comprometen sus grupos sociales de apoyo por dedicarse a su formación académica, permaneciendo prolongadas jornadas laborales, sin sitios

apropiados para su descanso, con roles laborales poco definidos, en proceso de aprendizaje, por tanto muchas veces sin pericia y con poca supervisión por parte de sus superiores de forma apropiada.

A pesar de manifestar que se sienten muy motivados en el ejercicio de su profesión es frecuente observarlos en las áreas donde se desempeñan con una actitud muchas veces poco empática, distante, agresiva y con dificultad para manifestar cansancio físico aunque resulta observable.

En vista que esta situación, que se manifiesta en forma clara en los hospitales, el presente estudio se plantea determinar la presencia del Desgaste Profesional en el Departamento de Medicina Critica y Emergencia.

En investigaciones reportadas por múltiples autores entre ellas las realizadas por Grau et.al. ⁽³⁾ concluyen la presencia de Desgaste Profesional en el Área de Cuidados Críticos. Una pregunta simple sobre la sensación de sentirse quemado o desgastado por su trabajo no fue suficiente para evaluar la magnitud de la problemática, al ser comparado con resultados obtenidos con instrumentos elaborados para determinar el Desgaste Profesional que determinaron una presencia más elevada

Importancia y Justificaciones

Las características antes expuestas; frecuentemente observadas en la práctica diaria de los hospitales generales, como lo es el Hospital Universitario de Caracas, junto con la evidencia reportada por numerosos estudios por Grau et.al. ⁽³⁾ la probabilidad del

deterioro progresivo de la salud tanto físico como mental pudiendo llegar hasta la muerte; junto a la ausencia de investigaciones realizadas en este síndrome en esta institución, resalta la importancia de esta investigación la cual aportaría datos para optimizar la calidad de vida en los cuidadores de la salud, por ser éstos, piedra angular en el eficaz funcionamiento de las instituciones sanitarias y repercutiendo en forma positiva sobre la sociedad general. Siendo esta la principal justificación para desarrollar el presente estudio.

Delimitaciones

En vista de lo antes expuesto el Desgaste Profesional puede producir alteraciones tanto en la dimensión psíquica como somática en los médicos que laboran en el Hospital Universitario de Caracas repercutiendo sobre la relación médico paciente e inevitablemente sobre la calidad de atención al mismo. Se realiza la presente investigación en la población de médicos residentes de los postgrados de del Departamento Medicina Critica y Emergencia (Neonatología, Emergenciología, Terapia Intensiva) del Hospital Universitario de Caracas en el mes de junio del año 2011.

Antecedentes.

Reconociendo la importancia se han realizado múltiples estudios sobre este tema en la población mundial desde 1990, a continuación citaremos algunos datos sobre esta entidad:

Álvarez et.al. Encontraron la prevalencia del Desgaste Profesional en médicos residentes de un hospital pediátrico de Sonora México, se encontró que 100% (n =58) de los residente presentaron Desgaste Profesional, 27.5% en grado severo, 44.8% en grado moderado y 27.5% en grado leve (P <0.03); el grupo más afectado fue el de los residentes de 3^{er} año. ⁽²⁰⁾

En otro estudio realizado en enfermeras, Sandoval et.al. Determinaron una presencia nula de Desgaste Profesional, una tendencia en 22,72% y ausencia en 77,28%. Se encontró 59,09% de cansancio al final de la jornada, 40, 9% de fatiga al levantarse por la mañana y un 31,81% de la muestra cree estar trabajando demasiado, observándose con mayor frecuencia en el sexo femenino. ⁽²¹⁾

Grau et.al. Estudiaron el síndrome de Desgaste Profesional en 11.530 profesionales de la salud de habla hispana: Se utilizó el *Maslach Burnout Inventory (MBI)* y la prevalencia de desgaste laboral en los profesionales residentes en España fue de 14,9%, del 14, 4% en Argentina y del 7,9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%. Por profesiones, Medicina tuvo una prevalencia del 12,1%, Enfermería del 7,2%, y Odontología, Psicología y Nutrición tuvieron cifras inferiores al 6%, siendo los médicos los profesionales más afectados. Entre los médicos el Desgaste Profesional predominaba en los que trabajaban en urgencias (17%) e internistas (15,5%), mientras que anestesistas y dermatólogos tuvieron las prevalencias más bajas (5% y 5,3% respectivamente) en este estudio se determinó que los factores protectores para el Desgaste Profesional son mayor edad, tener hijos, sentirse valorado en su trabajo, el optimismo y la valoración económica. ⁽³⁾

En otro estudio realizado en el Hospital V. Gómez de México por Aranda et.al., cuyo objetivo fue analizar la relación entre los factores socio demográficos y laborales con el Desgaste Profesional en los médicos especialistas, se aplicó el cuestionario de datos socio demográficos y laboral así como el MBI para personal de salud (MBI-HS) a un grupo de 119 médicos, de los cuales el 64.7% eran hombres con un promedio de edad de 34 años. Los resultados obtenidos fueron: la prevalencia para del Desgaste Profesional fue del 51.3%; para la dimensión agotamiento emocional de 31.1%, para la de baja realización personal del 35.3% y en despersionalización 18,5%. Se encontraron asociaciones entre tener menor edad que la del promedio con agotamiento emocional, menos tiempo de antigüedad y turnos fijos, trabajar en un turno mixto con despersionalización ⁽²²⁾. Otro estudio realizado por Gamona et.al. para demostrar la presencia de Desgaste Profesional entre las enfermeras de áreas críticas de un hospital nacional, obtuvo los siguientes resultados: el 78,1% tenía tendencia a desarrollarlo y el 3,8% ya se encontraba con signos y síntomas del problema. Al considerar el nivel de síndrome de Desgaste Profesional predominó el nivel bajo en todas las dimensiones, caracterizando una clara tendencia, alcanzando un 80,0% en la dimensión despersionalización, un 66,7% en la dimensión realización personal y un 65,7% en la dimensión cansancio emocional, el 66,7% se clasificó dentro del nivel bajo, siendo que el 34,3% ya presentaba cansancio emocional 25,7% y 8,6% respectivamente junto con despersionalización. Se reportó 20, 0% , 15,2% y 4,8% respectivamente del síndrome de Desgaste Profesional entre las enfermeras según dimensiones y áreas críticas, para cansancio emocional el nivel bajo se registró en la unidad de cuidados cardiovasculares con 76,5%, el nivel medio en la unidad de emergencia con 33,9% y el nivel alto en la unidad de cuidados intensivos con 22,6%. En la dimensión despersionalización, el nivel

bajo se observó en la unidad de quemados con 100%, el nivel medio en la unidad de cuidados cardiovasculares con 23,5% ⁽⁴⁾ y el nivel alto en la unidad de cuidados intensivos con 7,4% (2). Para la dimensión realización personal, el nivel bajo se mostró en el área de soporte post operatorio con 78,3% el nivel medio en la unidad de quemados con 27,3% y el nivel alto en la UCI y en la emergencia con 25,9% cada una, considerando la puntuación de presencia o ausencia del Desgaste Profesional en enfermeras de las diferentes áreas de estudio, presentaron baja realización personal. Sin embargo, las enfermeras de la unidad de emergencia presentaron características del nivel medio de cansancio emocional en un 33,9%. ⁽²³⁾

Los resultados del estudio realizado por Núñez se muestran semejantes a los identificados en Venezuela, evidenciándose en una población de 72 enfermeras del Hospital General del Estado Lara, lo siguiente, un 12,5 % de tendencia al Desgaste Profesional, presentándose las dimensiones en nivel medio y un muy buen conocimiento de sus funciones. ⁽²⁴⁾

La investigación realizada por Parada et.al. Determinó la frecuencia del síndrome de *desgaste profesional* y su relación con la satisfacción laboral en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes, de Mérida, Venezuela. En este estudio se utilizó una muestra de 104 trabajadores de la enfermería (83 mujeres y 21 hombres), de las áreas de hospitalización, unidad de cuidados intensivos y emergencias obstétrica, pediátrica y de adultos. Se aplicó una encuesta de variables socio demográficas y el cuestionario de *Maslach DESGASTE Burnout Inventory* (MBI), los valores obtenidos fueron de $15,42 \pm 10,79$ en cansancio emocional; $5,58 \pm 5,45$ en despersonalización y $40,21 \pm 6,83$ en realización personal. Un 6,73%

presentó Desgaste Profesional, concluyendo que el nivel de Desgaste Profesional es bajo, aunque hay un riesgo epidemiológico. ⁽²⁵⁾

Cáceres estudia un total de 593 profesionales sanitarios destinados en unidades de la Armada, Ejército, y Organismo Central de Defensa, encuadrándose 23% de la población en nivel medio, 59% en nivel alto, más frecuente en menores de 35 años, con antigüedad inferior a 5 años, los valores para las tres dimensiones fueron: cansancio emocional 23,19%, despersonalización 7,94% realización profesional 12,3%. Los resultados obtenidos son similares a la población civil. La misma autora realiza una revisión de estudios sobre síndrome de Desgaste Profesional en médicos, realizados en Estados Unidos y Canadá entre los años 1984 y 2001, todos estos estudios tienen en común que utilizaron en su metodología la versión del MBI para profesionales sanitarios (MBIHSS) y que obtuvieron porcentajes de respuesta superiores al 60%. Esta revisión ha puesto de manifiesto la existencia de elevados porcentajes de las tres dimensiones del Desgaste Profesional entre los médicos. Así, aparecieron niveles de moderados a altos de cansancio emocional en un 46% a 80% de los encuestados, del 22% al 93% relataron los mismos niveles de despersonalización y del 16% al 79% relataron niveles bajos o moderados de realización personal. Los trabajos realizados en médicos residentes mostraron resultados similares. ⁽²⁶⁾

Otro trabajo de investigación presentado por Chacin está enmarcado en un grupo de médicos residentes de los postgrados clínicos de de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, Venezuela, se trabajó con una muestra representativa de 101 médicos residentes de los postgrados clínicos, cursantes del primero, segundo y tercer año de los postgrados de Medicina, Cirugía, Obstetricia,

Pediatría, Gineco-Obstetricia, Traumatología y Cuidados Intensivos, a los cuales se aplicó el Prueba de Reactividad al Estrés (IRE) y la escala de Maslach Inventory (MBI). Se describe la muestra en estudio, se establece el nivel de estrés y los niveles de Desgaste Profesional crónico⁽²⁷⁾; la muestra de los residentes de postgrados clínicos fue de 101 médicos, 34 33,66% del sexo masculino y 66,33% del sexo femenino, la distribución de la muestra de acuerdo a las diferentes especialidades clínicas, médicas 22,77% sexo masculino y 39,60% sexo femenino y en las especialidades quirúrgicas 10,89% sexo masculino y 26,73% femenino, para el agotamiento emocional fue de 20,96%, el distanciamiento emocional 5,94% y de 38,23% en la de realización personal. Castellano et.al., realizaron una investigación con una muestra de 90 médicos de urgencias (59 adjuntos y 31 residentes), en edad promedio de 41 a 80 años, de los cuales, 50% presenta Desgaste Profesional medio alto, 40% cansancio emocional medio alto, 25,5% despersonalización y alta realización profesional, destacándose la alta prevalencia del Desgaste Profesional en personal de salud; sin diferencia estadísticamente significativa entre especialistas y residentes, el área de cuidados intensivos y emergencia son los sitios laborales con mayor Desgaste Profesional.⁽²⁸⁾

Marco Teórico

Desgaste Profesional.

Uno de los temas más tratados que giran en torno al Desgaste Profesional, es su definición por la complejidad de sus estructuras factoriales, al igual que su consideración como entidad nosológica en las distintas taxonomías existentes. Inicialmente Freudenberger (1974) describe el Desgaste Profesional como una "sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador", que situaban las emociones y sentimientos negativos producidos por el Desgaste Profesional en el contexto laboral, ya que es éste el que puede provocar dichas reacciones. ⁽⁴⁾

Capaz de ocasionar una "adicción al trabajo" entendiéndolo, según Machlowitz (1980), como "un estado de total devoción a su ocupación, por lo que su tiempo es dedicado a servir a este propósito", que provocaba un desequilibrio productivo y como consecuencia, las reacciones emocionales propias de la estimulación laboral adversada, en 1981, Maslach y Jackson entienden que el Desgaste Profesional se configura como "un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización". Siguiendo a Sarros (1988), podemos entender las tres dimensiones citadas de la siguiente manera:

“Agotamiento emocional: haría referencia a las sensaciones de sobreesfuerzo físico y hastío emocional que se producen como consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos, así como con los clientes”.

“Despersonalización: supondría el desarrollo de actitudes y respuestas cínicas hacia las personas a quienes los trabajadores prestan sus servicios.”

“Reducida realización personal: conllevaría la pérdida de confianza en la realización profesional y a la presencia de un negativo auto concepto como resultado, muchas veces inadvertido, de las situaciones ingratas.”

La presencia de estas tres dimensiones no significa que este no sea un concepto unitario sino más bien una serie de reacciones psicológicas durante todo el proceso de desgaste profesional. Para las autoras Maslash y Jackson el cansancio emocional señala la primera fase y la más importante, en la segunda fase aparece la despersonalización y de forma simultánea la disminución en la realización profesional, posteriormente plantearon que son independientes en el orden de aparición. La despersonalización sería como un mecanismo de defensa para manejar situaciones desgastantes. Estas mismas autoras plantean que el desgaste profesional es una entidad nosológica con una graduación en sus síntomas.⁽⁵⁾

Modelos teóricos - etiológicos del Desgaste Profesional.

No existe un modelo único que explique el fenómeno de Desgaste Profesional; sino que cada modelo se ha encargado y analizado alguna de las variables. En cuanto a los modelos psicológicos que se han planteado sobre el Desgaste Profesional recogidos en una revisión de Gil Monte et.al.tenemos. Se citaran los principales:⁽⁶⁾

Teoría socio cognitiva del yo: Un primer grupo abarca modelos que se desarrollan sobre el marco de las cogniciones del individuo influyen en lo que estos perciben y modifican las conductas emitidas por los demás y por las consecuencias de las mismas; sus principales representantes son: El modelo de la competencia social de Harrison, para este autor, la mayoría de los trabajadores, de servicios de ayuda está altamente motivado para ayudar a los demás y tienen un elevado de altruismo. En su entorno laboral se encuentran con dos tipos de factores. De ayuda, que facilitan la actividad y de barrera que la dificultan. Entre los factores de ayuda están la existencia de objetivos laborales realistas, el nivel de ajuste entre los valores del trabajador y los valores de la institución, la capacitación profesional, la toma de decisiones, la ambigüedad de rol, disponibilidad de los recursos, la retroalimentación recibida, la sobrecarga laboral, entre otras ⁽⁶⁾. Por el contrario, cuando los trabajadores encuentran en el entorno factores barrera, los sentimientos de eficacia disminuyen, porque el trabajador no acaba de conseguir sus objetivos, y esto afecta negativamente a la esperanza de conseguirlos. Al mantenerse esta situación en el tiempo se origina el síndrome por la retroalimentación que facilita el desarrollo de los factores barrera, disminuye los sentimientos de eficacia percibida y la motivación para ayudar. Este modelo es especialmente aplicable a los trabajadores que han desarrollado expectativas muy elevadas sobre la consecución de sus objetivos laborales e intentan ayudar a los demás en situaciones que requieren algo más que la simple motivación para alcanzar el éxito. ⁽⁶⁾

Pines ha desarrollado un modelo similar al de Harrison, con la excepción de que incorpora la idea de que sólo los trabajadores que intentan darle un sentido existencial

a su trabajo llegarán al Desgaste Profesional, es decir, los profesionales que justifican su existencia por la labor de carácter humanitario y de ayuda que desarrollan en su trabajo. Esta justificación hace que la vida tenga sentido para el trabajador, pues las cosas que hace son útiles e importantes. Señala que el síndrome de Desgaste Profesional se desarrollará en los trabajadores que se fijan altos objetivos en su vida profesional y mantengan grandes expectativas. Así, los trabajadores muy motivados y plenamente identificados con su trabajo, de significado existencial, cuando fracasan en la consecución de sus objetivos, se frustran y sienten que no es posible realizar una contribución significativa a la vida, desarrollando el síndrome de Desgaste Profesional.

(6)

El modelo elaborado por Cherniss (1993) señala que las características del ambiente laboral que facilitan el desarrollo de sentimientos de éxito se corresponden con las características de las organizaciones que ayudan a prevenir el Desgaste Profesional, entre estas características se encuentran: un alto nivel de desafío, autonomía, control, retroalimentación de los resultados y apoyo social del supervisor y de los compañeros. En este modelo es posible establecer una relación causal desde la incapacidad del trabajador para desarrollar sentimientos de competencia o éxito personal y el síndrome de Desgaste Profesional. Para ello, el autor incorpora la noción de "autoeficacia percibida" de Bandura (1989), entendida como las creencias que las personas tienen sobre sus capacidades para ejercer un control sobre las situaciones que les afectan. Los trabajadores con fuertes sentimientos de auto eficacia percibida experimentan menos estrés en las situaciones de amenaza, y las situaciones son menos estresantes cuando los trabajadores creen que pueden afrontarlas de manera

positiva. El éxito y el logro de los objetivos personales por uno mismo aumenta los sentimientos de auto eficacia, mientras que el fallo en alcanzar los objetivos conlleva sentimientos de fracaso, baja auto eficacia y puede lugar al desarrollo del síndrome de Desgaste Profesional. Thompson, Page y Cooper circunscriben la etiología del síndrome a cuatro variables: las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del trabajador, el nivel de autoconciencia del trabajador, sus expectativas de éxito, y sus sentimientos de autoconfianza. La autoconciencia es fundamental en la etiología del síndrome. Esta variable es considerada un rasgo de personalidad, y se conceptualiza como la capacidad del trabajador de autorregular sus niveles de estrés percibido durante el desarrollo de una tarea dirigida a la consecución de un objetivo. Los trabajadores con alta autoconciencia se caracterizan por una tendencia exagerada a auto percibirse y a concentrarse en su experiencia de estrés, por lo que perciben mayores niveles de estrés que los trabajadores con baja autoconciencia. Se propone que el reconocimiento de las discrepancias percibidas o anticipadas entre demandas y recursos pueden intensificar el nivel de autoconciencia en algunos trabajadores, lo que afectará negativamente a su estado anímico que consecuentemente, redundará en una falta de confianza percibida para resolver esas discrepancias, y en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo. Cuando la consecución de los objetivos aparece continuamente frustrada, los trabajadores que puntúan alto en el riesgo de autoconciencia y pesimismo tienden a resolver las dificultades retirándose mental o conductualmente de la situación problemática. ⁽⁶⁾

El retiro conductual de los profesionales denota una tendencia a abandonar progresivamente los intentos de reducir las discrepancias percibidas en el logro de los

objetivos profesionales. Las conductas de despersonalización son consideradas en este modelo como un patrón de retiro conductual. Pero además, cuando los profesionales no pueden desarrollar estas conductas de abandono experimentan sentimientos de desamparo profesional y de agotamiento emocional. La existencia de rasgos intensos de autoconciencia y pesimismo en los profesionales de servicios de ayuda que permanecen en sus profesiones, potencia el retiro del esfuerzo que deberían invertir para resolver las discrepancias, lo que supone una forma de distanciamiento frente a la experiencia o al riesgo de experimentar emociones negativas. Se señala también que altos niveles de autoconciencia aumentan la experiencia de desilusión, frustración o pérdida. Por otra parte, la predisposición a adoptar unas expectativas optimistas de éxito en la resolución de las discrepancias puede reforzar la confianza de los trabajadores en su habilidad para reducirlas y así promover su persistencia en los intentos de reducir la discrepancia. En este modelo se incluye como antecedente la disfunción de rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional.

Modelos etiológicos elaborados desde la teoría del intercambio social

Buunk y Schaufeli desarrollan su modelo para explicar la etiología del síndrome de Desgaste Profesional en profesionales de enfermería y señalan que dentro de este campo profesional el síndrome tiene una doble etiología: por un lado, los procesos de intercambio social con los pacientes y por otro, los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros.

En relación a los procesos de intercambio social con los pacientes, los profesionales de enfermería identifican tres variables estresoras relevantes para el desarrollo del síndrome: la incertidumbre, la percepción de equidad y la falta de control. La incertidumbre, se refiere a la falta de claridad sobre lo que uno siente y piensa sobre cómo debe actuar. La percepción de equidad alude al equilibrio percibido entre lo que los trabajadores dan y lo que reciben en el transcurso de sus relaciones y la falta de control, tiene que ver con la posibilidad del trabajador de controlar los resultados de sus acciones laborales.

El rol de enfermería genera bastante incertidumbre con relativa frecuencia, pues se duda sobre su implicación con los pacientes, sobre cómo tratar sus problemas y sienten inseguridad sobre si hacen las cosas de manera adecuada. Además, las expectativas de recompensa y equidad de los profesionales aparecen frustradas frecuentemente, pues los pacientes suelen estar ansiosos y preocupados, y la interacción con ellos no resulta gratificante.

En relación a los procesos de afiliación social y comparación con los compañeros, los profesionales de enfermería no buscan apoyo social en situaciones de estrés, por el contrario, en estas situaciones evitan la presencia de compañeros y rehúyen su apoyo por miedo a ser criticados o tachados de incompetente. Hobfoll y Freedy afirman que el estrés surge cuando los individuos perciben que aquello que les motiva está amenazado o frustrado. Los estresores laborales amenazan los recursos de los trabajadores al generar inseguridad sobre sus habilidades para alcanzar el éxito profesional. Subrayan la importancia de las relaciones con los demás (supervisores, compañeros y personas hacia las que se dirige el trabajo) y de sus consecuencias

como fuente de estrés en la percepción de situaciones de pérdida o ganancia. En este modelo, los trabajadores se esfuerzan continuamente por protegerse de la pérdida de recursos, dado que es más importante tener unos niveles mínimos que conseguir recursos extras. La pérdida de recursos se considera más importante que la ganancia para el desarrollo del síndrome de Desgaste Profesional. No obstante, la ganancia de recursos es también importante dado que disminuye la posibilidad de pérdida. El tipo de estrategia de afrontamiento que empleen los trabajadores también influirá sobre el síndrome de Desgaste Profesional. Dado que el modelo está basado en una teoría de corte motivacional, los autores señalan que el empleo de estrategias de afrontamiento de carácter activo disminuirá los sentimientos de Desgaste Profesional pues conllevan una ganancia de recursos. Se señala que para prevenir el síndrome hay que enfatizar la consecución de recursos que permitan un desempeño eficaz del trabajo y en menor medida, cambiar las percepciones y cogniciones de los trabajadores. Si los trabajadores consiguen evitar la pérdida de recursos o aumentar los que ya posee, cambiarán sus percepciones y cogniciones de manera positiva y consecuentemente, disminuirán los niveles de estrés percibido y del síndrome de Desgaste Profesional.

Modelos etiológicos elaborados desde la teoría organización

Para Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983), el síndrome es un proceso en el que los profesionales pierden el compromiso inicial que tenían con su trabajo como una forma de respuesta al estrés laboral y a la tensión que les genera el estrés laboral, en relación al síndrome de Desgaste Profesional, está generado básicamente por situaciones de sobrecarga laboral (cuando existe demasiada estimulación en el puesto de trabajo) y por pobreza de rol (cuando hay escasa estimulación en el puesto de

trabajo). En ambos casos los trabajadores sienten una pérdida de autonomía y de control que conlleva una disminución de su autoimagen y sentimientos de irritabilidad y fatiga. En una segunda fase del proceso de estrés laboral el trabajador desarrolla estrategias de afrontamiento que pasan necesariamente por un distanciamiento del profesional de la situación laboral estresante. Ahora bien, este distanciamiento puede tener un carácter constructivo (cuando el profesional no se implica en el problema del usuario aunque le atiende sin eliminar la empatía) o, por el contrario, un carácter contra productivo (cuando el distanciamiento conlleva indiferencia emocional, cinismo, rigidez en el trato, o ignorar a la persona). En este segundo caso se habla de síndrome de Desgaste Profesional, pues el distanciamiento contra productivo se corresponde con la variable conceptualizada como actitudes de despersonalización.

Aunque, inicialmente el trabajador busca resolver las situaciones de forma constructiva, la persistencia de las condiciones de sobrecarga o pobreza de rol le llevan a tratar a los demás como objetos. El resultado es el desarrollo de actitudes de despersonalización que corresponden a la primera fase del episodio del síndrome. Posteriormente el trabajador desarrollará una experiencia de baja realización personal en el trabajo y a más largo plazo agotamiento emocional. Cuando el trabajador se encuentra en las fases avanzadas del síndrome, y como consecuencia de éste, disminuye su satisfacción, implicación en el trabajo y realización laboral, con la consiguiente pérdida de la productividad.

El modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993) aborda el síndrome de Desgaste Profesional desde la perspectiva transaccional del estrés laboral que se da específicamente entre profesionales de los servicios humanos. Para estos autores el

síndrome de Desgaste Profesional es entendido como una respuesta al estrés laboral que se desarrolla cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por el trabajador no resultan eficaces para manejar el estrés laboral y sus efectos. En el modelo transaccional se incluyen como variables “sentirse gastado” (sentimientos de cansancio, confusión y debilidad emocional) y “sentirse presionado y tenso” (sentimientos de amenaza, tensión y ansiedad). Estas variables son una parte de la respuesta al estrés laboral. Están en relación directa con los procesos de evaluación de los estresores, con la respuesta emocional que desarrolla el trabajador, y con las respuestas de afrontamiento y sus efectos sobre la situación y el trabajador.

Señalan que la experiencia de agotamiento emocional, para ellos es la dimensión central del síndrome de Desgaste Profesional. Está teórica y empíricamente relacionada con “sentirse gastado”, y es una respuesta general que engloba variables emocionales y de bienestar. La despersonalización es vista como una estrategia de afrontamiento que surge frente a los sentimientos de agotamiento emocional, mientras que los sentimientos de baja realización personal en el trabajo son un resultado de la evaluación cognitiva del trabajador sobre su experiencia de estrés, y tienen que ver con el significado del trabajo o con las expectativas profesionales frustradas.

Hipotéticamente la salud de la organización puede ser una variable moduladora de la relación estrés-síndrome de Desgaste Profesional. Esta variable viene determinada por el ajuste, la coherencia e integración de los sistemas psicosociales de la organización y por la forma en que su estructura, sus políticas y procedimientos, son percibidos coherentemente por sus miembros. Este constructo ha sido identificado como antecedente de los niveles de estrés percibidos y de la intensidad de la respuesta

desarrollada por los trabajadores ante el estrés. Asimismo, apuntan que la realización personal en el trabajo podría tener una acción moduladora en los efectos que los sentimientos de agotamiento emocional ejercen sobre las actitudes de despersonalización

Winnubst considera que el síndrome de Desgaste Profesional afecta a todo tipo de profesionales y no sólo a los de organizaciones de servicios de ayuda. Este modelo se centra en las relaciones entre la estructura organizacional, la cultura, el clima organizacional y el apoyo social en el trabajo como variables antecedentes del síndrome de Desgaste Profesional. Este autor señala que los diferentes tipos de estructura dan lugar a culturas organizacionales diferentes. Por ejemplo, una burocracia mecánica, que se caracteriza por la estandarización del trabajo y la formalización, refuerza el perfeccionismo y la conformidad a las normas. Sin embargo, una burocracia profesionalizada, que se caracteriza por la estandarización de habilidades y la baja formalización, refuerza la creatividad y la autonomía.

Los antecedentes del síndrome varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social. En las burocracias mecánicas, el síndrome de Desgaste Profesionales causado por el agotamiento emocional diario consecuencia de la rutina, la monotonía y la falta de control derivada de la estructura. Pero, en las burocracias profesionalizadas, el síndrome está causado por la relativa laxitud de esa estructura que conlleva una confrontación continua con los demás miembros de la organización, y origina disfunciones en el rol y conflictos interpersonales.

Por otra parte, los sistemas de apoyo social están íntimamente relacionados con el tipo de estructura organizacional. En una burocracia mecánica, la jerarquía y la autoridad juegan un papel importante, por lo que la mayoría de la comunicación es vertical. El apoyo social es en su mayor parte de tipo instrumental. Sin embargo, en las burocracias profesionalizadas el trabajo en equipo y la dirección son más importantes y el flujo de comunicación horizontal es mayor que el de la comunicación vertical. El apoyo social en las burocracias profesionalizadas es, en mayor medida, de tipo emocional e informal. Por tanto, el apoyo social en el trabajo afecta de manera significativa la percepción que el trabajador tiene de la estructura organizacional.

Dado que a través del apoyo social es posible influir sobre las diversas disfunciones que se derivan de cualquier tipo de estructura organizacional, esta variable es considerada en el modelo una variable central de cara a su influencia sobre el síndrome.

Modelo etiológico elaborado desde la teoría estructural

Gil-Monte, Peiró y Valcarcel (1995) elaboraron un modelo estructural sobre la etiología, proceso y consecuencias del síndrome de Desgaste Profesional. Puede ser conceptualizado como una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad de rol) que surge tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales (estrategias de afrontamiento activo o de evitación) no son eficaces para reducir ese estrés laboral percibido. Esta respuesta supone una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias (falta de salud, baja satisfacción laboral, intención de abandonar la organización, etc.).

Planteamiento Psicodinámico elaborado desde la Psicología del Yo

En el marco psicodinámico la conducta se percibe como un conjunto de fuerzas, motivos o impulsos mentales, hipotéticos y de los procesos ideológicos que la regulan inhiben o encausan. Los pensamientos y sentimientos son de importancia central. La conducta manifiesta se comprende en términos psicológicos que se infieren a partir de palabras y de los actos de los pacientes.

La formulación psicodinámica brinda un medio para describir estados mentales alterados, comprender su origen y las bases racionales para una adecuada terapéutica.

(16)

En esta postura Fischer (1983), consideró el Desgaste Profesional como el estado resultante de un trauma narcisista del médico, basándose en lo expuesto por la escuela de la psicología del Yo. ⁽⁸⁾ La dimensión psíquica, representada por el ideal de Yo (idealización de la profesión), sometida a numerosos factores concurrentes de tipo organizacional, laboral y personal, se ve expuesta a situaciones que colocan en riesgo su integridad lo cual provoca una herida narcisista que desencadena sentimientos y representaciones inaceptables para el Yo como son el deseo de huida, la frustración ante las medidas terapéuticas no exitosas, los deseos agresivos, los sentimientos de cólera hacia los objetos significativos o sus representaciones, en este caso, la profesión, siendo necesario la aparición de un conjunto de operaciones llamados mecanismos de defensa cuya función es reducir o suprimir toda modificación de riesgo del equilibrio del individuo, los cuales van dirigidos de manera general a la pulsión o de manera selectiva a los recuerdos y fantasías potencialmente desestabilizadoras para el

Yo. En esta situación se activan defensas como la negación, la omnipotencia, el aislamiento, la idealización, la proyección y la racionalización; manteniéndose en el inconsciente los deseos inaceptables y preservándose de esta forma el objeto significativo o su representación introyectada. Estas defensas causan una actitud poco empática hacia los pacientes, con lo que se percibe a los médicos con una actitud fría y distante que define la dimensión de despersonalización. De forma simultánea esta situación desencadena en el Yo culpa por generar agresión hacia los objetos significativos, los pacientes; apareciendo sentimiento de ansiedad, siendo necesario mantener y profundizar los mecanismos de defensa para mantener en el inconsciente los aspectos inaceptables del Yo y la idealización sobre la profesión, pero progresando el agotamiento físico, el cual, en el tiempo va deteriorando la integridad biopsicosocial del médico dando como resultado el Desgaste Profesional. ⁽¹⁷⁾

Flores Lozano desde la perspectiva psicodinámica plantea que la angustia del paciente (miedo a la muerte y a la soledad) que aumenta por el trato impersonal y lo rutinario del medio hospitalario se transfiere al médico, generando en éste un extraordinario interés, que se traduce en tratar de ayudar incondicionalmente al paciente. Teniendo el médico que atender tanto su Yo corporal como su Ideal del Yo, este esfuerzo cotidiano conlleva a un cansancio generalizado del médico a mediano-largo plazo, con lo cual afecta la calidad asistencial. Este síndrome de inadaptación se expresa en su corporeidad hiperirritada, con lo cual este lenguaje de estrés, preocupación y tensión llega al paciente; deteriorando más la relación entre ambos y por un proceso de interiorización genera culpa en el médico, quien recurre a un repliegue autista del Yo con mecanismos básicos de defensa (omnipotencia, negación y

aislamiento) que propenden a girar sobre sí mismos y a generar gran inestabilidad psíquica, La perpetuación de este cuadro debilita tanto las defensas psíquicas como el sistema inmunológico, dando como consecuencia la aparición de enfermedades físicas y psíquicas que aumentan el ausentismo laboral, y de adicciones a sustancias o a actividades .⁽¹⁸⁾

De acuerdo a lo planteado por López Ibor actualmente los mecanismos de defensa son considerados como un sustituto apelativo de las técnicas de afrontamiento. La defensa se produce por separar las representaciones intoleradas y sus afectos, las representaciones, aunque debilitadas, pueden estar en el consiente. En el apéndice B del Manual Estadístico de Enfermedad Mental versión IV Revisada, Las defensas se agrupan en 27 mecanismos agrupados en 7 Niveles.

En el caso del desgaste profesional se trata de las defensas que corresponden principalmente a el nivel correspondiente a distorsión en la imágenes (devaluación, idealización, omnipotencia), nivel de encubrimiento (negación proyección, racionalización y aislamiento).⁽¹⁸⁾

A continuación se definen algunas de ellas de acuerdo al diccionario Psicoanalítico de Laplanche et.al.⁽²⁰⁾

Aislamiento: consiste en aislar pensamientos o un comportamiento de tal forma que se rompa su conexión con otro pensamiento, con el resto de la experiencia del sujeto. Va contra la pulsión, logrando una forma de eliminar el contacto ideo afectivo, Es un mecanismo tan generalizado como la represión⁽²⁰⁾.

Idealización: es una defensa constituida contra las pulsiones destructoras, en este caso iría acompañada de la escisión llevada al extremo de un objeto, parte del objeto escindido es tratado como el propio Yo, por consiguiente se derrama gran cantidad de libido narcisista sobre este objeto. ⁽²⁰⁾

Negación: procedimiento en virtud del cual el sujeto a pesar de la formulación de sus deseos, pensamientos o sentimientos hasta ahora reprimidos; sigue defendiéndose negando que le pertenezcan. Se caracteriza por enfrentarse al conflicto negando su existencia o su relevancia en relación con el sujeto. ⁽²⁰⁾

Racionalización: es un mecanismo de defensa que no se dirige a la satisfacción pulsional sino a disimular los diversos elementos de los conflictos defensivos. Es un procedimiento mediante el cual el sujeto intenta dar una explicación coherente y el motivo verdadero permanece inconsciente. ⁽²⁰⁾

Omnipotencia: es un procedimiento defensivo caracterizado por una distorsión en la percepción, aumentando los atributos propios del individuo y percibiendo disminuidos los atributos de los demás sujetos. ⁽²⁰⁾

Factores Concurrentes del Desgaste Profesional.

Actualmente tiende a hablarse más en términos de factores concurrentes y no de antecedentes y consecuentes. Muchos factores han sido analizados, si bien es complicado establecer conclusiones generalizables tanto por la calidad de muchos estudios como por la variabilidad de los resultados. Se presentan a continuación las

variables de las que existen mejores evidencias respecto a su asociación con el fenómeno estudiado ⁽²¹⁾:

Características demográficas.

Genero: La información es poco concluyente en cuanto a la predominancia de sexo ^(6,21) donde se aprecia un consenso, en cuanto a que en la población femenina se reportan mayores puntuaciones en la dimensión de agotamiento emocional; mientras, que en la población masculina la dimensión despersonalización es más elevada ^(3,6,22,23,24). Podría esto explicarse por los roles socio-culturales, caracterizados por la doble jornada laboral de la mujer, que le genera mayor agotamiento; por otro lado la mujer afronta de mejor manera las situaciones emocionalmente conflictivas, ya que desempeña con más frecuencia roles de cuidador y a la vez cuenta con mayores redes sociales de apoyo. ⁽²⁵⁾

Edad: Existe más Desgaste Profesional en los sujetos más jóvenes ^(3, 6, 21). Ello puede ser debido a la falta de experiencia, al choque con las dificultades de la práctica asistencial, a problemas de identidad y socialización, a expectativas irreales del rol profesional y a falta de apoyo ⁽⁶⁾. En estudios realizados por Molina. G et.al., se plantea que la discrepancia encontrada en estudios sobre la edad y Desgaste Profesional es debida a los distintos puntos de corte en una curva producto de la relación entre las dimensiones del Desgaste Profesional y la Edad diferenciándose una primera etapa asintomática, con menor prevalencia de Desgaste Profesional, una etapa intermedia con especial vulnerabilidad y una tercera etapa donde disminuye la prevalencia por una posible readaptación. En otros estudios se plantea que la

dimensión Cansancio Emocional aumenta en los sujetos más jóvenes, contrario a lo observado en la dimensión Realización Profesional que se ve más afectada a mayor edad. ⁽²⁵⁾

Antigüedad laboral: Se plantea que en los primeros diez años de antigüedad laboral se reportan menos niveles de Desgaste Profesional; se ha descrito un periodo de latencia en estos primeros años laborales que con mayor frecuencia corresponden a las edades más jóvenes. En este período se pueden dar las expectativas idealizadas confrontadas a la continua frustración de la práctica cotidiana, sumado a las ambivalencias de rol laboral, a la falta de retroalimentación por parte de sus superiores, a la falta de participación para la toma de decisiones y a situaciones inesperadas en su jornada laboral. ^(3, 6,18)

La presencia de pareja:En numerosos estudios se concluyen que los sujetos solteros sin hijos son más susceptibles de presentar Desgaste Profesional ^(3,12) basándose en un mayor grado de compromiso laboral y menor red de apoyo social, aumentando de esta manera la puntuación en desgaste emocional y realización profesional ya que los logros personales por medio del trabajo pasan a ser piedra angular, lo que crea expectativas altas de éxito difíciles de satisfacer .Otro grupo considerable de autores plantea que no es estadísticamente significativo. ^(6, 25,26)

Hijos: Numerosos autores plantean que es un factor protector de Desgaste Profesional al igual que la pareja ^(3,6,16, 27); pero al aumentar el número de hijos en más de dos es un factor que aumenta la susceptibilidad al Desgaste Profesional⁽²¹⁾,

otros plantean que no existe una influencia estadísticamente significativa de esta variable para la presencia del Desgaste Profesional. ⁽²²⁾.

Personalidad: Se ha comprobado que tienen menor probabilidad de quemarse los sujetos con el tipo de personalidad denominado resistente que se caracteriza por la concurrencia de tres factores: compromiso, control y reto Y mecanismos de afrontamientos activos ⁽²¹⁾

Así en sentido contrario se da más en personas que tienen el denominado «locus de control» externo. Se trata de sujetos que atribuyen la causa de los logros o de los acontecimientos a factores externos a sí mismos como la suerte o la intervención de los demás.

Están asociados a mayores niveles de Desgaste Profesional los rasgos de personalidad compatibles con patrones tipo A, caracterizados por competitividad, impaciencia, implicación laboral excesiva. Patrones compatibles con neuroticismo como son: auto exigencia, necesidad de aprobación, principalismo social y laboral (necesidad de pertenecer a grupos elitescos laborales y tener su reconocimiento), Otro estudio realizado en médicos de asistencia primaria muestra correlación con estilos de afrontamiento pasivo caracterizado por la evitación y la negación que puede ser eficaz pero por un tiempo determinado. ^(22,28)

Características Laborales:

Como es lógico en diferentes estudios revisados el agotamiento emocional se asocia a la carga de trabajo, en un rango de 25 a 50%, ⁽²⁾.

Siguiendo los modelos de Karasek y Johnson hay una clara evidencia en que la falta de apoyo de supervisores, afecta al Desgaste Profesional. Algunos estudios demuestran una causalidad circular entre el agotamiento emocional y la sensación de falta de apoyo y la carga de trabajo. ⁽⁵⁾

En un estudio metanalítico realizado por Lee, RT & Short B.se encontró que son precisamente los estresores como la carga y el ritmo de trabajo, y los conflictos de rol, los que tienen más correlación con el Desgaste Profesional, por encima de otros estresores más específicos dentro del ámbito sanitario. ⁽²¹⁾ Entre estos están la interrelación con pacientes difíciles o pacientes moribundos o crónicos graves. Influye mucho más la falta de personal o la falta de personal cualificado, que el hecho en sí de tener que afrontar situaciones difíciles, emocionalmente impactantes e inesperadas. ^(4,28)

Características Organizacionales

La influencia de aspectos como el clima laboral, el grado de apoyo y el estilo de liderazgo han sido estudiados en relación con la sensación de desgaste de los profesionales. El apoyo entendido en su sentido emocional e instrumental es la dimensión más estudiada y la que ha obtenido mayor asociación con el grado de Desgaste Profesional

En el estudio metanalítico se obtuvo una correlación significativa de forma negativa entre apoyo y Desgaste Profesional, especialmente en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización. Por lo que se refiere a los estilos de liderazgo, se ha destacado la importancia de que se correspondan con los estilos transaccionales o transformacionales, esto es, con aquellos que estimulan la

participación organizada, clarifican los roles profesionales y contribuyen a dotar de sentido y congruencia los objetivos de la institución. En cambio los estilos autoritarios o claudicantes generan mayores tasas de Desgaste Profesional. ^(21,26)

En otros estudios se argumenta que el síndrome de Desgaste Profesional puede originarse por diversas causas como: la sobrecarga laboral (aumento de número de horas laborables), la relación con pacientes que poseen pronósticos críticos, pacientes con carencias emocionales, la escasa colaboración entre los compañeros o falta de apoyo por parte del jefe o supervisor, la insatisfacción en el trabajo y el contacto frecuente con la muerte. ^(21,22)

En una revisión de 11 investigaciones realizadas en el Reino Unido sobre estrés y desgaste profesional en enfermería psiquiátrica, se constata como factores de estrés el incremento de la carga de trabajo, las dificultades de manejo del tiempo, las ordenes inadecuadas los problemas de seguridad en relación a pacientes violentos y los suicidios de estos. ⁽²³⁾

En cuanto a factores de estrés con relación al rol profesional se constataban: conflicto en su definición, la ambigüedad en el desempeño y los niveles de responsabilidad, la falta de supervisión, y las dificultades para desarrollar la carrera. ⁽³⁾ Las circunstancias mencionadas se dan, comúnmente, en las áreas de cuidado crítico, como las unidades de emergencias, cuidados intensivos, quemados y salas de quirófano donde hay pacientes en situaciones límites, en estado de emergencia continua e inestabilidad permanente, que demandan una intervención rápida y efectiva por parte del profesional de salud, quienes deben trabajar en un ambiente impersonal y

opresivo, extremada y altamente tecnificado con ruidos múltiples generados por alarmas, quejidos y problemas de espacio, tiempo y consecuente sobrecarga laboral.

Todo ello crea un clima de ansiedad, no sólo en el equipo asistencial, sino también en los pacientes y familiares, especialmente en los profesionales de salud que está en la primera línea de asistencia; como son las unidades de emergencia. ⁽²¹⁾

Grado de severidad del Desgaste Profesional

Los factores antes descritos pueden incrementar la severidad del síndrome de la siguiente manera ⁽²⁵⁾:

Primer grado. (Grado Bajo). Signos y síntomas de agotamientos ocasionales y de corta duración que desaparecen a través de distracciones o hobbies.

Segundo grado. (Grado Medio). Los síntomas son más constantes, duran más y cuesta más sobreponerse a ellos. La preocupación por la efectividad se vuelve central, al mismo tiempo la persona se vuelve negativa y fría con sus compañeros y pacientes.

Tercer grado. (Grado Alto) Los síntomas son continuos, con problemas psicológicos y físicos llegando incluso a la depresión, sin explicación a lo que pasa. La persona se aísla con nulas o pocas relaciones interpersonales. Se intensifican los problemas familiares. ⁽²⁵⁾

Por lo anteriormente expuesto, debe reconocerse que el Síndrome de Desgaste Profesional ocupa un lugar destacado en el contexto de la salud, pues es una de las principales causas del deterioro de las condiciones de trabajo que involucra, tanto la calidad del cuidado que se brinda al paciente, como la calidad de vida del profesional

de salud, por la presencia de mayores accidentes laborales y ausentismo en el trabajo.

(23)

Objetivos

Objetivo general

- Determinar la presencia del Síndrome de Desgaste Profesional en los Médicos Residentes del Departamento de Medicina Crítica y Emergencia del Hospital Universitario de Caracas.

Objetivos específicos

- Establecer las características socio-demográficas de los médicos residentes del departamento de medicina crítica y emergencia.
- Estipular cada una de sus dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y realización personal).
- Conocer las características de cada dimensión del desgaste profesional en las áreas que comprenden el departamento estudiado.

MÉTODOS.

Tipos de estudio.

Es de tipo no experimental, cuantitativo, ya que busca establecer ocurrencia y frecuencia numérica de las características de los profesionales investigados en las diferentes variables que constituyen el objeto de la investigación. De igual manera es descriptivo, de corte transversal, realizado en el personal médico de los tres servicios que comprenden áreas críticas de una institución de salud universitaria, ubicado en La Universidad Central de Venezuela, en Caracas, Venezuela. Específicamente, en las áreas de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Neonatología y Emergencia.

Población y muestra

La población estuvo conformada por 26 médicos residentes que pertenecían a los post grados del Departamento de Medicina Critica y Emergencia, de los cuales 26 participaron como muestra de voluntarios.

Criterios de inclusión y criterios de exclusión.

Se consideró como criterio de inclusión a los médicos sin distinción de sexo o edad, que participaran de forma voluntaria pertenecían a los postgrados de las Departamento de Medicina Critica y Emergencia (Neonatología, Emergenciologia y Terapia intensiva) que desempeñara labor asistencial como residente a dedicación exclusiva en alguna de las áreas críticas, ya señaladas, en los últimos tres meses (Marzo, Abril, Mayo) del año 2001. Se excluyeron los médicos que a la fecha del estudio ejercían cargos administrativos, asistenciales, docentes estaban realizando

pasantías de pregrado o se desempeñaran en otros trabajos o se encontraran de reposo o vacaciones.

Procedimientos.

Técnicas e Instrumento de recolección.

Para la recolección de la información esta investigación se utilizó la técnica de la entrevista indirecta practicada a los componentes de la muestra, previo consentimiento otorgado por cada uno de los participantes.

La recolección de los datos se realizó durante el mes de junio del año 2001, obteniendo previamente el registro de los médicos que trabajaban en las respectivas unidades críticas, a través del cronograma de programación de asistencia para el referido mes. De ese modo, se entrevistó personalmente a cada profesional, explicando el propósito del estudio y solicitando su participación anónima y voluntaria considerando los principios éticos, resaltando que los instrumentos de evaluación eran auto-administrados. Se realizaba una primera entrevista cuyo objetivo era fijar una hora y día en el área hospitalaria donde pudiesen llenar el inventario sin interrumpir su actividad asistencial; se regresaba a la cita ya acordada suministrándose el cuestionario. La administración del mismo tenía la duración necesario para cada participante.

Se utilizaron dos instrumentos, identificados por número de ficha uno para recolectar aspectos demográficos (sexo, edad) y socio laborales (Presencia de hijos, permanencia en pareja, años de trabajo, unidad donde labora, año de residencia

cursante, número de horas trabajadas por día) (Ver Anexo1) y el otro fue el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) (ver Anexo 2) , compuesto por 22 alternativas de respuestas cerradas, través de una escala tipo Likert con siete opciones de respuestas, donde 0=nunca y 6=todos los días, considerando desde cero a seis en base a la norma americana.

Se utilizó una versión del MBI de servicios humanos de Maslach y Jackson1986 española de Nicolás Seis dedos 1997(29) y utilizada en Venezuela M.A. Lombardi 1999. En cuanto a las propiedades psicométricas de consistencia interna del Inventario para Desgaste Profesional de Maslach, se consideró la propuesta elaborada por Máslach y Jackson en 1986 para el trato de las variables (citada por Lombardi.)⁽³⁰⁾; que al medir la consistencia interna de las escalas mediante los coeficientes alfa de Crombach obteniéndose valores 0,9089 para cansancio emocional 0,7532 para despersonalización 0,8133 para realización personal y 0,6870 para desgaste profesional encontrándose estos valores dentro del rango considerado como valido.⁽³¹⁾ Se evalúa el Desgaste Profesional sobre los aspectos siguientes:

Cansancio Emocional (CE): situación en que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos en el ámbito afectivo, dando muestras de agotamiento de los recursos emocionales propios (9 ítems); (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16,20).

Despersonalización (DP): implica el desarrollo de sentimientos negativos, de actitudes de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo, siendo vistas como profesionales deshumanizados debido al endurecimiento afectivo (5 ítems). (5, 10, 11, 15,22)

Realización Personal (**RP**): percepción de que las posibilidades de logros en el trabajo han desaparecido, unido a sentimientos de fracaso y baja autoestima (8 ítems) (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19,21).

Tabla N° 1.

Puntuaciones para los niveles del Síndrome de Desgaste Profesional (Lombardi, et al) (5).

Niveles	Cansancio Emocional (CE)	Dimensiones Despersonalización (DP)	Realización Profesional (RP)
Alto	27 – 54	14 – 30	37 – 48
Medio	17 – 26	9 – 13	31 – 36
Bajo	0 – 16	0 – 8	0 – 30

*La tabla muestra los niveles según las dimensiones despersonalización y realización profesional.

Tabla N° 2.

Puntuación del Síndrome de Desgaste Profesional

Síndrome de Burnout	Niveles / Dimensiones	Puntuación General
Presencia de Burnout	Alto en CE+ Alto en DP + Bajo en RP	84 o más
Tendencia de Burnout	Intermedio en las tres Dimensiones	49 – 83
Ausencia de Burnout	Bajo en CE+ Bajo en DP + Alto en RP	0 – 48

La tabla muestra el síndrome de DESGASTE PROFESIONAL según los niveles dimensión y muestra una puntuación general

. La relación entre puntuación y grado de desgaste profesionales es dimensional.

No existe un punto de corte que indique si existe o no existe tal entidad lo que se ha hecho es distribuir los rangos de las puntuaciones totales de cada sub escala en tres tramos que definen un nivel de desgaste profesional como alto medio o bajo.

(tabla 1), (tabla2).

Estos tramos se han elaborado mediante una distribución normativa de las puntuaciones obtenidas en grupos de los encuestados estableciéndose los cuartiles observados en el anexo3.

Tratamiento estadístico.

.

Fue usado para el procesamiento y análisis estadístico de la información recolectada, el programa computarizado SPSS (versión17) bajo ambiente Windows.

Para analizar los datos se utilizó estadística descriptiva, usándose frecuencias absolutas, porcentajes, promedios y desviación estándar. Como pruebas de

significación se utilizaron la de bondad de ajuste (chi cuadrado) y la Prueba de Fisher (extensión de Freeman Halton de 3 X 3).

La información se presenta en cuadros de distribución de frecuencias y de asociación. También se complementa la información de los resultados con gráficas de torta y de barras múltiples.

Como nivel de significación estadística para las pruebas utilizadas, se fijo como nivel de error de azar un valor probabilidad de menor del 0,05 ($P < 0,05$).

RESULTADOS.-**CUADRO Nº 1****DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES****DISTRIBUCIÓN DE LOS RESIDENTES INVESTIGADOS SEGÚN EDAD****DEPARTAMENTO DE MEDICINA CRÍTICA Y EMERGENCIA****HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS****UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA****CARACAS. VENEZUELA. JUNIO 2010**

EDAD (AÑOS)	FRECUENCIA (%)
27 – 30	4 (15,4)
31 – 33	5 (19,2)
34 – 36	9 (34,6)
37 o más	8 (30,8)
TOTAL	26 (100,0)

FUENTE: Cuestionario Aplicado (Mata Unda, 2010)

En los médicos entrevistados, se determinó que el 34,6% tienen una edad comprendida entre 34 y 36 años, constituyéndose en el mayor grupo de edad, sigue el grupo de 37 años o más con una representación del 30,8%. A continuación, aparecen los de 31 a 33 años con 19,2% y, por último, los de 27 a 30 años con un 15,4% de

presencia en la muestra. Al aplicar la prueba de bondad de ajuste, los resultados muestran que no hay algún grupo de edad que sea predominantemente significativo (CHI^2_3 ; $P < 0,458$). Otro dato adicional es que el promedio de edad fue de 35,4 años y desviación estándar de 4,4 años.

CUADRO Nº 2

DESGASTE PROFESIONAL AL EN MÉDICOS RESIDENTES

DISTRIBUCIÓN DE LOS RESIDENTES INVESTIGADOS SEGÚN SEXO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA CRÍTICA Y EMERGENCIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

CARACAS. VENEZUELA. JUNIO 2010

SEXO	FRECUENCIA (%)
FEMENINO	15 (57,6)
MÁSCULINO	11 (42,4)
TOTAL	26 (100,0)

FUENTE: Cuestionario Aplicado (Mata Unda, 2010)

El 57,6% de los entrevistados pertenecen al sexo femenino, siendo los médicos el 42,4%.

Al aplicar la prueba de bondad de ajuste los resultados, muestran que no hay sexo que sea predominantemente significativo ($\text{CHI}^2 = 0,615$; $gl = 1$; $P < 0,432$).

CUADRO N° 3
DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES
DISTRIBUCIÓN DE LOS RESIDENTES INVESTIGADOS
SEGÚN CONVIVENCIA CON LA PAREJA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA CRÍTICA Y EMERGENCIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
CARACAS. VENEZUELA. JUNIO 2010

VIVE CON PAREJA	FRECUENCIA (%)
NO	17 (65,4)
SI	9 (34,6)
TOTAL	26 (100,0)

FUENTE: Cuestionario Aplicado (Mata Unda, 2010)

El 65,4% de los médicos residentes no viven en pareja, mientras que el 34,6% de ellos si conviven con su pareja.

Al aplicar la prueba de bondad de ajuste, los resultados muestran que el tipo de convivencia con o sin pareja sea predominantemente significativo ($\text{CHI}^2 = 2,462$; $\text{gl} = 1$; $P < 0,117$).

CUADRO Nº 4**DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES****DISTRIBUCIÓN DE LOS RESIDENTES INVESTIGADOS****SEGÚN TENENCIA DE HIJOS****DEPARTAMENTO DE MEDICINA CRÍTICA Y EMERGENCIA****HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS****UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA****CARACAS. VENEZUELA. JUNIO 2010**

HIJOS	FRECUENCIA (%)
SI	17 (65,4)
NO	9 (34,6)
TOTAL	26 (100,0)

FUENTE: Cuestionario Aplicado (Mata Unda, 2010)

Se determinó que el 17 65,4% de los médicos residentes tienen hijos, siendo el 34,6% que no los han tenido a la fecha de la investigación.

Al aplicar la prueba de bondad de ajuste, los resultados, muestran que tener hijos o no sea predominantemente significativo ($\text{CHI}^2 = 2,462$; $\text{gl} = 1$; $P < 0,117$).

CUADRO Nº 5**DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES****DISTRIBUCIÓN DE LOS RESIDENTES INVESTIGADOS****SEGÚN ÁREA LABORAL****DEPARTAMENTO DE MEDICINA CRÍTICA Y EMERGENCIA****HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS****UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA****CARACAS. VENEZUELA. JUNIO 2010**

ÁREA LABORAL	FRECUENCIA (%)
EMERGENCIA	12 (46,2)
UCI	10 (38,4)
NEONATOLOGÍA	4 (15,4)
TOTAL	26 (100,0)

FUENTE: Cuestionario Aplicado (Mata Unda, 2010)

De los veintiséis médicos residentes, doce (46,2%) laboran en Emergencia, diez (38,4%) en la UCI y cuatro (15,4%) en Neonatología.

Al aplicar la prueba de bondad de ajuste, los resultados muestran que ninguna área laboral es predominantemente significativa ($\text{CHI}^2 = 3,111$; $\text{gl} = 2$; $P < 0,456$)

CUADRO Nº 6**DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES****DISTRIBUCIÓN DE LOS RESIDENTES INVESTIGADOS****SEGÚN AÑOS DE ANTIGÜEDAD LABORAL****DEPARTAMENTO DE MEDICINA CRÍTICA Y EMERGENCIA****HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS****UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA****CARACAS. VENEZUELA. JUNIO 2010**

ANTIGÜEDAD (AÑOS)	FRECUENCIA (%)
1 – 3	6 (23,1)
4 – 6	11 (42,3)
7 o más	9 (34,6)
TOTAL	26 (100,0)

FUENTE: Cuestionario Aplicado (Mata Unda, 2010)

El 42,3% que es la mayoría porcentual de los médicos residentes tenían una antigüedad entre cuatro a seis años, mientras que el 34,6% contaba con una antigüedad de siete años o más y el restante 23,1% entre uno a tres.

El valor medio de años de antigüedad fue de 5,7 años con desviación estándar de 2,8 años.

Al aplicar la prueba de bondad de ajuste, los resultados muestran que ninguna categoría de antigüedad laboral es predominantemente significativa ($\text{CHI}^2 = 1,569$; $\text{gl} = 2$; $P < 0,456$).

CUADRO Nº 7**DESGASTE PROFESIONAL MÉDICOS RESIDENTES****DISTRIBUCIÓN DE LOS RESIDENTES INVESTIGADOS****SEGÚN CARGA HORARIA LABORAL****DEPARTAMENTO DE MEDICINA CRÍTICA Y EMERGENCIA****HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS****UNIVERSIDAD CENTRALDE VENEZUELA****CARACAS. VENEZUELA. JUNIO 2010**

HORAS TRABAJANDO	FRECUENCIA (%)
0 – 8	10 (38,4)
9 – 16	9 (34,7)
17 – 24	7 (26,9)
TOTAL	26 (100,0)

FUENTE: Cuestionario Aplicado (Mata Unda, 2010)

El 38,4% de los médicos residentes acostumbran a trabajar hasta ocho horas diarias, entre nueve y dieciséis horas el porcentaje correspondiente es 34,7% y entre diecisiete y 24 horas aparece el 26,9%.

El valor medio de horas de trabajo fue 13,7 horas con desviación estándar de 6,5 horas. Al aplicar la prueba de bondad de ajuste, los resultados muestran que ninguna categoría de horas de trabajo al día es predominantemente significativa ($\text{CHI}^2 = 0,681$; $\text{gl} = 2$; $P < 0,711$).

CUADRO Nº 8**DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES****DISTRIBUCIÓN DE LOS RESIDENTES INVESTIGADOS SEGÚN****RESPUESTAS CON RESPECTO A LOS ÍTEMS DE LA DIMENSIÓN****CANSANCIO EMOCIONAL DEL PRUEBA DE MÁSLACH****DEPARTAMENTO DE MEDICINA CRÍTICA Y EMERGENCIA****HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS****UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA****CARACAS. VENEZUELA. JUNIO 2010**

ÍTEMS	Nunca F (%)*	Alguna vez año menos F (%)*	Una al vez o mes menos F (%)*	Algunas al vez o al mes F (%)*	Una vez a semana F (%)*	Varias la a la semana F (%)*	Diaria - mente F (%)*
Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado (1)	2 (7,7)	5 (19,2)	2 (7,7)	6 (23,1)	7 (26,9)	3 (11,5)	1 (3,8)
Al final de la jornada me siento agotado (2)	0 (0,0)	2 (7,7)	0 (0,0)	3 (11,5)	6 (23,1)	6 (23,1)	9 (34,6)
Me siento fatigado cuando me levanto por las mañanas y	5 (19,2)	3 (11,5)	2 (7,7)	5 (19,2)	2 (7,7)	7 (26,9)	2 (7,7)

tengo que enfrentarme a otro día de trabajo (3)							
Para mi trabajar todo el día con pacientes es un gran esfuerzo (6)	12 (46,1)	8 (30,7)	1 (3,8)	2 (7,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (11,5)
Me siento destrozado por mi trabajo (8)	8 (30,7)	6 (23,1)	1 (3,8)	2 (7,7)	5 (19,2)	2 (7,7)	2 (7,7)
Me siento frustrado en mi trabajo (13)	15 (57,7)	6 (23,1)	3 (11,5)	2 (7,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Creo que estoy trabajando demasiado (14)	3 (11,5)	3 (11,5)	1 (3,8)	3 (11,5)	3 (11,5)	5 (19,2)	8 (30,7)
Siento que trabajar directamente con pacientes me produce bastante estrés (16)	7 (26,9)	6 (23,1)	4 (15,4)	2 (7,7)	0 (0,0)	3 (11,5)	4 (15,4)
Me siento exhausto (20)	2 (7,7)	5 (19,2)	1 (3,8)	5 (19,2)	9 (34,6)	3 (11,5)	1 (3,8)

* PORCENTAJES EN BASE A VEINTISÉIS MÉDICOS RESIDENTES

FUENTE: PRUEBA DE MÁSLACH JACKSON (1986)

"Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado" y "Al final de la jornada me siento agotado" fueron los ítems de la dimensión CANSANCIO EMOCIONAL que tuvieron las mayores respuestas en la categoría DIARIAMENTE, con 34,6% y 30,7%, respectivamente. A continuación siguen "Siento que trabajar directamente con pacientes me produce bastante estrés" y "Para mi trabajar todo el día con pacientes es un gran esfuerzo" aparecen con 15,4% y 11,5%, en el mismo orden. Los demás ítems aparecen con menos del 10,0% para esta ocurrencia.

Si se considera unir las categorías de UNA VEZ A LA SEMANA y VARIAS VECES A LA SEMANA, se tiene que los ítems que sobrepasan un 30,0% de los médicos residentes son "Al final de la jornada me siento agotado" (46,2%); "Me siento exhausto" (46,1%); "Me siento emocionalmente agotado" (38,4%); "Me siento fatigado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo" (34,6%) y "Creo que estoy trabajando demasiado" (30,7%)

CUADRO N° 9**DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES****DISTRIBUCIÓN DE LOS RESIDENTES INVESTIGADOS SEGÚN****RESPUESTAS CON RESPECTO A LOS ÍTEMS DE LA DIMENSIÓN****DESPERSONALIZACIÓN DEL PRUEBA DE MÁSLACH****DEPARTAMENTO DE MEDICINA CRÍTICA Y EMERGENCIA****HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS****UNIVERSIDAD CENTRALDE VENEZUELA****CARACAS. VENEZUELA. JUNIO 2010**

ÍTEMS	Nunca	Alguna	Una	Algunas	Una	Varias	Diaria -
DESPERSONALIZACIÓN	F (%)*	vez al	vez al	veces	vez	veces	mente
(N°)		año o	mes o	al mes	a la	la a la	F (%)*
		menos	menos	F (%)*	semana	semana	
		F (%)*	F (%)*		F (%)*	F (%)*	
Creo que trato a los	13	6	2 (7,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (11,5)	2 (7,7)
pacientes como si fueran	(50,0)	(23,1)					
objetos (5)							
Me he vuelto más	8	5	2 (7,7)	2 (7,7)	1 (3,8)	2 (7,7)	4 (15,3)

insensible con la gente desde que tengo esta profesión (10)	(30,7)	(19,2)					
Me preocupa el hecho que este trabajo me este endureciendo emocionalmente (11)	3 (11,5)	6 (23,1)	5 (19,2)	3 (11,5)	1 (3,8)	0 (0,0)	8 (30,7)
No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunos pacientes a los que tengo que atender (15)	16 (81,5)	3 (11,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (7,7)	5 (19,2)
Creo que los pacientes que trato me culpan de algunos de sus problemas (22)	8 (30,7)	8 (30,7)	3 (11,5)	2 (7,7)	0 (0,0)	2 (7,7)	3 (11,5)

PORCENTAJES EN BASE A VEINTISÉIS MÉDICOS RESIDENTES

FUENTE: PRUEBA DE MÁSLACH JACKSON (1986).

En la dimensión DESPERSONALIZACIÓN, con 50,0% o más de médicos residentes, aparecen en la categoría de NUNCA los ítems: "No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunos pacientes a los que tengo que atender " (81,5%) Y "Creo que trato a los pacientes como si fueran objetos" (%0,0%). Luego con 30,7% para NUNCA también, están los ítems "Me he vuelto más insensible con la gente desde que tengo

esta profesión" y "Creo que los pacientes que trato me culpan de algunos de sus problemas". En la categoría opuesta, es decir DIARIAMENTE, hubo un 30,7% de médicos residentes, el enunciado "Me preocupa el hecho que este trabajo me este endureciendo emocionalmente".

CUADRO N° 10

DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES

DISTRIBUCIÓN DE LOS RESIDENTES INVESTIGADOS SEGÚN

RESPUESTAS CON RESPECTO A LOS ÍTEMS DE LA DIMENSIÓN REALIZACIÓN

PROFESIONAL DEL PRUEBA DE MÁSLACH

DEPARTAMENTO DE MEDICINA CRÍTICA Y EMERGENCIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

CARACAS. VENEZUELA. JUNIO 2010

ÍTEMS	Nunca	Alguna	Una	Algunas	Una	Varias	Diaria
REALIZACIÓN PROFESIONAL	F (%)*	vez	al	vez	al	vez	-
(N°)		año	o	mes	o	al	mes
		menos	menos	F (%)*	semana	semana	F (%)*
		F (%)*	F (%)*		F (%)*	F (%)*	
Puedo entender con facilidad como se sienten los pacientes (4)	2 (7,7)	1 (3,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (15,4)	19 (73,1)

Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan los pacientes (7)	0 (0,0)	1 (3,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,8)	3 (11,5)	21 (80,7)
Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros (9)	0 (0,0)	1 (3,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,8)	24 (92,3)
Me siento muy activo o con mucha vitalidad (12)	0 (0,0)	1 (3,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,8)	4 (15,4)	20 (76,9)
Tengo facilidad para crear un clima agradable con mis pacientes a los que trato (17)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,8)	4 (15,4)	21 (80,7)
Me siento animado después de trabajar en contacto con los pacientes (18)	0 (0,0)	1 (3,8)	1 (3,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (11,5)	21 (80,7)
He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión (19)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,8)	1 (3,8)	3 (11,5)	21 (80,7)
En mi profesión trato los problemas emocionales con mucha calma (21)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,8)	5 (19,2)	2 (7,7)	5 (19,2)	13 (50,0)

* PORCENTAJES EN BASE A VEINTISÉIS MÉDICOS RESIDENTES

FUENTE: PRUEBA DE MÁSLACH JACKSON (1986)

En la ocurrencia de DIARIAMENTE, el ítem "Puedo entender con facilidad como se sienten los pacientes" presenta un 73,1% de médicos residentes, todos los demás ítems, menos el N° 21 que tiene un porcentaje del 50,0%, aparecen en esta ocurrencia con 70,0% o más, destacándose el ítem "Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros" con 92,3%, y seguidamente con 80,7%, los ítems que tienen los siguientes enunciados: " Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan los pacientes"; "Tengo facilidad para crear un clima agradable con mis pacientes a los que trato"; "Me siento animado después de trabajar en contacto con los pacientes" y "He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión". Por último, el ítem "Me siento muy activo o con mucha vitalidad" que tiene un 76,9% de médicos investigados.

CUADRO Nº 11**DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES****DISTRIBUCIÓN DE LOS RESIDENTES INVESTIGADOS SEGÚN****NIVELES DE LAS DIMENSIONES DEL PRUEBA DE MÁSLACH****DEPARTAMENTO DE MEDICINA CRÍTICA Y EMERGENCIA****HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS****UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA****CARACAS. VENEZUELA. JUNIO 2010**

NIVEL DE DESGASTE LABORAL	CANSANCIO EMOCIONAL F (%)	DESPERSONALIZACIÓN F (%)	REALIZACIÓN PERSONAL F (%)
BAJA	5 (19,2)	6 (23,1)	6 (23,1)
MEDIA	16 (61,5)	14 (53,9)	15 (57,6)
ALTA	5 (19,2)	6 (23,1)	5 (19,2)
TOTAL	26 (100,0)	26 (100,0)	26 (100,0)
X ± S	22,2 ± 11,0	8,7 ± 7,6	40,4 ± 7,8

FUENTE: PRUEBA DE MÁSLACH-JAKSON (1986)

Al relacionar las dimensiones que componen el desgaste profesional con los niveles de desgaste profesional, se determinó en los veintiséis médicos residentes, que para la dimensión CANSANCIO EMOCIONAL el 61,5% corresponde al nivel medio, siendo este porcentaje el más elevado para todos los niveles y las otras dimensiones.

En CANSANCIO EMOCIONAL, el restante porcentaje se reparte por igual con 19.2% para el nivel alto y bajo.

En la dimensión DESPERSONALIZACIÓN se encontró que el nivel medio predomina con un 53,9%, siendo por igual el 23,1% para los niveles bajo y medio.

Para la dimensión REALIZACIÓN PROFESIONAL, aparece predominado otra vez el nivel medio con un 57,6%, correspondiendo el 23,1% al nivel bajo y el 19,2% al nivel alto.

Los valores medios y de desviación estándar ($X \pm S$) de las dimensiones fueron para CANSANCIO EMOCIONAL $22,2 \pm 11,0$; DESPERSONALIZACIÓN $8,5 \pm 7,6$ y para REALIZACIÓN PERSONAL $40,4 \pm 7,8$., que corresponden de acuerdo a la Tabla N° 1 a niveles medios de desgaste profesional.

No se determinó una asociación significativa entre los niveles de desgaste laboral y las dimensiones, dado el valor del CHI^2 que fue de 0,380 (gl = 4; $P < 0,984$).

CUADRO Nº 12**DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES****DISTRIBUCIÓN DE LOS RESIDENTES INVESTIGADOS SEGÚN****ÁREA LABORAL Y NIVELES DE LA DIMENSIÓN CANSANCIO****EMOCIONAL DEL PRUEBA DE MÁSLACH****DEPARTAMENTO DE MEDICINA CRÍTICA Y EMERGENCIA****HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS****UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA****CARACAS. VENEZUELA. JUNIO 2010**

ÁREA LABORAL	NIVELES DE CANSANCIO EMOCIONAL			TOTAL (%)
	BAJO	MEDIO	ALTO	
	F (%)*	F (%)*	F (%)*	
EMERGENCIA	2 (16,7)	8 (66,7)	2 (16,7)	12 (46,2)
UCI	2 (20,0)	6 (60,0)	2 (20,0)	10 (38,4)
NEONATOLOGÍA	1 (25,0)	2 (50,0)	1 (25,0)	4 (15,4)
TOTAL	5 (19,2)	16 (61,5)	5 (19,2)	26 (100,0)

* PORCENTAJE EN BASE A SUB TOTALES HORIZONTALES

FUENTE: PRUEBA DE MÁSLACH –JAKSON (1986)

En las tres áreas laborales predominó el nivel medio de la dimensión CANSANCIO EMOCIONAL, siendo 66,7% en Emergencia, 60,0% en la UCI

y 50,0% en Neonatología. Con respecto al nivel bajo y alto, los porcentajes en el mismo orden fueron de 16,7%, 20,0% y 25,0%.

No se encontró una asociación significativa entre el área laboral y las categorías de la dimensión CANSANCIO EMOCIONAL, dado el valor del PRUEBA DE FISHER (EXTENSIÓN FREEMAN - HALTON) que fue de 0,999 ($P < 1,000$).

CUADRO Nº 13**DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES****DISTRIBUCIÓN DE LOS RESIDENTES INVESTIGADOS SEGÚN****ÁREA LABORAL Y NIVELES DE LA DIMENSIÓN****DESPERSONALIZACIÓN DEL PRUEBA DE MÁSLACH****DEPARTAMENTO DE MEDICINA CRÍTICA Y EMERGENCIA****HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS****UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA****CARACAS. VENEZUELA. JUNIO 2010**

ÁREA LABORAL	NIVELES DE DESPERSONALIZACIÓN			TOTAL (%)
	BAJO F (%)*	MEDIO F (%)*	ALTO F (%)*	
EMERGENCIA	3 (25,0)	6 (50,0)	3 (25,0)	12 (46,2)
UCI	3 (30,0)	5 (50,0)	2 (20,0)	10 (38,4)
NEONATOLOGÍA	1 (25,0)	2 (50,0)	1 (25,0)	4 (15,4)
TOTAL	7 (26,9)	13 (50,0)	6 (23,1)	26 (100,0)

* PORCENTAJE EN BASE A SUB TOTALES HORIZONTALES

FUENTE: PRUEBA DE MÁSLACH –JAKSON (1986)

En las tres áreas laborales predomina, nuevamente, el nivel medio de la dimensión DESPERSONALIZACIÓN, siendo igual en las tres al aparecer 50,0% en cada ÁREA LABORAL. En el nivel bajo, para Emergencia hubo 25,0% al igual que en

Neonatología, siendo del 30,0% en la UCI. Para el nivel alto, la distribución fue 25,0% Emergencia y Neonatología y 20,0% para la UCI. No se encontró una asociación significativa entre el área laboral y las categorías de la dimensión DESPERSONALIZACIÓN, dado el valor del PRUEBA DE FISHER (EXTENSIÓN FREEMAN - HALTON) que fue de 0,999 ($P < 1,000$).

CUADRO N° 14

**DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES
DISTRIBUCIÓN DE LOS RESIDENTES INVESTIGADOS SEGÚN
ÁREA LABORAL Y NIVELES DE LA DIMENSIÓN
REALIZACIÓN PROFESIONAL DEL PRUEBA DE MÁSLACH
DEPARTAMENTO DE MEDICINA CRÍTICA Y EMERGENCIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
CARACAS. VENEZUELA. JUNIO 2010**

ÁREA LABORAL	NIVELES DE REALIZACIÓN PROFESIONAL			TOTAL (%)
	BAJO F (%)*	MEDIO F (%)*	ALTO F (%)*	
EMERGENCIA	2 (16,7)	7 (58,3)	3 (25,0)	12 (46,2)
UCI	2 (20,0)	6 (60,0)	2 (20,0)	10 (38,4)
NEONATOLOGÍA	1 (25,0)	2 (50,0)	1 (25,0)	4 (15,4)
TOTAL	5 (19,2)	15 (57,7)	6 (23,1)	26 (100,0)

* PORCENTAJE EN BASE A SUB TOTALES HORIZONTALES

FUENTE: PRUEBA DE MÁSLACH –JAKSON (1986)

En las tres áreas laborales predomina otra vez, el nivel medio de la dimensión REALIZACIÓN PERSONAL, siendo para Emergencia 58,3%, 60,0% en la UCI y 50,0%

en Neonatología. En el nivel bajo, para Emergencia hubo 16,7%, 20,0% en la UCI y 25,0% en Neonatología. En el nivel ALTO, aparece 25,0% por igual en Emergencia y Neonatología, siendo el 20% para la UCI: No se encontró una asociación significativa entre el área laboral y las categorías de la dimensión REALIZACIÓN PERSONAL, dado el valor del PRUEBA DE FISHER (EXTENSIÓN FREEMAN - HALTON) que fue de 1,000 ($P < 1,000$).

CUADRO Nº 15**DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES****DISTRIBUCIÓN DE LOS RESIDENTES INVESTIGADOS SEGÚN****EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL****DEPARTAMENTO DE MEDICINA CRÍTICA Y EMERGENCIA****HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS****UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA****CARACAS. VENEZUELA. JUNIO 2010**

DESGASTE PROFESIONAL	FRECUENCIA (%)
AUSENCIA	3 (11,5)
TENDENCIA	18 (69,3)
PRESENTE	5 (19,2)
TOTAL	26 (100,0)
X ± S	71,2 ± 20,0

FUENTE: PRUEBA DE MÁSLACH-JAKSON (1986)

Una vez realizada la evaluación a los veintiséis médicos, se pudo conocer que en el 11,5% de ellos no estaba presente el Síndrome de desgaste profesional en el 69,3%

se presentó con tendencia a aparecer y solo en 19,2%, es decir en cinco médicos residentes está presente el Síndrome mencionado. El valor medio y de desviación estándar fue respectivamente de 71,2 puntos con 20,0.

Se determino que la categoría TENDENCIA fue significativamente predominante de acuerdo a la Prueba de Bondad de Ajuste (significativa ($\text{CHI}^2 = 13,903$; $\text{gl} = 2$; $P < 0,001$).

DISCUSIÓN.-

La población del presente estudio está distribuida de la siguiente manera de acuerdo a lo reportado en el cuadro N°5: de los 26 médicos residentes, 12 (46,2%) laboran en emergencia, 10 (38,4%) en la UCI y 4 (15,4%) en Neonatología (ver anexo 4).

En el cuadro N° 15 se encontró que 18(69,3%) de la población presento una tendencia a desarrollar Desgaste Profesional, con una predominancia estadísticamente significativa de acuerdo a las pruebas de bondad de ajuste, similar al resultado obtenido en otros estudios.^(8,13,25) 5(19,2%) presentan Desgaste Profesional en un nivel medio, 3(11,5%) no presenta Desgaste Profesional. Estos valores se corresponden con los resultados obtenidos en numerosos estudios;^(3,7,10,11,13) se observa gráficamente en el anexo 9. En el cuadro N°12 se puede analizar las dimensiones del Desgaste Profesional se estableció que para la dimensión Cansancio Emocional, el nivel medio correspondió a 8(66,7%), siendo este porcentaje el más elevado de todas las dimensiones ,graficado en el anexo 5. en el cuadro N° 11 se reporta que para Despersonalización el nivel medio con 14 (53.9%) , para Realización Profesional aparece otra vez el nivel medio predominante con un 57,6%; en el cuadro N°15 encontramos los valores medios y de desviación estándar ($X \pm S$) para cansancio emocional $22,2 \pm 11$, despersonalización $8,5 \pm 7,6$; y realización personal $40 \pm 7,8$; estos valores se corresponden con los resultados obtenidos en numerosos estudios. (^{3,10,14,15}), representado gráficamente en los anexos 6-8.

Estos resultados se pueden justificar de acuerdo al planteamiento psicodinámico realizado por Fischer ^(16,17) el cual postula que el desgaste profesional es producto de

una herida narcisista en el médico, se desencadena cuando el profesional es expuesto a los factores concurrentes del Desgaste Profesional, organizacionales, laborales y personales; algunos factores se encuentran en el presente estudio como son: jornadas laborales prolongadas con turnos de guardia, turnos rotativos o nocturnos. En el cuadro N°7 encontramos que el promedio de horas laborales al día es 13,7 horas. Cumpliendo la jornada laboral en áreas como la emergencia o la unidad de terapia intensiva siendo sometidos en forma continua a sonidos, iluminación artificial continuos y temperatura que se tornan estresantes, laborar con pacientes que en su mayoría presenta situaciones inesperadas, muy cercanas a la muerte, donde se dispone de un periodo de tiempo muy corto para decidir conductas y terapéuticas que requiere el paciente para su patología. ⁽¹⁸⁾

En el sexo femenino correspondió a 15 (57,6%) reportado en el cuadro N° 2. Se ha reportado que en el sexo femenino la presencia del cansancio físico es cansadas, sin embargo presentan menos despersonalización ya que por los roles de cuidadora y estar vinculadas con más frecuencia a situaciones emocionales, presentan menor nivel en esta dimensión. ⁽²¹⁾

En este estudio, la mayoría no viven en pareja 17 (65,4%) siendo esta última característica estadísticamente significativa, valores que se encuentran en el cuadro N°7 junto a otro factor concurrente lo representa el poco grado de conocimiento sobre el rol a desempeñar, práctico y teórico ya que en esta población se trabajo con médicos residentes en periodo de aprendizaje donde de forma progresiva van acumulando estas fortalezas. ^(3,21,22,26)

Estos factores son percibidos como una situación agresora a la propia integridad biopsicosocial generándose representaciones y sentimientos desfavorables hacia

objetos significativos introyectados, en este caso el ejercicio profesional; esta situación genera una amenaza para el equilibrio del Yo, activándose mecanismos de defensa como la negación, donde aunque el médico haga manifiesto su cansancio físico, el cansancio emocional se mantendrá para el desconocido ^(17,18) quedando evidenciado en la polarización de las ocurrencias de los ítems de la dimensión cansancio emocional al sumar los porcentajes diariamente, varias y algunas veces a la semana como aparece representado en el cuadro N°8 ítem n°2. Al final de la jornada me siento agotado 21 (80%), ítem cansadas, sin embargo presentan menos despersonalización ya que por los roles de cuidadora y estar vinculadas con más frecuencia a situaciones emocionales, presentan menor nivel en esta dimensión. El ítem n°14 Creo que estoy trabajando demasiado, ítem N°16 Siento que trabajar directamente con pacientes me produce bastante estrés 7(26,9%), ítem n°20 Me siento exhausto 13 (50%).

Simultáneamente el otro extremo está representado por los ítems cuyas ocurrencias estuvieron hacia el polo de nunca sumados con de al menos alguna vez al año y al menos alguna vez al mes presentados en el cuadro N°8: ítem n°6 Para mi trabajar todo el día con pacientes es un gran esfuerzo 21(78,8%), ítem n°13 Me siento frustrado en mi trabajo 24(92,1) ítem n° 16 Siento que trabajar directamente con pacientes me produce bastante estrés 14(53,9%).

Con la negación encontramos otros mecanismos de defensa como son el aislamiento ⁽¹⁸⁻²⁰⁾ que se activa de forma generalizada contra las pulsiones en este caso agresivas hacia la conservación del ideal del Yo, representado por la profesión, interrumpiendo los pensamientos que hilan las conexiones entre las emociones y las representaciones del acto médico apareciendo una actitud fría y distante, poco empática en la relación médico paciente.

Aunque el valor de despersonalización reportado en el cuadro N°11 es de un nivel medio correspondiente a 13(50%) el aislamiento del hacia el paciente lo podemos evidenciar en los ítems de la Dimensión Despersonalización presentados en el cuadro N°10 como son: ítem n°10 Me he vuelto más insensible con la gente desde que tengo esta profesión (23,8%), ítem n°15 No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunos pacientes a los que tengo que atender 7(27,8), Ítem n°5 Creo que trato a los pacientes como si fueran objetos 5(19,2%).

Al encontrarse el médico en una actitud fría y distante hacia los paciente comienza un trato agresivo hacia la representación del objeto significativo introyectado.

Llevando el médico, de esta forma a percibir culpa y ansiedad. Siendo necesario mantener las defensas antes mencionadas, posiblemente profundizar aun más; utilizando otros mecanismos narcisistas como la omnipotencia donde el médico distorsiona sus rasgos positivos aumentándolos y minimiza los atributos de los otros sujetos con el fin de no percibir la angustia de sus fallos profesionales y las agresiones hacia los pacientes. ^(18,19)

Lo antes planteado puede explicar en la dimensión Realización Profesional caracterizado por una polarización hacia la satisfacción laboral cuyos valores esta presentes en el cuadro N°14 predominando un nivel medio con un valor de 15 (57,7%) y gráficamente se representa en el anexo 8. En casi todos los ítems de esta dimensión las ocurrencias se reportan hacia el polo de diariamente. Una muestra de esto la tenemos representado en los ítems representados en el cuadro N° 9: Ítem n°7 Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan los pacientes, junto con negación en los ítems: n°12 Me siento muy activo o con mucha vitalidad n°18 Me siento animado después de trabajar en contacto con los pacientes.

De tal manera que el Yo trata de mantener el equilibrio psíquico pero el Agotamiento físico sigue manifestándose debido a que durante el ejercicio profesional se somete a un conjunto de estresores prolongados en el tiempo que progresivamente van desgastando tanto la esfera psíquica como la física, para mantener sus labores diarias.⁽¹⁸⁾

En este estudio se encontró un alto porcentaje en la tendencia junto a niveles medio de Cansancio Emocional, sinergismo que pudiera aumentar la presencia del Desgaste Profesional en estos médicos; ya que varios autores plantean que el cansancio emocional es la dimensión desencadenante para presentar Desgaste Profesional ^(5,6)

El Desgaste Profesional se pudiera manifestar en forma insidiosa favorecido por la existencia de factores que de acuerdo a varios autores atenúan o protegen al profesional de esta entidad, reportándose en el presente estudio:

La presencia de hijos, la cual fue estadísticamente significativa reportado en el cuadro N° 4; con un valor 17(65,4%). Se ha descrito que la presencia hasta dos hijos es protectora por ser un motivador social y aumenta las redes de apoyo del personal sanitario, ^(3,6,21) aunado la mayor frecuencia del sexo femenino, presentan menos incidencia de Desgaste Profesional por manejar mejor las situaciones emocionales por el rol de cuidadora y por contar con mayores redes de apoyo aunque son más sensibles al desgaste emocional. ^(3,16,21)

Otro factor protector sería la edad que en el presente estudio se ubicó en un promedio de 35,4 años reportado en el cuadro N° 1, tratándose de sujetos jóvenes que en su mayoría presenta una rápida recuperación al cansancio físico. Los cuales se encuentran motivados en su profesión ya que están realizando su formación

académica. Estos médicos se encuentran en un periodo de transición entre la idealización y la frustración de no alcanzar las expectativas de éxito planteadas al inicio del desempeño laboral; simultáneamente cuentan con sistemas de defensa competentes, que les permite adaptarse a las situaciones vivenciadas. El valor medio de años de antigüedad encontrado fue de 5,7 años reportado en el cuadro N° 6, período que varios autores plantean como asintomático para el Desgaste Profesional por lo antes descrito. (3, 21,22, 28)

Otra aproximación a la misma puede basarse en las Teorías Socio Cognitivas y Transaccionales de Estrés Laboral como una respuesta al estrés laboral percibido que surge tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales no son eficaces para reducir ese estrés laboral percibido. Esta respuesta supone una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias y se inicia con el desarrollo conjunto de baja realización profesional, junto a altos sentimientos de agotamiento emocional. Las actitudes de despersonalización se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales ante la experiencia crónica de baja realización. (6,21)

No se encontró una diferencia significativa entre las distintas áreas de trabajo de la unidad de Emergencia y Medicina Crítica con respecto las categorías de las dimensiones del Desgaste Profesional; sin embargo se encontró mayor frecuencia e intensidad del Desgaste Profesional en los médicos que laboran en emergencia como en la evidencia recogida. (7, 9,15)

Estos valores puede deberse a que los médicos que pertenecen a la emergencia reúnen características socio demográficas más parecidas al perfil susceptible para el Desgaste Profesional como son menor edad, menos, años de experiencia profesional,

mayor número de guardias ⁽¹⁵⁾; posiblemente aunado a la teoría antes descrita citaremos la teoría de la conservación de los recursos planteada por Hoppoll y Freddy en la cual el Desgaste Profesional se produce por la falta de percepción de equidad o falta de ganancia que desarrollan los sujetos como proceso de comparación social al establecer relaciones interpersonales.⁽⁶⁾ Los sujetos que realizan trabajo de atención a personas establecen relaciones con las personas a quien prestan el servicio esperando una gratificación empática, pero cuando el sujeto da más de lo que recibe desarrolla el Desgaste Profesional y en el área de la emergencia posiblemente las expectativas de ganancias del médico son más difíciles de lograr en vista de la rapidez en los contactos con los pacientes, los horarios rotativos, muchas veces lo agudo y la gravedad de los pacientes; la dificultad de establecer grupos de apoyo , y de obtener reconocimiento por parte de los superiores. ⁽¹⁴⁾

En cuanto al 11,5% reportado en el cuadro N°15 pudiera ser que estos médicos contaran con una red de apoyo social satisfactoria , mecanismos de afrontamiento activos y factores protectores ya descritos junto con la presencia de pareja estable, buenas relaciones con compañero laborales, conocimiento de desempeño ^(3, 21,28) que permite al profesional funcionar apropiadamente ante los estresores pudiendo manifestarse en el presente investigación con esta polarización de los ítems hacia el disfrute laboral en las ocurrencias diariamente y el no sentir cansancio físico ni emocional manteniendo una actitud optimista.

Esta actitud emprendedora y optimista pudiera tratarse de “un constructo motivacional positivo relacionado con el trabajo que esta caracterizado por el vigor, la dedicación, y absorción denominado “*engagement*”. Se refiere a un estado cognitivo-

afectivo persistente en el tiempo que no está focalizado en un objeto o conducta específica. ⁽³²⁾

El “*engagement*” ha sido definido como un concepto motivacional positivo relacionado con el trabajo y la vida, enfatizado por el vigor, la dedicación y la absorción. El vigor hace referencia a altos grados de vitalidad y afán de esforzarse en el trabajo diario. La dedicación esta vinculada al entusiasmo, inspiración y retos que propician; la sensación de que el tiempo pasa sin darnos cuenta es una característica típica de la absorción. Puesto que tanto la dedicación, como la absorción y el vigor se centran en evaluar experiencias positivas subjetivas, cabe esperar que las tres dimensiones del “*engagement*” estén entre sí positivamente correlacionadas. ⁽³²⁾ Puede ser este un tema de futuras investigaciones, al igual que sería de gran interés realizar investigaciones longitudinales sobre el Desgaste Profesional.

En el presente trabajo encontramos como limitantes que posiblemente las respuestas se encuentren sesgadas ya que la población pertenecía a un Hospital Universitarios donde la motivación es muy elevada ya que los médicos residentes se encuentran realizando postgrados con el fin de mejorar su formación para percibir mayores beneficios, de forma empírica se evidencia fácilmente una mayor despersonalización que la reportada, posiblemente esto se deba a que la información pudiese estar coaccionada por las alternativas del inventario.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es de gran importancia las medidas preventivas que se consideren tomar frente al Desgaste Profesional que pudieran presentar los médicos de las Unidades de Emergencia y Cuidados intensivos en vista de minimizar las consecuencias de éste sobre su salud. En el presente estudio se encontró una alta presencia: 88,7% con tendencia o presencia de Desgaste Profesional; 69, 5% de tendencia al Desgaste Profesional, siendo estadísticamente significativo; 19,2% presento Desgaste Profesional en un nivel medio y 11,5% no presento Desgaste Profesional, las tres dimensiones del Desgaste Profesional se encontraron en un nivel medio y los mayores porcentajes de las tres dimensiones se reportaron en la unidad de emergencia.

Existe una gran vulnerabilidad a presentar Desgaste Profesional debido a la presencia de cansancio emocional y a factores socio demográfico concurrente como la ausencia de pareja, laborar en unidades de pacientes críticos y las jornadas laborales prolongadas. Sin embargo por otra parte poseen una serie de características socio demográficas protectoras como son: predominio del sexo femenino, edad promedio relativamente joven de 35,4años, antigüedad laboral corta de 5,7años y la presencia de hijos; siendo estadísticamente representativa esta ultima para este estudio , junto al uso de mecanismo de defensa narcisistas como la negación, aislamiento , idealización y omnipotencia, generados ante factores concurrentes organizacionales , laborales y personales relacionados con el desempeño profesional percibidos como agresores hacia su integridad biopsicosocial , capaces de disminuir la presencia, así como de retrasar la aparición del Desgaste Profesional manteniéndose una alta tendencia. Pero al ser sometidos a estos estresores de manera crónica, estos factores protectores antes

mencionados se debilitan perdiéndose la capacidad de mantener el equilibrio del Yo y apareciendo los síntomas de la enfermedad y sus consecuencias.

Haciendo analogía podemos decir que así como una vela se va consumiendo para brindar su luz; y los leños se transforman en carbón luego de producir una hoguera que nos brinda calor; así mismo el profesional médico se consume, se desgasta y se enferma, a lo largo de su ejercicio y de su servicio prestado.

RECOMENDACIONES

Ya que en más del 88,7% de la población estudiada es susceptible o presenta esta patología, que pudiera ser reversible tomando medidas terapéuticas y preventivas dirigidas a el médico, la organización y el desempeño laboral, planteamos al igual que Flores Lozano ⁽⁹⁾ que el médico necesita recibir psicoeducación para identificar precozmente los síntomas de Desgaste Profesional, entrenamiento en estrategias de afrontamiento activo centrado en el problema (reinterpretar positivamente las situaciones). Aumentar su competencia profesional asistiendo a congresos o jornadas, revisando la literatura científica de su campo profesional y desarrollando la investigación. Planificar la asistencia a cursos de reciclaje y formación continua. Llevar a cabo un rediseño de las tareas como iniciativa individual. Distanciamiento mental del trabajo fuera del horario laboral y entrenamiento en manejo eficaz del tiempo. Tomar pequeños momentos de descanso durante el trabajo.

Hacer ejercicio físico o algún deporte, practicar yoga o relajación, adquirir compromisos ideológicos. Tales descansos sirven como respiros emocionales que facilitan la relajación del sujeto y su distanciamiento psicológico del problema.

Marcar objetivos reales y factibles de conseguir. Evitar la excesiva implicación con el trabajo y con las personas hacia las que se dirigen, enfrentarse con seguridad, suprimir actividades competitivas, disponer de más tiempo para realizar las labores.

Buscar apoyo social buscar nuevas relaciones con amigo, pareja, familia. Es de suma importancia identificar los factores estresantes y la planificación de estrategias para las situaciones estresantes, realizar entrenamiento en manejo de emociones y en asertividad.

Planificar programas de educación para los familiares de los pacientes

relacionados con el trato que espera recibir el personal de salud.

Son mucho las horas de disponibilidad horaria y emocional que tiene que brindar el profesional para sostener un nivel socio-económico digno y adecuado. Para contrarrestar esta realidad social y no caer en el sería necesario y de gran interés optimizar los aspectos organizacionales en vista a su gran importancia como factores presipitantes del Síndrome de Desgaste Profesional .Recomendariamos los siguientes aspectos: generar espacios, grupos en los que los profesionales participen en la resolución de problemas que los inundan día a día .Ateneos y supervisión de casos en los que se expongan casos que sirvan a los compañeros de aprendizaje, en el abordaje y atención de cada caso. Supervisiones grupales o individuales en las que el profesional pueda evaluar junto a otro si lo que esta realizando es correcto o si tendría que modificar su accionar. Seminarios en los que se amplíe la conciencia en los profesionales del riesgo que corren, en caso de no ser conscientes, y prevenir los efectos serios del estrés sostenido en el tiempo, tanto para ellos como para los pacientes .Apoyo social en el trabajo. Los profesionales en sus tareas necesitan ser reconocidos, valorados y fundamentalmente, sentir y percibir que pueden ser ayudados en el momento en que ellos lo necesiten. Grupos de reflexión. Estos grupos, de implementarse en las instituciones de salud, podrían cumplir una función sanadora en las relaciones interpersonales de los equipos de trabajo. A partir de estos grupos, podrían salir a la luz conflictos latentes entre los compañeros, que al no ser develados se manifiestan en conductas que afectan la dinámica laboral y por ende, la producción de los equipos de salud, afectando consecuentemente el vínculo con los pacientes.

REFERENCIAS.

(1) Schernhammer E. Taking their own lives-the high hate of physician suicide.

N Engl J Med 2005; 352 (24): 2473-2476.

(2) Molina A, García M, Alonso M, Cecilia P. Prevalencia de desgaste

profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área

sanitaria de Madrid. Aten prim 2003; 31(9):564-574.

(3) Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M. Influencia de los factores

sanitario hispanoamericano y español en el burnout 2007. Rev Es Salud

Pública Mar-Abr 2009; 83(2):215-230.

(4) Freudenberger L H. Staff burnout. Journal of Social Issues 1974; 30(1):

159-166.

(5). Mingote JC. Síndrome de desgaste profesional. En: Serrano I.

La educación para la salud del siglo XXI. 2ed Madrid España: Editorial Diaz de

Santos; 2002. p. 331-339.

(6) Gil Monte P, Peiro L. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. Anales de Psicología 1999; (2) 2: 61-268.

(7) G Álvarez, Medécigo S, Ibarra C. Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes de un hospital pediátrico en estado de Sonora, México. Bol Med Hosp Infan Mex Ene-Feb 2006;67: 41-51.

(8) Sandoval C, González P, Sanhueza L, Borjas R, Odgers CL. Desgaste profesional en personal profesional de enfermería del hospital de Yumbel. Cuad Méd Soc 2006; 46(4) : 268-273.

(9) Aranda C, Zarate B, Pando M, Sahún J. Síndrome de burnout, variable socio demográficas y laborales en médicos especialistas del Hospital Valentín GómezFarías, México. Revista Colombiana de Salud Ocupacional 2010 ;1(1): 12-16.

(10) Gamona Y, Mosaurieta I, García C, Vargas Z, Mathews S. Síndrome

de desgaste profesional en enfermería que en áreas críticas. Rev

enferm Herediana 2008; 01 (1):33.

(11) Núñez R. Frecuencia del síndrome de desgaste profesional en el personal

de enfermería en las áreas críticas del Hospital Central Universitario Antonio

María Pineda [Tesis de postgrado]. Barquisimeto, Venezuela: Universidad

Cent occidental Lisandro Alvarado de Lara; 2002.

(12) Parada R, Moreno B, Mejías M, Rivas J. Satisfacción laboral y

síndrome de desgaste profesional en el personal de enfermería del

Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes Venezuela 2005. Rev Fac

Nac Salud Publica Medellin Colombia Jan- Jun 2005; 3 (1): 33-45

(13) Cáceres G. Prevalencia del síndrome de desgaste profesional

en personal sanitario militar [Tesis Doctoral]. Madrid España: Universidad

Complutense de Madrid; 2002.

(14) Chacin M. Estrés y desgaste profesional en los médicos residentes

postgrados de la Facultad de Ciencias de la Salud [Trabajo de Investigación] .

Valencia, Venezuela: Universidad de Carabobo; 2010.

(15) Castellanos L. Síndrome de desgaste profesional en personal médico

adscrito y residente de la especialidad de urgencias de un servicio de urgencias

de la Ciudad de México. Revista cubana de medicina intensiva y emergencia

La Habana Cuba 2006; 5 (3): 1-4.

(16) MacKinnon R, Michels R. Psiquiatría clínica aplicada. N.Y: Editorial

Nueva editorial interamericana; México: 1973. p.60.

(17) Fischer, HA. psychoanalytic view of burnout. In: Farber B. Stress and

Bunout in the human service professions New York: editorial Pergamon N.Y

1983. p 40-45.

(18) Flores J A. Síndrome de estar quemado. Barcelona España: Editorial

Edika medí ; Barcelona España 1994, p. 460-500.

(20) Diccionario de psicoanálisis. 2º ed. Barcelona España: Laplanche, J

Pontalis;1993. Mecanismos de defensas; p.17, 259 260, 261, 221,233, 234.

(19) López J, Valdés M. Clasificación de los mecanismos de defensa. En: First

M, Frances A, Pincus H. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos

mentales IV texto revisado criterios diagnósticos Barcelona España: Editorial

Masson. 2005. p 330.

(21) Lee R.T, Ashorth B.E. A metaanalytic examination of the correlate of the

dimension of job burnout. Journal of applied Psychology 1996; 81:123-133.

(22) Guerrero E. Análisis pormenorizado de los grados de desgaste

profesional y afrontamiento del estrés docente en el profesorado universitario.

Revista Anales de Psicología 2003; 19(1):145-158.

(23) Edwards D, Burnard P, Coyle D, Fothergill A, Hannigan B. Stress and burnout in

community mental health nursing. Journal of Psychiatric and Mental Health

Nursing 2000;7:7-14 Disponible en URL: <http://chester.academia.edu>.

Consultado 21/2/11.

(24) Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Calle M, Domínguez V. Síndrome

de desgaste profesional en personal de enfermería en Hospital Madrid. Rev

Esp Salud publica 2004; 78 (4):505- 16.

(25) Maslach C, Schaufeli W, Leiter M. Job burnout. Rev Psy col 2001; 52(1):
397-422.

(26) Prieto L, Roble E, Salazar L M, Daniel E. Desgaste profesional en médico
de atención primaria de Cáceres. Aten PRIM 2002; 29(5): 294-302.

(27) Sánchez M, Delgado A, Alcalde D. Prevalencia de desgaste profesional
en médicos cirujanos del Ortopédico de España. Rev Ortop Traumatología
2005; 45 (5):367-364.

(28) Cebriá J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comás O, García M, et al. Rasgos de
personalidad y desgaste profesional en médicos de familia. Atención Primaria
2001; 27(7): 459-468.

(29) Seisdedos N. Manual MBI, Inventario "Burnout" de Maslach. Madrid
España; Editoriales TEA; 1997.

(30) Lombardi M. Maslach C, Jackson S. MBI. Burnout Inventory Adaptación en
el profesional de enfermería que labora en las áreas críticas del hospital

Universitario de Caracas [Tradajo de Asenso UCV] .Caracas Venezuela:

Universidad Central de Venezuela 2001.

(31) Moreno B, Oliver C, Pastor J, Aragoneses A. El desgastaste profesional

una forma específica de estrés laboral. En: Carballo V, Buela G. Manual de

Psicología Clínica. Madrid, España: editorial Siglo XXI;199. p.271-284.

(32) Manzano G. Desgaste profesional y engagement en un colectivo

profesional universitario.Boletín de Psicología Mar 2000; 74: 79-102.

Anexo 1**Encuesta****Socio****demográfica****# Ficha: Edad: Sexo:****Vive en pareja Si No** **Nro. ° de hijos****Años de Trabajo como medico:****Años de residencia en curso****Unidad donde labora:****Nº de horas laboradas al día:**

Anexo 2

CUESTIONARIO APLICADO DE MBI (MALASH DESGASTE PROFESIONAL INVENTORY)

A continuación encontrará 22 frases relacionadas con los sentimientos que usted experimenta en su trabajo. Lea cada frase y responda marcando la frecuencia con que ha tenido ese sentimiento de acuerdo a la escala siguiente:

	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca	Pocas veces al año	Una vez al mes	Pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3. Me siento fatigado cuando me levanto en							

la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo							
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes							
5. Creo que trato algunos pacientes como si fueran objetos							
6. Para mi trabajar todo el día con pacientes es un gran esfuerzo							
7. Trato muy eficazmente los problemás que presentan los pacientes							
8. Me siento destrozado por mi trabajo							
9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi							

trabajo en la vida de los demás							
10.Me he vuelto más insensible con la gente desde que estoy ejerciendo esta profesión							
11.Me preocupa el hecho de que este trabajo me este endureciendo emocionalmente							
12.Me siento muy activo							
13.Me siento frustrado con mi trabajo							
14.Creo que estoy trabajando demasiado							
15.No me preocupa realmente lo que ocurra a algunos pacientes de los que les doy servicios							
16.Siento que trabajar							

directamente con pacientes me produce estrés							
17. Fácilmente puedo crear un clima agradable con los pacientes a los que les doy servicios							
18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con pacientes							
19. He conseguido muchas cosas útiles con mi profesión							
20. Me siento exhausto							
21. En mi profesión trato los problemás emocionales con mucho calma							

22. Creo que los pacientes que trato me culpan de algunos de sus problemás							
23.							

Anexo3

Estadística referencial para la interpretación de los resultados:

CATEGORIAS	QUARTILES
Baja	<Q
Media	Q-Q
Alta	>Q

POSICION DE LOS QUARTILES	
Q	6,75
Q	20,25

* Para n =26

Posición

$$Q=(n+1)/4$$

$$Q= (3n+3)/4$$

Valores de los cuartiles	Q	Q
Cansancio Emocional	13	30
Despersonalización	1,75	15,5
Realización Profesional	35,75	46

PUNTUACION DIRECTA PARA DETERMINAR LAS VARIABLES DEL SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL EN EL MBI (MALASH DESGASTE PROFESIONALINVENTORY)

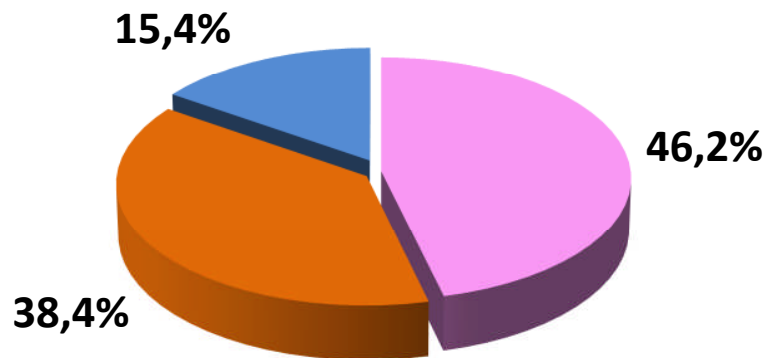
VARIABLE	PREGUNTAS	PUNTUACION MAXIMA
CANSANCIO EMOCIONAL	1,2,3,6,8,13,14,16 Y 20	54
DESPERSONALIZACION	5,10,11,15 Y 22	30
REALIZACION PROFESIONAL	4,7,9,12,17,18,19 Y 21	48

Anexo 4

DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES

DISTRIBUCIÓN DE LOS RESIDENTES INVESTIGADOS SEGÚN ÁREA LABORAL

DEPARTAMENTO DE MEDICINA CRÍTICA Y EMERGENCIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO. UNIVERSIDAD CENTRAL
DE VENEZUELA. CARACAS. VENEZUELA. JUNIO 2010.



EMERGENCIA UCI NEONATOLOGÍA

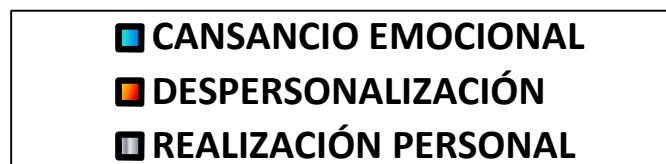
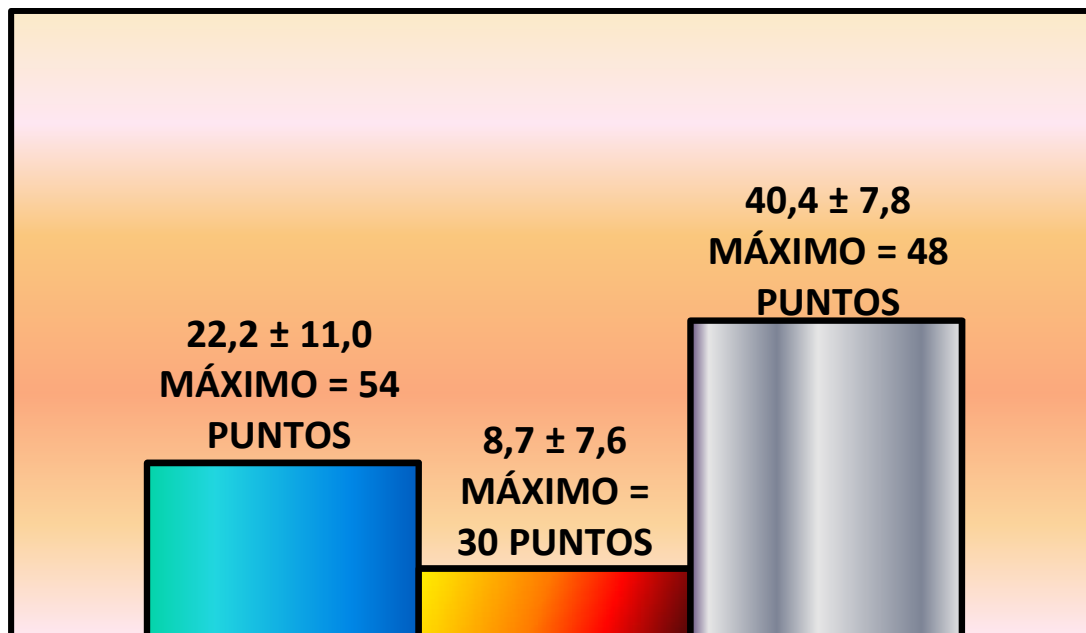
FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO (MATA, UNDA, 2010)

Anexo 5

DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES

VALORES MEDIOS Y DE DESVIACIÓN ESTÁNDAR DE
LAS PUNTUACIONES DE LAS DIMENSIONES DEL
PRUEBA DE MALACH OBTENIDAS POR LOS MÉDICOS
RESIDENTES

DEPARTAMENTO DE MEDICINA CRÍTICA Y EMERGENCIA



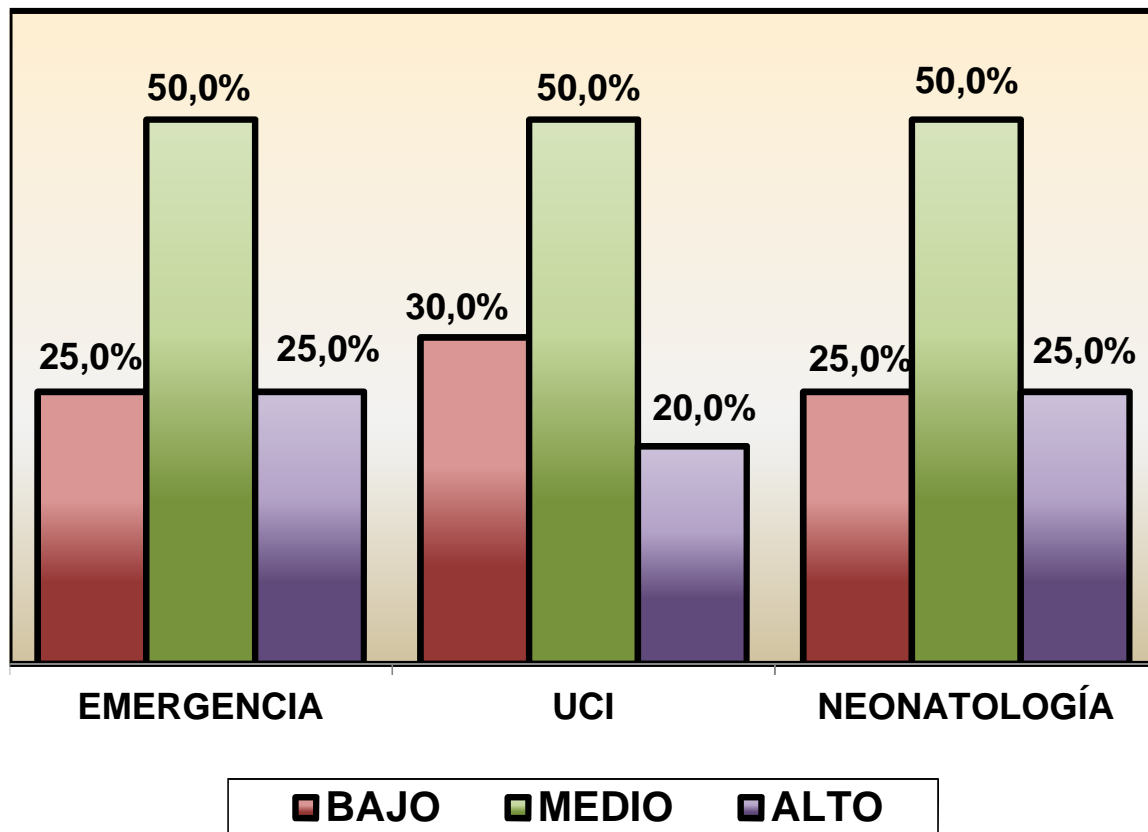
FUENTE: PRUEBA DE MASLACH (1986)

Anexo 6

DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES

DISTRIBUCIÓN DE LOS RESIDENTES INVESTIGADOS SEGÚN ÁREA LABORAL Y NIVELES DE LA DIMENSIÓN DESPERSONALIZACIÓN DEL PRUEBA DE MASLACH

DEPARTAMENTO DE MEDICINA CRÍTICA Y EMERGENCIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO. UNIVERSIDAD CENTRAL



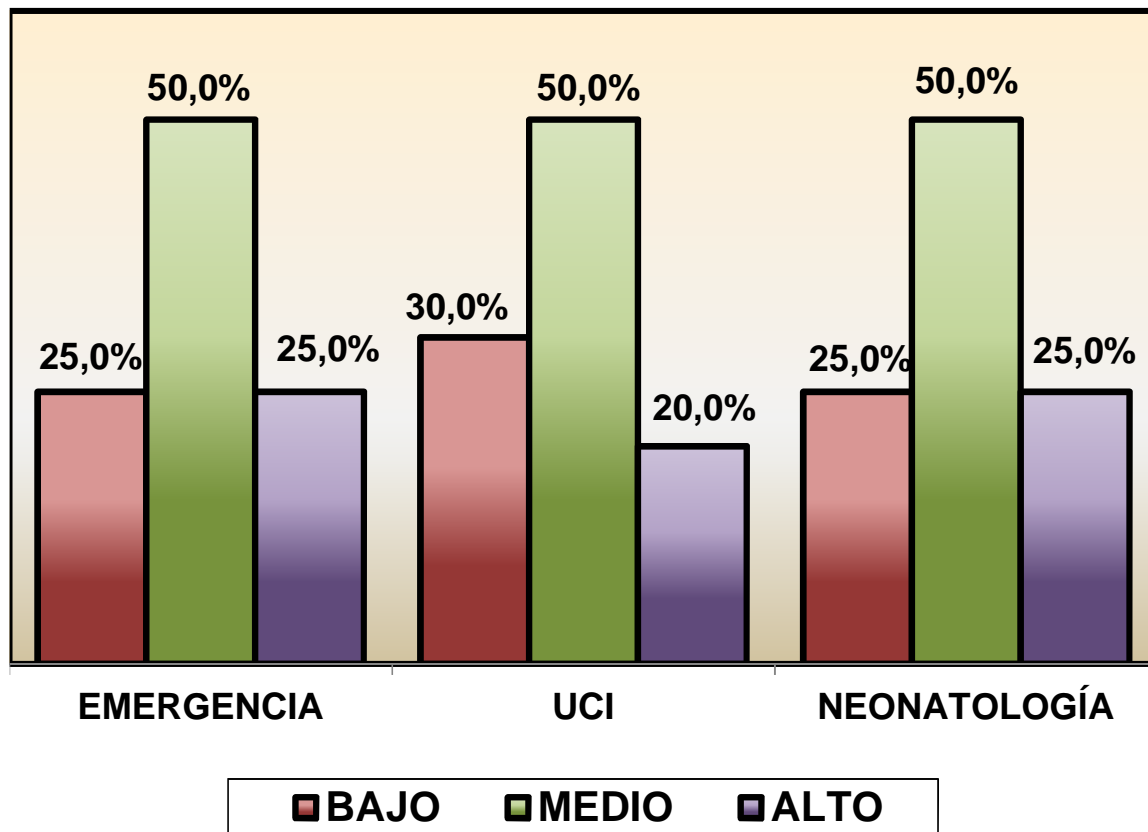
FUENTE: PRUEBA DE MASLACH (1986)

Anexo 6

DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES

DISTRIBUCIÓN DE LOS RESIDENTES INVESTIGADOS SEGÚN ÁREA LABORAL Y NIVELES DE LA DIMENSIÓN DESPERSONALIZACIÓN DEL PRUEBA DE MASLACH

DEPARTAMENTO DE MEDICINA CRÍTICA Y EMERGENCIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO. UNIVERSIDAD CENTRAL



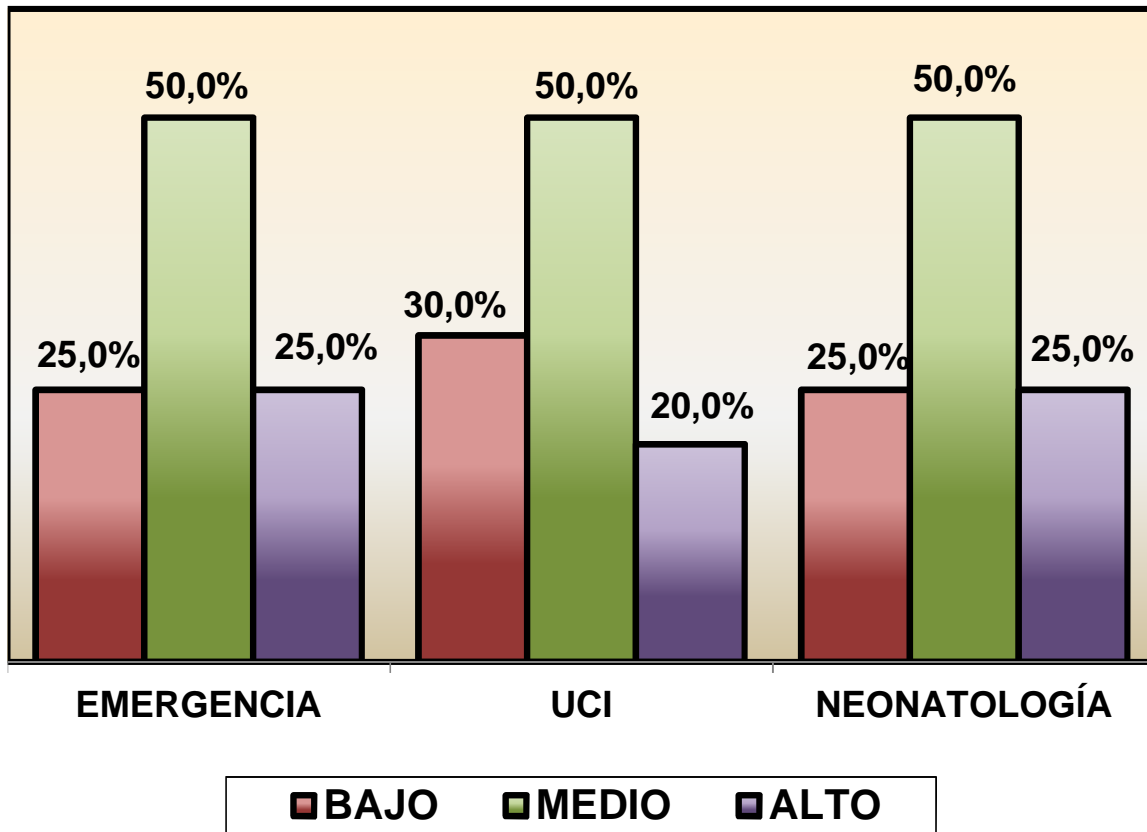
FUENTE: PRUEBA DE MASLACH (1986)

Anexo 7

DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES

DISTRIBUCIÓN DE LOS RESIDENTES INVESTIGADOS SEGÚN ÁREA LABORAL Y NIVELES DE LA DIMENSIÓN DESPERSONALIZACIÓN DEL PRUEBA DE MASLACH

DEPARTAMENTO DE MEDICINA CRÍTICA Y EMERGENCIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO. UNIVERSIDAD CENTRAL



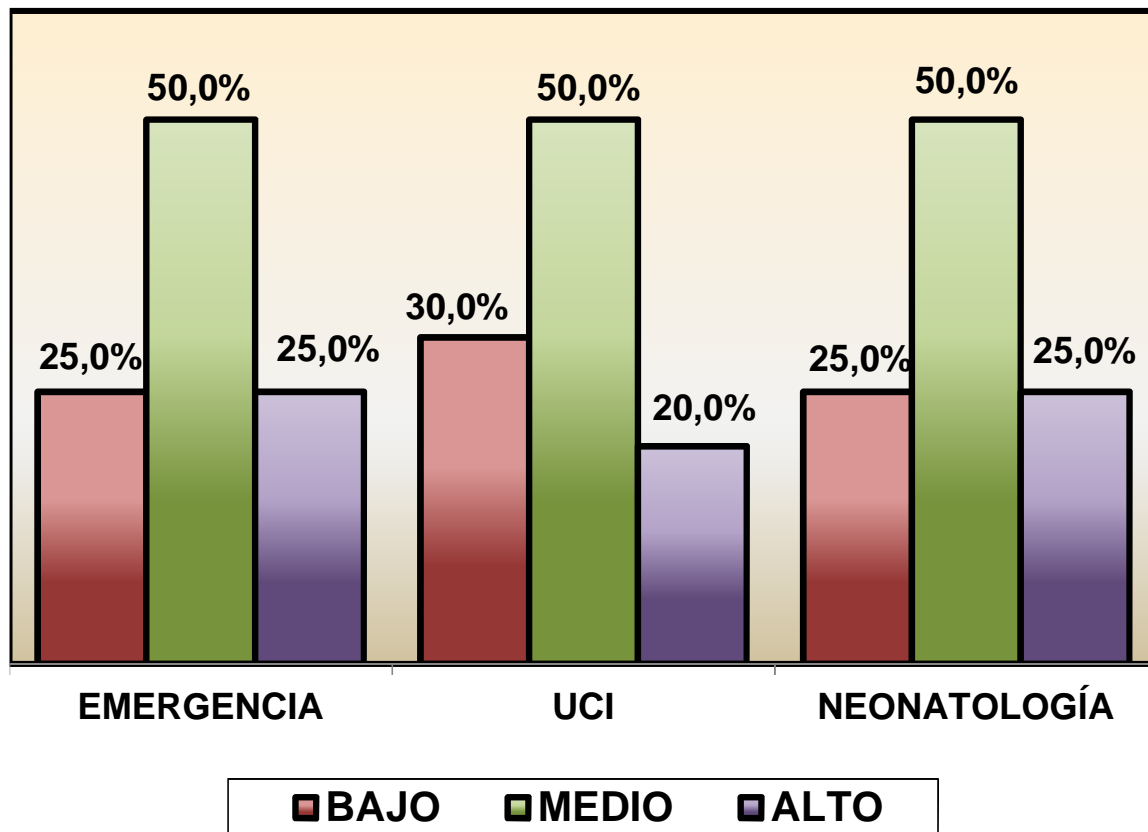
FUENTE: PRUEBA DE MASLACH (1986)

Anexo 6

DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES

DISTRIBUCIÓN DE LOS RESIDENTES INVESTIGADOS SEGÚN ÁREA LABORAL Y NIVELES DE LA DIMENSIÓN DESPERSONALIZACIÓN DEL PRUEBA DE MASLACH

DEPARTAMENTO DE MEDICINA CRÍTICA Y EMERGENCIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO. UNIVERSIDAD CENTRAL



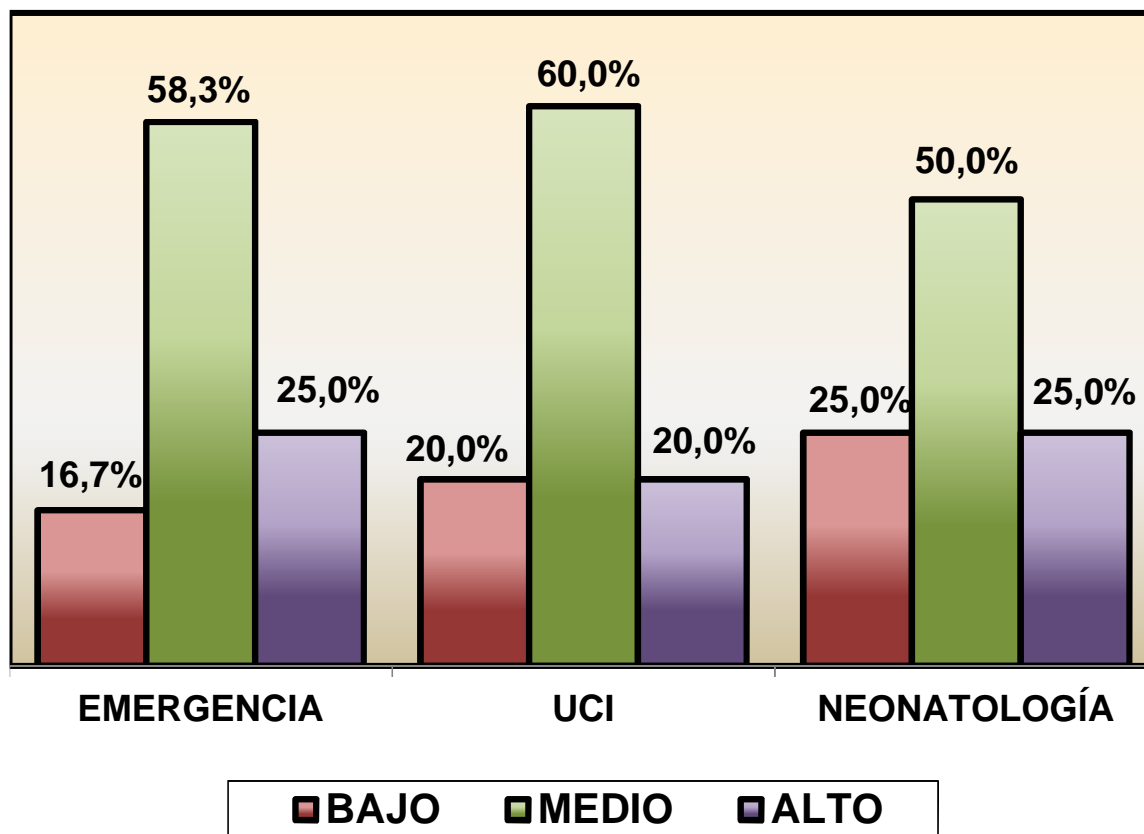
FUENTE: PRUEBA DE MASLACH (1986)

Anexo 8

DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES

DISTRIBUCIÓN DE LOS RESIDENTES INVESTIGADOS SEGÚN
ÁREA LABORAL Y NIVELES DE LA DIMENSIÓN
REALIZACIÓN PERSONAL DEL PRUEBA DE MASLACH

DEPARTAMENTO DE MEDICINA CRÍTICA Y EMERGENCIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO. UNIVERSIDAD CENTRAL

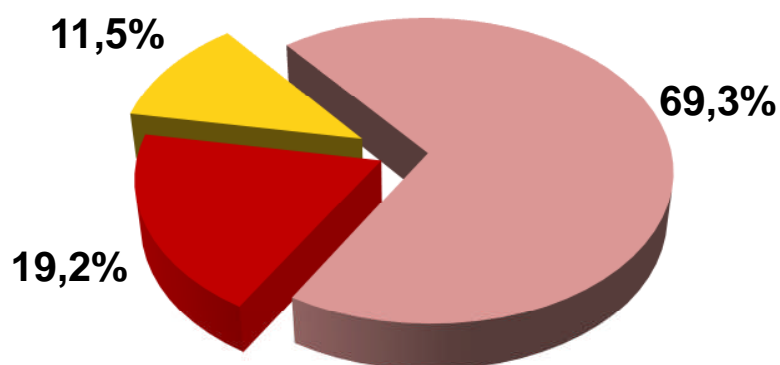


FUENTE: PRUEBA DE MASLACH (1986)

Anexo 9**DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES**

**DISTRIBUCIÓN DE LOS RESIDENTES INVESTIGADOS SEGÚN
EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DEL SÍNDROME DE DESGASTE
PROFESIONAL**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA CRÍTICA Y EMERGENCIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO. UNIVERSIDAD CENTRAL
DE VENEZUELA. CARACAS. VENEZUELA. JUNIO 2010.**



■ AUSENCIA ■ TENDENCIA ■ PRESENTE

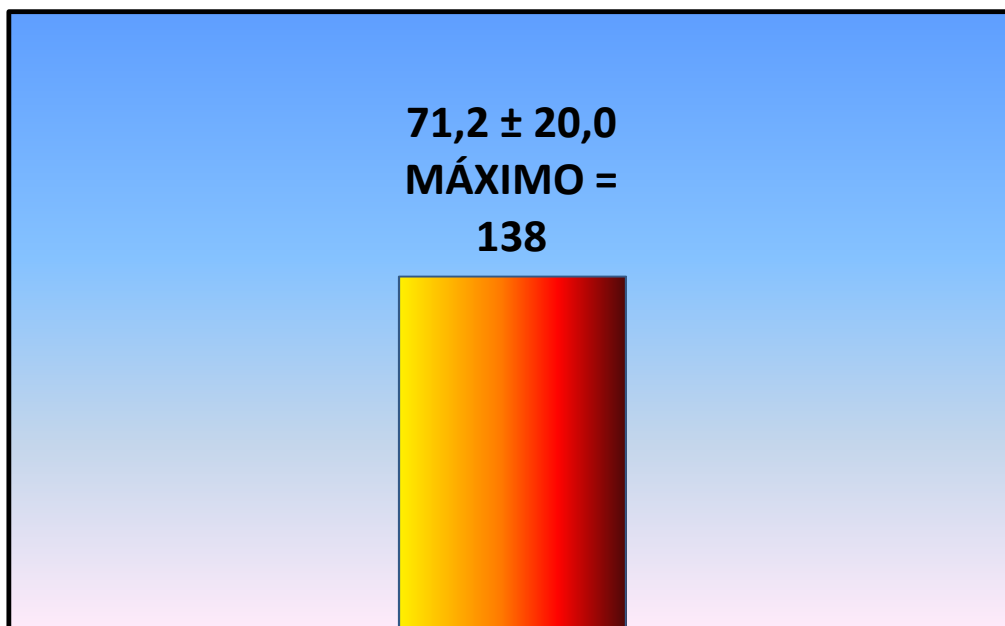
FUENTE: PRUEBA DE MASLACH (1986)

Anexo 10

DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES

VALOR PROMEDIO Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR DE LA
PUNTUACIÓN OBTENIDA POR LOS MÉDICOS
RESIDENTES EN LA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DEL
SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL

DEPARTAMENTO DE MEDICINA CRÍTICA Y



■ SÍNDROME DE BURNOUT

FUENTE: PRUEBA DE MASLACH (1986)