UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGIA GENERAL
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES DE LA ESPECIALIZACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de
Especialista en Cirugía General

Tutor: Pablo Castillo Alfonsi

Nizar Richani Hilal

Caracas, noviembre 2018

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENZUELA
VICERRECTORADO ACADÉMICO
SISTEMA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA, HUMANÍSTICA Y TECONOLÓGICA (SICHT)

FECHA: 28-01-2019

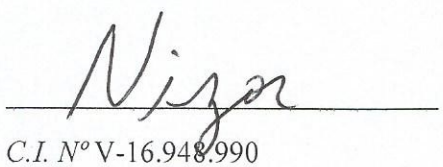
AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN ELECTRONICA DE LOS TRABAJOS DE LICENCIATURA, TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO Y TESIS DOCTORAL DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.

Yo, Nizar Hissam Amin Richani Hilal, autor del Trabajo Especial de Grado "Síndrome de Desgaste Profesional en Médicos Residentes de la Especialización de Cirugía General. Hospital Universitario de Caracas" Presentado para optar: al Título de Especialista en Cirugía General.

Autorizo a la Universidad Central de Venezuela, a difundir la versión electrónica de este trabajo, a través de los servicios de información que ofrece la Institución, sólo con fines de académicos y de investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, Artículo 18, 23 y 42 (Gaceta Oficial Nº 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993).

	Si autorizo
X	*Autorizo después de 1 año*
	No autorizo
	Autorizo difundir sólo algunas partes del trabajo
Indique:	

Firma autor



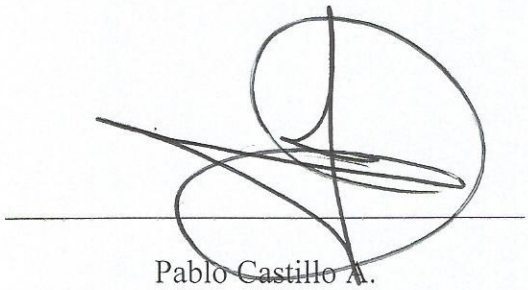
C.I. Nº V-16.948.990

e-mail: nizarrichanih@gmail.com

En Caracas, a los 28 días del mes de enero de 2019

Nota: En caso de no autorizarse la Escuela o Comisión de Estudios de Postgrado, publicará: la referencia bibliográfica, tabla de contenido (índice) y un resumen descriptivo, palabras clave y se indicará que el autor decidió no autorizar el acceso al documento a texto completo.

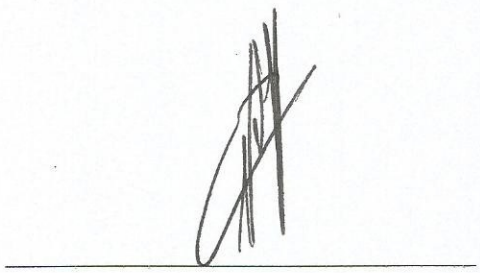
La cesión de derechos de difusión electrónica, no es cesión de los derechos de autor, porque este es intransferible.



Pablo Castillo A.
Tutor



Gustavo Benítez P. Director del Programa de Especialización en Cirugía General



Elías Nakhal H.
Coordinador del Programa de Especialización en Cirugía General

INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
MÉTODOS	21
RESULTADOS	24
DISCUSIÓN	44
REFERENCIAS	51
ANEXOS	57

SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES DE LA ESPECIALIZACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

Nizar Hissam Amin Richani Hilal, C.I. N° V-16.948.990. Sexo: Masculino, E-mail nizarrichanih@gmail.com / nizar_richanih@hotmail.com Telf: 0414-4170367.Dirección: Servicio de Cirugía 1, Hospital Universitario de Caracas.

Tutor: **Pablo Castillo Alfonsi** C.I. N° V-8.036.593. Sexo: Masculino, E-mail: castillocirujano@gmail.com Telf: 0416-6144263. Dirección: Servicio de Cirugía 1, Hospital Universitario de Caracas.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la existencia del síndrome de desgaste profesional (SDP) y los factores de malestar en el ambiente laboral de los médicos residentes de la Especialización de Cirugía General, en el Hospital Universitario de Caracas, en el año 2017. Método: Se aplicó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory y el de Factores de Malestar en el trabajo a los cursantes. Luego, aplicando los estadísticos descriptivos correspondientes se generaron los resultados**.** Resultados: Los médicos residentes presentaron los siguientes criterios diagnósticos de SDP: cansancio emocional 35,48% despersonalización; 61%; falta de realización personal 41,94%. Los factores de malestar laboral fueron: Sobrecarga 29 % y castigo 42 %. Los médicos residentes ubicados en el Servicio de Cirugía II registraron más cansancio que los demás residentes; los de cirugía I presentaron el cansancio más bajo. Los médicos residentes de Cirugía II fueron los más afectados por la despersonalización; los de Cirugía I los menos afectados. Los de cirugía III presentaron falta de realización personal. Conclusión: El SDP existe en los médicos residentes de la Especialización de Cirugía General del Hospital Universitario de Caracas.

Palabras clave: Síndrome de desgaste profesional, médicos residentes, especialización de Cirugía General, Hospital Universitario de Caracas.

SUMMARY

Objective: to determine the existence of the aforementioned syndrome, the related elements and causes of discomfort in students of the Specialization in General Surgery at the University Hospital of Caracas in 2017. Method: The Maslach Burnout Inventory questionnaire and the discomfort questionnaire were applied. in the work to the students. Then, applying the corresponding descriptive statistical techniques, the results were generated. Results: The participants presented as triggers of the Syndrome of Professional Weariness, emotional fatigue 35,48 %, depersonalization 61% and lack of personal fulfillment 41,94 %. The factors of work discomfort were: overload 29%, punishment by 42%. Regarding the demographic profile, the residents located in the surgery II service reported more fatigue than the other residents, and the residents of surgery 1 had lower fatigue. As for depersonalization, the residents of surgery II were the most affected and those of surgery I the least affected. Those in surgery III presented a lack of personal fulfillment. Conclusions: there is the presence of the Syndrome Professional Wear in residents of the General Surgery Specialization

Key words: Professional burnout syndrome, resident doctors, specialization in General Surgery, University Hospital of Caracas.

INTRODUCCIÓN

El tema central de la celebración del Día Mundial de la Seguridad y la Salud en el Trabajo y el título de un nuevo informe de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) es "Estrés laboral un reto colectivo para todos". En ese informe, el síndrome de desgaste profesional (SDP) ocupa un lugar preponderante dentro de las prioridades de esa institución. Además, estudios realizados en las Américas y otras regiones del mundo, también señalan que el SDP es un problema importante de salud. De acuerdo con una encuesta sobre las condiciones de trabajo y la salud realizada en 2012 en América Central, más del 10% de los encuestados reportaron haberse sentido constantemente bajo estrés o tensión, tristes o deprimidos, o con pérdida de sueño debido a sus preocupaciones por las condiciones de trabajo. (1)

La incidencia de los factores psicosociales en la salud de los trabajadores es bien conocida. La Unión Europea hace referencia a una encuesta realizada en el año 1999 en la que se estima que las enfermedades causadas por el estrés, la depresión o la ansiedad, son causantes de 18% de los problemas de salud asociados al trabajo y acarrean dos semanas o más de ausencia laboral. La frecuencia de estas enfermedades es dos veces superior en los sectores de la educación, los servicios sociales y los servicios de salud. (2)

En relación a los denominados factores psicosociales vinculados al SDP, la Dirección de Epidemiología del Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (INPSASEL), de nuestro país, señaló en su reporte de enfermedades ocupacionales del año 2006, la ocurrencia de 131 casos de afecciones causadas por factores psicosociales. Dichos casos representaron el segundo principal problema de salud en los servicios de salud de las Direcciones Estatales de Salud de los Trabajadores y representan el 6,3 % de la población laboral atendida en esas entidades. (2)

La presente investigación está dirigida hacia los médicos residentes cursantes del programa de Especialización de Cirugía General, ofrecida por la Coordinación de Estudios de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (CEPG FM-UCV) y que está adscrito al Hospital Universitario de Caracas (HUC). La referida especialización funciona en sus diferentes servicios de Cirugía: I, II, III y IV.

Planteamiento y delimitación del problema

El SDP fue declarado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000, como un factor de riesgo laboral, ya que afecta la calidad de vida, salud mental y puede convertirse en un riesgo a la vida del individuo que lo padece. No obstante, el problema va más allá: un individuo con SDP posiblemente dará un servicio deficiente a los clientes, será inoperante en sus funciones o se ausentará más veces, exponiendo de esta manera a la organización en la que labora a pérdidas económicas y al incumplimiento de las metas propuestas de la institución. [3-5]

A nivel mundial se ha estudiado este síndrome. La Comisión Europea estima que las enfermedades causadas por estrés, depresión o ansiedad, son causantes de 18% de los problemas de salud asociados al trabajo y genera al menos dos semanas o más de ausencia laboral. [6]

En el área de los servicios de salud, específicamente en el HUC, no se ha estudiado el SDP, ni la relación de los factores de malestar laboral (FML) en sus servicios de cirugía. De existir este problema en los Servicios de Cirugía del HUC y de no ser identificado, se corren dos tipos de riesgo. Por una parte, no se prestaría el mayor y mejor estándar asistencial a los pacientes con enfermedades potencialmente quirúrgica, ya que los médicos residentes pudiesen padecer de una condición que puede afectar negativamente su desempeño laboral y profesional. Por otra parte, también representa un riesgo a la salud de los propios médicos residentes que padezcan el SDP y que por no prestársele a tiempo la atención médica necesaria, pueda acarrear mayores daños a su salud en el corto y mediano plazo. En virtud de lo antes expuesto, el autor se formula las siguientes interrogantes sobre el problema que será objeto de investigación:

¿Existirá el SDP en los médicos residentes cursantes del Programa de especialización en Cirugía General con sede en el Hospital Universitario de Caracas?

¿Cuáles el perfil demográfico de los médicos residentes a estudiar?

¿Existirá el cansancio emocional como criterio diagnóstico de SDP en ellos?

¿Existirá la despersonalización como criterio diagnóstico de SDP en ellos?

¿Existirá la realización personal como criterio diagnóstico de SDP en ellos?

¿Cuáles serán los FML vinculados con la esfera emocional en ellos?

¿Existirá relación entre el perfil demográfico y los criterios diagnósticos de SDP?

Justificación

Los resultados que se desprendan del presente estudio contribuirán al acervo bibliográfico venezolano sobre esta materia y también aportará conocimientos para el abordaje del SDP en grupos semejantes, así como en los FML que puedan encontrarse en la población estudiada.

El HUC en general, su Servicio de Cirugía I, en particular, se beneficiarán de esta investigación la cual ofrecerá una visión panorámica del problema a investigar. A partir de ésta, se podrán diseñar propuestas para optimizar aún más el funcionamiento del referido Servicio, en el caso de encontrarse la presencia del SDP, así como el FML en los médicos residentes a estudiar.

El autor, durante su formación académica en el servicio de Cirugía I del HUC, presenció y formó parte de largas e intensas jornadas laborales, muchas de ellas en condiciones inapropiadas para el quehacer docente y asistencial. Dichas jornadas representaron un acuciante desafío a la resistencia física y psíquica personal del autor y de otros médicos residentes con los cuales interactuó desde el punto de vista laboral y profesional. Como consecuencia de esta situación, el autor, de manera empírica, también observó en muchas ocasiones de manera sistemática el agotamiento de otros médicos residentes, así como elementos de malestar que ellos manifestaban respecto a su entorno laboral. De esta manera, si se detectase la presencia del SDP en los médicos residentes a estudiar se formularán las propuestas de mejora correspondientes para abordarlo.

Antecedentes

En una investigación conducida por Domínguez *et al*, [7] publicada en el año 2017 sobre el SDP en residentes colombianos de cirugía a escala nacional, de tipo analítico transversal, se aplicó el Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) en 202 residentes. Su objetivo fue determinar la prevalencia del SDP en residentes colombianos de cirugía y su variación en función de la edad, el sexo, el tipo de programa, el año de residencia y la región geográfica. La prevalencia del SDP encontrada fue de 33,15 %. No se encontraron diferencias de relevancia entre el puntaje global y el de las subescalas del MBI-HSS entre los residentes con síndrome de desgaste profesional y sin él, de acuerdo con las variables propuestas. La prevalencia del síndrome de desgaste profesional fue mayor en los programas del centro del país (OR=4,76; IC95% 2,0-11,2). El síndrome de desgaste profesional en residentes colombianos de cirugía es una entidad prevalente que no se relaciona con la edad, el sexo, el tipo de programa ni el año de residencia. Existen variaciones regionales que indican un mayor riesgo de síndrome de desgaste profesional entre los residentes de los programas del centro del país, las cuales deben explorarse a profundidad.

En una investigación publicada por Terrones *et al*, [8] en el año 2016, mediante un estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, se buscó determinar la prevalencia del SDP en los médicos residentes del Hospital General de Durango SSD, aplicándose el cuestionario Maslach Burnout Inventory a los residentes de las diferentes especialidades, en el referido hospital. Se entrevistó a un total de 116 residentes, el 43,1 % (50) mujeres y el 56,89 % (66) hombres. La prevalencia general fue de 89,66 % Afectados en una esfera el 48,28 %, en dos esferas el 35,34 % y en las tres esferas el 6,03 %. En las tres esferas, el cansancio emocional alto fue del 41,38 %, alta despersonalización en el 54,31 % y baja realización personal en el 41,38 % .la prevalencia se encuentra por arriba de la reportada. La mayor frecuencia de afectados fue la de despersonalización, seguida por cansancio emocional y al final la realización personal. En las especialidades de ginecología y obstetricia, medicina interna, pediatría y ortopedia los residentes se encuentran afectados en el 100 % y en cirugía específicamente el 87,5 % de su población.

Berdejo [9] en el año 2014 en su trabajo de investigación de postgrado, realizó un estudio descriptivo, transversal, con 133 residentes de especialidades médico quirúrgicas de la

Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, para establecer la prevalencia del síndrome de desgaste laboral en esta población. El autor aplicó el MBI-HSS para detectar la presencia del síndrome y sus categorías y se empleó una plantilla de recolección de datos con variables socio-demográficas, organizacionales y ambientales considerados factores de riesgo para su desarrollo. El autor encontró que los comportamientos de los 3 componentes del síndrome fueron: 78,9% cansancio emocional, 60,8% despersonalización y 76,6% alta realización personal. El estudio demostró alta prevalencia del síndrome, siendo el cansancio emocional el factor más afectado. Sin embargo, se encontró una baja realización personal de los participantes, con asociación estadística entre las relaciones interpersonales, el número de pacientes atendidos y el año académico actual, lo cual sugiere la necesidad de realizar intervenciones de salud ocupacional para mejorar las relaciones de trabajo de los residentes, así como disminuir el número de pacientes a cargo diariamente, lo que generaría un adecuado manejo de las horas laborales y turnos nocturnos. [9]

De acuerdo Arayago *et al,* [10] en el año 2016 se realizó un estudio descriptivo y transversal, fue determinar la prevalencia del SDP en 64 residentes y médicos especialistas del Servicio de Anestesiología de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera", durante el período enero-julio 2015. Los residentes fueron distribuidos según la edad, cargo, el centro de trabajo y los años laborales. Se determinó su situación emocional según el cansancio emocional, despersonalización y realización personal; además de diagnosticar su nivel de estrés laboral de los mismos. Se utilizó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory para indagar la presencia del SDP. Los resultados arrojaron la presencia de SDP en un 64,1% de los médicos encuestados, siendo mayor en los residentes (73,3%), hubo predominio del género femenino (62,5%). En lo referente a cansancio emocional se encontró un 34,4% entre los encuestados, así como un 39,1% representó la despersonalización y 81,2% con falta de realización personal. Se concluyó que el SDP es prevalente en las tres cuartas partes de los médicos, que además tenían 32 años o menos, seis de cada diez eran mujeres y poco más de la mitad eran médicos residentes, demostrándose la necesidad de mejorar las condiciones de trabajo del Servicio de Anestesiología.

Según Kurusis *et al,* [11] en un estudio descriptivo y transversal publicado en el año 2015, realizado en médicos residentes del Postgrado de Cirugía del Hospital Central de Maracay,

para determinar la presencia del SDP, se encontró que dichos médicos estaban sometidos a jornadas laborales que superan las 24 horas. Esto generalmente lleva a un agotamiento físico y emocional que influye sobre el buen desempeño de su trabajo. Los autores aplicaron el Cuestionario de Maslach Bournot Inventory a los 24 residentes de postgrado, que accedieron a participar. Se estableció que efectivamente hay un nivel de SDP elevado en los residentes del Servicio de Cirugía investigado, lo cual queda evidenciado en cada una de las subescalas de evaluación.

Según García *et al*, [12] en un estudio de carácter descriptivo y transversal del año 2005, orientó a determinar el SDP presente en los profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital "Dr. Domingo Luciani" en el tercer trimestre del año 2004. La población y muestra fue constituida por una población de Licenciados y Técnicos Superiores (hombre y mujeres) en los distintos turnos rotativos mañana, y tarde, para un total de (18) profesionales, (14) del sexo femenino y (4) del sexo masculino en la Unidad antes mencionado. El instrumento utilizado fue la encuesta MBI versión original de C. Maslach, S. Jackson y R. Schwab (1986) en su versión española de Nicolás Seisdedos (1997), y adaptado por María A. Lombardi en Caracas – Venezuela. De acuerdo a los resultados obtenidos, se concluyó que los niveles medios de cansancio pueden ser interpretados como importantes, ya que al considerarse el SDP como un proceso es una alarma a considerar. Se recomienda, entonces, el establecimiento de medidas preventivas; asimismo, continuar con estudios de los eventos estresantes y las estrategias de entrenamiento en esta población con la finalidad de comprender a profundidad los resultados obtenidos en esta investigación.

Escalona *et al*, [13] en el 2009, en su trabajo sobre la prevalencia del Síndrome de Desgaste Profesional en Médicos Residentes de los Postgrado del Hospital Central de Maracay, y su Relación con Variables Sociodemográficas y Laborales, establecieron la prevalencia del síndrome de desgate profesional en médicos residentes de los postgrados y su relación con variables sociodemográficas y labores, la cual fue de 11,76%, siendo el servicio de mayor prevalencia en el área quirúrgica, el Servicio de Ginecología-Obstetricia.

Tepedino *et al*, [14] presentaron su investigación titulada Síndrome de desgaste profesional en residentes del Hospital HUC. Las variables fueron: edad entre 22 años y 47 años, de ambos sexos, abarcando postgrados médicos y quirúrgicos. Esta investigación

caracterizó a los residentes de post-grado. En la dimensión de cansancio emocional del desgaste profesional, la media fue 24,85 puntos, correspondiendo con un nivel medio de cansancio emocional. Al evaluar la despersonalización de los evaluados, se evidenció una variación en los puntajes desde cero hasta 29 puntos.

Calderón *et al*, [15] realizó un estudio en el año 2013, en Buenos Aires-Argentina, de tipo observacional y corte transversal, la cual buscó medir la percepción de la situación laboral, la realización personal y la expectativa de futuro, en 972 cardiólogos de todo el país contactados por *e-mail*, los cuales completaron la encuesta 717 (74%). Los indicadores de calidad de vida profesional mostraron que el 53,5% (383) de los cardiólogos cree que su situación laboral actual es regular o mala y el 61,0% (437) cree que esto no mejorará en el futuro. El 77,4% (555) está preocupado por su estabilidad laboral y el 82,9% (595) cree que podría ser demandado por mala praxis. En relación con la expectativa de futuro, el 17,3% (124) de los cardiólogos no volvería a elegir la especialidad, el 24,3% (174) no volvería a estudiar medicina y el 37,7% (270) no estaría satisfecho si un hijo decidiese estudiar medicina. Los datos que surgen de la encuesta revelan un claro panorama de insatisfacción en los cardiólogos argentinos en el actual sistema organizativo de la salud.

En una investigación publicada por Trapp *et al*, [16] en el año 2016, realizó un estudio de tipo cuantitativo, de diseño transversal y correlacional, en los centros hospitalarios de Chile en la Región Metropolitana, se enviaron encuestas vía e-mail a 1.000 enfermeras de las cuales se obtuvieron 164 respuestas que abandonaron su profesión y 75 de enfermeras que no han abandonado la práctica hospitalaria. Las principales causas de abandono fueron: el sistema de turnos, las remuneraciones y el escaso reconocimiento organizacional. La vocación aparece como la principal razón de permanencia en la práctica clínica. La insatisfacción con elementos organizacionales lleva al abandono.

Lugo [17] en su investigación, se planteó el objetivo general analizar la prevalencia y factores asociados al SDP en médicos residentes y médicos especialistas del Hospital tipo III "Dr. Rafael Medina Jiménez" de la localidad de Pariata, municipio Vargas. Se enfocó en el SDP y los elementos: nivel profesional, la edad, sexo y estado civil, horario de trabajo, horas de contacto con pacientes, servicio hospitalario al que pertenece, satisfacción por el salario y presencia de síntomas físicos y emocionales asociados al SDP. Concluyó que existe una

asociación entre SDP y grupo etario, estado civil y número de horas de contacto con los pacientes. No hubo asociación con sexo, nivel profesional, horas de trabajo en el centro asistencial, servicio hospitalario al que pertenece, satisfacción salarial y presencia de síntomas físicos y emocionales. Las edades de los médicos residentes estuvieron entre 23 y mayores de 53 años, de los cuales el rango entre 33 a 42 años fue de un 54,5 %. En cuanto al reconocimiento del trabajo, se reflejó un 60,9 % de aceptación, pero un 39,1% no se sintieron reconocidos en su labor. Un bajo porcentaje de médicos residentes no son tomados en cuenta para el desempeño laboral.

Torrealba [18] por su parte, se dedicó a estudiar el SDP y su relación con la calidad de la atención médica prestada. Los resultados reflejaron que las médicas residentes femeninas representaron mayor realización personal, los solteros tuvieron mayor nivel de despersonalización y los médicos residentes tienen mayor cansancio emocional, los de mayor despersonalización fueron los residentes de medicina interna.

Marco teórico

El primer caso reportado de síndrome de desgaste profesional en la literatura fue publicado en 1961. [19]

Luego, en 1974 se realizó la primera conceptualización de esta patología. Se notó que muchos de sus compañeros del equipo de trabajo, luego de más de 10 años de trabajar, comenzaban a sufrir pérdida progresiva de la energía, del idealismo, de la empatía con los pacientes, además de agotamiento, ansiedad, depresión y desmotivación con el trabajo. [20]

En 1982, se creó el Maslach Burnout Inventory (MBI) que desde 1986 es el instrumento más importante en el diagnóstico de esta patología. Maslach, en su descripción del síndrome, limitó el SDP a los profesionales que interactúan con personas en su quehacer laboral. [19]

Históricamente han surgido otros instrumentos, que buscan identificar el SDP. entre ellos figuran los siguientes:

1) Copenhagen Burnout Inventory (CBI) valora el desgaste personal, el relacionado al trabajo y el desgaste relacionado con el cliente;

2) Oldenburg Burnout Inventory (OLBI), a diferencia de los anteriores, solo evalúa el agotamiento y la falta de compromiso con el trabajo.

En 1988, se planteó que cualquier tipo de profesional puede padecerlo, aunque no brinde ayuda a otras personas, como lo hacen los profesionales de la salud. [19]

La definición más aceptada de SDP es la siguiente: es una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el cansancio emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño. [20] Otra definición aceptada en el ámbito académico es la siguiente: "Es una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse agotado" [20] El autor sigue la definición de Maslach que es la mencionada al principio de este acápite.

El SDP se basa en una tríada: cansancio emocional, despersonalización y sentimiento de bajo desempeño de realización profesional y/o personal. Luego, se deben destacar las manifestaciones clínicas tales como los síntomas psicosomáticos, los conductuales, las manifestaciones emocionales y los síntomas defensivos. Entre los elementos del perfil demográfico de los afectados por el SDP figuran: la edad, el sexo, el estado civil, la antigüedad profesional. [21, 22]

En materia de salud y seguridad laboral, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, establece en su artículo 86, que es un derecho la protección de las personas en "contingencias, de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales…"[23]

De lo expresado se desprende que la protección de las ciudadanas y ciudadanos contra las enfermedades y riesgos laborales, constituye una garantía de rango constitucional. Asimismo, en su artículo 87, se consagra la responsabilidad de los empleadores de garantizar condiciones de seguridad, higiene y ambientes de trabajo adecuados. De esta manera, se establece la base legal que compromete a los sectores empleadores a velar por la prevención y control de aquellas condiciones de trabajo que puedan deteriorar la salud de las trabajadoras y trabajadores. [23]

En la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo - LOPCYMAT del año 2005, se desarrolla la normativa legal en materia de salud y seguridad en el trabajo relacionada con la salud integral de las trabajadoras y trabajadores. Esta Ley establece en su conjunto, una serie de disposiciones orientadas a la promoción del trabajo seguro y saludable, adecuado uso del tiempo libre, descanso y turismo, como un mecanismo de prevención y protección de las trabajadoras y trabajadores. Su propósito es garantizar el ejercicio pleno de las facultades físicas y mentales de las personas en su entorno laboral. [24]

La LOPCYMAT, también establece que los servicios de seguridad y salud en el trabajo deben promover y mantener el nivel más elevado de bienestar físico, mental y social de la población laboral, así como identificar, evaluar y controlar las condiciones y medio ambiente de trabajo que puedan afectar la salud física y mental de las trabajadoras y trabajadores. Es decir, también es una responsabilidad de estos servicios atender aquellos aspectos del entorno laboral que puedan afectar la salud integral de la población expuesta, lo cual se circunscribe no sólo a brindar asistencia a la persona con alguna sintomatología, sino que también se deben desarrollar acciones destinadas a prevenir e intervenir en el medio ambiente laboral, sobre aquellos agentes potencialmente capaces de producir afecciones de carácter psicosocial. [2] Asimismo, establece que deben evitarse situaciones de acoso laboral en los lugares de trabajo, desarrollando políticas para evitar el mismo (Art. 56, núm. 5). Resulta evidente el deber y compromiso para propiciar ambientes de trabajo saludables. [24]

En los artículos 69 y 70, la LOPCYMAT al definir los accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales, establece como agentes causales aquellas condiciones del ambiente de trabajo de orden psicosocial y emocional, que determinen la aparición de trastornos o desequilibrios de carácter mental, temporales o permanentes, o bien que predispongan a la ocurrencia de accidentes de trabajo. [24]

En Holanda, cerca del 15% de la población trabajadora sufre de SDP y se estima la pérdida por enfermedades relacionadas con el estrés se aproxima a 1.7 billones de euros. [25] En este orden de ideas, las ocupaciones donde se brindan servicios de salud en donde los individuos poseen más posibilidades de desarrollarlo: médicos, enfermeros, odontólogos y psicólogos. [26]

Algunos autores sugieren que el SDP en los médicos se comienza a "cultivar" desde la escuela de medicina". En este sentido, según un estudio realizado entre los estudiantes de medicina se determinó que hasta un 49,6% pueden padecer síndrome de sobrecarga emocional. [17] Un estudio realizado en Canadá, reportó una incidencia del SDP hasta en un tercio de los residentes de cualquier especialidad. [27]

En el 2009, se realizaron dos estudios transversales y de cohorte, usando el MBI entre personal médico de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), El primero incluyó 121 sujetos que cursaban primer y tercer año de Anestesiología y Recuperación, especialidades médicas y quirúrgicas, como Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Psiquiatría. El segundo, sólo incluyó médicos del Hospital de la Mujer Adolfo Carit Eva (n=16), que incluyó ginecólogos, obstetras, miembros del equipo de emergencias, neonatólogos y residentes. El primer estudio concluyó que el SDP se presentaba en 72% de los entrevistados, sin diferencias importantes entre género, estado civil, presencia de hijos, edad o tipo de residencia, mientras que el segundo documentó una incidencia de 23.5%. [28, 29]

El SDP se reconoce como un proceso multicausal y muy complejo, en donde además del estrés se encuentran variantes como el aburrimiento, crisis en el desarrollo de la carrera profesional, pobres condiciones económicas, sobrecarga laboral, falta de incentivos en el entorno laboral, pobre orientación profesional y aislamiento. [28]

Sumado a los elementos recién nombrados, se describen los siguientes factores de riesgo:[29]

a) Componentes personales: la edad (relacionada con la experiencia), el género (las mujeres pueden sobrellevar mejor las situaciones conflictivas en el trabajo), variables familiares (la armonía y estabilidad familiar conservan el equilibrio necesario para enfrentar situaciones conflictivas), personalidad (por ejemplo, las personalidades extremadamente competitivas impacientes, hiperexigentes y perfeccionistas).
b) Inadecuada formación profesional: excesivos conocimientos teóricos, escaso entrenamiento en actividades prácticas y falta de aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional.

c) Factores laborales o profesionales: condiciones deficitarias en cuanto al medio físico, entorno humano, organización laboral, bajos salarios, sobrecarga de trabajo, escaso trabajo real de equipo.
d) Factores sociales: como la necesidad de ser un profesional de prestigio a toda costa, para tener una alta consideración social, familiar y así un alto estatus económico.
e) Factores ambientales: cambios en la dinámica de la vida tales como muerte de familiares, matrimonios, divorcio, nacimiento de hijos.

La literatura especializada identifica 3 componentes del SDP, los cuales a su vez representan sus criterios diagnósticos:[30]

a) Cansancio emocional*:* pérdida progresiva de energía, desgaste, fatiga.
b) Despersonalización: construcción, por parte del sujeto, de una defensa para protegerse de los sentimientos de impotencia, indefinición y frustración.
c) Abandono de la realización personal: se caracteriza por una dolorosa desilusión a la hora de valorar su propio trabajo, imposibilitando que consiga dar sentido a la propia vida y hacia los logros personales, con sentimientos de fracaso y baja autoestima.

   Dichos componentes se presentan de forma insidiosa, no súbita, si no paulatina, cíclica, puede repetirse a lo largo del tiempo, de modo que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en otro trabajo. [30]

Existen varios tipos de manifestaciones que se puede considerar como signos de alarma o en ocasiones como parte ya del cuadro clínico en sí como: negación, aislamiento, ansiedad, miedo o temor, depresión (siendo uno de los más frecuentes en este síndrome y uno de los síntomas más peligrosos ya que puede llevar al suicidio), ira, adicciones, cambios de personalidad, culpabilidad y autoinmolación, cargas excesivas de trabajo, se puede presentar como cambios en los hábitos de higiene y arreglo personal, cambios en el patrón de alimentación, con pérdida o ganancia de peso exagerada, pérdida de la memoria y desorganización, dificultad para concentrarse y puede haber trastornos del sueño[30].

El SDP se ha clasificado en 3 niveles:[30] Bajo: quejas vagas, cansancio, dificultad para levantarse en la mañana; medio: cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo;

alto: enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión, abuso de alcohol o drogas.

La prueba más utilizada para el diagnóstico del síndrome de fatiga en el trabajo es el Maslach Burnout Inventory. Éste consta de 22 enunciados e interrogantes sobre los sentimientos y pensamientos en relación con la interacción con el trabajo, los cuales se valoran en un rango de 6 adjetivos que van de "nunca" a "diariamente", dependiendo de la frecuencia con la que se experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems. Dichos enunciados están diseñados de forma que se evalúen los 3 criterios del SDP (cansancio emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo. De hecho, se agrupan en tres sub-escalas, una para cada uno de los componentes del SDP [30]

Se deben mantener separadas las puntuaciones de cada sub-escala y no combinarlas en una puntuación única, porque si se combinarán, no sería posible determinar en cual área es que el paciente tiene más afección. Además del MBI, existen otros instrumentos que permiten evaluar el SDP, varios de ellos evalúan aspectos diferentes a los 3 componentes clásicos:[31,32]

El tratamiento y su prevención consisten en implementar estrategias que permitan modificar los sentimientos y pensamientos referentes a los 3 componentes del SDP, algunas de ellas son: [27]

a) Proceso personal de adaptación de las expectativas a la realidad cotidiana.
b) Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descanso, trabajo.
c) Fomento de una buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.
d) Limitar la agenda laboral.
e) Formación continua dentro de la jornada laboral.

Con respecto al malestar profesional, la situación actual, específicamente en las instituciones de salud, en la que los procedimientos, estudios y tecnologías cambian de manera vertiginosa en el mundo, han creado en países del tercer mundo la necesidad de conocer mejores técnicas para ofrecer mejor calidad de vida a los pacientes, sin embargo, las limitaciones sociales y financieros, generan en muchos médicos de países de América Latina stress al no disponer de información. Otras condiciones laborales que podrían causar estrés son las siguientes: [31, 32]

- Exigencias según la responsabilidad que desempeña el profesional que lo conforman la sobrecarga laboral, por factores de la organización como escaso personal, por lo que el trabajador debe desarrollar tareas a veces de la cual no está preparado.
- La organización del trabajo de manera inadecuada, como lo explica Lugo [(17)] se suma una presión de tiempo, o un reparto desproporcionado de tareas que hace que unos estén muy presionados y otros desahogados, originando conflictos entre el personal.
- A nivel individual, se crea un alto nivel de auto exigencia, porque se trata de lograr la perfección en el trabajo, y no puede delegar las tareas, minimizando el interés por el trabajo que se ejecuta.
- Cuando el trabajador desempeña varias funciones que corresponde a varios cargos, se está ante la ambigüedad de rol, las consecuencias serán la imprecisión en lo que en realidad debe hacer. Esto lo hace desconocer sobre métodos y recursos, por supuesto, desconoce las propias normas y manuales de procedimientos, causándole al trabajador estados de angustias y ansiedad debido a que genera incertidumbre sobre lo que se espera de él/ella.
- En la organización, estos ambientes cargados de presión general deficientes comunicaciones entre el personal, la alta gerencia no cumple con su responsabilidad como líderes demostrando actuaciones injustas y conflictos de roles, no se trabaja con identificar los valores institucionales y se carece de una buena gerencia de ayuda.
- Los conflictos son internos como anteriormente se explicó y externos que se produce cuando dos superiores imponen órdenes o indicaciones opuestas, si se cumple con uno no se cumple con otro.
- Otro aspecto es el económico-financiero que afecta a los países del tercer mundo, específicamente a Venezuela, por ser un elemento importante en la adquisición de insumos y servicios.
- A nivel social, la competencia genera stress en organizaciones de pobre gerencia, es decir, de poca habilidad de supervisión, de control de cumplimiento de objetivos, siendo las relaciones personales conflictivas. Esto desmotiva al trabajador que reflejará su conducta de frustración a veces con su familia.

- Este último es importante porque según las condiciones de las familias puede ser determinante para la actuación en la organización donde se desempeñe. Las conductas difieren dependiendo de su estado civil, ya que los roles y la situación externa puede alterar las conductas con otro ser humano, familias o compañeros de trabajo.
- La escasa opción de oportunidades para crecer y promoverse en la organización es fundamental, ya que afecta el desarrollo personal.
- Todo esto hace posible un ambiente laboral viciado, contaminado, desorganizado, por la falta de compromiso y sin poder identificarse con la visión y misión de la organización.
- En cuanto a potencial humano, turnos de trabajos excesivos, sin control ni supervisión cuando el personal se expone a sustancias peligrosas, incumpliendo con la LOPCYMAT en cuanto a seguridad industrial y laboral.

Rivadeneira [33] en su investigación sobre los disvalores del Perfil Cultural, Social y Sicológico, que forma parte de la Historia Cultural de Aprendizaje, existen conductas que inducen a los integrantes del gentilicio emplean modelos de acción y respuesta represivos y autoritarios para imponer su autoridad. Como es de esperar en las interacciones inter personales entre directores, gerentes, y otros líderes, con los empleados o subalternos, que en un elevado número de casos al menos resultan reactantes y tal situación genera estatus de disonancia cognoscitiva, en términos de Festinger (1957) en los empleados.

Entre las conductas que exhiben los actores en sus interacciones con los empleados destacan, entre otras, según Rivadeneira [34] (2011):

1. Expresa verbalmente y por escrito juicios valorativos descalificadores.
2. No acepta argumentación.
3. Impone su punto de vista.
4. Desenfoca su rol.
5. Su disertar confunde.

6. Represivo (va) con la inconformidad.

7. Se confronta con los empleados o compañeros de trabajo.

8. Emite gestos impositivos.

9. Auto percepción devaluada de competencias para desarrollar su trabajo.

10. Posterga iniciativas por reducida capacidad de riesgo.

Los factores organizativos generadores de estrés laboral son las relaciones interpersonales difíciles con escasa comunicación. Lo contrario genera productividad y ambientes tranquilos.

La alienación, ambigüedad en el rol, relaciones insatisfactorias con los superiores, iguales y subordinados, así como una conducta de anomia en el trabajo, da lugar a una nueva estructura organizativa menos jerarquizada, lo que favorece una mayor participación de los miembros de la organización.

A nivel patológico, asociadas al estrés laboral, según investigaciones, son problemas de sueño, cansancio, dolores de cabeza, mareos, etc., dolor de espalda, dolor de cuello. Se consideran también enfermedades cardiovasculares, trastornos psicológicos, accidentes laborales, cáncer, ulceras, y alteraciones del sistema inmunitario. [35, 36]

Por otra parte, el autor del presente trabajo, elaboró un cuadro descriptivo en la que define desde su sindéresis, es decir, su capacidad de juicio, cada uno de los elementos de los factores de malestar profesional del que se tomó en consideración para estudiar.

Cuadro N°1. Malestar Profesional

ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
Impotencia	Falta de poder para solucionar los problemas inherentes a la actividad laboral. El afectado se siente sin opciones, atrapado en su trabajo. Es incapaz influenciar en las decisiones que lo afectan, sin capacidad de realizar nada al respecto.
Desinformación	Falta de información sobre las responsabilidades inherente al cargo. El afectado siente que no maneja la información necesaria para trabajar bien. No comprende, ni lo comprenden en su ambiente laboral
Conflicto	Sensación de angustia generada por tendencias contradictorias en el trabajador. El afectado se ve obligado a satisfacer demandas conflictivas. En general, está en desacuerdo con sus compañeros. Se ve impelido a violar normas y procedimientos establecidos en su ambiente laboral con el fin de efectuar su trabajo rutinario.
Pobre trabajo en equipo	El desempeño del trabajador es pobre en el contexto de su equipo. El afectado piensa que sus compañeros lo subestiman. También piensa que la instancia directiva tiende a favorecer a los otros miembros del equipo. Éste cree que la estructura burocrática interfiere con la ejecución del trabajo. Piensa que sus compañeros de equipo compiten y no cooperan con él.
Sobrecarga	Molestia presente en el trabajador al pensar que sus labores interfieren con su vida personal. El afectado piensa que debe cumplir muchas obligaciones en poco tiempo. También se plantea que debe administrar mejor su tiempo. Éste piensa que la carga de trabajo es abrumadora.
Aburrimiento	Cansancio del estado de ánimo originado por falta de estímulo en el ambiente laboral. El afectado manifiesta que tiene pocas obligaciones que cumplir. También cree que su trabajo no está acorde con su calificación. Sus obligaciones laborales no representan un desafío. Además, la mayoría de su tiempo lo emplea en labores rutinarias.

Pobre retroalimentación	El trabajador no recibe ningún tipo de orientación al respecto a lo acertado o no de su desempeño laboral. El afectado piensa que su supervisor no hace nada al respecto. El trabajador no percibe resultados en su trabajo.
Castigo	El afectado se siente vulnerable a una eventual sanción, culpado por errores de otros. Sin reconocimiento alguno, esté piensa que su supervisor es crítico en exceso.
Ambigüedad	El trabajador no siente y percibe claramente la opinión de su supervisor. Producto de los cambios constantes de las reglas. El afectado desconoce que esperan de él. No existe relación entre el rendimiento y el éxito, las prioridades para el desempeño laboral no están claras.
Alienación	El trabajador se siente desvinculado de los demás compañeros. Éste se siente como un eslabón de la cadena organizacional, con poco o nula afinidad con el resto del personal. Evitando hacer comentarios donde y que trabaja.
Ausencia de recompensas	El trabajador se siente insatisfecho respecto a los beneficios que debe rendirle su trabajo. Sintiendo la falta de progreso en su carrera laboral. Ningún compañero de trabajo respeta a éste.
Conflicto de valores	Es la ambivalencia a la cual se enfrenta el trabajador en su ambiente laboral, el cual se ve obligado a comprometer sus valores. El afectado piensa que los compañeros desaprueban lo que él hace, desestimando sus sentimientos hacia el trabajo.

Fuente: El Autor (2018)

Las consecuencias de estos comportamientos son cambios en la personalidad del individuo, problemas personales y familiares, agotamiento físico, insomnio e, incluso, problemas de abuso de alcohol u otras drogas. Por otra parte, a nivel profesional puede dar lugar a un deterioro en la calidad de los servicios que prestan, un bajo rendimiento laboral, absentismo e, incluso, la baja o despido del personal. [36, 37]

Objetivos

Objetivo general

Determinar la existencia del Síndrome Desgaste Profesional en médicos residentes de la Especialización de Cirugía General en el Hospital Universitario de Caracas en el año 2017.

Objetivos específicos

1. Identificar el perfil demográfico de los médicos residentes del estudio.
2. Determinar la presencia del cansancio emocional como criterio diagnóstico del SDP en los médicos residentes del estudio.
3. Determinar la presencia de despersonalización como criterio diagnóstico del SDP en los médicos residentes del estudio.
4. Determinar la presencia de la realización personal como criterio diagnóstico del SDP en los médicos residentes del estudio
5. Identificar los factores de malestar laboral vinculados con la esfera emocional de los participantes.
6. Establecer si existe relación entre el perfil demográfico y los criterios diagnósticos del síndrome de desgaste profesional.

Aspectos éticos

En todo actuar, el médico debe tener presente los principios clásicos de la bioética: respeto a la autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia, además de otros, como dignidad del ser humano, sacralidad de la vida, cientificidad, seguridad, proporcionalidad entre ventajas y riesgos, protección al vulnerable, precaución y desarrollo sostenible. [38, 39]

Se respetó la autonomía de los médicos residentes aplicando el consentimiento informado respectivo. El presente trabajo se sometió a la consideración del Comité de Bioética del HUC. En todo momento se conservó la confidencialidad de los médicos residentes. En suma, la ejecución de este estudio, no vulnera ninguna normativa nacional ni internacional que regule la materia.

MÉTODOS

Tipo de estudio

El trabajo es de tipo descriptivo, prospectivo, transversal, no experimental, en un trabajo de campo.

Población y muestra

La población está representada por el universo de los residentes del programa de especialización en cirugía general, en sus respectivos servicios, con sede en el HUC. La muestra fue conformada utilizando un muestreo de tipo no probabilístico intencional, que generó una cantidad de treinta y un (31) residentes que (representa el 100% de los cursantes de la mencionada especialización). Todos ellos cumplieron con los criterios de inclusión para su selección:

Criterios de inclusión

- Médicos residentes del primero al tercer año del postgrado de Cirugía General.
- Sin distinción de género.
- Médicos residentes de los Servicios de Cirugía I, II, III y IV.
- Consentimiento para participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Residentes de otros hospitales.
- Negativa a participar en el estudio.

Procedimiento

El autor llevó a cabo dos estrategias para la búsqueda de información a utilizar en el presente trabajo. Por una parte, efectuó una búsqueda en las publicaciones impresas en las bibliotecas ubicadas en el área de la Facultad de Medicina de la UCV referentes al SDP en el ámbito del quehacer quirúrgico. Por otra parte, tuvo acceso a las publicaciones digitales a partir de las bases de datos, desde la computadora de su domicilio, o en su defecto, desde cualquier computadora ubicada en campus universitario conectada a internet.

Se utilizaron las bases de datos de acceso abierto Redalyc (Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal), SciELO y Google académico. También se utilizó el repositorio SABER de la UCV. Al ingresar a la base de datos seleccionada, como primer paso, se utilizaron los descriptores que figuran en la lista de los Descriptores en Ciencias de la Salud (abreviados como DeCS) en idioma español y de los Encabezados de Temas Médicos (conocidos como MeSH), y que están relacionados con el problema bajo investigación. En este sentido, se utilizaron los términos de síndrome de desgaste profesional y SDP, respectivamente, los cuales son sinónimos.

Luego, se efectuó una búsqueda avanzada. Se le aplicó a cada uno de los descriptores antes señalados el operador booleano "and" con el fin de correlacionar el descriptor con "cirugía", "residentes de cirugía" y "cirujano" en el caso de utilizar Redalyc, SciELO y su traducción al inglés en el caso de utilizar el Google académico en el idioma inglés. Se tomaron en cuenta los artículos a texto completo para el período 2012-2017. Por vía excepcional se consideraron artículos publicados en años previos en el caso como elementos sustantivos para el estudio.

Una vez obtenidas las referencias del período 2012-2017, el autor seleccionó las que facilitaron el cumplimiento de los objetivos planteados. A continuación, se utilizó la argumentación discursiva escrita como un instrumento fundamental para la redacción del trabajo. [40. 41]

Un asunto de primera línea a considerar fue la validez y la confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos.

Se aplicó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory, referente al SDP propiamente dicho y el cuestionario de factores de malestar laboral, el cual identifican elementos que generan disconfort en el trabajador durante sus horas laborables. Ambos fueron validados por un panel de expertos en metodología de la investigación científica y en el diseño de instrumentos para la recolección de datos. Sólo se les aplicaron los cuestionarios a los médicos residentes que expresaron por escrito su consentimiento para responderlo.

En lo relativo a la validación de contenido de ambos instrumentos se utilizaron la guía de validación, siguiendo el método de los agregados individuales. [41]

En este sentido, se sometieron los instrumentos a la consideración y juicio de 3 reconocidos expertos del SDP, quienes evaluaron tanto su forma como el fondo. Todo esto con el fin de efectuar las correcciones necesarias y garantizar la calidad del instrumento.

Cada experto recibió una planilla de validación donde se recogió la información. Esta planilla contiene cada uno de los ítems de cada uno de los instrumentos por separado los cuales fueron evaluados desde el punto de vista de su congruencia, claridad, tendenciosidad, observación (ver Anexos 1 al 9).

Luego de la revisión de parte de los expertos se procedió de la siguiente manera:

En los ítems con 100% de coincidencia favorable entre los expertos, se incluyeron en el cuestionario; (b) en los ítems donde haya un 100% de coincidencia desfavorable entre los expertos se excluirán del instrumento; (c) Donde exista acuerdo parcial entre los expertos se revisaron los ítems, se reformularán y se validaron de nuevo.

La confiabilidad de los referidos cuestionarios se obtuvo al verificarse su comprensión en otra población similar a la estudiada, a partir de su aplicación en otro centro público de salud.

Tratamiento estadístico

Todos los resultados fueron procesados por métodos estadísticos no paramétricos. Para este estudio se emplearon las técnicas de la estadística descriptiva, ya que no se plantearon hipótesis, sino objetivos específicos. Se calcularon los valores estadísticos descriptivos como frecuencia absoluta, frecuencia relativa y porcentajes, utilizando el programa IBM® SPSS® Statistics Versión 23 y Microsoft office Excel 2007.

RESULTADOS

Se aplicaron dos encuestas diferentes, la de SDP y la de FML a 31 médicos residentes de los cuatro servicios de cirugía I, II, III, IV del Hospital Universitario de Caracas, quienes a su vez son cursantes del primer, segundo y tercer año respectivamente.

Se procedió a realizar el análisis de los resultados de todas las operaciones conducidas con el objetivo de describir, conocer el comportamiento y las relaciones de las variables propuestas y representadas en la investigación.

Es así pues como en primer lugar se presenta: (a) la caracterización de la muestra o el perfil demográfico de los médicos residentes del estudio; y (b) la presentación y análisis de los resultados obtenidos, los cuales giran en función de los objetivos específicos de la investigación.

En este punto es pertinente recordar que todos los resultados que se presentan a continuación, se derivan como producto de la aplicación de estadísticos descriptivos y no inferenciales. Por esta razón estos, *se enuncian en relación a su frecuencia y no en cuanto a su "significancia estadística"* para lo cual habría que diseñar estudios que utilicen *Estadística Inferencial*.

En la tabla N°1, se observa la distribución de la población estudiada según sexo en frecuencia y porcentaje.

Tabla N° 1
Distribución de frecuencia y porcentaje según sexo de los médicos residentes de los servicios de Cirugía. Hospital Universitario de Caracas. Año 2017.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	18	58.06%
Masculino	13	41.94%
Total	31	100%

Se encontró que el 58,06% de la muestra corresponde al sexo femenino (n=18), mientras que el 41,94% restante representa al sexo masculino (n=13).

La Tabla N°2, representa la distribución de la población estudiada según frecuencia y porcentaje de acuerdo al grupo etario que representan.

Tabla N° 2
Distribución de frecuencia y porcentaje según grupo etario de los médicos residentes de los servicios de Cirugía. Hospital Universitario de Caracas. Año 2017.

Grupos etario	Frecuencia	Porcentaje
Menores a 25 años	1	3.23%
25 a 27 Años	10	32.26%
28 a 30 Años	19	61.29%
Mayores a 30 años	1	3.23%
Total	31	100%

Se encontró que el 3,23% de los médicos residentes tienen una edad menor a 25 años, seguidos por las edades de 25 a 27 años quienes representan el 32,26%. Así mismo se observa que el grupo etario de 28 a 30 años representan el 61,29% y los de 30 años y más, sólo ocupan el 3,23%. Sobre estos resultados se puede decir que la muestra estudiada está conformada en su mayoría por adultos jóvenes entre los 28 y30 años de edad.

Seguidamente, en la Tabla N° 3, se aprecia la distribución de los médicos residentes en esta investigación en frecuencia y porcentaje según su estado civil.

Tabla N° 3
Distribución de frecuencia y porcentaje según estado civil de los médicos residentes de los servicios de Cirugía. Hospital Universitario de Caracas. Año 2017.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	29	93.55%
Casado	2	6.45%
Total	31	100%

Se apreció que el 93,55% de los encuestados declaró encontrarse en la actualidad soltero(a), y solo el 6,45% se encuentran casados, lo que permite afirmar, que la muestra en casi su totalidad, está conformada por solteros(as).

Asimismo, en la Tabla N° 4, se presenta la distribución de los médicos residentes en esta investigación en frecuencia y porcentajes, según su lugar origen.

Tabla N° 4
Distribución de frecuencia y porcentaje según lugar de origen de los médicos residentes de los servicios de Cirugía. Hospital Universitario de Caracas. Año 2017.

Lugar de origen	Frecuencia	Porcentaje
Caracas	3	9.68%
Interior	28	90.32%
Total	31	100%

Se desprendió que el 90,32% de los encuestado manifestaron proceder del interior del país y sólo el 9,68% procede de la ciudad de Caracas. Lo que permite afirmar, que la muestra en casi su totalidad, está conformada por médicos residentes que provienen del interior del país.

En la Tabla N° 5, se presenta la distribución de los médicos residentes en esta investigación en frecuencia y porcentajes, según año de residencia.

Tabla N° 5
Distribución de frecuencia y porcentaje según año de residencia de los médicos residentes de los servicios de Cirugía. Hospital Universitario de Caracas. Año 2017.

Año de residencia	Frecuencia	Porcentaje
1er Año	11	35.48%
2do Año	12	38.71%
3er Año	8	25.81%
Total	31	100%

Según el año de residencia, el 3er año tiene 25,71% menos residentes que los del 1ero 35.48% y 2do año 38.71%.

En la Tabla N° 6, se presenta la distribución de los médicos residentes en esta investigación en frecuencia y porcentajes, según los servicios de Cirugía.

Tabla N° 6
Distribución de frecuencia y porcentaje según los servicios de cirugía de los médicos residentes del servicio de Cirugía. Hospital Universitario de Caracas. Año 2017.

Servicio de Cirugía	Frecuencia	Porcentaje
I	8	25.81%
II	9	29.03%
III	8	25.81%
IV	6	19.35%
Total	31	100%

Se encontró que en los servicios de Cirugía I y II presentaron la misma cantidad de residentes con un 25,81%, el servicio de cirugía III registró la mayor cantidad de residentes con un 29,03% y finalmente, Cirugía IV con un 19,35% fue el servicio con menos médicos residentes.

La Tabla N° 7 presenta la distribución de los médicos residentes en esta investigación en frecuencia y porcentajes, según los servicios de Cirugía y año de residencia.

Tabla N° 7
Distribución de frecuencia y porcentaje según los servicios de cirugía y año de residencia. Hospital Universitario de Caracas. Año 2017.

			Servicio de cirugía				Total
			I	**II**	**III**	**IV**	
Año de residencia	**1er año**	Frecuencia	2	4	3	2	**11**
		% Del total	6.45%	12.90%	9.68%	6.45%	**35.48%**
	2do año	Frecuencia	4	2	4	2	**12**
		% Del total	12.90%	6.45%	12.90%	6.45%	**38.71%**
	3er año	Frecuencia	2	3	1	2	**8**
		% Del total	6.45%	9.68%	3.23%	6.45%	**25.81%**
Total		Frecuencia	**8**	**9**	**8**	**6**	**31**
		% Del total	**25.81%**	**29.03%**	**25.81%**	**19.35%**	**100.00%**

Se encontraron que el servicio de cirugía II fue el servicio que más tuvo médicos residentes con un 12,90% y los servicios de Cirugía I y IV obtuvieron la misma cantidad de participantes con 6,45% en el 1er año de residencia. Los servicios de cirugía I y III en su segundo año presentaron la misma cantidad de médicos con 12,90% al igual que los servicios de Cirugía II y IV con 6,45%. En el 3er año los servicios de Cirugía I y III obtuvieron de igual manera la misma cantidad de médicos residentes con 25,81% y la menor cantidad se presentó en cirugía IV con 19,35%.

La Tabla N° 8 presenta la distribución de los médicos residentes en esta investigación en frecuencia y porcentajes, según los criterios diagnósticos de SDP.

Tabla N° 8
Distribución de frecuencia y porcentaje según los criterios diagnósticos de los médicos residentes. Hospital Universitario de Caracas. Año 2017.

Nivel de medición	Dimensiones del SDP					
	Cansancio emocional		Despersonalización		Realización personal	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	11	35.48%	14	45.16%	5	16.13%
Medio	8	25.81%	5	16.13%	13	41.94%
Bajo	12	38.71%	12	38.71%	13	41.94%
Total	31	100%	31	100%	31	100%

Con respecto al cansancio emocional se encontró que: en el nivel alto hubo 35,48% de los médicos residentes (n=11), medio 25,81% (n=8) y bajo 38,71% que represento a (n=12) cursantes. La despersonalización presento en el nivel alto un 45,16 % y bajo 38,71%. En cuanto a la realización personal el nivel alto 16,13% los cuales fueron (n=5) médicos residentes y los niveles medios y bajos la misma cantidad con 41,94% (n=13).

La Tabla N° 9 presenta la distribución de los médicos residentes en la presente investigación en frecuencia y porcentajes, según el cansancio emocional.

Tabla N° 9.
Distribución por frecuencia simple y porcentajes del cansancio emocional por año de residencia en los médicos residentes de los servicios de Cirugía. Hospital Universitario de Caracas. Año 2017

Cansancio emocional Año de residencia						
Nivel de medición	**1er año**		**2do año**		**3er año**	
	Frecuencia	**Porcentaje**	**Frecuencia**	**Porcentaje**	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Alto	2	18,18%	6	50,00%	3	37,50%
Medio	4	36,36%	1	8,33%	3	37,50%
Bajo	5	45,45%	5	41,67%	2	25,00%
Total	11	100%	12	100%	8	100%

Se constató que un nivel alto de cansancio emocional fue más frecuente en los residentes de segundo año 50,00%. En el nivel medio fue más frecuente en 1er año con un 36,36%. Y en el nivel bajo represento más frecuencia también el primer año de residencia con 45,45%.

En la Tabla N° 10 se presenta la distribución de los médicos residentes en la presente investigación en frecuencia y porcentajes, según la despersonalización.

Tabla N° 10.
Distribución por frecuencia simple y porcentajes de la despersonalización por año de residencia en los médicos residentes de los servicios de Cirugía. Hospital Universitario de Caracas. Año 2017

Despersonalización Año de residencia						
Nivel de medición	**1er año**		**2do año**		**3er año**	
	FRECUENCIA	**PORCENTAJE**	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Alto	5	45,45%	6	50,00%	3	37,50%
Medio	2	18,18%	1	8,33%	2	25,00%
Bajo	4	36,36%	5	41,67%	3	37,50%
Total	11	100%	12	100%	8	100%

Se constató que en el nivel alto de despersonalización fue más frecuente en los residentes de segundo año 50,00%. En el nivel medio fueron más frecuente en el 1er y 2do año con un 18,18% y 25,00% respectivamente. Nivel bajo represento más frecuencia también el segundo año de residencia con 41,67%.

En la Tabla N° 11 se presenta la distribución de los médicos residentes en la presente investigación en frecuencia y porcentajes, según la realización personal.

Tabla N° 11.
Distribución por frecuencia simple y porcentajes de la realización personal por año de residencia en los médicos residentes de los servicios de Cirugía. Hospital Universitario de Caracas. Año 2017

Realización personal Año de residencia						
Nivel de medición	**1er año**		**2do año**		**3er año**	
	FRECUENCIA	**PORCENTAJE**	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Alto	1	9,09%	2	16,67%	2	25,00%
Medio	6	54,55%	5	41,67%	2	25,00%
Bajo	4	36,36%	5	41,67%	4	50,00%
Total	11	100%	12	100%	8	100%

Se pudo apreciar que el nivel alto de realización personal fue más frecuente en los residentes del segundo y tercer año con 16,67% y 25,00% respectivamente. Nivel medio fue más frecuente el 1er año de residencia con 54,55%. Nivel bajo represento más frecuencia en el segundo año de residencia con 41,67%.

Tabla N° 12 se presenta la distribución de los médicos residentes en la presente investigación en frecuencia y porcentajes, según el cansancio emocional en el servicio de cirugía I y año de residencia.

Tabla N° 12.
Distribución por frecuencia simple y porcentajes de cansancio emocional en el servicio de cirugía I y año de residencia. Hospital Universitario de Caracas. Año 2017

Cansancio emocional Servicio de cirugía vs año de residencia								
Nivel de medición	**I**							
	1er año		**2do año**		**3er año**		**Total**	
	Frecuencia	**%**	**Frecuencia**	**%**	**Frecuencia**	**%**	**Frecuencia**	**%**
Alto	0	0,00%	1	12,50%	0	0,00%	1	12,50%
Medio	1	12,50%	0	0,00%	1	12,50%	2	25,00%
Bajo	1	12,50%	3	37,50%	1	12,50%	5	62,50%
Total	2	25,00%	4	50,00%	2	25,00%	8	100,00%

Se apreció que no hubo cansancio emocional en el servicio de cirugía I, en los nivel alto y medio de los médicos residentes del primer, segundo año con 0,00% respectivamente. En el nivel bajo tuvieron igual frecuencia los residentes del 1er y 3er año con 12,50%.

Tabla N° 13 se presenta la distribución de los médicos residentes en la presente investigación en frecuencia y porcentajes, según el cansancio emocional en el servicio de cirugía II y año de residencia.

Tabla N° 13.
Distribución por frecuencia simple y porcentajes de cansancio emocional en el servicio de cirugía II y año de residencia. Hospital Universitario de Caracas. Año 2017

Cansancio emocional Servicio de cirugía vs. Año de residencia								
Nivel de medición	**II**							
	1er año		**2do año**		**3er año**		**Total**	
	Frecuencia	**%**	**Frecuencia**	**%**	**Frecuencia**	**%**	**Frecuencia**	**%**
Alto	2	22,22%	2	22,22%	1	11,11%	5	55,56%
Medio	0	0,00%	0	0,00%	1	11,11%	1	11,11%
Bajo	2	22,22%	0	0,00%	1	11,11%	3	33,33%
Total	4	44,44%	2	22,22%	3	33,33%	9	100,00%

Se pudo evaluar que el nivel alto de cansancio emocional del servicio de cirugía I y II fueron similares en el 1er y 2do año con 22,22%. En el nivel medio un hubo frecuencia en el 1er y 2do año con 0,00% respectivamente. Y el nivel bajo se obtuvo más frecuencia en el 1er año de la especialización con 22.22%.

En la Tabla N° 14 se presenta la distribución de los médicos residentes en la presente investigación en frecuencia y porcentajes, según el cansancio emocional en el servicio de cirugía III y año de residencia.

Tabla N° 14.
Distribución por frecuencia simple y porcentajes de cansancio emocional en el servicio de cirugía III y el año de residencia. Hospital Universitario de Caracas. Año 2017

Cansancio emocional Servicio de cirugía vs. Año de residencia								
Nivel de medición	**III**							
	1er año		**2do año**		**3er año**		**Total**	
	Frecuencia	**%**	**Frecuencia**	**%**	**Frecuencia**	**%**	**Frecuencia**	**%**
Alto	0	0,00%	1	12,50%	1	12,50%	2	25,00%
Medio	2	25,00%	1	12,50%	0	0,00%	3	37,50%
Bajo	1	12,50%	2	25,00%	0	0,00%	3	37,50%
Total	3	37,50%	4	50,00%	1	12,50%	8	100,00%

Se pudo constatar que en el servicio de cirugía III el cansancio emocional en el nivel alto fueron similares en los residentes del 2do y 3er año con 12,50%. La mayor frecuencia en el nivel medio se obtuvo en los residentes del 1er año con 25,00%. Y por último el nivel bajo fue más frecuente en el 2do año con 25,00%.

La Tabla N° 15 se presenta la distribución de los médicos residentes en la presente investigación en frecuencia y porcentajes, según el cansancio emocional en el servicio de cirugía IV y año de residencia.

Tabla N° 15.
Distribución por frecuencia simple y porcentajes de cansancio emocional en el servicio de cirugía IV y año de residencia. Hospital Universitario de Caracas. Año 2017

Cansancio emocional Servicio de cirugía vs. Año de residencia								
Nivel de medición	**IV**							
	1er año		**2do año**		**3er año**		**Total**	
	Frecuencia	**%**	**Frecuencia**	**%**	**Frecuencia**	**%**	**Frecuencia**	**%**
Alto	0	0,00%	2	33,33%	1	16,67%	3	50,00%
Medio	1	16,67%	0	0,00%	1	16,67%	2	33,33%
Bajo	1	16,67%	0	0,00%	0	0,00%	1	16,67%
Total	2	33,33%	2	33,33%	2	33,33%	6	100,00%

Se apreció que el nivel alto de cansancio emocional en este servicio fue más frecuente en los residentes del 2do año de la especialización con 33,33%. El nivel medio presento misma frecuencia en los residentes del 1er y 3ter año con 16,67%. Fue más frecuente el nivel bajo en el 1er año de este servicio 16,67%.

La Tabla N° 16 se presenta la distribución de los médicos residentes en la presente investigación en frecuencia y porcentajes, según la despersonalización en el servicio de cirugía I y año de residencia.

Tabla N° 16.
Distribución por frecuencia simple y porcentajes de despersonalización en el servicio de cirugía I y año de residencia. Hospital Universitario de Caracas. Año 2017.

Despersonalización Servicio de cirugía vs. Año de residencia								
Nivel de medición	**I**							
	1er año		**2do año**		**3er año**		**Total**	
	Frecuencia	**%**	**Frecuencia**	**%**	**Frecuencia**	**%**	**Frecuencia**	**%**
Alto	0	0,00%	1	12,50%	0	0,00%	1	12,50%
Medio	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Bajo	2	25,00%	3	37,50%	2	25,00%	7	87,50%
Total	2	25,00%	4	50,00%	2	25,00%	8	100,00%

Se apreció que no hubo nivel alto de la despersonalización en los residentes del 1er y 2do año con una frecuencia de 0,00%. En el nivel medio no hubo frecuencia en los tres años de residencia con 0,00%. Se obtuvieron la misma frecuencia en los años de la especialización en el 1er y 3er año con 25,00%.

La Tabla N° 17 se presenta la distribución de los médicos residentes en la presente investigación en frecuencia y porcentajes, según la despersonalización en el servicio de cirugía II y año de residencia.

Tabla N° 17.
Distribución por frecuencia simple y porcentajes de despersonalización en el servicio de cirugía II y año de residencia. Hospital Universitario de Caracas. Año 2017.

Despersonalización Servicio de cirugía vs. Año de residencia								
Nivel de medición	**II**							
	1er año		**2do año**		**3er año**		**Total**	
	Frecuencia	**%**	**Frecuencia**	**%**	**Frecuencia**	**%**	**Frecuencia**	**%**
Alto	3	33,33%	2	22,22%	1	11,11%	6	66,67%
Medio	0	0,00%	0	0,00%	1	11,11%	1	11,11%
Bajo	1	11,11%	0	0,00%	1	11,11%	2	22,22%
Total	4	44,44%	2	22,22%	3	33,33%	9	100,00%

Se obtuvo la mayor frecuencia del nivel alto de la despersonalización en el 1er año con 33,33%. Nivel medio con más frecuencia en el 3er año con 11,11%. Y mayores frecuencias en el nivel bajo del 1er y 3er año con 11,11% en el servicio de cirugía II del HUC.

En la Tabla N° 18 se presenta la distribución de los médicos residentes en la presente investigación en frecuencia y porcentajes, según la despersonalización en el servicio de cirugía III y año de residencia.

Tabla N° 18.
Distribución por frecuencia simple y porcentajes de despersonalización en el servicio de cirugía III y año de residencia. Hospital Universitario de Caracas. Año 2017.

Despersonalización Servicio de cirugía vs. Año de residencia								
Nivel de medición	III							
	1er año		2do año		3er año		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Alto	2	25,00%	1	12,50%	1	12,50%	4	50,00%
Medio	1	12,50%	1	12,50%	0	0,00%	2	25,00%
Bajo	0	0,00%	2	25,00%	0	0,00%	2	25,00%
Total	3	37,50%	4	50,00%	1	12,50%	8	100,00%

La mayor frecuencia en este servicio del nivel alto de la despersonalización se obtuvo en el 1er año con 25,00%. Misma frecuencia en el 1er y 2do año con nivel medio de un 12,50% respectivamente. Nivel bajo más frecuente en los residentes del segundo año con 25,00%.

En la Tabla N° 19 se presenta la distribución de los médicos residentes de la presente investigación en frecuencia y porcentajes, según la despersonalización en el servicio de cirugía IV y año de residencia.

Tabla N° 19.
Distribución por frecuencia simple y porcentajes de despersonalización en el servicio de cirugía IV y año de residencia. Hospital Universitario de Caracas. Año 2017.

Despersonalización Servicio de cirugía vs. Año de residencia								
Nivel de medición	IV							
	1er año		2do año		3er año		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Alto	0	0,00%	2	33,33%	1	16,67%	3	50,00%
Medio	1	16,67%	0	0,00%	1	16,67%	2	33,33%
Bajo	1	16,67%	0	0,00%	0	0,00%	1	16,67%
Total	2	33,33%	2	33,33%	2	33,33%	6	100,00%

Se obtuvo mayor frecuencia en el segundo año en cuanto al nivel alto de la despersonalización en dicho servicio con un 33,33%. iguales frecuencias en nivel medio de los residentes del 1er y 3er año con 16,67%. Nivel bajo fue más frecuente en 1er año de la especialización.

La Tabla N° 20 se presenta la distribución de los médicos residentes de la presente investigación en frecuencia y porcentajes, según la realización personal en el servicio de cirugía I y año de residencia.

Tabla N° 20.
Distribución por frecuencia simple y porcentajes de la realización personal en el servicio de cirugía I y año de residencia. Hospital Universitario de Caracas. Año 2017.

Realización personal Servicio de cirugía vs. Año de residencia								
Nivel de medición	**I**							
	1er año		**2do año**		**3er año**		**Total**	
	Frecuencia	**%**	**Frecuencia**	**%**	**Frecuencia**	**%**	**Frecuencia**	**%**
Alto	0	0,00%	1	12,50%	0	0,00%	1	12,50%
Medio	1	12,50%	1	12,50%	0	0,00%	2	25,00%
Bajo	1	12,50%	2	25,00%	2	25,00%	5	62,50%
Total	2	25,00%	4	50,00%	2	25,00%	8	100,00%

Se presentó mayor frecuencia en nivel alto de realización personal en el segundo año de presente servicio con 12,50%, ninguna frecuencia del mismo nivel en los años de residencia 1 y 3 con 0,00%. Mayores frecuencias en el nivel medio en el 1er y 2do años del servicio con 12,50% respectivamente. Y por último mayores frecuencias en el nivel bajo del 2do y 3er año de dicho servicio.

La Tabla N° 21 se presenta la distribución de los médicos residentes de la presente investigación en frecuencia y porcentajes, según la realización personal en el servicio de cirugía II y año de residencia.

Tabla N° 21.
Distribución por frecuencia simple y porcentajes de la realización personal en el servicio de cirugía II y año de residencia. Hospital Universitario de Caracas. Año 2017.

Realización personal Servicio de cirugía vs. Año de residencia								
Nivel de medición	II							
	1er año		2do año		3er año		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Alto	1	11,11%	0	0,00%	2	22,22%	3	33,33%
Medio	1	11,11%	2	22,22%	0	0,00%	3	33,33%
Bajo	2	22,22%	0	0,00%	1	11,11%	3	33,33%
Total	4	44,44%	2	22,22%	3	33,33%	9	100,00%

Se pudo constatar que el nivel alto de la despersonalización en el servicio de cirugía II, se obtuvo con más frecuencia en los residentes del 3er año con 22,22%. Nivel medio con más frecuencia en el 2do año con 22,22%. Y el nivel bajo más frecuente en los residentes del 1er año del presente servicio.

La Tabla N° 22 se presenta la distribución de los médicos residentes de la presente investigación en frecuencia y porcentajes, según la realización personal en el servicio de cirugía III y año de residencia.

Tabla N° 22.
Distribución por frecuencia simple y porcentajes de la realización personal en el servicio de cirugía III y año de residencia. Hospital Universitario de Caracas. Año 2017.

Realización personal Servicio de cirugía vs. Año de residencia								
NIVEL DE MEDICIÓN	III							
	1er Año		2do Año		3er Año		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Alto	0	0,00%	1	12,50%	0	0,00%	1	12,50%
Medio	2	25,00%	1	12,50%	0	0,00%	3	37,50%
Bajo	1	12,50%	2	25,00%	1	12,50%	4	50,00%
TOTAL	3	37,50%	4	50,00%	1	12,50%	8	100,00%

En el servicio de cirugía III en el nivel alto de realización personal, se obtuvo con más frecuencia los cursantes del segundo año con 12,50%. Fue más frecuente el nivel medio en los residentes del primer año con 25,00% al igual que los cursantes del segundo año en nivel bajo.

La Tabla N° 23 se presenta la distribución de los médicos residentes de la presente investigación en frecuencia y porcentajes, según la realización personal en el servicio de cirugía IV y año de residencia.

Tabla N° 23.
Distribución por frecuencia simple y porcentajes de la realización personal en el servicio de cirugía IV y año de residencia. Hospital Universitario de Caracas. Año 2017.

Realización personal Servicio de cirugía vs. Año de residencia								
NIVEL DE MEDICIÓN	IV							
	1er Año		2do Año		3er Año		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Alto	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Medio	2	33,33%	1	16,67%	2	33,33%	5	83,33%
Bajo	0	0,00%	1	16,67%	0	0,00%	1	16,67%
TOTAL	2	33,33%	2	33,33%	2	33,33%	6	100,00%

La frecuencia en el nivel alto de la realización personal en los residentes de los tres años fue del 0,00%. Misma frecuencia en el nivel medio de los residentes del 1er y 3er año con 33,33%. En el nivel bajo se obtuvo en los residentes del segundo año mayor frecuencia con 16,67%.

La Tabla N° 24 se presenta la distribución de los médicos residentes de la presente investigación en frecuencia y porcentajes, según los factores de malestar laboral en los médicos residentes de los servicios de Cirugía. Hospital Universitario de Caracas. Año 2017.

Tabla N° 24.
Distribución por frecuencia simple y porcentajes de los FML en los servicios de cirugía. Hospital Universitario de Caracas. Año 2017.

Factores de malestar laboral	Escala de frecuencia							
	Raramente		Medianamente		Constantemente		Total	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Impotencia	24	77,42%	5	16,1%	2	6,5%	31	100,00%
Desinformación	26	83,87%	5	16,1%	0	0,0%	31	100,00%
Conflicto	16	51,61%	11	35,5%	4	12,9%	31	100,00%
Pobre trabajo en equipo	14	45,16%	11	35,5%	6	19,4%	31	100,00%
Sobrecarga	10	32,26%	12	38,7%	9	29,0%	31	100,00%
Aburrimiento	22	70,97%	7	22,6%	2	6,5%	31	100,00%
Pobre Retroalimentación	18	58,06%	9	29,0%	4	12,9%	31	100,00%
Castigo	12	38,71%	6	19,4%	13	41,9%	31	100,00%
Alineación	23	74,19%	5	16,1%	3	9,7%	31	100,00%
Ambigüedad	21	67,74%	9	29,0%	1	3,2%	31	100,00%
Ausencia de recompensas	20	64,52%	9	29,0%	2	6,5%	31	100,00%
Conflicto de valores	19	61,29%	10	32,3%	2	6,5%	31	100,00%

En los factores de malestar laboral se obtuvo mayor frecuencia en impotencia con un 77,42% raramente. Mayor frecuencia en desinformación con 83,87% raramente. En conflicto mayor frecuencia raramente con 51,61%. En pobre trabajo en equipo hubo mayor frecuencia en raramente con 45,16%. La mayor frecuencia en sobrecarga se encontró con 38,7% en medianamente. Aburrimiento obtuvo la mayor frecuencia en raramente con un 70,97%. Pobre Retroalimentación se obtuvo la mayor frecuencia en raramente con 58,06%. Castigo representó el 41,9% con mayor frecuencia constantemente. Raramente fue mayor frecuente en el ámbito de la alineación con 74,19%. Fue más frecuente la subescala raramente en ambigüedad con 67,74%. La ausencia de recompensa se notó en un 64,52% en raramente. Por último, en conflicto de valores se obtuvo mayor frecuencia en raramente con 61,29%.

En La Tabla N° 25 se presenta la distribución de los médicos residentes de la presente investigación en frecuencia y porcentajes, según los factores de malestar laboral en los médicos residentes del primer año de los servicios de Cirugía. Hospital Universitario de Caracas. Año 2017.

Tabla N° 25.
Distribución por frecuencia simple y porcentajes de los FML en el primer año de residencia de los servicios de cirugía. Hospital Universitario de Caracas. Año 2017.

1er año de residencia Factores de malestar laboral	Escala de frecuencia							
	Raramente		Medianamente		Constantemente		Total	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Impotencia	10	90,91%	1	9,1%	0	0,0%	11	100,00%
Desinformación	10	90,91%	1	9,1%	0	0,0%	11	100,00%
Conflicto	6	54,55%	5	45,5%	0	0,0%	11	100,00%
Pobre trabajo en equipo	8	72,73%	2	18,2%	1	9,1%	11	100,00%
Sobrecarga	4	36,36%	5	45,5%	2	18,2%	11	100,00%
Aburrimiento	10	90,91%	1	9,1%	0	0,0%	11	100,00%
Pobre retroalimentación	9	81,82%	1	9,1%	1	9,1%	11	100,00%
Castigo	5	45,45%	3	27,3%	3	27,3%	11	100,00%
Alineación	10	90,91%	0	0,0%	1	9,1%	11	100,00%
Ambigüedad	10	90,91%	1	9,1%	0	0,0%	11	100,00%
Ausencia de recompensas	9	81,82%	1	9,1%	1	9,1%	11	100,00%
Conflicto de valores	8	72,73%	3	27,3%	0	0,0%	11	100,00%

Se pudo constatar que en el 1er año de la presente especialización en los diferentes servicios de Cirugía del HUC, no fue frecuente observar constantemente impotencia, desinformación, conflicto aburrimiento, ambigüedad ni conflicto de valores representado con un 0,0%. Fue más frecuente raramente con 72,73% pobre trabajo en equipo. Sobrecarga presentó mayor frecuencia en medianamente con 45,5%. La pobre retroalimentación en raramente fue más frecuente con 81,82%. Raramente se presentó en mayor frecuencia en castigo un 45,45%. Los médicos residentes del 1er año se sentían raramente alineados en mayor frecuencia con 90,91%. En ausencia de recompensas la mayor frecuencia se obtuvo en raramente con 81,82%.

En La Tabla N° 26 se presenta la distribución de los médicos residentes de la presente investigación en frecuencia y porcentajes, según los factores de malestar laboral en los médicos residentes del segundo año de los servicios de Cirugía. Hospital Universitario de Caracas. Año 2017.

Tabla N° 26.
Distribución por frecuencia simple y porcentajes de los FML en el segundo año de residencia de los servicios de cirugía. Hospital Universitario de Caracas. Año 2017.

2do año de residencia	Escala de frecuencia							
Factores de malestar laboral	Raramente		Medianamente		Constantemente		Total	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Impotencia	8	66,67%	3	25,0%	1	3,2%	12	94,89%
Desinformación	11	91,67%	1	8,3%	0	0,0%	12	100,00%
Conflicto	5	41,67%	4	33,3%	3	25,0%	12	100,00%
Pobre trabajo en Equipo	2	16,67%	7	58,3%	3	25,0%	12	100,00%
Sobrecarga	3	25,00%	5	41,7%	4	33,3%	12	100,00%
Aburrimiento	6	50,00%	4	33,3%	2	16,7%	12	100,00%
Pobre Retroalimentación	4	33,33%	2	16,7%	6	50,0%	12	100,00%
Castigo	4	33,33%	2	16,7%	6	50,0%	12	100,00%
Alineación	8	66,67%	3	25,0%	1	8,3%	12	100,00%
Ambigüedad	6	50,00%	5	41,7%	1	8,3%	12	100,00%
Ausencia de recompensas	6	50,00%	6	50,0%	0	0,0%	12	100,00%
Conflicto de Valores	6	50,00%	5	41,7%	1	8,3%	12	100,00%

En los médicos residentes del segundo año de los servicios de las cirugías en el HUC. Se obtuvieron que en mayor frecuencia de la sub-escala raramente, se encontraron en: impotencia, desinformación, conflicto, aburrimiento, alineación, ambigüedad y conflicto de valores. Pobre trabajo y Sobrecarga fueron más frecuentes en medianamente. En ausencia de recompensa se obtuvieron la misma frecuencia entre raramente y medianamente. Por último, los médicos residentes acusaron con mayor frecuencia sentirse constantemente pobremente retroalimentados y castigados.

La Tabla N° 27 se presenta la distribución de los médicos residentes de la presente investigación en frecuencia y porcentajes, según los factores de malestar laboral en los médicos residentes del tercer año de los servicios de Cirugía. Hospital Universitario de Caracas. Año 2017.

Tabla N° 27.
Distribución por frecuencia simple y porcentajes de los FML en el tercer año de residencia de los servicios de cirugía. Hospital Universitario de Caracas. Año 2017.

3er año de residencia	Escala de frecuencia							
Factores de malestar laboral	Raramente		Medianamente		Constantemente		Total	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Impotencia	6	75,00%	1	12,5%	1	3,2%	8	90,73%
Desinformación	5	62,50%	3	37,5%	0	0,0%	8	100,00%
Conflicto	5	62,50%	2	25,0%	1	12,5%	8	100,00%
Pobre trabajo en equipo	4	50,00%	2	25,0%	2	25,0%	8	100,00%
Sobrecarga	3	37,50%	2	25,0%	3	37,5%	8	100,00%
Aburrimiento	6	75,00%	2	25,0%	0	0,0%	8	100,00%
Pobre alimentación	4	50,00%	3	37,5%	1	12,5%	8	100,00%
Castigo	3	37,50%	1	12,5%	4	50,0%	8	100,00%
Alineación	5	62,50%	2	25,0%	1	12,5%	8	100,00%
Ambigüedad	5	62,50%	3	37,5%	0	0,0%	8	100,00%
Ausencia de recompensas	5	62,50%	2	25,0%	1	12,5%	8	100,00%
Conflicto de valores	5	62,50%	2	25,0%	1	12,5%	8	100,00%

En el tercer año de la especialización de cirugía en el HUC para el año 2017, los médicos residentes presentaron mayor frecuencia en la sub-escala raramente de los siguientes ítems: impotencia, desinformación, conflicto, pobre trabajo en equipo, aburrimiento, pobre retroalimentación, alineación, ambigüedad, ausencia de recompensa y por último conflicto de valores. En la sobrecarga hubo similitud entre raramente y constantemente. Los mismo se sentían constantemente castigados.

Se pudo constatar que en el presente estudio se obtuvo SDP en 4 médicos residentes que correspondieron al 12,90% del total de la muestra, el 100% presentó la misma edad (28 años), el 50% fue de sexo femenino y el resto sexo masculino, el 50% estuvo en el segundo año de la especialización y el 25% estuvo en 1er y 3er año. Todos en cada uno de los servicios de cirugía, el 100% provenía del interior del país.

25 médicos residentes están en riesgo de padecer el SDP que representa 80,65%. El 64% presentaron edades de (26 y 29 años), el sexo femenino representó el 60% y el resto masculino, el 92% de los mismo son solteros y el resto son casados. Los servicios de cirugía II y III representaron la mayoría de la muestra con 28% cada uno, el 60% son de 1er año,

seguido con 36% con el segundo año y por último el 24% es para el tercer año, el 88% son del interior del país.

Solo 2 médicos residentes no presentan riesgo de padecer SDP, 50% se encontraron en la edad de 28 y el otro con 30 años, 50% fue masculino y el resto femenino, ambos provienen del interior del país, los médicos residentes se encontraron en el 2do y 3er año de la residencia, cada uno de los médicos pertenecía a los servicios I y II de cirugía del HUC.

DISCUSIÓN

El abordaje del SDP representa un auténtico reto en muchos países latinoamericanos. No sólo se trata de un desafío al momento de la formación de nuevas generaciones de cirujanos, sino que también la salud del cirujano al momento de retirarse, no debería verse menoscabada por situaciones de salud derivadas por la persistencia de malestares psicofisiológicos vinculados con el SDP. [42-47]

En esta investigación sí hubo diferencias relevantes entre la edad y el estado civil con respecto al SDP. Este hecho difiere con lo comunicado por Domínguez *et al*, [7] quienes plantaron que no hay relación entre la edad y el sexo con el SDP en su estudio realizado con residentes de Cirugía en Colombia.

Los médicos residentes del sexo femenino en este estudio representaron el 58% con respecto a la muestra. Richarsdsen *et al* [48] vincularon de manera plausible este sexo con el SDP: las mujeres debido a los múltiples roles sociales que deben cumplir, experimentan mayores niveles de estrés que los hombres, lo cual, a su vez, interfiere en el desempeño de sus funciones.

Cansancio emocional

Se encontró cansancio emocional en el 61% de los participantes. Esta cifra se asemeja al trabajo de Berdejo [9] quien aplicó el MBI-HSS para detectar la presencia del síndrome y sus categorías y empleó una plantilla de recolección de datos con variables socio-demográficas (al igual que este trabajo) organizacionales y ambientales considerados factores de riesgo para su desarrollo. Dicho autor comunicó que el cansancio emocional alcanzó hasta un 78,9 %. De esta manera, se destaca, una vez más, la importancia de este criterio en el contexto del SDP.

García *et al*, [12] al referirse al cansancio emocional, concluyeron que los niveles medios de cansancio pueden ser interpretados como importantes, ya que al considerarse el SDP como un proceso, dichos niveles representan un signo de alarma digno de ser considerado. Dicho autor incluyó en su estudio a Licenciados y Técnicos Superiores en el área de enfermería. En la presente investigación, a semejanza del estudio de García *et al*, no se investigó el problema

en especialistas graduados, sino que se incluyeron a médicos residentes en los diferentes años de la especialización.

Astudillo *et al*, [42] evaluaron el SDP de modo similar a esta investigación. Ellos reportaron una prevalencia del 76% cansancio emocional. En el estudio de Astudillo se tomó en cuenta el estado civil de los médicos residentes al igual que esta investigación. Aunque ellos no especificaron si el excesivo agotamiento emocional conlleva a un estado de distanciamiento emocional y cognitivo en sus actividades diarias, lo cual conlleva a la incapacidad para responder a las demandas del servicio.

También Tepedino *et al,* [14] estudió una población entre 22 y 47 años, abarcando postgrados médicos y quirúrgicos y se refiere al cansancio emocional como un nivel medio en su trabajo. Este trabajo también englobó el grupo etario de adultos jóvenes no así el de especialidades médicas.

Lugo [17] en su trabajo presentó cifras más altas de cansancio emocional las cuales alcanzaron hasta el 66,7%. En la presente investigación se evidenciaron cifras de cansancio emocional alto de menor cuantía (35,48%). Sería interesante que se efectuaran otras investigaciones para indagar sobre esta diferencia en los resultados a pesar de que las poblaciones estudiadas son semejantes.

Cabe destacar que el cansancio emocional se estimó con los datos que Arayago *et al,* [10] quienes incluyeron las variables edad, el cargo, el centro de trabajo y años laborales, similares a este trabajo.

Por su parte Escalona *et al*, [13] relacionó el síndrome con el tipo de servicio hospitalario, tomando en consideración las características sociodemográficas y laborales, y en este estudio se relacionó con el tipo de servicio de Cirugía (del I al IV). Escalona concluyó que el de mayor prevalencia fue en el área quirúrgica en el servicio de ginecología y obstetricia. En esta investigación se observó que los médicos residentes ubicados en el servicio de Cirugía II registraron más cansancio emocional que los residentes de los otros servicios. Es posible que ello se deba a mayores exigencias asistenciales del Servicio de Cirugía II.

Despersonalización

Para Berdejo [9] la despersonalización de su muestra de estudio fue de 60,8% y en este trabajo el global fue 61% mientras que el 45,16% en su nivel alto. Ese estudio recomendó intervenciones de salud ocupacional para mejorar las relaciones de trabajo de los residentes, así como disminuir el número de pacientes a manejar diariamente, lo cual generaría un adecuado manejo de las horas laborales y turnos nocturnos. [9]

La investigación publicada por Terrones *et al*, [8] coincide con el presente trabajo al comunicar una despersonalización, en el orden del 54,31 % de médicos residentes, cifra similar al del presente trabajo. En este sentido, se coincide con los trabajos de Terrones y Astudillo. [42]

En el caso de Tepedino *et al*, [14] al evaluar la despersonalización de los evaluados, se evidenció una variación en los puntajes desde cero hasta 29 puntos. Sobre la puntuación, la despersonalización se tomó en consideración alta ≥ 10, moderada 6 a 9 y baja ≤ 5. A pesar que existen casos de baja despersonalización, se debe tomar en consideración alto y medio que sumaron 58,33%, ya que ello denota distanciamiento y frialdad con respecto a los pacientes.

En los resultados de Torrealba [18] los residentes de medicina interna experimentaron mayor nivel de despersonalización y al contrastarse con los resultados de este trabajo, los residentes del servicio de Cirugía II mostraron mayor despersonalización que los demás.

Realización personal

En el trabajo de Berdejo [9] reportó una realización personal alta con un 76,6%, no así en éste estudio que alcanzó solo el 16,13% en su nivel alto, esto debido a que en el primero hubo una asociación estadística entre las relaciones interpersonales y el número de pacientes atendidos, no así en nuestro estudio. La realización personal entre sus niveles bajo y medio en nuestro estudio coincide con la investigación de Arayago *et al*, [10] el cual registró en este aspecto un 81,2% y el nuestro aproximadamente del 84%. Con una población de edades similares al de esta investigación, Astudillo *et al*, [42] reportó una baja realización personal en el SDP de 55%, el nuestro fue 41,94% debido a que solo investigamos médicos residentes y no especialistas, tampoco las variables de turnos de urgencia.

En este trabajo, los médicos residentes de Cirugía I y III del segundo año de residencia presentaron bajo sentimientos de realización personal y los de cirugía IV en su primer y tercer año de residencia mostraron sentimiento medio de realización personal. Tepedino *et al*, [14] quienes trabajaron con un rango de edades parecidas a este trabajo, registraron una baja realización personal en 39,9% de los evaluados, cifra similar a esta investigación.

Factores de malestar laboral

En este trabajo los resultados de castigo en la escala de constantemente, se presentaron 13 casos que equivalen a un 41,9 %. 9 casos constantemente de sobrecarga, 6 casos de pobre trabajo en equipo en su escala constantemente, 2 casos de impotencia y de conflicto de valores constantemente, 4 casos de conflicto en constantemente, 3 de alienación en constantemente. Estos factores pueden verificar lo que afirma Rivadeneira [33] al referirse a los disvalores del perfil cultural, social y sicológico, que implican conductas de parte de otros colegas que debilitan el aspecto socio emocional, por imponer su voluntad de manera arbitraria. Esto genera sensación de conflicto de valores, cuando se interactúa con la autoridad, otros colegas de manera descalificadora, sin aceptar argumentación, desenfocando su rol dejando a veces a los residentes inconformes, confundidos, con sobrecarga como se estudió al aplicarle el instrumento.

Los factores organizativos que crean malestar profesional son las relaciones interpersonales difíciles con escasa comunicación. La escala denominada medianamente en este trabajo se encontró en el pobre trabajo en equipo en un 35,5 %; en la sobrecarga 39 %; conflicto de valores en un 32 %. Aunque no se incluyeron valores como sueño, dolores de cabeza, de espalda y cuello, éste puede ser trascendente para generar malestar profesional, debido a que el estrés tiene como consecuencias impotencia. [33]

No se estudió en este trabajo la influencia de la institución y sus insumos en la generación de malestar profesional, que sí estudiaron Gil [35] y Sauter *et al*, [36] considerando también enfermedades cardiovasculares, trastornos psicológicos, accidentes laborales, cáncer, ulceras y alteraciones del sistema inmunitario. [35, 36]

Trapp *et al*, [16] estudió a personas que abandonaron su profesión concluyendo que el sistema de turnos, las remuneraciones y el escaso reconocimiento organizacional fueron

factores determinantes. La vocación aparece como la principal razón de permanencia en la práctica clínica. La insatisfacción con elementos organizacionales lleva al abandono.

Como expone Fernández, [43] el médico es un ser sensible que se contagia de las tristezas y alegrías del ambiente laboral, así como de la sobrecarga de labores administrativas. [36] Estos coincide con los planteamientos de esta investigación que las presiones psicológicas generan malestar laboral.

También Bejarano [45] coincide con lo expuesto, cuando se refiere a las consecuencias del trabajo del cirujano que conlleva al éxito o al fracaso, tienen una connotación anímica particular en el cirujano; por ello, se busca resaltar su bienestar mental.

Sarsosa *et al* [46] asocia la sobrecarga de trabajo y disminución de la productividad o rendimiento laboral y dinamismo.

Por otra parte, Anzoleaga *et al*, [47] enfocaron su estudio en el malestar psicobiológico como cansancio emocional, agotamiento físico, saturación mental, mal humor, sentimiento de baja realización profesional, trato despersonalizado a colegas o usuarios, frustración, trastornos digestivos, dolor de cabeza, insomnio, dolor de espalda. Aunque no se tomaron en consideración todos los rasgos psicobiológicos específicos del estudio de Anzoleaga, se puede relacionar con frustración, trato despersonalizado, baja realización personal y cansancio emocional.

Por su parte, D´Amelio *et al*, [49] en cuanto a elementos estresores, se encontró que la interferencia en las funciones es el más impactante, seguido por la sobrecarga en el trabajo, problemas en las relaciones interpersonales y finalmente el conflicto de roles, asemejándose con el presente estudio con la sobrecarga de trabajo y conflictos de roles.

Conclusiones

El rango de edades de los médicos residentes se ubicó entre 24 y 30 años de edad, en su mayoría solteros y del sexo femenino, los residentes en su mayoría provenían del interior del país, en cuanto a la cantidad de residentes y con más afección se encontraron en el segundo año de la residencia. En este estudio no fue relevante el estado civil con la ocurrencia del SDP.

El cansancio emocional se vio reflejado en el nivel alto en un 35,5% de los médicos residentes.

Los residentes ubicados en el servicio cirugía II registraron más cansancio que los demás residentes, los residentes de cirugía I menos cansancio.

La despersonalización se registró en un 61% de los residentes.

La más alta despersonalización encontrada en los residentes se reportó en cirugía II y los de cirugía I fue menor.

Se presenció baja realización personal en un 41,94%.

La realización personal más baja se registró en los médicos residentes de cirugía I, seguida por los médicos de cirugía III.

Finalmente, se concluye que: en lo médicos residentes de la Especialización de Cirugía General en el Hospital Universitario de Caracas en el año 2017, 4 sufren de SDP, 25 presentan riesgo y 2 no registraron ningún riesgo para manifestar SDP.

Recomendaciones

1. Diseñar y efectuar estudios multicéntricos en las sedes de las especializaciones, adscritas a la CEPG FM-UCV que indaguen la existencia del SDP, entre los médicos residentes, así como de los factores de malestar laboral.
2. Realizar talleres en dichas sedes por parte de equipos multidisciplinarios, dirigidos hacia la orientación profesional necesaria para el abordaje del SDP y el manejo de los factores de malestar laboral.
3. Promover la apertura de líneas de investigación en ambos tópicos, en los diversos encuentros científicos (jornadas, simposios, congresos, entre otros) que llevan a cabo los médicos residentes y egresados de las especializaciones con sedes hospitalarias de la UCV.
4. Referir al servicio de Psiquiatría a los médicos residentes diagnosticados con SDP y ofrecer alternativas preventivas a los que estén riesgo.

5. Constituir equipos multidisciplinarios de salud, con psiquiatras, psicólogos clínicos, internistas, médicos laborales, entre otros, que de manera sistemática lleven a cabo actividades asistenciales, docentes, de investigación y extensión universitaria, relativas al SDP.
6. Fomentar a través de las autoridades académicas de las especializaciones, la creación de una buena atmosfera de trabajo en equipo.
7. Realizar seguimiento a los médicos residentes que padezcan el SDP o tengan riesgo de padecerlo.
8. Fomentar dentro del hospital grupos de apoyos a los afectados con el SDP.
9. Rehabilitar al médico residente para mejorar su vuelta al trabajo, monitorizando el estrés y los criterios diagnósticos del SDP.
10. Descartar alguna enfermedad crónica en el médico residente, el cual imposibilite sus funciones dentro del ámbito personal y laboral.

REFERENCIAS

1) Organización Panamericana de la Salud. Estrés laboral es una carga para los individuos, los trabajadores y las sociedades. Washington. 2016; (Consulta 16 septiembre 2018). Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11973%3Aworkplace-stress-takes-a-toll-on-individuals-employers-and-societies&catid=1443%3Aweb-bulletins&Itemid=135&lang=es-

2) Feldman L, Blanco G. Una aproximación al estudio de los factores psicosociales laborales en Venezuela. Salud de los Trabajadores [Internet]. 2012 (Consulta 15 octubre 2018); 20(1): 75-92. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1315-01382012000100007&lng=es.

3) Aceves, G. A. Síndrome de burnout. Archivos de Neurociencias, 2006;11, 4: 305-309.

4) Rodríguez, J. Propuesta: Programa Integral de Autocuidado. Enfermería en Costa Rica,2010; 31: 2-7.

5) Morales LS, Hidalgo LF. Síndrome de Burnout. Medicina Legal de Costa Rica - Edición Virtual. 2015; 32 (1): 2-4.

6) Dewe, P, O'Dristol, M, Cooper, C. (2010). Coping with Work Stress: A review and critique. UK: Wiley-Blackwell.

7) Domínguez LC, Sanabria A, Ramírez A, Vargas F, Pacheco M, Jiménez G. Desgaste profesional en residentes colombianos de cirugía: resultados de un estudio nacional. rev.colomb. cir. [Internet]. 2017 (Consulta: 15, julio 2018);32(2): 121-127. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822017000200007&lng=en.

8) Terrones JF, Cisneros V, Arreola JdJ. Síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital General de Durango, México. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2016 (Consulta: 15, julio 2018);54(2):242-248. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745149016.

9) Berdejo, H. Síndrome de desgaste laboral (burnout) en los médicos residentes de especialidades medico quirúrgicas de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá. (Tesis de posgrado).2014. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D.C.

10) Arayago R, González Á, Limongi M, Guevara H. Síndrome de Burnout en residentes y especialistas de anestesiología. Salus [Internet]. 2016 (Consulta: 7, mayo 2018);20(1): 13-21. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316713820160001000 04&lng=es}.

11) Kurusis S, Ordaz M, Peña A, Aguirre J. Burnout en médicos residentes del Postgrado de Cirugía del Hospital Central de Maracay. Nexus 2015; 4(2):17-24.

12) García Y. Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería que laboran en la unidad de cuidados intensivos del hospital "Dr.DomingoLuciani" tercer trimestre del 2004. [internet]. 2005(Consulta: 15 marzo 2018); Disponible en http://saber.ucv.ve/bitstream/123456789/2583/1/SIDROME%20DE%20BURNOUT.pdf.

13) Escalona E, Estanga I, González A, Escalante M. Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes de postgrado. ID 1968. 2009. (Consultado en enero del 2012). Disponible en línea: ID+1968+Sindrome+Desgaste+Profesional.pdf

14) Tepedino D, Peña C. Síndrome de desgaste profesional en residentes del Hospital Universitario de Caracas. Med Interna (Caracas) 2011; 27 (1): 38 – 50.

15) Calderón JGE, Borracci RA, Sökn F, Angel A, Darú V, Lerman J, et al. Encuesta sobre la calidad de vida profesional de los cardiólogos en la Argentina. Rev. argent. cardiol. [Internet]. 2014 Oct; 82 (5): 389-395. (Consulta: 4 noviembre 2018); Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sciartt ext&pid=S1850-37482014000 500007&lng=es.

16) Trapp U A, Larrain S AI, Santis EM. J, Olbrich S. Causas de abandono de la práctica clínica hospitalaria de enfermería. Cienc. enferm. [Internet]. 2016 Ago (Consulta: 4 noviembre 2018); 22(2): 39-50. Disponible en: https://scielo.conicyt. cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532016000200004&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532016000200004.

17) Lugo JF. Síndrome de Burnout, factores asociados en médicos de un hospital tipo III. Universidad Central de Venezuela. Caracas. 2018: 23.

18) Torrealba ML, Fernández A, Vargas E, Fernández G, Fernández A. índrome de Burnout en los médicos del Servicio de Emergencia del Hospital "Dr. José Francisco Molina Sierra", I.V.S.S., Puerto Cabello, y su relación con la calidad de la atención médica prestada. 2010 (Consulta: 5 noviembre 2018); Disponible en: http://enferlic.blogspot.com/2011 /10/sindrome-de-burnout-en-los-medicos-del_15.html

19) Borda M, Navarro E, Aun E, Berdejo H, Racedo K, Ruiz J. Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. Salud Uninorte. 2007, 23: 43-51.

20) Aceves GA. Síndrome de burnout. Archivos de Neurociencias 2006; 11: 305-309.

21) Saborio L, Hidalgo LF. Síndrome de Burnout. Med. leg. Costa Rica. [Internet]. 2015 Marzo [citado 2018 Julio 09]; 32(1): 119-124. (Consulta: 5 noviembre 2018); Disponible en: http:www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140900152015000100014&lng=en.

22) Rueda MJ. Síndrome de desgaste profesional en residentes de cirugía. Tesis de postgrado.Universidad del Zulia 2009: 13-14.

23) Venezuela. Asamblea Nacional. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Publicado en Gaceta Oficial Extraordinaria Nº 5.453 de fecha 24 de Marzo, 2000.

24) Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT). Publicada en Gaceta Oficial número 38.236, de fecha 26 de julio de 2005 (Consulta: 14 agosto 2018); Disponible en http://www.medicinalaboraldevenezuela.com.ve/archivo/LOPCYMAT.pdf. 19

25) Danhof MB, Van Veen T, Zitman, FG. Biomarkers in burnout: A systematic review. Journal of Psychosomatic Research2011, 70: 505–524.

26) Dyrbye LN, Massie FS, Eacker A, Harper W, Power D, Durning SJ, *et al*. Relationship Between Burnout and Professional Conduct and Attitudes Among US Medical Students, JAMA2010; 304, 11, 1173-1180.

27) Cohen JS, Leung Y, Fahey M, Hoyt L, Sinha R, Cailler L, *et al*. The happy docs study: a Canadian Association of Internes and Residents well-being survey examining resident physician health and satisfaction within and outside of residency training in Canada. BMC Res Notes, 2008; 105,

28) Quinceno JM, Alpi VS. Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo. Acta Colombiana de Psicología. 2007; 10, 117-125.

29) Díaz F, Carolina I. La investigación sobre el síndrome de burnout en latinoamérica entre 2000 y el 2010. Psicología desde el Caribe [en linea] 2016, (Consulta: 6 noviembre 2018);]; 33 (Enero-Abril): Disponible en: http://4www.redalyc.org/articulo.oa?id=2134515200 8 ISSN 0123-417X.

30) Gil PR, Unda S. Sandoval, J. Validez factorial del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT), en una muestra de maestros mexicanos. Salud Mental, 2009; 31: 205-214.

31) Chrousos G, Gold P. The concept of stress and stress system disorders: Overview of physical and behavioral homeostasis. Journal of American Medical Association. 1992; 267(9): 1944-1951.

32) Szabo S, Tache Y, Samogyi A. The legacy of Hans Selye and the origins of the stress research: A retrospective 75 years after. The International JournalonBiology of Stress. 2012; 15(5): 472-478.

33) Rivadeneira, J. (1986). La Historia Cultural de Aprendizaje. Mimeo. Infografía. Caracas: Autor.

34) Rivadeneira J, Rivadeneira Z. Conductas de los actores que cumplen roles de apoyo al investigador e inciden en la culminación de una investigación en Venezuela durante el año 2011. Diplomado en Investigación Científica de la USB 2011. Sartenejas: Autores. (2011).

35) Gil P. Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la Salud Publica. Revista Española de Salud Pública. 2009; 83: 169-173.

36) Sauter S, Hurrell J, Murphy L, Levi L. Factores Psicosociales y Organizativos. In Stellman J. Enciclopedia de Salud y Seguridad Ocupacional. Ginebra: Oficina de Trabajo Internacional; 1997. 34.1-34.77.

37) Maslach C., Jackson, S, Leiter M. Maslach Burnout Inventory Manual.California, USA: Palo Alto. 1986; 29

38) Moreno B, Gálvez M, Garrosa E, Mingote JC. Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico. Aten Primaria. 2006;38, 10:544-549

39) Bejarano, M. Cirujanos versus pacientes: ¿hay justicia? Revista Colombiana de Cirugía [Internet]. 2016. (Consulta: 7 noviembre 2018); 31(3):159-160. Disponible en: http://www. redalyc.org/articulo.oa? id = 355547646001.

40) Filipi E. Propuesta didáctica: la argumentación y los verbos. (Consulta: 7 noviembre 2018); Disponible en https://ansenuza.unc.edu.ar/comunidades/bitstream/handle/11086.1/177/ GU%C3%8DA-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

41) Corral Y. Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos. Revista Ciencias de la Educación 2009. (Consulta: 6 noviembre 2018);;19: 226-247. Disponible en: http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/n 33/art12.pdf.

42) Astudillo MP, Losada MH, Schneeberger HP, Coronado F, Curitol SS. Prevalencia de Síndrome de Burnout en un Centro de Cirugía Académico-Asistencial Público en Chile. Rev Chil Cir [Internet]. 2018 (Consulta: 7 noviembre 2018); 70(2): 117-126. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262018000200117&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/s0718-40262018000200117.

43) Fernández C. El cirujano ante el retiro. Cirugía y Cirujanos [Internet].2012;80(4):399-402. (Consulta: 7 noviembre 2018); Disponible ene: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66224459016.

44) Bustamante Z., M. Desafíos en la formación del cirujano. Revista Chilena de Cirugía. [Internet]. 2015;67(4):348-349. (Consulta: 8 noviembre 2018); Disponible en:http://www.redalyc.org/ar ticulo.oa?i d=345541121001.

45) Bejarano, M. Explorando el bienestar de los cirujanos generales de Colombia. Revista Colombiana de Cirugía [Internet]. 2009 (Consulta: 7 noviembre 2018);;2 4(3):136-137. Disponible en: http://wwwredalyc.org/articulo.oa?id=355534491001

46) Sarsosa K, Charria VH. Estrés laboral en personal asistencial de cuatro instituciones de salud nivel III de Cali, Colombia. Universidad y Salud. 2018; 20(1):44-52.

47) Anzoleaga E, Toro JP, Godoy L, Stecher A, Blanch J. Malestar psicofisiológico en profesionales de la salud pública de la Región Metropolitana. Rev Med Chile 2011; 139: 1185-1191.

48) Richardsen A, Burke R. 1991. Occupational stress and job satisfaction among physicians: sex differences. Social Sciences Medical 33: 1179-1187.

49) D´Amelio S, Marcano E, Guerra JC. estrés ocupacional y satisfacción laboral en médicos del HospitalUniversitario de los Andes. Mérida. Venezuela.MedULA, Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. 2003; 9 (1): 4-8.

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY
(Síndrome de Desgaste Profesional)

I) Edad: **II)** Sexo: **III)** Estado Civil:

IV) Lugar de origen: **V)** Año de residencia: **VI)** Servicio de Cirugía:

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:
0: Nunca. **1:** Pocas veces al año o menos. **2:** Una vez al mes o menos. **3:** Unas pocas veces al mes. **4:** Una vez a la semana. **5:** Pocas veces a la semana. **6:** Todos los días.

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

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY
(Prueba piloto)

Usted ha sido seleccionado como parte de una prueba piloto para perfeccionar el Maslach Burnout Inventory el cual se aplicará como cuestionario en una próxima investigación sobre el síndrome de desgaste profesional.

Dicho cuestionario Maslach (1986) está constituido por 22 ítems que mide los 3 aspectos del síndrome:

I. Sub-escala de Cansancio emocional: valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

II. Sub-escala de despersonalización: Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Está formada por 5 ítems. 5, 10, 11, 15, 22.

III. Sub-escala de realización personal: evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems. 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

La Sub-escala se mide según los siguientes rangos:

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

ANEXO 3

VALIDACION DEL CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY

(Juicio de expertos)

Usted ha sido seleccionado como parte de un equipo de expertos para la validación del Maslach Burnout Inventory, el cual está diseñado para la identificación del síndrome de desgaste profesional.

Dicho cuestionario Maslach (1986) está constituido por 22 ítems que mide los 3 aspectos del síndrome:

I. Sub-escala de agotamiento emocional: valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

II. Sub-escala de despersonalización: Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Está formada por 5 ítems. 5, 10, 11, 15, 22.

III. Sub-escala de realización personal: evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems. 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

La Sub-escala se mide según los siguientes rangos:

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

ITEMS	ELEMENTOS PARA EL JUICIO DEL EXPERTO					
	Claridad en la redacción	Coherencia interna	Inducción a la respuesta	Lenguaje adecuado (con el nivel del informante)	Mide lo que se pretende	Observaciones (eliminación o modificación)
1	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
2	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
3	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
4	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
5	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
6	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
7	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
8	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
9	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
10	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
11	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
12	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
13	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
14	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
15	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
16	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
17	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
18	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
19	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
20	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
21	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
22	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	

ANEXO 4

Factores de malestar laboral

Conteste con qué frecuencia estas situaciones le molestan en su trabajo

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

A	**Impotencia**	
23	No puedo darle solución a los problemas que me asignan	
24	Estoy atrapado en mi trabajo sin opciones	
25	Soy incapaz influenciar en las decisiones que me afectan. Estoy incapacitado y no hay nada que pueda hacer al respecto	
B	**Desinformación**	
26	No estoy claro sobre las responsabilidades en mi trabajo. No tengo la información necesaria para trabajar bien	
27	Las personas con las que trabajo no comprenden mi rol. No comprendo el propósito de mi trabajo	
C	**Conflicto**	
28	Me siento atrapado en medio. Debo satisfacer demandas conflictivas	
29	Estoy en desacuerdo con las personas en mi trabajo. Debo violar procedimientos para hacer mi trabajo	
D	**Pobre trabajo en equipo**	
30	Mis compañeros me subestiman. La dirección muestra favoritismo	
31	La burocracia interfiere con la realización de mi trabajo. Las personas en mi trabajo compiten en vez de cooperar	
E	**Sobrecarga**	
32	Mi trabajo interfiere con mi vida personal	
33	Tengo demasiadas cosas que hacer en muy poco tiempo. Debo trabajar en mi propio tiempo	
33	Mi carga de trabajo es abrumadora	
F	**Aburrimiento**	
35	Tengo pocas cosas que hacer	
36	El trabajo que realizo actualmente no está acorde con mi calificación. Mi trabajo no es desafiante	
37	La mayoría del tiempo la utilizo en labores de rutina	
G	**Pobre retroalimentación**	
38	No sé qué es lo que hago bien o mal	
39	Mi superior (supervisor) no me retroalimenta en el trabajo. obtengo la información demasiado tarde para utilizarla	
40	No veo los resultados de mi trabajo	
H	**Castigo**	
41	Mi superior (supervisor) es critico	
42	Los créditos por mi trabajo los obtienen otros. Mi trabajo no es apreciado	
43	Soy culpable por los errores de otro	
I	**Alineación**	
44	Estoy aislado de los demás	
45	Soy solo un eslabón en la cadena organizacional	
46	Tengo poco en común con las personas con las que trabajo	
47	Evito decirles a las personas donde trabajo y qué hago	
J	**Ambigüedad**	
48	Las reglas están cambiando constantemente. No sé qué se espera de mí	
49	No existe relación entre el rendimiento y el éxito	
50	Las prioridades que debo conocer no están claras para mí	
K	**Ausencia de recompensas**	
51	Mi trabajo no me satisface. Tengo realmente pocos éxitos	
52	El progreso en mi carrera no es lo que he esperado	
53	Nadie me respeta	
L	**Conflicto de valores**	
54	Debo comprometer mis valores	
55	Las personas desaprueban lo que hago. No creo en la institución	
56	Mi corazón no está en mi trabajo	

ANEXO 5

FACTORES DE MALESTAR LABORAL

(Prueba piloto)

Usted ha sido seleccionado como parte de una prueba piloto para perfeccionar el cuestionario de factores de malestar laboral, el cual fue diseñado con la finalidad de identificar situaciones negativas e incomodas en el ambiente laboral de forma crónica que perjudique la salud emocional del trabajador; Dicho cuestionario se aplicará en una próxima investigación sobre el síndrome de desgaste profesional en médicos residentes del postgrado de Cirugía General del Hospital Universitario de Caracas.

Dicho cuestionario está constituido por 34 ítems que van desde 23 hasta el 56, el cual presenta 12 sub-escalas las cuales son:

A. Impotencia: representan los ítems 23,24,25.
B. Desinformación: son los ítems 26,27.
C. Conflicto: son los ítems 28,29.
D. Pobre trabajo en equipo: los ítems 30,31.
E. Sobrecarga: son los ítems 32,33,34.
F. Aburrimiento: son los ítems 35,36,37.
G. Pobre retroalimentación: los ítems 38,39,40.
H. Castigo: 41,42,43.
I. Alineación: 44,45,46,47.
J. Ambigüedad: 48,49,50.
K. Ausencia de recompensas: 51,52,53.
L. Conflicto de valores: 54,55,56.

Con niveles de frecuencia en cuanto a situaciones que molestan al encuestado en su ámbito laboral que van desde **(Raramente) 1-2-3 (Medianamente) 4-5-6 (Constantemente)7-8-9**

ANEXO 6

VALIDACION DEL CUESTIONARIO FACTORES DE MALESTAR LABORAL

(Juicio de expertos)

Usted ha sido seleccionado como parte de un equipo de expertos para la validación del cuestionario de factores de malestar laboral, el cual fue diseñado con la finalidad de identificar situaciones negativas e incomodas en el ambiente laboral de forma crónica que perjudique la salud emocional del trabajador; Dicho cuestionario se aplicara en una próxima investigación sobre el síndrome de desgaste profesional en médicos residentes del postgrado de Cirugía General del Hospital Universitario de Caracas.

Se encuentra constituido por 34 ítems que van desde 23 hasta el 56, el cual presenta 12 sub-escalas las cuales son:

A. Impotencia: representan los ítems 23,24,25.
B. Desinformación: son los ítems 26,27.
C. Conflicto: son los ítems 28,29.
D. Pobre trabajo en equipo: los ítems 30,31.
E. Sobrecarga: son los ítems 32,33,34.
F. Aburrimiento: son los ítems 35,36,37.
G. Pobre retroalimentación: los ítems 38,39,40.
H. Castigo: 41,42,43.
I. Alineación: 44,45,46,47.
J. Ambigüedad: 48,49,50.
K. Ausencia de recompensas: 51,52,53.
L. Conflicto de valores: 54,55,56.

Con una escala de frecuencia en cuanto a situaciones que molestan al trabajador en su ámbito laboral, desde: **(Raramente) 1-2-3 (Medianamente) 4-5-6 (Constantemente)7-8-9**

ITEMS	ELEMENTOS PARA EL JUICIO DEL EXPERTO					
	Claridad en la redacción	Coherencia interna	Inducción a la respuesta	Lenguaje adecuado (con el nivel del informante)	Mide lo que se pretende	Observaciones (eliminación o modificación)
23	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
24	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
25	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
26	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
27	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
28	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
29	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
30	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
31	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
32	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
33	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
34	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
35	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
36	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
37	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
38	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
39	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
40	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
41	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
42	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
43	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
44	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
45	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
46	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
47	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
48	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
49	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
50	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
51	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
52	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
53	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
54	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
55	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	
56	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	Sí □ No □	

ANEXO 7

IDENTIFICACIÓN DE LOS EXPERTOS

Los expertos identificados a continuación poseen amplia experiencia en la emisión de juicios en relación al diseño de los instrumentos de recolección de datos de diversas investigaciones científicas orientados hacia el fortalecimiento de su validez y confiabilidad.

Experto 1

Luis Alfonso Colmenares Suárez. C.I: V-10.540.872.

Médico-Cirujano (UCV, 1998). Especialista en Medicina Interna (UCV, 2004)

Revisor metodológico y bioético de proyectos de investigación en el CENABI (Centro Nacional de Bioética).

Celular: 0416 8004457

E-mail: lacsuarez@yahoo.com

Experto 2

Zuleima del Valle Decán de Rivadeneira. C.I: V-7.660.013.

Licenciada en Educación. Profesora docente e investigadora. Instituto Lope Mendoza (YMCA) / Universidad Simón Bolívar.

Asesora estadística de trabajos de investigación de postgrado.

Celular: 0414 6859281

E-mail: rtalentor@gmail.com

Experto 3

Daniela Brusca. CI: V-12. 730.273

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica UCAB (1999), Postgrado en clínica comunitaria UCAB (2003), Psicoterapeuta-Bariátrica (Miembro Adjunto de la sociedad de Cirugía Bariátrica y metabólica 2010-actual).

Asesora metodológica de investigaciones clínicas

Celular: 0424 2645646

E-mail: brus25@hotmail.com



Luis Alfonso Colmenares



Zuleima Decán de Rivadeneira



Daniela Brusca

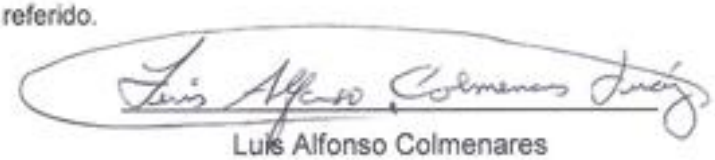
CERTIFICACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de especialista en Cirugía General

Yo, Luis Alfonso Colmenares Suárez, portador de la Cédula de Identidad Nº V-10.540.872, he sido invitado a emitir un Juicio de Experto en relación a la validación de los instrumentos de recolección de datos del trabajo intitulado: "SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES DE LA ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS", realizado por el cursante Nizar Hissam Amin Richani Hilal, portador de la Cédula de Identidad Nº V-16.948.990

En relación al instrumento manifiesto que el originalmente propuesto por el cursante no fue objeto de modificaciones por mi parte ya que la coincidencia de mi juicio alcanzó el 100% respecto al de los otros expertos.

Certifico que el instrumento de recolección de datos aplicado por el cursante a su población objeto de estudio es el mismo que resultó como producto del Juicio de Expertos, razón por la cual su validez se corresponde plenamente con la naturaleza y objetivos planteados en el Trabajo Especial de Grado antes referido.



Luis Alfonso Colmenares

CI: V-10.540.872

En Caracas, a los 20 días del mes de noviembre de 2017.

CERTIFICACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de especialista en Cirugía General

Yo, Zuleima del Valle Decán de Rivadeneira, portadora de la Cédula de Identidad Nº V-7.660.013, he sido invitada a emitir un Juicio de Experto en relación a la validación de los instrumentos de recolección de datos del trabajo intitulado: "SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES DE LA ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS", realizado por el cursante Nizar Hissam Amin Richani Hilal, portador de la Cédula de Identidad Nº V-16.948.990

En relación al instrumento manifiesto que el originalmente propuesto por el cursante no fue objeto de modificaciones por mi parte ya que la coincidencia de mi juicio alcanzó el 100% respecto al de los otros expertos.

Certifico que los instrumentos de recolección de datos aplicado por el cursante a su población objeto de estudio es el mismo que resultó como producto del Juicio de Expertos, razón por la cual su validez se corresponde plenamente con la naturaleza y objetivos planteados en el Trabajo Especial de Grado antes referido.

Zuleima del Valle Decán de Rivadeneira

CI: V- 7.660.013

En Caracas, a los 20 días del mes de noviembre de 2017.

CERTIFICACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de especialista en Cirugía General

Yo, Daniela Brusca, portadora de la Cédula de Identidad Nº V-12.730.273, he sido invitada a emitir un Juicio de Experto en relación a la validación de los instrumentos de recolección de datos del trabajo intitulado: "SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES DE LA ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS", realizado por el cursante Nizar Hissam Amin Richani Hilal, portador de la Cédula de Identidad Nº V-16.948.990

En relación al instrumento manifiesto que el originalmente propuesto por el cursante no fue objeto de modificaciones por mi parte ya que la coincidencia de mi juicio alcanzó el 100% respecto al de los otros expertos.

Certifico que los instrumentos de recolección de datos aplicado por el cursante a su población objeto de estudio es el mismo que resultó como producto del Juicio de Expertos, razón por la cual su validez se corresponde plenamente con la naturaleza y objetivos planteados en el Trabajo Especial de Grado antes referido.

Daniela Brusca

CI: V-12.730.273

En Caracas, a los 20 días del mes de noviembre de 2017.

ANEXO 8

CONSENTIMIENTO INFORMADO

"Síndrome de desgate profesional en médicos residentes de la especialización de Cirugía General. Hospital Universitario de Caracas"

El presente estudio pretende investigar el síndrome de desgaste profesional en los residentes de Cirugía General en el Hospital Universitario de Caracas. Dicho síndrome se refiere al desgaste mental, físico y emocional de los profesionales que se desempeñan en ambientes de alta exigencia laboral por períodos prolongados de tiempo. El referido desgaste se puede manifestar través del cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal de los afectados.

Usted está invitado/a a participar de manera voluntarios/as en el presente estudio. Si usted en cualquier momento cambia de opinión y desea retirarse del mismo, sin que ello implique la pérdida de sus derechos como participante. Se le informa que el protocolo de investigación planteado fue evaluado por el Comité de Bioética adscrito a la institución en la cual usted cursa su especialización de Cirugía General. El referido Comité está conformado por un equipo interdisciplinario de miembros que velan por el respeto a los derechos y dignidad de los voluntarios que participan en las investigaciones científicas.

Su participación en este estudio consistirá en responder el cuestionario de Maslach, que consiste en varias preguntas, lo cual le tomará a usted alrededor de 10 minutos de su tiempo. Dicho aporte contribuirá al mejor conocimiento de esta problemática en la población a estudiar. Su respuesta debe ser suministrada de la manera más sincera y objetiva posible. En el caso que usted padezca el referido síndrome será referido al Servicio de Psiquiatría del HUC, donde será atendido por personal especializado y capacitado para abordar su problema. Usted no recibirá remuneración económica alguna, ni tendrá que pagar por su participación. En el caso que los resultados de este estudio sean publicados en la literatura científica, se le garantizará la confidencialidad de su identificación, así como sus datos personales y médicos.

CONSTANCIA PARA EL PARTICIPANTE

Yo, ……C.I. ……. declaro que he sido informado sobre el proyecto de investigación "Síndrome de desgaste profesional en cursantes de la especialización de Cirugía General en el Hospital Universitario de Caracas" y he consentido participar en el mismo. Ante cualquier duda relacionada con mi participación en este estudio, podré a el investigador:

Nizar Richani Hilal del servicio de Cirugía I. Teléfono: 0212-606-72-61

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Siendo mayor de 18 años, en uso pleno de mis facultades mentales y sin que medie coacción ni violencia alguna, declaro mediante la presente:

a) Haber sido informado de manera objetiva, clara y sencilla, de todos los aspectos relacionados con mi participación en el proyecto de Investigación "**Síndrome de desgaste profesional en médicos residentes de la especialización de Cirugía General. Hospital Universitario de Caracas"**

b) Que mi participación en este estudio es voluntaria y que puedo negarme a continuar colaborando en cualquier momento, sin perjuicio alguno, ni pérdida de mis derechos como participante.

c) Conozco que mi participación en el trabajo consiste en: Responder el Test de Maslach Inventory.

d) Las respuestas del test de Maslach del síndrome de desgate profesional, por el Dr. Nizar Richani Hilal, en el servicio de Cirugía I del hospital Universitario de Caracas, serán útiles para determinar la presencia de dicho síndrome entre los médicos residentes del presente estudio.

e) Autorizo a que el autor de este trabajo, publique en revistas especializadas, el resultado de la encuesta, siempre y cuando resguarde mi privacidad.

MARQUE CON UNA X SI ( ) NO ( )

1. Acepto que mi participación en este estudio no implica gasto alguno de mi parte y que tampoco recibiré ninguna remuneración económica.

2. Que cualquier pregunta que yo tenga en relación con este estudio, me será respondida oportunamente por parte del investigador, cuyos datos me fueron entregados en hoja anexa que contiene una parte introductoria para que yo comprenda de qué se trata este estudio y un formato de constancia de mi participación con los datos del investigador.

DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE

Luego de haber leído, comprendido y recibido las respuestas a mis preguntas con respecto a este formato de consentimiento referido al proyecto de investigación cuyos datos me fueron informados

A- Acepto las condiciones estipuladas en el mismo y a la vez autorizo al Dr. Nizar Richani Hilal para realizar dicha encuesta.

B- Reservarme el derecho de revocar esta autorización, sin que esto implique alguna consecuencia negativa para mi persona.

Firma del voluntario: _____

Nombre legible: _____ C.I. _____

Firma testigos:

1. Nombre legible_____ C.I. _____

2. Nombre legible_____ C.I. _____

DECLARACIÓN DEL INVESTIGADOR

Luego de haber explicado en forma clara y detallada al Sr.(a) _____, la naturaleza del Protocolo mencionado, certifico mediante la presente que la persona que firma este formulario de consentimiento ha comprendido la naturaleza, requerimientos, riesgos y beneficios de la participación en este estudio. Ningún problema de índole médico, idioma o de instrucción han impedido a la persona tener una clara comprensión de su compromiso con este estudio.

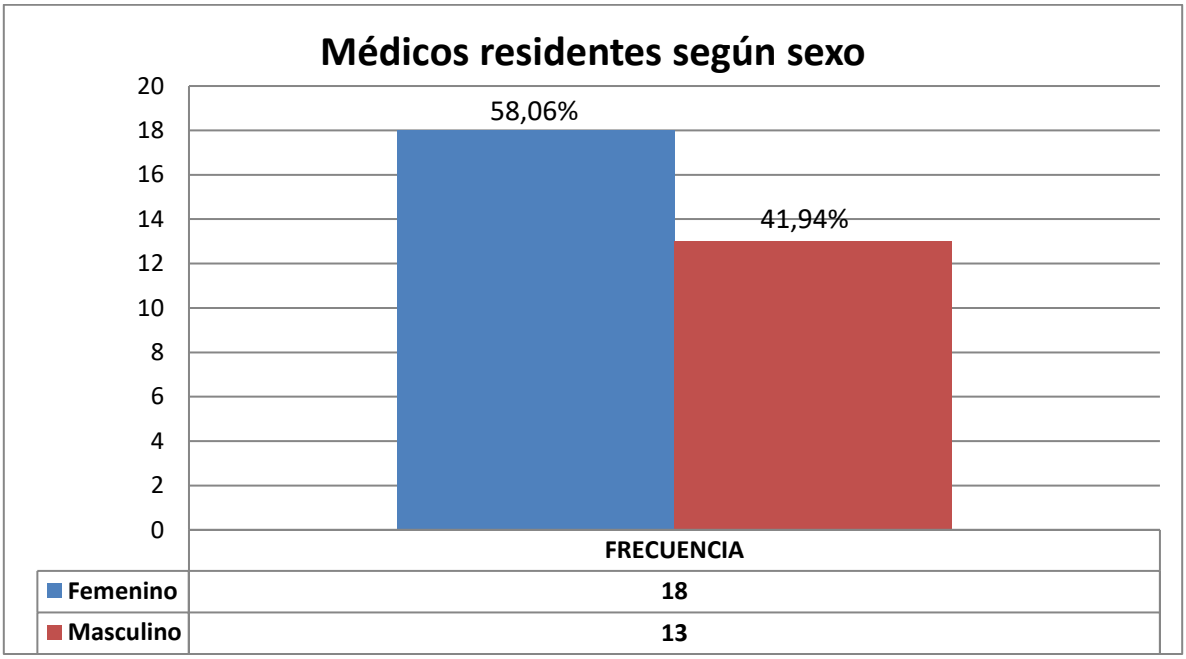
Por el Servicio de Cirugía I del Hospital Universitario de Caracas

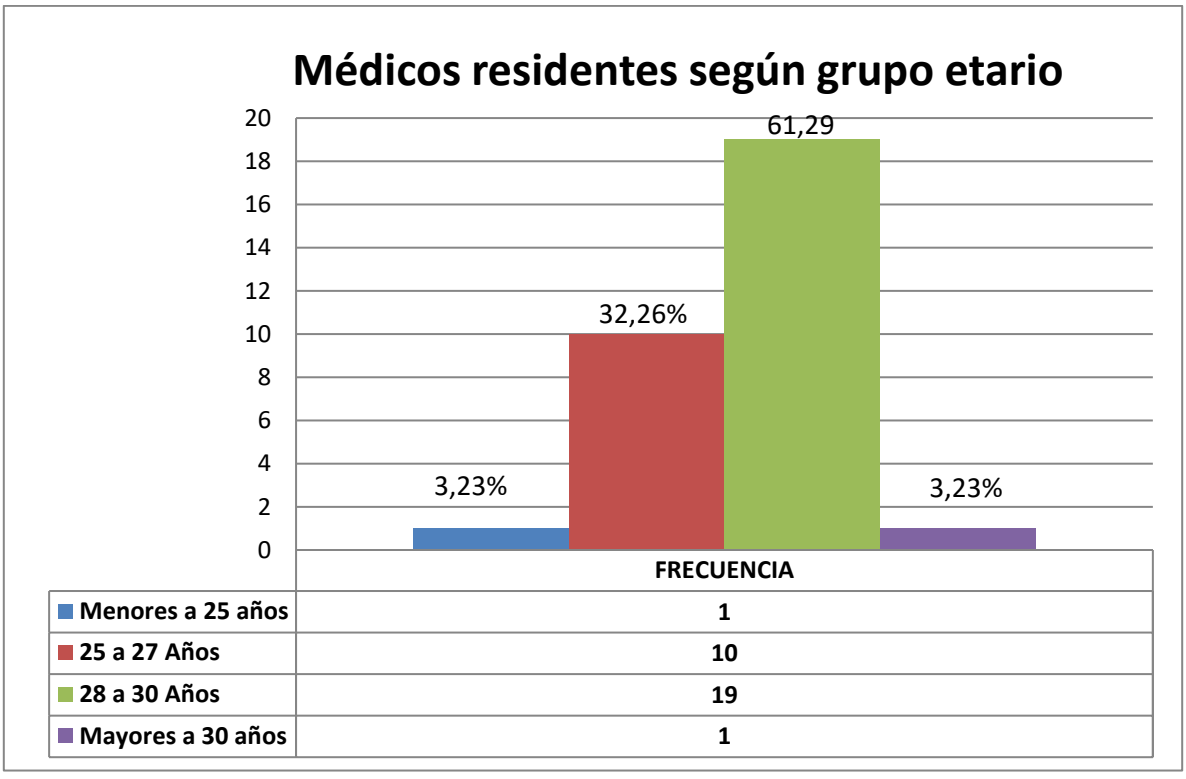
Firma: _____Nombre legible _____

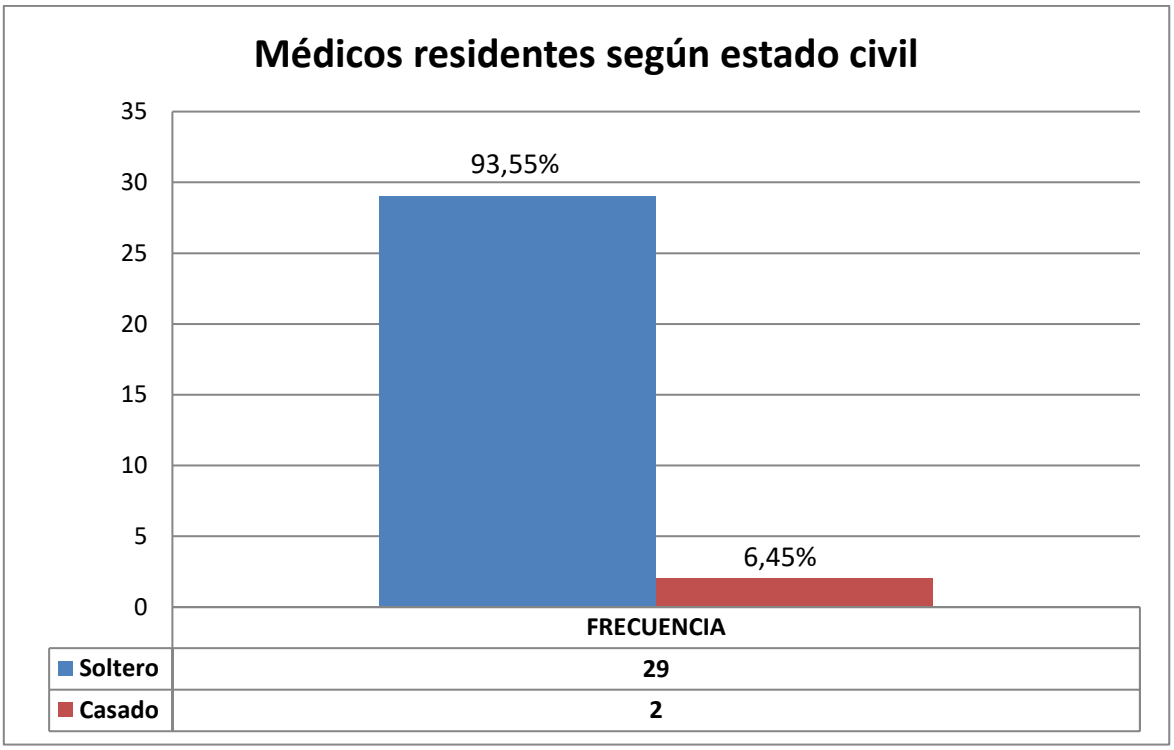
C.I._____ Lugar y Fecha_____

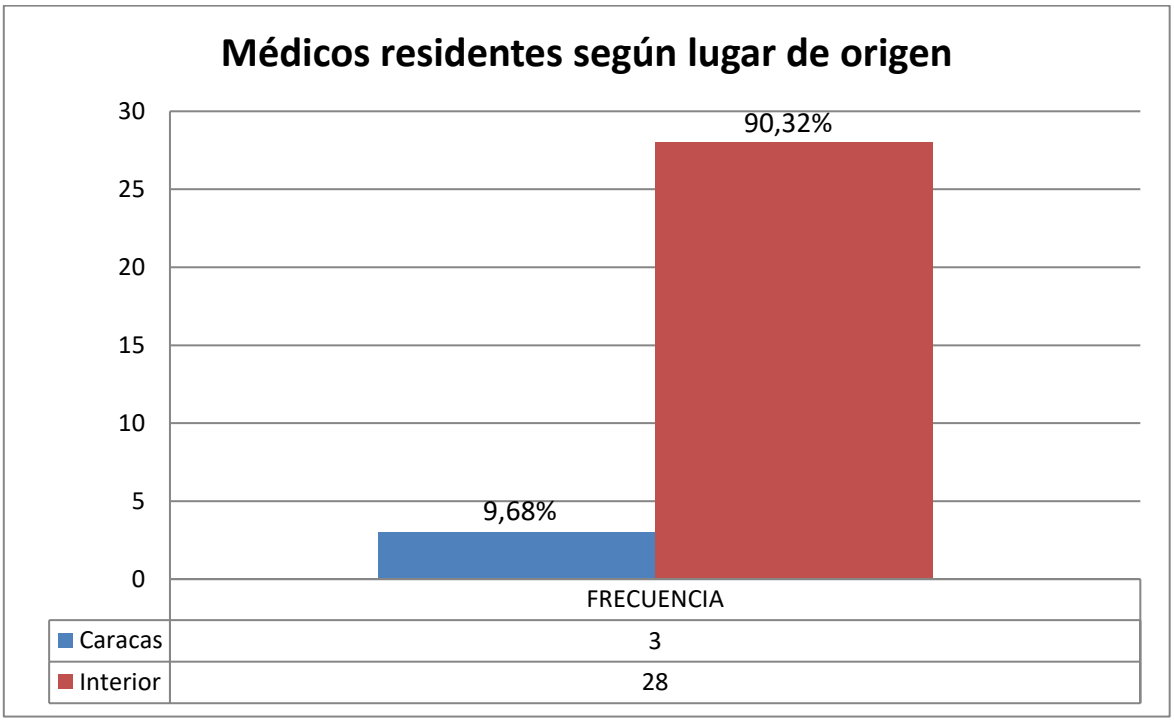
ANEXO 9

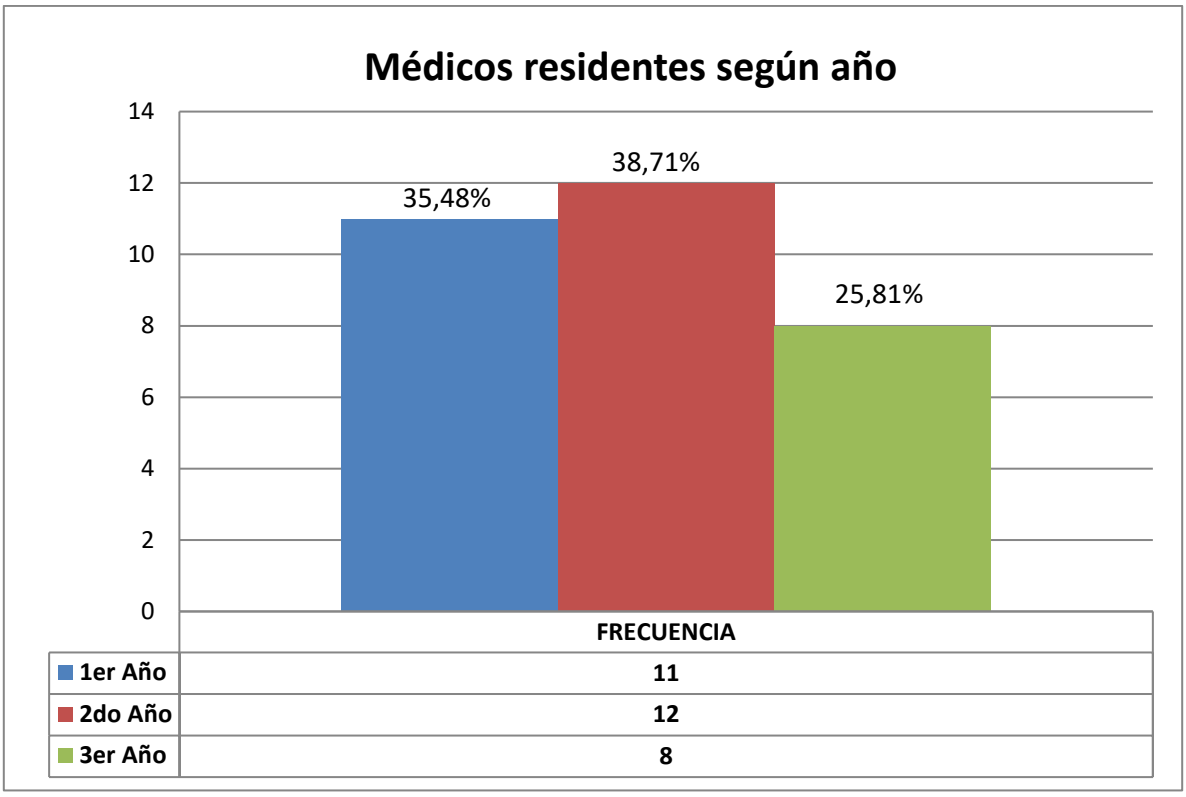
Gráficos de resultados

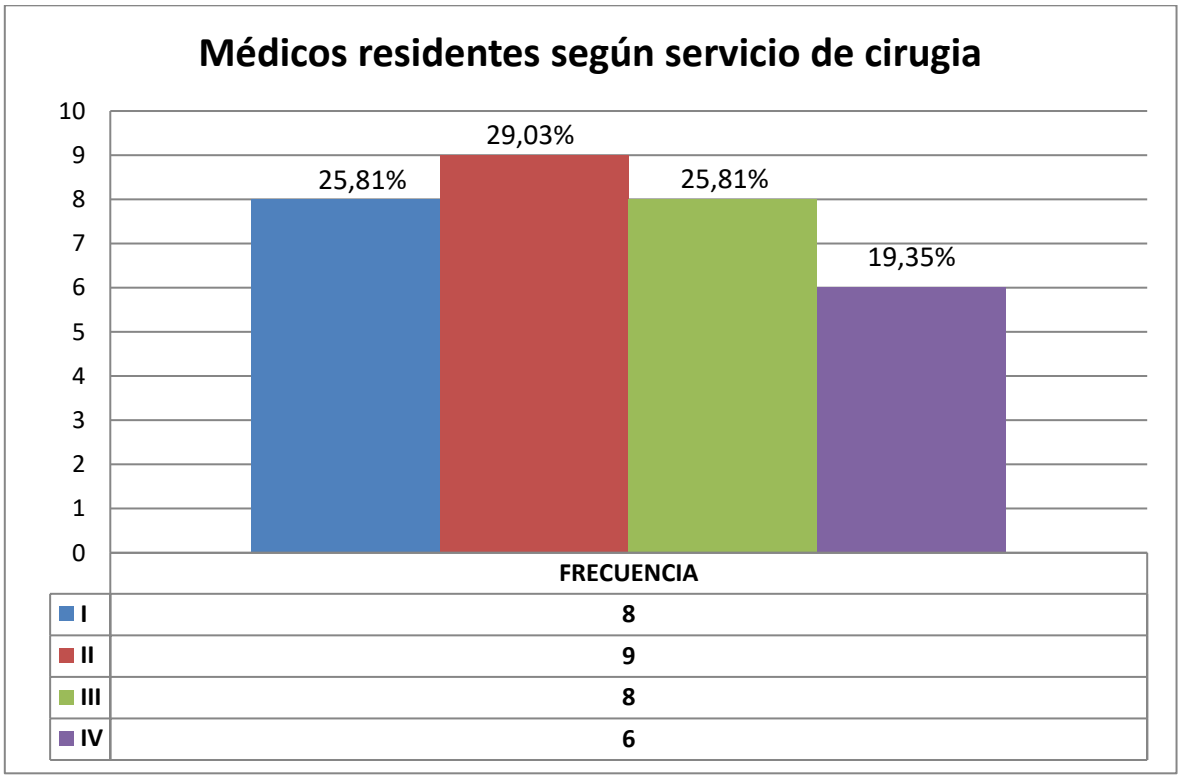


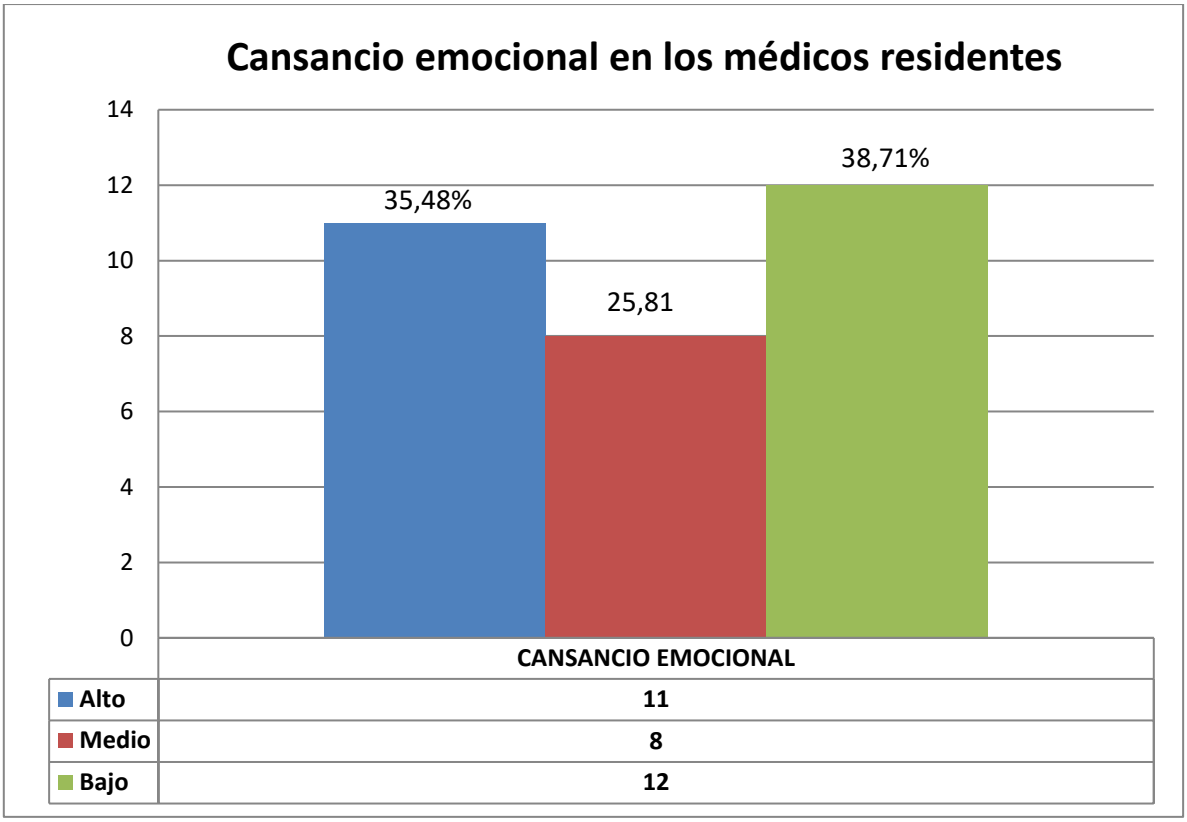


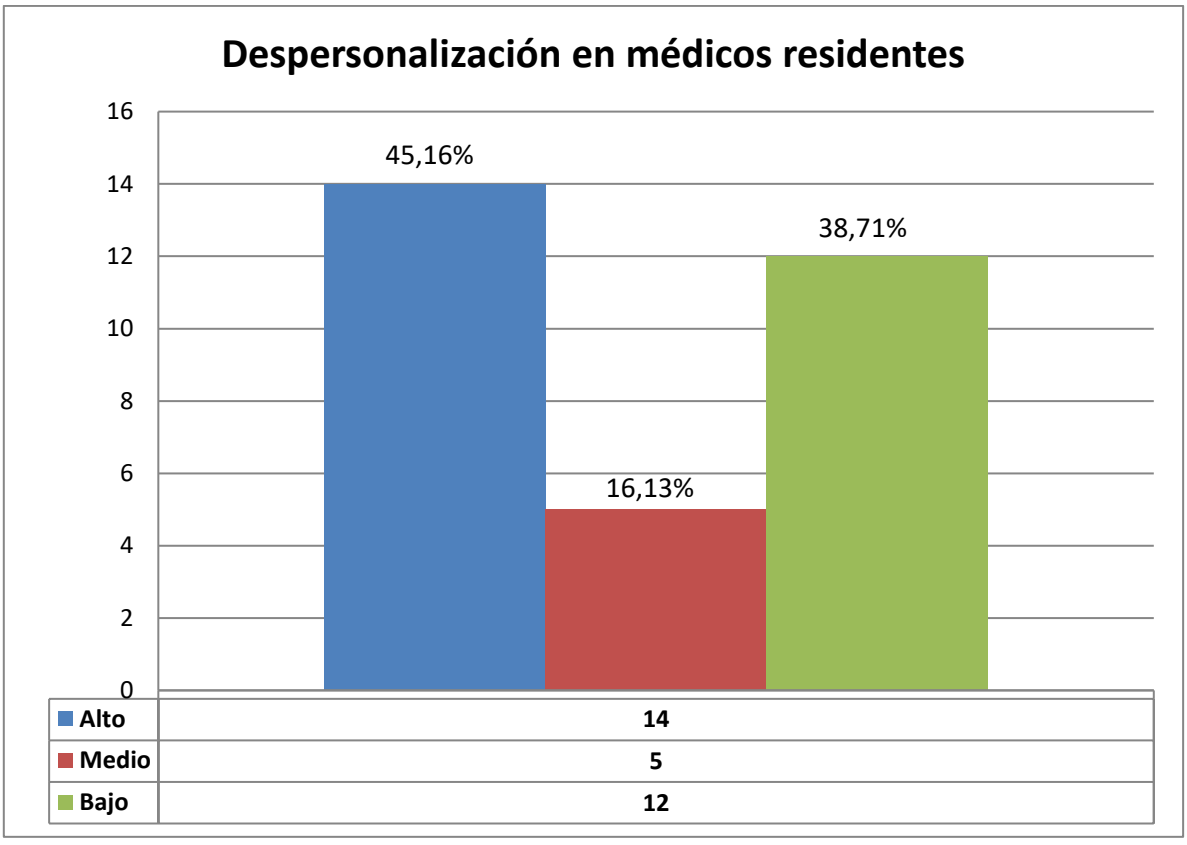

Médicos residentes según estado civil
35
30
25
20
15
10
5
0
93,55%
6,45%
FRECUENCIA
Soltero
29
Casado
2

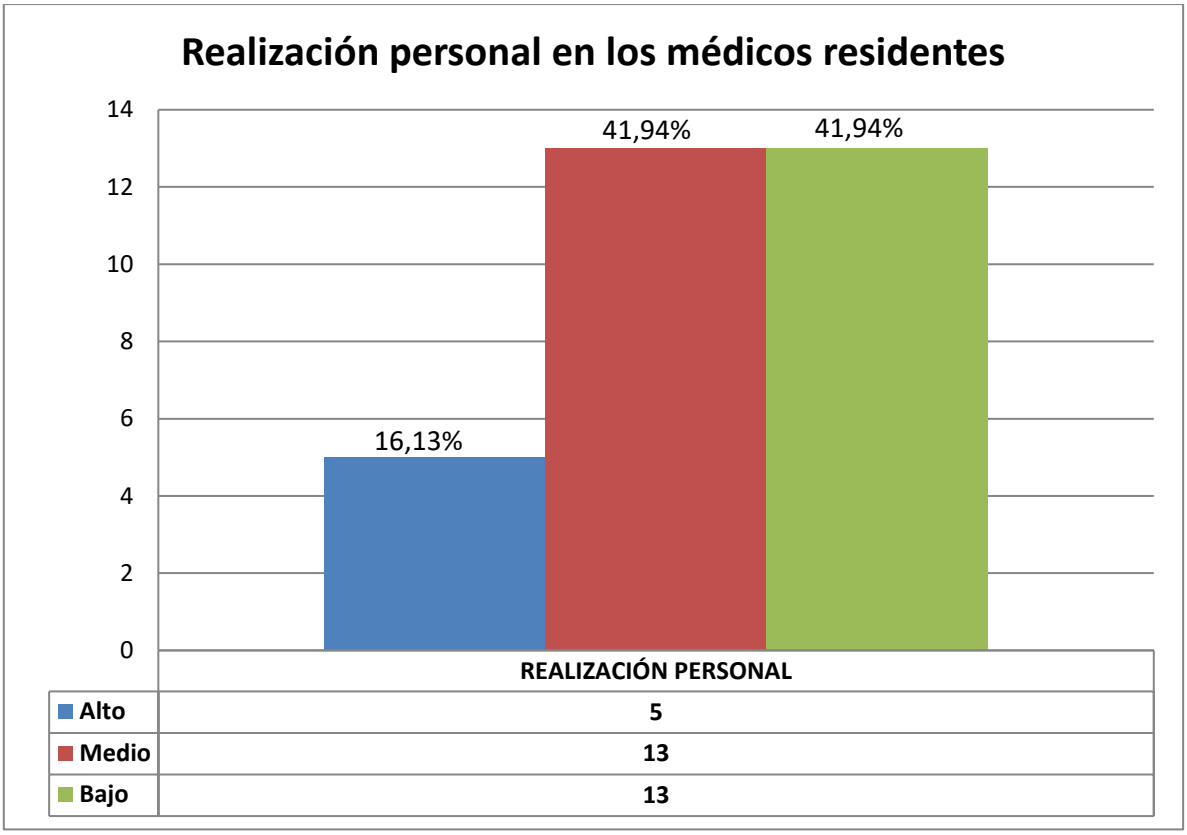

Médicos residentes según lugar de origen
30
25
20
15
10
5
0
90,32%
9,68%
FRECUENCIA
Caracas
3
Interior
28

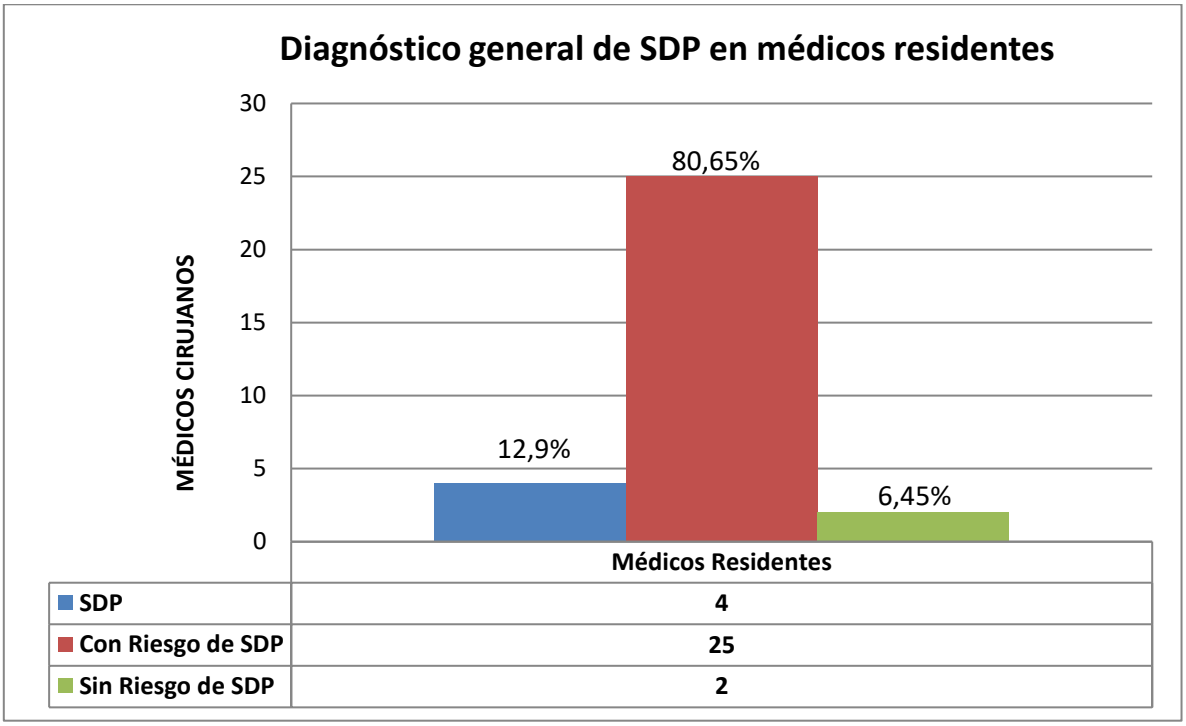

Médicos residentes según año
14
12
10
8
6
4
2
0
35,48%
38,71%
25,81%
FRECUENCIA
1er Año
11
2do Año
12
3er Año
8

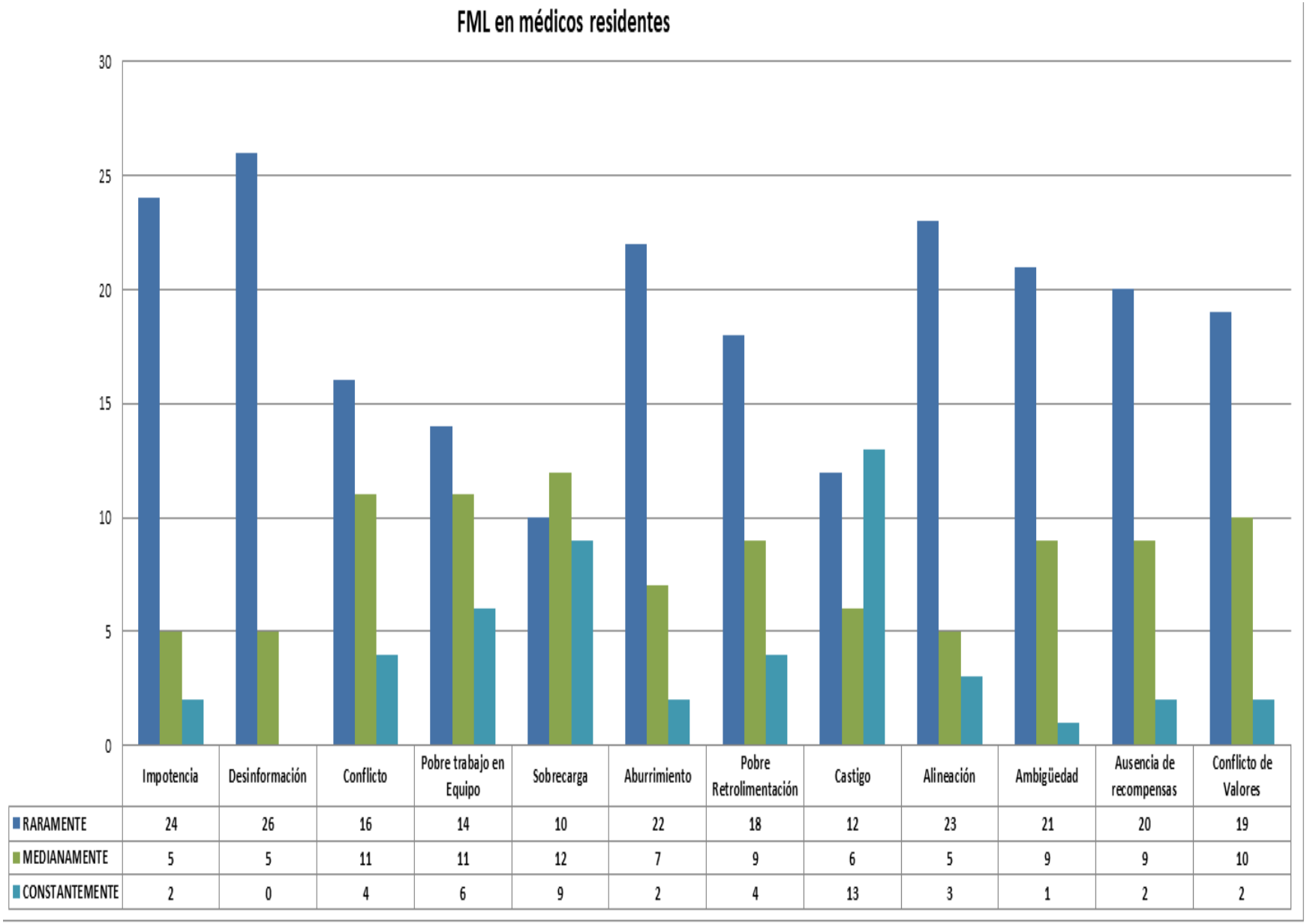

Médicos residentes según servicio de cirugia
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0
25,81%
29,03%
25,81%
19,35%
FRECUENCIA
I
8
II
9
III
8
IV
6


Cansancio emocional en los médicos residentes
14
12
10
8
6
4
2
0
35,48%
25,81
38,71%
CANSANCIO EMOCIONAL
Alto 11
Medio 8
Bajo 12


Despersonalización en médicos residentes
16
14
12
10
8
6
4
2
0
45,16%
16,13%
38,71%
Alto 14
Medio 5
Bajo 12


Realización personal en los médicos residentes
14
12
10
8
6
4
2
0
41,94%
41,94%
16,13%
REALIZACIÓN PERSONAL
Alto 5
Medio 13
Bajo 13


Diagnóstico general de SDP en médicos residentes
MÉDICOS CIRUJANOS
30
25
20
15
10
5
0
80,65%
12,9%
6,45%
Médicos Residentes
SDP 4
Con Riesgo de SDP 25
Sin Riesgo de SDP 2



	Impotencia	Desinformación	Conflicto	Pobre trabajo en Equipo	Sobrecarga	Aburrimiento	Pobre Retrolimentación	Castigo	Alineación	Ambigüedad	Ausencia de recompensas	Conflicto de Valores
RARAMENTE	24	26	16	14	10	22	18	12	23	21	20	19
MEDIANAMENTE	5	5	11	11	12	7	9	6	5	9	9	10
CONSTANTEMENTE	2	0	4	6	9	2	4	13	3	1	2	2