

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



TESIS

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en ANESTESIOLOGIA
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias en ANESTESIOLOGIA

AGOSTO DE 2014



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: Miriam Yaneth Lemus Nolasco

Carné Universitario No.: 100020032

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ciencias en Anestesiología, el trabajo de tesis **"Síndrome de burnout en Médicos Residentes de Primer año, de especialidades médico-quirúrgicas"**

Que fue asesorado: Dra. Wendy Roxana Ovando Calderón

Y revisado por: Dra. Lizbeth Anabella Castillo Contreras MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para agosto 2014.

Guatemala, 07 de agosto de 2014


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/lamo

Of. 04/2014

Dra. LCC

Cuilapa Santa Rosa, 25 de Junio de 2014.

Doctor.

Luis Alfredo Ruiz Cruz

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades

De la Escuela de Estudios de Postgrado.

Presente.

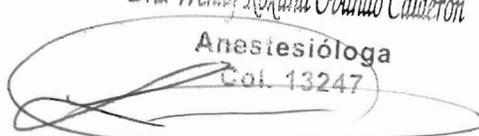
Respetable Doctor Ruiz Cruz:

Reciban un cordial saludo deseándoles los mejores éxitos al frente de sus actividades diarias.

La Asesor de Tesis en Anestesiología del Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa hace constar que ha sido revisado y corregido el informe final de tesis de la **Dra. Miriam Yaneth Lemus Nolasco** de la Maestría en Anestesiología con carne universitario No. 100020032, titulado "**SINDROME DE BURNOUT EN MEDICOS RESIDENTES DE PRIMER AÑO, DE ESPECIALIDADES MEDICO QUIRURGICAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA, AÑO 2011**".

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente
Dra. Wendy Roxana Ovando Calderón
Anestesióloga
Col. 13247



Dra. Wendy Roxana Ovando Calderón.

Asesor

Maestría en Anestesiología

c/c archivo

Adjunto Archivo

Of. 03/2014

Dra. LCC

Cuilapa Santa Rosa, 25 de Junio de 2014.

Doctor.

Luis Alfredo Ruiz Cruz

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades

De la Escuela de Estudios de Postgrado.

Presente.

Respetable Doctor Ruiz Cruz:

Reciban un cordial saludo deseándoles los mejores éxitos al frente de sus actividades diarias.

La revisor de Tesis en Anestesiología del Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa hace constar que ha sido revisado y corregido el informe final de tesis de la **Dra. Miriam Yaneth Lemus Nolasco** de la Maestría en Anestesiología con carne universitario No. 100020032, titulado **“SINDROME DE BURNOUT EN MEDICOS RESIDENTES DE PRIMER AÑO, DE ESPECIALIDADES MEDICO QUIRURGICAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA, AÑO 2011”**.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente



Dra. Lizbeth Anabella Castillo Contreras.

Revisor

Maestría en Anestesiología

*Dra. Lizbeth Castillo Contreras
Maestría en Anestesiología
Colegiado 13,020*

c/c archivo

Adjunto Archivo

AGRADECIMIENTO

A DIOS. Por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza, en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobretodo felicidad.

A MIS MAESTROS. Por la confianza, apoyo y tiempo dedicado, por haber compartido sus conocimientos y su amistad.

A MI ESPOSO Y A MI HIJA. Por ser una parte importante de mi vida, por haberme apoyado en las buenas y en las malas, sobre todo por su paciencia y amor incondicional.

INDICE DE CONTENIDOS

I.	INTRODUCCION -----	1
II.	ANTECEDENTES -----	3
III.	OBJETIVOS -----	16
IV.	MATERIAL Y METODO -----	17
V.	RESULTADOS -----	22
VI.	DISCUSIÓN Y ANÁLISIS -----	29
	VI.1 CONCLUSIONES -----	33
	VI.2 RECOMENDACIONES-----	34
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS -----	35
VIII.	ANEXOS -----	38

INDICE DE TABLAS

TABLA No. 1	22
TABLA No. 2	23
TABLA No. 3	24
TABLA No. 4	25
TABLA No. 5	26
TABLA No. 6	27
TABLA No. 7	28

INDICE DE GRAFICAS

GRAFICA No. 1	22
GRAFICA No. 2	23
GRAFICA No.3	24
GRAFICA No.4	25
GRAFICA No.5	26
GRAFICA No.6	27
GRAFICA No.7	28

RESUMEN

El término Burnout es sinónimo de cansancio laboral, es una situación que es cada vez más frecuente entre los profesionales de la salud, que prestan sus servicios a través de una relación directa y sostenida con los pacientes, dicho problema no es ajeno en la población de Residentes del Hospital de Cuilapa, y para demostrarlo, se decidió realizar un estudio con los Médicos Residentes de primer año de las especialidades médico-quirúrgicas y anestesia del Hospital Nacional de Cuilapa, tomándose como muestra el universo total de residentes, llevándose a cabo en el periodo comprendido de enero a diciembre de 2011, con el objetivo de determinar la presencia del síndrome de Burnout y de sus tres componentes; agotamiento emocional, despersonalización, y realización personal y observar el comportamiento del síndrome a través del tiempo, el estudio fue descriptivo, longitudinal, teniendo como método de recolección de la información un cuestionario de variables asociadas y se midió Burnout mediante el Maslach Burnout Inventory, aplicándose el test diagnóstico de manera trimestral, en el transcurso de un año, al mismo grupo de residentes. Se encontró que el 100% de los residentes presentaron Burnout, en el transcurso del año, predominaron niveles medios de Burnout con un 63%, seguidos por niveles altos de Burnout con un 21%, y niveles bajos con 16 %, las dimensionales del Burnout mostraron un alto agotamiento emocional con 39 %, alta despersonalización con 30% y baja realización personal con 25.4%, la especialidad de Gineco-obstetricia fue la que presentó niveles más altos de Burnout, sin embargo la misma fue la que presentó mayor representatividad en el estudio.

I.INTRODUCCION

El Síndrome de Burnout es sinónimo de desgaste profesional, su traducción literal al castellano es “estar quemado”; en 1981 Maslach y Jackson definieron el Síndrome de Burnout como un trastorno adaptativo o respuesta inapropiada a un estrés crónico que se caracteriza por marcado cansancio físico y/o psicológico, conocido como cansancio emocional, un alto nivel de despersonalización (los pacientes son vistos como meros casos, lo cual se manifiesta en una respuesta fría e impersonal hacia ellos) y la falta de logros o de realización personal en el trabajo.(12).

Este trastorno suele ocurrir entre profesionales de los servicios sociales, resultado del estrés cotidiano de estar al cuidado de personas. El síndrome fue descrito por primera vez en 1974 y desde entonces su interés no ha cesado de crecer, o este padecimiento ha sido tomado como responsable de altas tasas de ausentismo, denuncias de mala práctica médica y pobre desempeño laboral. En la era moderna de atención en instituciones médicas, cuyos profesionales y prestadores de servicio se encuentran bajo “estrés”, formando parte de su vida cotidiana, a llegado a considerarse este como el “malestar de nuestra civilización” afectando tanto a la salud y al bienestar personal, como a la satisfacción laboral y colectiva. El Síndrome está conformado por tres síntomas cardinales: cansancio emocional: resultado de la exposición continúa a agobiantes demandas emocionales, donde los recursos emocionales se agotan y la persona experimenta el sentimiento de no poder dar más, de sí misma a los demás. La despersonalización: la persona desarrolla una actitud negativa hacia las personas que atiende y la falta de realización personal, consistente en una actitud negativa hacia uno mismo y el trabajo, pérdida de interés por éste, irritabilidad, baja productividad y pobre autoestima. (14)

Estudios realizados en médicos residentes muestran resultados diversos; Shanafelt y col. en un estudio sobre residentes de medicina interna de EE.UU., informan elevados índices de despersonalización y agotamiento emocional y un 76% de los residentes reunían criterios de síndrome de *burnout*. Esto se asoció a la percepción de que los pacientes a su cargo no recibían un cuidado óptimo. (27)En las Naciones Unidas Estudio de la OMS, El Síndrome de Bournout se consideró una de las principales enfermedades de los individuos europeos y estadounidenses, junto a la diabetes y las enfermedades cardiovasculares (Åkerstedt, 2004; Weber y Jaekel-Reinhard, 2000. (21)Así mismo para el año 2000, la OMS califico el Síndrome de Burnout como riesgo laboral. (23)

Aunque todo profesional que trabaja con personas es potencialmente propenso a presentar el síndrome o algunos de sus componentes (Pines, 1981), todo parece indicar que su mayor nivel de incidencia se presenta en los profesionales vinculados al sector de la salud humana, cuyo contacto es permanente con aspectos tan sensibles para las personas como son la

muerte, el dolor y la incertidumbre derivadas de enfermedades entre las cuales resaltan las crónicas y las limitantes y/o de riesgo para la vida. (9)

Al tomar en cuenta todos los elementos descritos, nos damos cuenta que en nuestro sistema de salud, este síndrome posee una importancia mayúscula para la sociedad en su conjunto, puesto que todas las condiciones están dadas para que la prevalencia de este síndrome sea muy elevada y que quizás sea una de las razones más importantes por las cuales existe una deficiente atención en salud y no solamente por la falta de infraestructura y el inadecuado equipamiento o el poco abastecimiento de insumos médicos, como se ha creído hasta ahora.

La residencia en medicina, a pesar de tener rigurosos y permanentes controles en la calidad de atención, no se halla extensa de riesgos, sin embargo la aparición periódica de complicaciones es muchas veces percibida como resultado de deficiencias técnicas, de posibles errores de criterio en la aplicación de procedimientos más acordes con las condiciones clínicas y/o quirúrgicas del paciente, no tomándose en cuenta en trasfondo que realmente existe, en el cual el síndrome de burnout juega un papel importante.

La magnitud de este síndrome así como su relación con los diferentes factores que le influyen, está muy poco aclarada por la escases de estudios en nuestro medio, por tal motivo nos introducimos en el estudio de este, realizándolo en el personal asistencial del Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, específicamente en los residentes de primer año de las especialidades que se relacionan directamente con el proceder anestésico es decir las quirúrgicas incluyendo a anestesia, en las que el Médico Residente es sometido a extenuantes jornadas de trabajo, a lo que se suma la realización de turnos nocturnos, la presión del programa de postgrado que implica la parte académica y como tal debe ser evaluado, creando mayor presión psicológica para dicho individuo, y asociado a todo lo anterior el aspecto de compromiso que existe con el paciente, de buena atención, diagnóstico preciso y sobre todo el no permitir el error, el cual es traducido como fallecimiento del paciente, a lo que se le suma la parte médico legal, lo que genera un estrés constante, esto se evidencia con signos de cansancio crónico, lo que se evidencia al ver a residentes que se duermen en lugares poco comunes, como pasillos, sala de operaciones, agotados, muchos con bajo rendimiento académico e incluso algunos han optado por abandonar la residencia.

Con estos elementos se pudo detectar la existencia del problema en la población de residentes del Hospital Nacional de Cuilapa, y para demostrarlo se decidió realizar el presente estudio para determinar la presencia y el grado de afectación del Síndrome de Burnout que presenta los residentes, así como la evolución del síndrome a través del tiempo. No olvidando que al mejorar el desempeño laboral y académico de los profesionales, el beneficiario final será el paciente, al ser tratado por médicos residentes que se encuentran alertas para tomar decisiones adecuadas para su salud.

II. ANTECEDENTES

El síndrome de Burnout ha sido reconocido desde hace varios años en profesionales que están expuestos a una gran tensión o estrés intenso ya sea en forma cíclica o continua que tiene niveles importantes de responsabilidad de decisiones. Es un problema de salud pública que va en aumento y que no sólo repercute en la salud de los profesionales de la sanidad sino también en la calidad asistencial, deteriorando la relación médico-paciente y suponiendo un alto coste, tanto social como económico.

Estudios realizados en médicos residentes muestran resultados diversos; Shanafelt y col. en un estudio sobre residentes de medicina interna de EE.UU., informan elevados índices de despersonalización y agotamiento emocional y un 76% de los residentes reunían criterios de síndrome de *burnout*. Esto se asoció a la percepción de que los pacientes a su cargo no recibían un cuidado óptimo.⁽²¹⁾

DEFINICION

El Síndrome de burnout es una respuesta inapropiada a un estrés laboral crónico que afecta marcadamente a aquellos colectivos cuyo ámbito de trabajo implica la atención al público de forma mantenida; se caracteriza por un alto cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal. ⁽¹²⁾

También se le ha denominado “Síndrome de agotamiento por estrés y se trata de un fenómeno que no es nuevo, pero que tiende a agravarse cada día con el avance tecnológico.

Este síndrome está descrito como: agotamiento emocional, disconfort somático, sentimientos de alineación, pérdida de motivación y sensación de fracaso, producto de excesivas demandas de energía, fuerza y de recursos.

Aunque todo profesional que trabaja con personas es potencialmente propenso a presentar el síndrome o algunos de sus componentes (Pines, 1981), todo parece indicar que su mayor nivel de incidencia se presenta en los profesionales vinculados al sector de la salud humana, cuyo contacto es permanente con aspectos tan sensibles para las personas como son la muerte, el dolor y la incertidumbre derivadas de enfermedades entre las cuales resaltan las crónicas y las limitantes y/o de riesgo para la vida. ⁽⁹⁾

Según Maslach y Jackson, el *burnout* o síndrome del quemado (SQ) se puede identificar a partir de tres dimensiones interrelacionadas: el cansancio emocional, descrito como un sentimiento de agotamiento ante las exigencias de la tarea por la que no se siente atractivo alguno; la despersonalización, que supone una conducta de rechazo hacia los pacientes,

refiriéndose a ellos como si fuesen objetos, y la falta de realización personal, consistente en una actitud negativa hacia uno mismo y el trabajo, pérdida de interés por éste, irritabilidad, baja productividad y pobre autoestima.⁽¹⁴⁾

HISTORIA

El Síndrome fue descrito por primera vez, en 1974 por Freudenberg, Médico Psiquiatra, que trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York. Observó que al año de trabajar, la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas ansiedad y de depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes. ⁽²⁾

El primero en usar el término fue Graham Greens en una publicación de 1961, "A burnout case". Retrocediendo aún más en el tiempo, en 1901 Thomas Mann, en su novela *Te Buddensbrooks*, se refiere ya a este término o concepto. En esta obra literaria se relata la decadencia de una familia y va implícito en las características del personaje, un senador, del cual toma el nombre su obra. ⁽¹⁵⁾

En 1991 Burke y Richardsen, refieren la afección en más de 25 campos de profesiones. Para el año 2000, la OMS, calificó al síndrome de Burnout como «riesgo laboral», con lo cual adquiere trascendencia por el impacto que representa para la relación laboral entre el personal médico y/o paramédico y las instituciones.⁽¹³⁾

El burnout adquirió verdadera importancia con los estudios de Christina Maslach y Susan E. Jackson, que en 1981 lo definieron como *"un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas"*.⁽¹⁾

Por tanto, estas autoras describieron las tres dimensiones del burnout: cansancio emocional, en el sentido de desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga; despersonalización o deshumanización, que consiste en el desarrollo de aptitudes negativas hacia otras personas, sobre todo con las que se trabaja, junto a la irritabilidad y a la pérdida de motivación; y por último, falta de realización personal, es decir, actitud negativa hacia sí mismo y hacia su trabajo, con baja moral, baja productividad laboral, poca autoestima e incapacidad para soportar el estrés. Para Maslach, estas tres dimensiones aparecen sobre todo en las profesiones de ayuda, como los sanitarios y educadores, que prestan servicios al público. Además, estas autoras elaboraron un instrumento de medida, el Maslach Burnout Inventory (MBI), ⁽¹⁾

En la actualidad es un término Muy difundido nivel internacional y muchos lo califican como La plaga del Siglo XXI ⁽⁶⁾

INCIDENCIA

La incidencia de burnout varía en toda la profesión médica, entre el 10% y el 70%, es decir, no hay área médica libre de estrés, no hay área médica libre de burnout, no hay persona que trabaje en salud que no pueda exponerse a ello.⁽¹⁰⁾

The New England Journal of Medicine publica una perspectiva sobre el problema del suicidio médico, tema del que no se habla pero que todos conocemos y del que todos tenemos alguna experiencia próxima. 25 estudios distintos muestran un 40% más de suicidio entre los médicos y un 130% más de suicidio en las médicas con respecto a los profesionales de la misma edad y sexo de la población general. ⁽¹⁰⁾

PREVALENCIA

En las Naciones Unidas el estudio de la OMS el Síndrome de Bournout se consideró una de las principales enfermedades de los individuos europeos y estadounidenses, junto a la diabetes y de las enfermedades cardiovasculares (Åkerstedt, 2004; Weber y Jaekel-Reinhard, 2000).^(21,22)

Las cifras de prevalencia del síndrome de burnout comunicadas en la literatura varían según el cuestionario utilizado, los puntos de corte aplicados pueden provenir de diferentes fuentes y la interpretación de los resultados puede ser muy variable (desde considerar caso de burnout con una sola dimensión alterada hasta requerir la alteración de las tres dimensiones)⁽³⁾

Respecto de la población en general, poco se sabe más sobre la prevalencia del SB. En una encuesta alemana sí estimo que el 4,2% de la población de trabajadores de ese país presentaba el síndrome (Houtman y col., 1998).⁽²²⁾ La fundación Europea para las mejoras de las condiciones de vida llegó a afirmar en 1999 que el 20% de la población trabajadora sufría del Bournout ⁽²⁵⁾. La literatura señala que El síndrome del burnout es común en la práctica médica, con incidencia que va de 25 a 60%.⁽²⁸⁾

Desde la entrada en vigor de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales ⁽⁶⁾ se ha dado un impulso a los aspectos relacionados con la Salud Laboral. La Comisión Europea, a través de la Fundación Europea para la mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo ha realizado un estudio sobre el estrés laboral en el que concluye que el 28% de los trabajadores europeos padece estrés y el 20% burnout.⁽¹⁶⁾ Un 13% de los trabajadores se quejan de dolores de cabeza, un 17% de dolores musculares, un 20% de fatiga un 30% de dolor de espalda. Más de un 15% de personas a lo largo de su vida sufrirán algún trastorno de ansiedad.

Estudios epidemiológicos acerca del Síndrome de Burnout:

Existen diversos estudios

Cuyos resultados reflejan la magnitud del problema y que justifican la realización de la misma en nuestro país y específicamente en nuestra región. En la Tabla 1, se observa como diferentes autores y estudios han encontrado prevalencias que oscilan entre un 12% y un 50%.

Estudios y resultados epidemiológicos del síndrome de Burnout, en diferentes profesiones, cuadro resumen, presentado por Casas. (2002)

Estudio Resultados

Ciriaco (1980)	25% en profesores
Pines, Aronson y Kafry (1981)	45% en diversas profesiones
Maslach y Jackson (1982)	20-35% en enfermeras
Henderson (1984)	30-40% en médicos
Smith, Birch y Marchant (1984)	12-40% en bibliotecarios
Rosse, Johnson y Crown (1991) 2	20% en policías y personal sanitario
García Izquierdo (1991a)	17% en enfermeras
Jorgesen (1992)	39% en estudiantes de enfermería
Price y Spence (1994)	20% en policías y personal sanitario
Deckard, Meterko y Field (1994)	50% en médicos

Incidencia de Burnout por profesiones. Fuente Casas (2002)

CAUSAS DEL SINDROME DE BURNOUT.

Las causas que producen síndrome de burnout se pueden clasificar en dos grandes grupos: factores laborales y características propias de la personalidad del individuo.

En este sentido, también se ha investigado la posible influencia genética en la etiología de este síndrome, realizándose estudios de asociaciones de casos de burnout en familias de gemelos, mono y dicigóticos. En estos estudios no se han encontrado asociaciones significativas entre factores genéticos y burnout, ya que las asociaciones de casos encontrados en las familias se explican principalmente por factores exógenos comunes, es decir, por características ambientales compartidas entre los miembros de la familia. Así, se han analizado algunos de estos factores, como el nivel cultural de los padres o la educación religiosa recibida, no encontrándose asociaciones significativas en cuanto a la educación religiosa, pero sí en la educación de los padres, de forma que cuanto mayor es el nivel cultural de éstos, mayores son los niveles de burnout (17).

Cambios en el sistema sanitario, con la consiguiente incertidumbre, políticas de restricción presupuestaria, aumento de las demandas de la población, junto a una disminución de la autonomía profesional y de su reconocimiento podrían estar detrás de la alta prevalencia del Síndrome.⁽²⁴⁾

Factores predisponentes del Síndrome ⁽⁸⁾

1. Factor laboral:

El trabajo es la principal causa de estrés laboral[®](OCBA), salarios bajos, inestabilidad laboral, amenaza de mala praxis, sobre exigencias , ambigüedades.

2. Factores individuales:

Esto denota los rasgos vulnerables de la persona: entre ellos, debilidad en recursos socio-afectivos, además de baja autoestima, poca comunicación, con bajo umbral de tolerancia hacia la frustración, falta de motivación para ejercer la profesión, poca antigüedad (inexperiencia en servicio), personalidad de tipo A (activos, enérgico, competitivos, ambiciosos, agresivos, impacientes y diligentes), los de patrón de conducta tipo C (es decir, aquellos que no exteriorizan sus emociones, que procuran complacer a los demás, a pesar de sacrificar sus propios objetivos y que evitan la confrontación) (adictos al trabajo, omnipotentes en la tarea, desinterés por el tiempo libre); imposibilidad de disfrutar de la tarea.⁽²⁰⁾

3. Relaciones interpersonales:

Falta de comunicación clara y flexible en el ambiente laboral y personal; liderazgo con autoritarismo no con autoridad; ausencia de redes de apoyo social (colegas, amigos, familia); trabajo individual en lugar de trabajo en equipo.

4. Naturaleza de la tarea:

El trabajo directo con los pacientes y su familia; que demandan exigencias emocionales. El contacto permanente con el sufrimiento, la enfermedad y la muerte, el volumen de trabajo y las presiones para realizarlo, luchas profesionales por jerarquización y reconocimiento.

Por otro lado, Maslach sostiene ⁽²⁷⁾ que la condición para desarrollar síndrome de *burnout* está relacionada fundamentalmente con las características de las organizaciones más que con las personales, e identifica seis factores:

1. Sobrecarga laboral:

Número de horas, falta de claridad en las horas de descanso laboral y ambientes inadecuados.

2. Falta de control:

Sobre la propia tarea, ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto laboral, baja participación en la toma de decisiones, escasa disponibilidad de medios tecnológicos por precariedad.

3. Insuficiente reconocimiento de la labor:

Ambigüedad en el desempeño de roles.

1. Sensación de injusticia.
2. Fallas en la construcción de una comunidad de trabajo:
3. Conflicto de valores: entre los valores personales y los de la organización.

No existe un perfil del profesional propenso desarrollar el síndrome de Burnout. Han Sido Múltiples variables investigadas sin aporte definitivo alguno. Tanto La edad cronológica, el estado civil, El Trabajo en turnos Y el horario laboral ni la Antigüedad han demostrado relación de causalidad en el mencionado síndrome. (8).

MANIFESTACIONES CLINICAS

Desde el punto de vista conceptual,(9) el Síndrome de Burn Out (SBO) es un constructo que implica tres componentes esenciales que son:

♦ Cansancio emocional:

Caracterizado por la falta de energía y la percepción de que los recursos emocionales ya se han consumido. Aparece asociado a vivencias emocionales negativas como el disgusto (¡y tal vez la culpa!) por no poder ayudar a los demás en la medida que estos lo requieren.

♦ Despersonalización o deshumanización:

Caracterizada por un tratamiento frío, distante e impersonal a las personas que atienden, las que llegan a ser "cosificadas" -tratadas más como objetos que como personas-. Es considerado, por algunos, el componente nuclear del síndrome y visto, en ocasiones, como respuesta defensiva que contribuye a paliar posibles sentimientos de frustración, desesperanza e impotencia derivadas de la actividad profesional.

◆ **Disminución de la realización personal:**

Caracterizada por la tendencia a evaluarse a si mismo negativamente, al experimentar vivencias de incompetencia profesional y de frustración de las expectativas de logro y realización profesional.

Aunque en algunos casos se ha dado cierta prioridad en la génesis del Burnout a uno u otro de sus componentes, tal como Maslach (1980) que privilegia el componente de cansancio emocional o Golembiewsky (1989, citado por Cordes y Dougherty, 1993) que privilegia la despersonalización, todo parece indicar que el SBO asume una connotación de proceso en que cada uno de sus componentes potencia la expresión de los restantes.⁽⁹⁾ Para poder entender el proceso evolutivo y las dimensiones que adquiere el síndrome Burnout es importante conocer sus manifestaciones cognoscitivas, afectivas, conductuales, físicas y de relación, así ⁽¹⁷⁾

1. Cognoscitivas:

Las personas con Burnout son cada vez más intolerantes, rígidas, inflexibles, y cerradas a toda innovación. También puede presentarse aumento del desapego, desconfianza, cinismo, pesimismo, sospecha, despersonalización, aburrimiento, omnipotencia e hipercrítica.

Para algunos autores estos cambios cognoscitivos son un intento por recuperar el control sobre los acontecimientos de la vida y la experiencia interna (Freudenberger, 1975; Patricck, 1979; Watkins, 1983; citados por Guy, 1995).

2. Afectivas:

En este grupo de manifestaciones se encuentran: el aumento de la depresión y el abatimiento, la soledad, el miedo, la fatiga y el vacío emocional, la culpabilidad, la irritabilidad, la vulnerabilidad, la tensión, el enfado, la pérdida de control, y dudas sobre sí mismo, las cuales pueden estar acompañadas por el deseo de aislarse o apartarse de sus pacientes y sus colegas. En los psicoterapeutas se presentan dificultades para encargarse de los consultantes y preocuparse por ellos.

3. Conductuales:

Los cambios en la conducta dependen de las variables personales y ambientales, con el síndrome de Burnout las personas manifiestan aburrimiento en el trabajo, pérdida del entusiasmo por los proyectos, dificultades para concentrarse, baja en la productividad y la calidad del desempeño laboral (Correal, Posada & Pérez 2000).

Además, se pueden presentar discusiones, conductas agresivas, en ocasiones se facilita el abuso de sustancias, drogas, alcohol o cigarrillo para encubrir la tensión. Hay aumento o reducción en el consumo de comida y café también puede presentarse un incremento de las conductas arriesgadas y en consecuencia aumento en la accidentalidad.

4. Físicos:

Se presentan cefaleas tensionales, dolores en la columna, resfriados frecuentes, disminución de sueño, fatiga crónica, cansancio, tensión muscular, pueden volver dolencias que ya existían y la persona está más susceptible a problemas gastrointestinales, dolores musculares y cambios en el peso.

5. De relación:

Los profesionales con el síndrome empiezan a interactuar de una manera distinta tanto en el consultorio como fuera de él, se presentan dificultades en la comunicación con los demás, suelen relacionarse de una manera mecánica y artificial o también pueden presentar aislamiento; se incrementan los conflictos interpersonales, debido a las interpretaciones erróneas que se hacen de ciertas situaciones.

FASES QUE PUEDEN DESARROLLARSE EN EL SINDROME DE BURNOUT

Durante el desarrollo del síndrome puede presentarse (10) cinco fases:

*** Fase de entusiasmo.**

Esta primera fase se inicia con el gran entusiasmo y energía que motivan una propuesta laboral con perspectivas positivas a futuro.

*** Fase de estancamiento.**

Aquí todo empieza a desmoronarse al ver que el esfuerzo realizado no se ve recompensado. Este desequilibrio entre demandas y recursos hace que el trabajador no pueda responder a los problemas cotidianos del trabajo.,

*** Fase de frustración.**

La falta de motivación hace que el trabajador empiece a sentir una frustración y desilusión que lo hagan sentirse incómodo en el ambiente que lo rodea y se irrite por cualquier cosa, lo que le trae problemas con sus compañeros de trabajo y hasta serios problemas de salud.

*** Fase de apatía.**

En esta fase el trabajador recurre a mecanismos de defensa para deshacerse lo más rápido posible e incluso huir de las tareas estresantes.

***Fase de quemado.**

Esta es la fase final en la que el trabajador colapsa física y mentalmente. Esto puede terminar en la pérdida del empleo, y llevarlo a arrastrar esta carga de frustración e insatisfacción a otros centros de trabajo.

Otros autores plantean la existencia de una cadena de estrés laboral, que evoluciona a partir del síndrome de burnout.

Hipótesis de la cadena de estrés laboral:

La hipótesis de la cadena de estrés en el área laboral considera que la persistencia del estrés laboral es acumulativa y puede atravesar tres estadios (5):

1. Mobbing o Síndrome de Burn-out o Estrés Laboral.
2. Fatiga Laboral: de la que puede recuperarse con descanso o cambio de trabajo.
3. Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) de la que no se recupera ni con tiempo de descanso ni con cambio de trabajo.

COMPLICACIONES QUE PUEDEN PRESENTARSE EN PACIENTES CON SINDROME DE BURNOUT⁽²⁷⁾

Psiquiátricas

Deterioro progresivo y encubierto de la persona, como depresión crónica, caracterologías, suicidio, disfunciones familiares graves (violencia), adicciones (incluso adicción al trabajo).

Somáticas

Cuadro de estrés con expresiones variadas de tipo musculares, endocrinas, nerviosas, circulatorias y otros cuadros psicósomáticos.

Organizacionales

Deterioro en las relaciones laborales que provoca distintos tipos de efectos, como el empobrecimiento del desarrollo profesional, rivalidad, individualismo, fallas operativas reiteradas, desmotivación e inconformismo.

DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE BURNOUT:

El diagnóstico del síndrome de burnout, nos basaremos en una de las pocas normas que hay para su diagnóstico, prevención y tratamiento que hizo la Sociedad Internacional de Oncopediatría.⁽¹⁹⁾

1. La primera evidencia de burnout es el cansancio. Cansancio, depresión, trastornos del sueño y cambios del apetito. Esta es la primera etapa. Cuando uno tiene evidencias de que eso está sucediendo debe empezar a prender las alarmas, ¿por qué? Porque eso significa que nosotros como instrumento empezamos a tener dificultades y nuestros pacientes pueden sufrir las consecuencias. Empezamos con cosas que parecen banales pero no lo son.

2. La segunda es insatisfacción: se pierde la felicidad y el grado de placer en lo que se hace. Aparece entonces la indiferencia, el resultado no me importa, el cinismo que una enorme cantidad de veces se emplea en el entrenamiento de los residentes cuando jugamos a célebre "no, usted no tiene razón". Si la tiene: su conocimiento es absolutamente azaroso no fruto del razonamiento. Acertó. Si acertó y es viejo es tan clásico que es obvio. Si es nuevo: no está probado. Si está probado: no está en un estudio randomizado. Si es randomizado: no se publicó en el New England,

3. Por lo tanto se incorporan los hábitos tóxicos y el abandono laboral. Esto es la tercera etapa de algo que empezó con el cansancio, siguió con la insatisfacción y llegó a este nivel. Por supuesto, esto se traduce rápidamente en el trastorno de relación social más próxima que es el marital y el familiar.

La escala de valoración de "Maslach Burnout Inventory(MBI-HS)" (Maslach, 1981; Maslach, 1986), es actualmente el instrumento utilizado con mayor frecuencia para medir el Síndrome de burnout. Originalmente el instrumento fue elaborado para aplicarse en profesionales de la salud, constituido por 25 ítems distribuidos en cuatro escalas los cuales eran valorados mediante dos formas: una de frecuencia y otra de intensidad ⁽⁴⁾, como resultado de su factorización, el cuestionario quedó con 22 ítems distribuidos en tres factores: 1) agotamiento emocional con 9 ítems; 2) despersonalización con 5 ítems y, 3) realización personal en el trabajo con 8 ítems, constituyendo entonces las tres subescalas del MBI (Maslach, 1986; Ferrando, 1986), en donde se suman los ítems de acuerdo a la dimensión, las dos primeras son positivas y la última se considera negativa. ⁽⁷⁾.

Además del Maslach Burnout Inventory (MBI), existen 14 instrumentos para medir el Síndrome de Burnout, siendo el M.B.I. el mejor instrumento de medida como afirma Enrique J Garcés de los Fayos Ruiz en su trabajo tesis sobre el Burnout, donde concluye después de una amplia revisión que este instrumento de medida es fiable, válido y con una estructura factorial adecuada para ser utilizado en estudios de este tipo.

OTROS INSTRUMENTOS DE MEDICION DEL SINDROME DE BURNOUT

Staff Bournout Scale	Jones 1980
Indicadores de Buornout	Gillespie (1980)
Emener-Luck Bornout Scale	Emener y Luck (1980)
Tedium Measure (Burnout Measure)	Pines y Kafry (1981)
Buornout Scale	Kremer y Hoffman (1985)
Teacher Burnout Scale	Seidman y Zager (1986)
Energy y depletion Index	Garden (1987)
Mattews Buornout Scale for employees	Mattews (1990)
Efectos Psiquicos del Bornout	Garcia Izquierdo (1990)
Escala de variables predictoras del Burnout	Aveni y Albani (1992)
Cuestionario de Buornout del profesorado	Moreno y Oliver (1993)
Holland Buornout Assement Survey	Holland y Michel (1993)
Rome Burnout Inventory	Venturi Dell y Rizzo (1994)
Escala de Buornout de Directores de colegio	Friedman (1995)

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

El manejo del síndrome abarca cuatro áreas: individual, interpersonal, organizativa y farmacológica. (23)

Debido a que se ha observado un aumento en la incidencia (4) de este síndrome en personas que se dedican a la intervención social (profesionales de la salud, docentes médicos y no médicos, trabajadores sociales, etc.), y al creciente riesgo que existe por el contexto cultural social y económico en el que se desenvuelven, se han planificado mecanismos de prevención, que según House los tipos de apoyo son:

- 1) Apoyo emocional: relacionado con el afecto, confianza y preocupación que un individuo experimenta proveniente de otro.

- 1.) Apoyo instrumental: que son los recursos materiales económicos o de servicio con los que cuenta el profesional.
- 2) Apoyo informativo: que la permite a un sujeto conocer una situación y poseer unos instrumentos para afrontarlo.
- 3) Apoyo evaluativo: que es un feed-back de las acciones que el profesional va emprendiendo y le permite procesar su efectividad

PRINCIPIOS BASICOS EN LA PREVENCION

Los principios básicos en la prevención (21) incluyen:

- Autoconocimiento y cuidado de las propias emociones:

El médico debe reflexionar sobre sus emociones y profundizar en su propio conocimiento.

- Establecer límites y finarse unas expectativas reales:

Hay que fijarse unas expectativas realistas respecto a lo que se puede hacer, entendiendo que no puede satisfacer todas las necesidades del enfermo.

- Separar la vida laboral y personal:

Hay que procurar olvidar las preocupaciones de= trabajo cuando no se está en él. Los cuidadores más eficaces suelen dedicar gran parte de su tiempo a disfrutar de actividades totalmente ajenas a su actividad laboral.

- Mejorar la comunicación y las habilidades para resolver problemas:

La comunicación interpersonal constituye una faceta fundamental de la atención al paciente y puede causar un alto nivel de estrés. Hay que aprender y mejorar las habilidades que aseguren la transmisión de ideas y emociones de una forma sana y eficaz. Hay que tener una actitud de no paternalismo y respeto al enfermo.

- Reciclar energías:

El estrés es inevitable en muchas situaciones, por lo que hay que darle salida. La práctica regular de ejercicio físico, relajación, meditación o yoga puede ser muy útil.

- Reforzar la red de apoyo social:

Disponer de personas con las que compartir las vivencias permite romper la sensación de aislamiento.

Cuanto menos perturbados emocionalmente estén los profesionales sanitarios, menos errores cometerán y menos accidentes laborales tendrán, y serán más eficaces en su tarea. Los Profesionales de la salud deben elaborar y a veces combatir su propia angustia,

reconociendo que influye negativamente en su vida, y que puede repercutir negativamente en su calidad profesional.

Por otro lado el Dr. Horacio Cairo propone 10 puntos claves en la prevención del Burnout también mencionados por el autor Hamson WDA en su obra *Stress and Burnout in the Human Services Professions* (26)

- 1- Proceso personal de adaptación de expectativa a la realidad cotidiana.
- 2- Formación en las emociones.
- 3- Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descansos y trabajo.
- 4- Fomento de buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.
- 5- Limitar a un máximo la agenda asistencial.
- 6- Tiempo adecuado por pacientes: 10 min. de media como mínimo.
- 7- Minimizar la burocracia con mejora en la disponibilidad de recursos materiales de capacitación y mejorando la remuneración.
- 8- Formación continuada reglada dentro de la jornada laboral.
- 9- Coordinación con los colegas que ejercen la misma especialidad, espacios comunes, objetos compartidos.
- 10- Diálogo efectivo con las gerencias.

Los programas de residencias médicas son un modelo de formación basado en el aprendizaje en servicio. Después de 3 ó 4 años, un médico residente egresa con una significativa cantidad de conocimientos, destrezas y actitudes que lo han preparado para desarrollar la tarea médica para la cual se formó, con idoneidad y competencia. Hoy en día los residentes se ven sometidos a extenuantes jornadas de trabajo, a lo que se suma la realización de turnos, la presión de las evaluaciones y los aspectos médicos legales que pudieran derivar de una mala praxis, todo esto sumado, los hace más vulnerables a padecer el síndrome de burnout, pudiendo traer desenlaces fatales no solo para la salud del mismo sino la del paciente, por lo que se hace necesario identificar la existencia del síndrome en los residentes para un adecuado tratamiento y rehabilitación.

III.OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la presencia del Síndrome de Burnout en médicos residentes de primer año de las especialidades médico-quirúrgicas y anestesia del Hospital Regional de Cuilapa enero-diciembre de 2011.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

3.2 Identificar la presencia del Síndrome de Burnout, y el comportamiento del mismo en el transcurso del año, en el grupo de Médicos residentes de las especialidades médico-quirúrgicas y anestesia.

3.2 Determinar el nivel de afectación de cada una de las dimensiones que conforman el Síndrome de Burnout; agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, en el grupo de Médicos residentes de las especialidades médico-quirúrgicas.

3.2 Establecer a cuál de las especialidades estudiadas, pertenecen los con los niveles más altos de Burnout.

IV MATERIAL Y METODOS

4.1.-TIPO DE ESTUDIO:

El presente estudio es de tipo descriptivo, longitudinal realizándose del de enero a diciembre del 2011.

4.2.-POBLACION DE ESTUDIO

Para el presente estudio se tomó el universo total, pues no hay muestra significativa para el estudio, la cual correspondió a todos los residentes de las diferentes especialidades médico-quirúrgicas y anestesia que cursan el primer año de la residencia.

4.3.-CRITERIOS DE INCLUSION

- Residentes cursando el primer año, de las especialidades médico-quirúrgicas y anestesia del Hospital Regional de Cuilapa, durante el año 2011.
- Todos los residentes que hayan firmado el informe de consentimiento informado haciendo valedera su voluntariedad.

4.4 -CRITERIOS DE EXCLUSION

- Residentes que se nieguen ser sometidos ha dicho estudio.
- Residentes bajo tratamiento Psicológico actual.
- Residentes que por algún motivo estén por abandonar la residencia a la que pertenecen.

4.5-VARIABLES:

Las variables independientes:

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Especialidad.

Variables dependientes:

- Agotamiento emocional
- Despersonalización
- Baja realización personal

Se han recogido como variables dependientes las tres dimensiones del burnout: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal (RP), que se han clasificado en tres niveles: bajo, medio y alto, de acuerdo con los puntos de corte establecidos previamente en la literatura.

En las tres escalas la puntuación mínima alcanzable es 0, mientras que la máxima es 54 para CE, 30 para DP y 48 para RP

4.6.-INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

Se realizó en base a un cuestionario previamente ya establecido auto administrado, con la participación voluntaria y anónima de los residentes, se utilizó el "Maslach Burnout Inventory (MBI)" de C. Maslach (1980), en su versión validada al español, aplicándose el test diagnóstico de manera trimestral, en el transcurso de un año, al mismo grupo de residentes. También se incluyeron en el cuestionario, las variables sociodemográficas y se adjuntó la carta de consentimiento informado.

El test se utiliza para identificar la presencia y niveles del Síndrome de Burnout, y consta de 22 ítems, con un rango de respuesta de 1-7, que "miden" por separado la presencia de cada uno de sus componentes: cansancio emocional (ce), despersonalización (dp) y realización personal (rp). Cada ítem consiste en un enunciado en forma de afirmación que se refiere a las actitudes, emociones y sentimientos que el individuo muestra en relación hacia su trabajo, o hacia sus pacientes. Los ítems 1,2,3,6,8,13,14,16 y 20 evalúan el cansancio emocional; los ítems 5, 10,11,15, y 22 evalúan la despersonalización; y los ítems 4,7,9,12,17,18,19, y 21 la falta de realización personal.

.Puntos de corte en las tres dimensiones del síndrome de burnout.

DIMENSIONES	BAJO	MEDIO	ALTO
Cansancio Emocional	<= 18	19-26	>= 27
Despersonalización	<= 5	6-9	>= 10
Realización Personal	>= 10	34-39	<= 33

El puntaje de Burnout es el resultado de la suma de todos los ítems; por lo que así obtenemos: Burnout bajo ≤ 58.7 , Burnout Moderado 58.8- 76.9, Burnout alto ≥ 77 puntos.

4.7.- ASPECTOS ETICOS

El presente estudio se realizó en forma anónima, privada y bajo el consentimiento de cada uno de los residentes entrevistados.

Para dar validez a los resultados, los TEST diagnósticos fueron evaluados por un profesional en Psicología.

4.8.- ANALISIS DE LA INFORMACION

Para el procesamiento de la información, una vez obtenidos los datos, se utilizaron medios electrónicos, se procedió a la introducción y procesamiento de los mismos en una Computadora ASUS HP, con sistema operativo Windows VISTA, valiéndonos de los programas de Microsoft Excel, con el cual se crearon las tablas y gráficos, y el Microsoft Word del Office 2010 para la confección del informe final.

Se empleó el método porcentual de estadística descriptiva para el análisis y presentación de los resultados, los cuales fueron expuestos por medio de tablas y gráficos.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	VARIABLE CONCEPTUAL	VARIABLE OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE VARIABLE	INDICADOR
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento hasta la fecha actual representada en años.	Entrevista	Cuantitativa	Ordinal	Porcentaje frecuencia
Sexo	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra	Entrevista	Cuantitativa.	Ordinal.	Porcentaje frecuencia
Estado civil	Condición personal que socialmente se designa para fines demográficos incluye: soltero, unión libre, casado, Viudo, separado, divorciado, separado u otro.	Entrevista	Cuantitativa	Nominal	Porcentaje frecuencia
Especialidad	Corresponde a la especialización que está cursando el residente	Entrevista	Cualitativa	Nominal	Porcentaje frecuencia
Despersonalización	Desarrollo de actitudes y respuestas cínicas hacia las personas a quienes los Médicos prestan sus servicios.	Entrevista	Cualitativa	Nominal	Porcentaje, frecuencia. Puntuaciones superiores a 10. Serian de nivel alto, 6 a 9 Intermedio y menos de 6 bajo grado de despersonalización.
Agotamiento Emocional	Sensación de sobreesfuerzo físico y hastío emocional que se producen como consecuencias de ya continua interacción que los residentes deben mantener entre ellos así como con los pacientes	Entrevista	Cualitativa	Nominal	Porcentaje, frecuencia. Puntuaciones de 27 o más serian indicativas de Buornout de 19 a 26 corresponderían a puntuaciones intermedias y por debajo de

					19 indicarían niveles de burnout muy bajos.
Baja realización personal	Pérdida de confianza en la realización personal y la presencia de un negativo	Entrevista	Cualitativa	Nominal	Porcentaje, frecuencia. Puntuaciones de 0 a 33 indican pobre realización personal, de 34 a 39 intermedia y más de 40 alta sensación de logro

V.RESULTADOS

TABLA 1 BOURNOUT EN RESIDENTES DE PRIMER AÑO DE ESPECIALIDADES MEDICO-QUIRURGICAS DEL HOSPITAL DE CUILAPA EN 2011

DISTRIBUCION DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN ESTADO CIVIL Y SEXO

Sexo	Casado	Soltero	Total
M	3 (17%)	6 (35%)	9 (52%)
F	2 (11%)	6 (35%)	8 (48%)
Total	5 (30%)	12 (70%)	17 (100%)

GRAFICA No. 1: BOURNOUT EN RESIDENTES DE PRIMER AÑO DE ESPECIALIDADES MEDICO-QUIRURGICAS DEL HOSPITAL DE CUILAPA EN 2011

LOS PARTICIPANTES SEGÚN ESTADO CIVIL Y SEXO

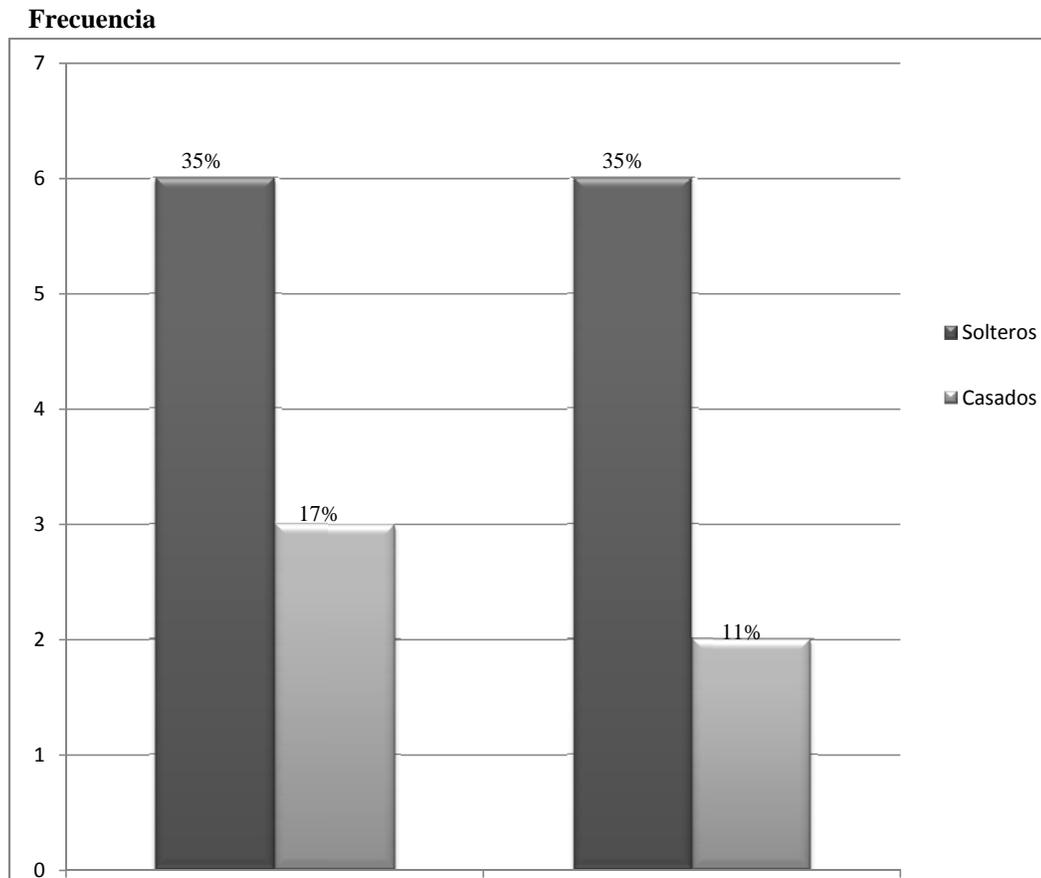


TABLA NO.2 BOURNOUT EN RESIDENTES DE PRIMER AÑO DE ESPECIALIDADES MEDICO-QUIRURGICAS DEL HOSPITAL DE CUILAPA EN 2011

DISTRIBUCION DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN EDAD.

Rango de edad (años)	Frecuencia	Porcentaje
24-26	2	11.7
27-29	11	64.7
30-32	3	17.6
33 o mas	1	5.8
Total	17	100

GRÁFICA No. 2 BOURNOUT EN RESIDENTES DE ESPECIALIDADES MEDICO-QUIRURGICAS EN 2011

DISTRIBUCION DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN EDAD

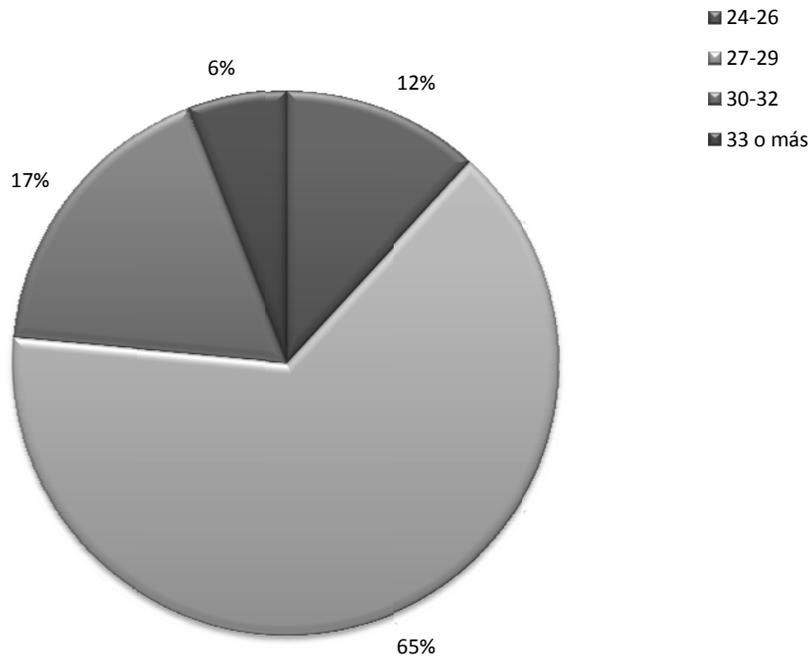


Tabla No 3 NIVELES DE BOURNOUT EN RESIDENTES DE PRIMER AÑO ESPECIALIDADES MEDICO-QUIRURGICAS EN 2011

NIVEL DE BOURNOUT	PRIMER TRIMESTRE		SEGUNDO TRIMESTRE		TERCER TRIMESTRE	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTO	4	23.5%	1	5.8%	6	35.2%
MEDIO	11	64.7%	12	70.5%	9	52.9%
BAJO	2	11.7%	4	23.5%	2	11.7%
TOTAL	17	100%	17	100%	17	100%

GRAFICA No. 3: NIVELES DE BOURNOUT EN RESIDENTES DE PRIMER AÑO ESPECIALIDADES MEDICO-QUIRURGICAS Y ANESTESIA 2011

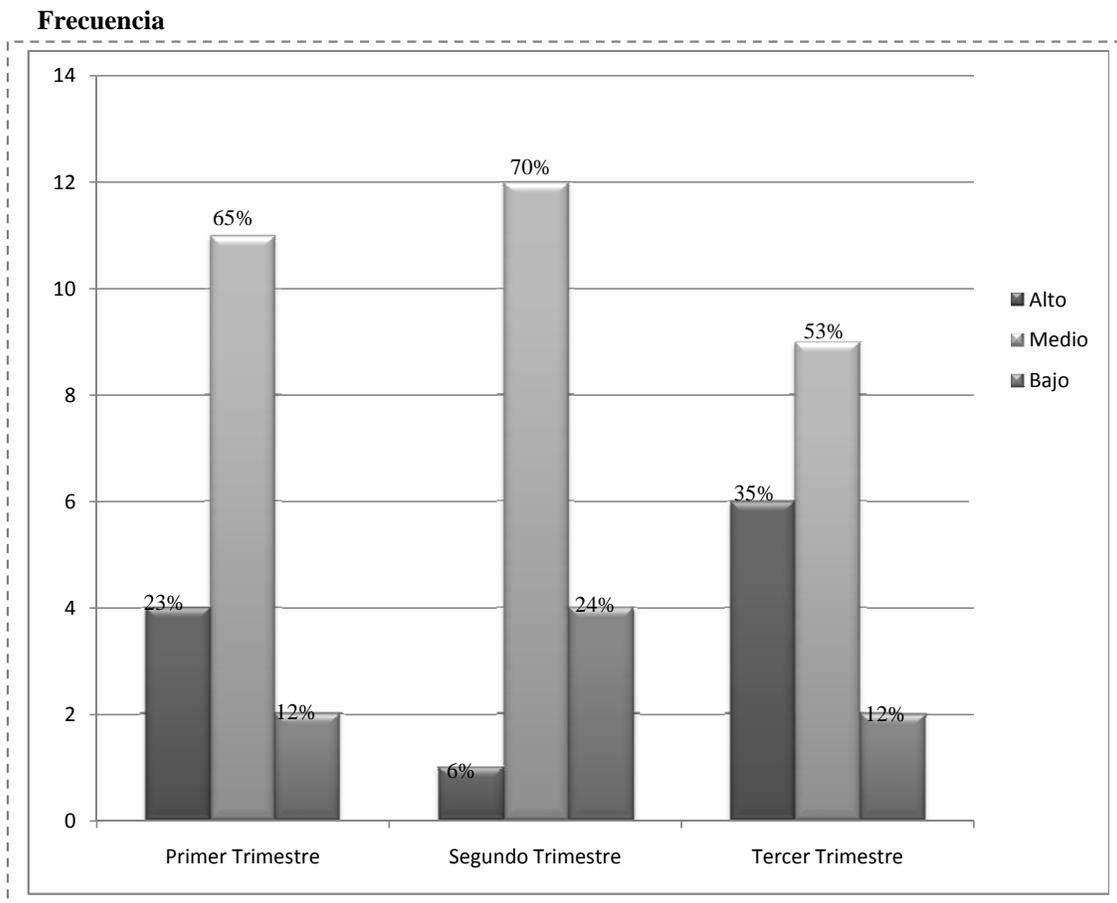


TABLA NO.4 BOURNOUT EN RESIDENTES DE PRIMER AÑO DE ESPECIALIDADES MEDICO-QUIRURGICAS DEL HOSPITAL DE CUILAPA EN 2011

AGOTAMIENTO EMOCIONAL

AGOTAMIENTO EMOCIONAL	PRIMER TRIMESTRE		SEGUNDO TRIMESTRE		TERCER TRIMESTRE	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTO	9	52.9%	5	29.4%	10	58.8%
MEDIO	7	41.1%	7	41.1%	5	29.4%
BAJO	1	5.8%	5	29.4%	2	11.7%
TOTAL	17	100%	17	100%	17	100%

GRAFICA No. 4: BOURNOUT EN RESIDENTES DE PRIMER AÑO DE ESPECIALIDADES MEDICO-QUIRURGICAS DEL HOSPITAL DE CUILAPA EN 2011

AGOTAMIENTO EMOCIONAL

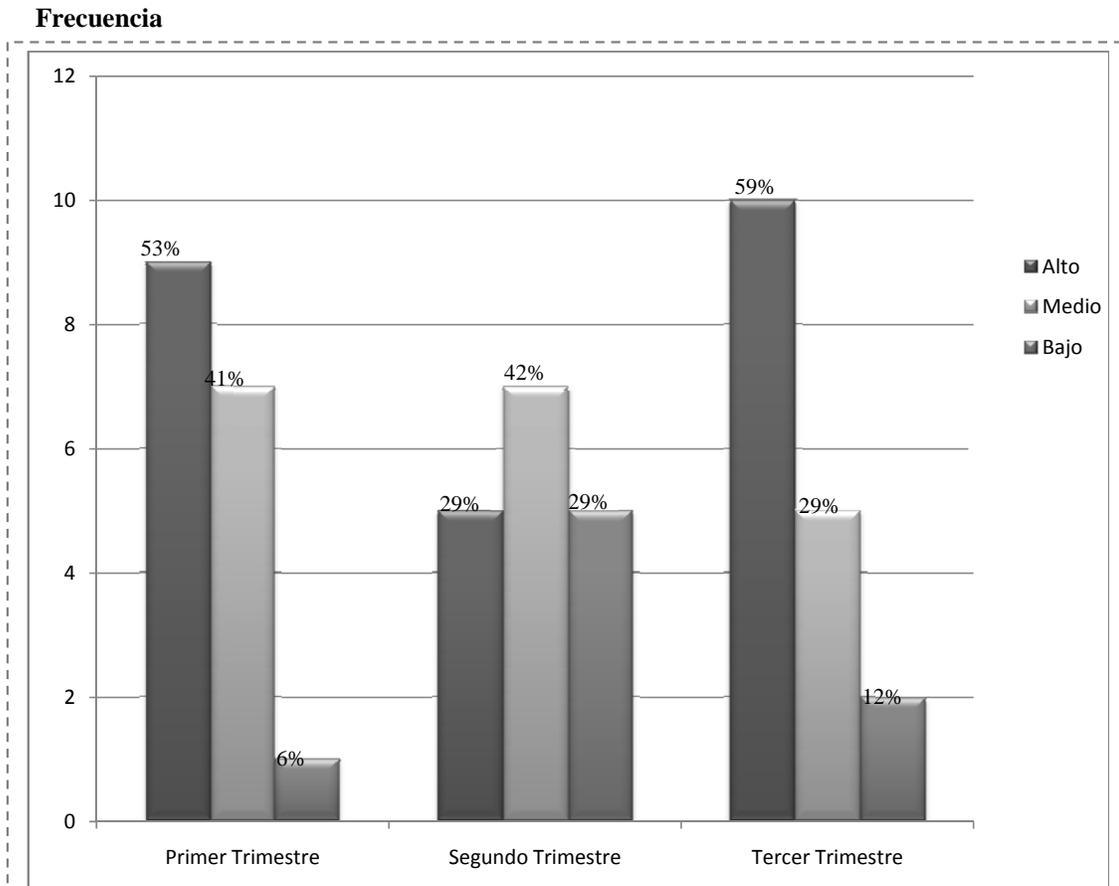


Tabla No 5 BOURNOUT EN RESIDENTES DE PRIMER AÑO DE ESPECIALIDADES MEDICO-QUIRURGICAS DEL HOSPITAL DE CUILAPA EN 2011

DESPERSONALIZACION

DESPERSONALIZACIÓN	PRIMER TRIMESTRE		SEGUNDO TRIMESTRE		TERCER TRIMESTRE	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTO	8	47.8%	4	23.5%	6	35.2%
MEDIO	5	29.4%	3	17.6%	6	35.2%
BAJO	4	23.5%	10	59.4%	5	29.4%
TOTAL	17	100%	17	100%	17	100%

GRAFICA No. 5: BOURNOUT EN RESIDENTES DE PRIMER AÑO DE ESPECIALIDADES MEDICO-QUIRURGICAS DEL HOSPITAL DE CUILAPA EN 2011

DESPERSONALIZACION

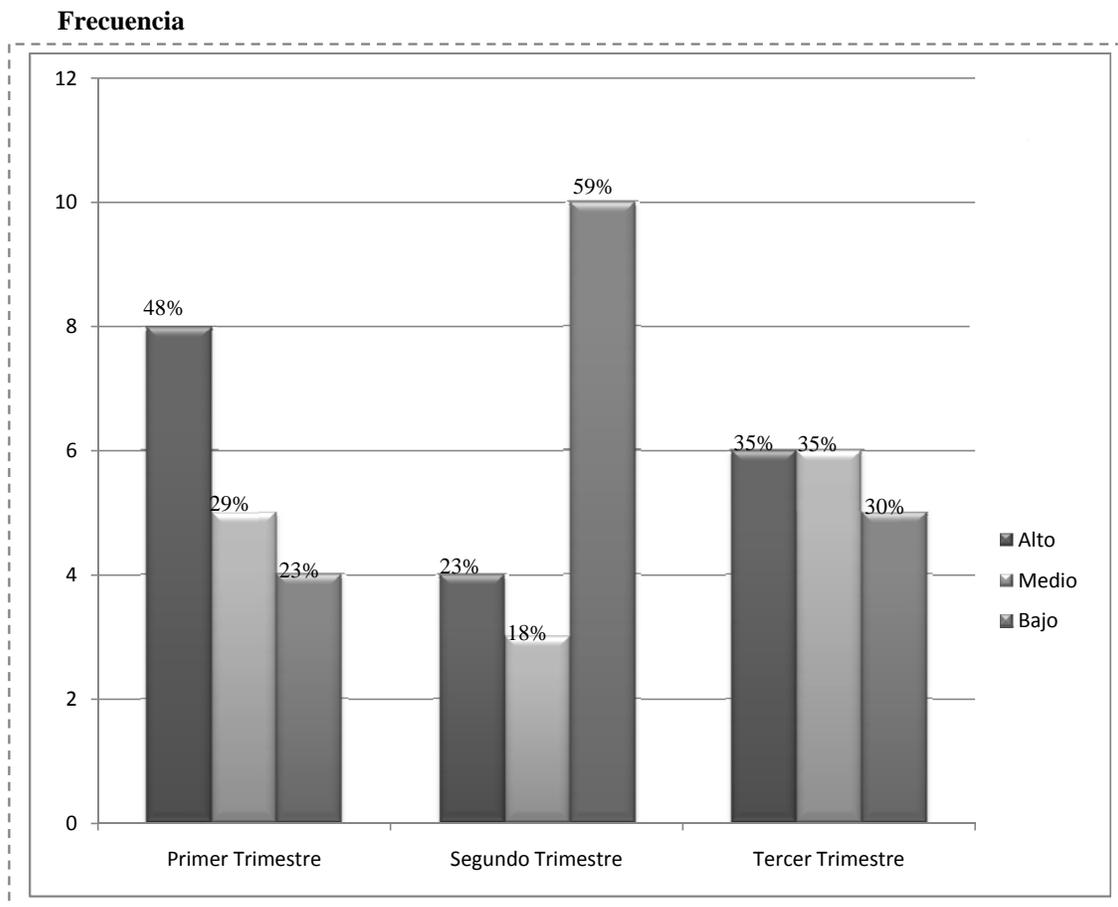


Tabla No 6 BOURNOUT EN RESIDENTES DE PRIMER AÑO DE ESPECIALIDADES MEDICO-QUIRURGICAS Y DEL HOSPITAL DE CUILAPA EN 2011

REALIZACION PERSONAL

REALIZACION PERSONAL	PRIMER TRIMESTRE		SEGUNDO TRIMESTRE		TERCER TRIMESTRE	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTO	7	41.1%	10	58.8%	9	52.9%
MEDIO	5	29.4%	3	17.6%	5	29.4%
BAJO	5	29.4%	4	23.5%	3	17.6%
TOTAL	17	100%	17	100%	17	100%

GRAFICA No. 6: BOURNOUT EN RESIDENTES DE PRIMER AÑO DE ESPECIALIDADES MEDICO-QUIRURGICAS DEL HOSPITAL DE CUILAPA EN 2011

REALIZACION PERSONAL

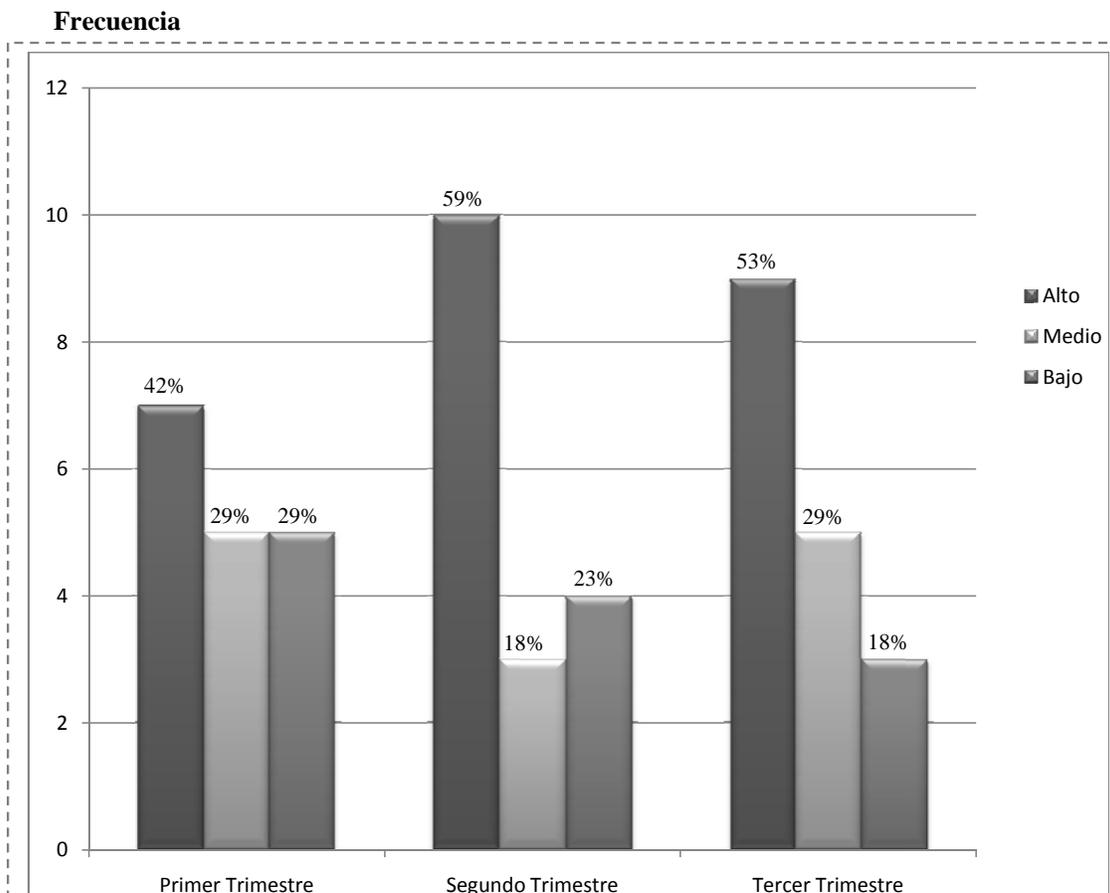


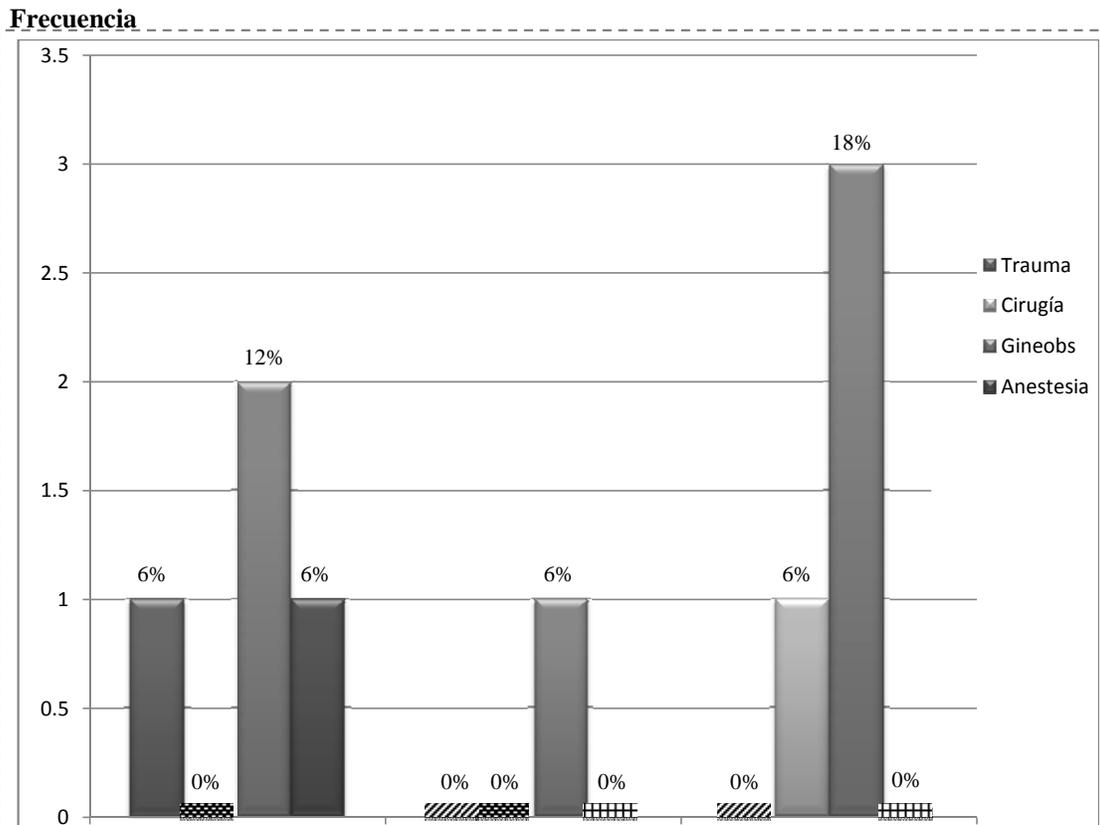
Tabla 7 BOURNOUT EN RESIDENTES DE PRIMER AÑO DE ESPECIALIDADES MEDICO-QUIRURGICAS DEL HOSPITAL DE CUILAPA EN 2011

NIVELES DE BURNOUT SEGÚN ESPECIALIDAD DURANTE LOS TRES TRIMESTRES 2011

Trimestre	Nivel de Burnout	Trauma	Cirugía	Gine-obs	Anestesia	Total	%
1 ero.	Alto	1	0	2	1	4	23.5
	Medio	1	5	3	2	11	64.7
	Bajo	1	0	1	0	2	11.7
2 do.	Alto	0	0	1	0	1	5.8
	Medio	3	5	2	3	13	76.4
	Bajo	0	0	3	0	3	17.6
3 ero.	Alto	0	1	5	0	6	35.2
	Medio	3	3	2	2	10	41.6
	Bajo	0	1	1	1	3	17.6

GRAFICA No. 7: BOURNOUT EN RESIDENTES DE PRIMER AÑO DE ESPECIALIDADES MEDICO-QUIRURGICAS DEL HOSPITAL DE CUILAPA EN 2011

NIVELES DE BURNOUT SEGÚN ESPECIALIDAD DURANTE LOS TRES TRIMESTRES 2011



VI. DISCUSION Y ANALISIS

Del universo que corresponden a 18 residentes de primer año de las especialidades médico-quirúrgicas y anestesia, se obtuvo la participación de 17 de ellos, exceptuando un residente que no acepto participar del estudio.

Comenzamos con el análisis de las variables socio demográficas el estudio presenta una representatividad del sexo masculino sobre el femenino con un 52% (n=9) y 48% respectivamente (n=8). (Tabla No 1)

De acuerdo a la bibliografía las mujeres son las que más presentan Burnout, pero el estudio no permite hacer una diferencia de sexo en cuanto a Burnout ya que es un estudio descriptivo en donde la muestra fueron más hombres que mujeres.

Se encontró que el 29.4% (n=5) son casados, el resto 70.6% (n=12), aunque se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables⁽¹⁸⁾ considerando que el 100% de los afectados presento algún grado de Burnout. En lo que respecta a la presencia de hijos, solo el 11.7% tienen hijos y el 88.3% no los tienen, este resultado coincide con la literatura, ya que la presencia de hijos es considerado un factor protector contra Burnout, no siendo este el caso, ya que casi el 90% de los encuestados no tenía hijos, la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar.⁽¹⁸⁾(Tabla No1)

Con respecto a la edad se estratificó en tres niveles, de 24-26 años, 11.7% (n=2) encontrando el mayor porcentaje en el grupo de 27 – 29 años con 64.7% (n=11) y de 30-33 años con un 11.7%. La literatura refleja que la presencia de Burnout es más común en individuos jóvenes, que están iniciando una carrera, a lo que se suma la inexperiencia y las mayores expectativas laborales, sin embargo no fue posible la caracterización de burnout según grupo de edad, ya que la gran mayoría de encuestados estaban comprendidos entre los 27-29 años. (Tabla 2)

Con respecto al análisis de cada una de las variables del test, lo que corresponde a la presencia de Burnout en los diferentes trimestres del año, se encontraron los siguiente resultados durante el primer trimestre, el 100% de los residentes presentaron Burnout de estos el 64.7% (n=11) presento niveles medios, el 23.5% (n=4) presenta niveles altos y el 11.7% (n=2) presento niveles bajos.(Tabla 3), durante el segundo trimestre correspondiente a los meses de junio, julio y agosto se encontró que el 70.5% presento niveles medios de burnout, (n=12), el 23,5% (n=4) presento un niveles bajos y el 5.8% presento niveles altos, observándose similar comportamiento en ambos trimestres. Los resultados encontrados en

la aplicación del tercer test mostro que hubo un comportamiento similar para los tres trimestres, en los cuales el 100% de los residentes presento algún grado de afectación del mismo, un 35.2% mostro niveles altos de burnout, (n=6), el 52.9%, (n=9) presento un nivel medio y el 11.7%(n=2) presento niveles bajos.

Hubo un predominio el nivel medio de afectación, en el transcurso del año, lo que coincide con la literatura, la cual muestra que existe mayor frecuencia el grado moderado y el bajo.

Llama la atención que fue al inicio y al final del año, donde se registró mayor proporción de niveles altos de Burnout.(Tabla No 3) Este comportamiento del Síndrome con niveles altos al inicio, seguido de una ligera disminución y con tendencia a incrementarse al final del estudio es lo esperado encontrar y pudiera explicarse debido a que al inicio del año, los residentes se encuentran en proceso de adaptación lo que les genera mayor estrés, seguido por una mayor adaptación a sus actividades rutinarias, que pudiera explicar la tendencia a disminuir, con posterior elevación del nivel de estrés ya al final del año, por mayor agotamiento laboral.

Los valores promedios de Burnout, al tomar en cuenta los tres trimestres revelaron que en el transcurso del año, predominaron niveles medios de Burnout con un 63%, seguidos por niveles altos de Burnout con un 21%, y niveles bajos que fueron del 16 %.

Encontramos que del total de residentes estudiados, el 100% presento algún grado de afectación del síndrome de burnout, ya sea un nivel alto, medio o bajo.(tabla no 7), durante el transcurso del año, lo cual está por encima de la incidencia global, la cual según la literatura puede variar entre un 10% a un 70% en el personal médico (2), esta alta incidencia podría estar relacionada a que el residente es sometido a extenuantes jornadas de trabajo, además de la realización turnos nocturnos, la presión del programa de postgrado, los conflictos de jerarquias, la inexperiencia y la parte médico legal.

En relación a la distribución de sujetos en los diversos grados de afectación de las escalas del Maslach Burnout Inventory (MBI), la frecuencia **por agotamiento emocional** durante el transcurso del año se comportó así, durante el **primer trimestre** revelo un alto grado en 52.9% (n=9) un grado medio con un 41% (n=7) y bajo grado con un 5.8% (n=1). Durante el **segundo trimestre** se encontró que la frecuencia por agotamiento emocional revelo un grado alto con un 29.4% (n=5) un grado medio con 41.1% (n=7) y bajo grado con un 29.9% (n=5) variando su comportamiento en relación al trimestre anterior en el que predomino un grado de afectación alto, seguido por el grado medio. En el **tercer trimestre** esta variable se comportó así revelo un alto grado en 35.2% (n=10) un medio con 29.4%(n=5) y bajo grado con un 11.7% (n=2) predominando un nivel alto en el primer y tercer trimestre.(Tabla No 4) Se encontró un comportamiento similar con respecto al grado de afectación de burnout con una tendencia al aumento al inicio, ligera disminución después, para volver a incrementarse al final del estudio, lo que pudiera explicarse por los factores ya analizados al inicio. El alto agotamiento emocional se presentó en el 39.1% de los residentes, siendo la media durante

los tres trimestres, este valor está por debajo, de los valores encontrados por O. Fernández Martínez en su estudio Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencia del Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España. Enero – 2007 que encontró un alto cansancio emocional en el 60 % de los residentes. (11)

Con respecto a la escala de **despersonalización** durante **el primer trimestre** predominó un grado de afectación baja con un 47% (n=8), un grado alto con 29.4% (n=5) y un grado medio con 23.5%(n=4). **En el segundo trimestre** se encontró un alto grado 23.5% (n=4), un grado medio 17.6% (n=3), y un bajo grado con 52.9% (n=9). Los resultados del tercer test, para el **tercer trimestre** para la despersonalización arrojaron un alto grado en 35.2% (n=10), un medio con 29.4%(n=5) y bajo grado con un 11.7% (n=2) predominando el nivel alto en el primer y tercer trimestre. (Tabla No 5). Se encontró una alta despersonalización, durante el transcurso del año con valores de 29.3%, siendo la media durante los tres trimestres, al comparar estos resultados con otros estudios internacionales, estos valores están por debajo de los encontrados por M. Fonseca et al en su estudio: Residentes, guardias y Síndrome de Burnout, que encontró un alto grado de despersonalización en el 64.4 % de los residentes(12)

La **falta de realización personal** se comportó así durante el **primer trimestre** alta para un 41.1% (n=7), media para un 29.4%(n=5) y baja también para un 29.4% (n=5). Durante el **segundo trimestre** alta para un 52.9% (n=9), media para un 17.6% (n=3) y baja para un 23.5% (n=4). En el **tercer trimestre** alta para un 52.9% (n=9), media para un 29.4%% (n=3) y baja para un 23.5% (n=4) teniendo un comportamiento similar en el transcurso del año, siendo el parámetro menos afectado, ya que en los tres trimestres predominó la alta de realización personal. Durante los tres trimestres se obtuvieron valores medios de 25.4%, siendo valores inferiores al compararlos con estudios como el del Dr. Jorge Loria Castellanos en su estudio: Síndrome de desgaste profesional en personal médico (adscrito y residentes de la especialidad de urgencias) de la ciudad de México. 2006 que reportó un 55% de baja realización personal (17)

En general podemos decir que, este comportamiento en las tres esferas del Burnout, es lo esperado encontrar, ya que durante el primer año de la residencia, muchos residentes aún no se sienten identificados completamente con la especialidad que escogieron, a lo que se añade lo extenuante de las jornadas laborales, y la presión del postgrado.

Con respecto a la especialidad que presentó los niveles más altos de burnout durante el primer trimestre encontramos que el 23.5 % (n=4) de los residentes presentaron niveles altos de Burnout, de estos el 11.7%(n= 2) de los residentes pertenecían a la especialidad de Gineceo-obstetricia, el 5.8 % (n=1) pertenecían a Traumatología e igualmente el 5.8%(n=1) pertenecían a Anestesiología. Durante el segundo trimestre, solamente un 5.8 % (n=1) de todos los residentes presentó niveles altos de Burnout, perteneciente a Gineco-obstetricia, En el tercer trimestre el 35.2 % reveló niveles altos de Burnout, de los cuales el

29.4% (n= 5) correspondió a residentes de Gineco-obstetricia, y un 5.8% (n=1) fueron residentes de Cirugía.

Según comportamiento anual, fue la especialidad de Gineco-Obstetricia, la que presento los niveles más altos de Burnout, aunque debemos tener en cuenta que gineco-obstetricia tiene mayor representatividad en el estudio ya que posee el mayor número de residentes en relación a las demás especialidades, por lo que no podemos concluir que sea la más afectada. Al comparar estos resultados con estudios internacionales, no coinciden estos resultados, ya que según un estudio hecho por Arturo López Morales y colaboradores sobre: Síndrome de Burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. 2007⁽¹⁹⁾ arroja los siguientes resultados; el 83.3 % de los residentes con niveles altos de Burnout pertenecen a Cirugía, el 61.5% pertenecen a Urgencias Médicas y el 55.5% pertenecían a residentes de Anestesiología. Esta incongruencia podría explicarse debido a que en nuestro Hospital el residente de Gineco-obstetricia es sometido a mucha presión, tanto de sus jefes como de sus residentes superiores, existiendo un temor constante a equivocarse lo que podría traerle como consecuencia la expulsión del postgrado, a lo que se suma la no existencia de especialistas bajo techo durante los turnos nocturnos siendo los residentes superiores los que llevan toda la responsabilidad de las decisiones que se tomen durante los mismos.

VI. 1CONCLUSIONES

6.1 El 100% de los residentes encuestados presentaron Burnout , la media al tomar en cuenta los tres trimestres revelaron que en el transcurso del año, predominaron niveles medios de Burnout con un 63%, seguidos por niveles altos de Burnout con un 21%, y niveles bajos que fueron del 16 %.

6.1 El grado de afectación de las tres dimensiones del Síndrome de Burnout, la media durante el transcurso del año fue; un alto agotamiento emocional con 39 %, alta despersonalización con 30% y baja realización personal con 25.4%

6.1 Los residentes pertenecientes a la especialidad de Gineco-obstetricia fueron los que presentaron los niveles más altos de Burnout, en relación con las demás especialidades, sin embargo la misma es la que posee mayor representatividad en el estudio.

VI. 2 RECOMENDACIONES

6.2. Instar a las autoridades correspondientes, el estudio de esta entidad patológica la cual afecta de manera importante al personal médico asistencial.

6.2. Diseñar estrategias para prevención, detección y tratamiento de las consecuencias de este síndrome con el fin de mejorar la salud mental y física del personal asistencial y con ello mejorar la calidad de atención.

6.2. Realizar intervenciones educativas y terapéuticas (entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación, entrenamiento en relajación y psicoterapia). Grupos de apoyo para el manejo del estrés laboral y del desgaste profesional.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Álvarez. Fernández. E. "El síndrome de Burnout" Revisión de estudios, Revista Española de neuropsiquiatría 2005. Volumen 2. Pág. 28-32.
2. Álvarez de la Cerda. "El síndrome de Burnout y el profesional de la educación" trabajo libre publicado en [http://www.monograis.com/sd de bournout.shtml](http://www.monograis.com/sd%20de%20burnout.shtml)..Publicado febrero de 2007. Ingresado 26 de Abril de 2011.
3. Armand Grau, Flichtentrei Daniel, Suñer Rosa, Prats María, Braga Florencia. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). Rev. Esp. Salud Publica [revista en la Internet]. 2009 Abr [citado 2013 Dic 23] ; 83(2): 215-230. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272009000200006&lng=es.
4. Aranda C, et al. "Síndrome de Burnout y apoyo social en los médicos familiares de base del instituto Médico del Seguro Social México" .Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona .2004; Vol. 31 No(4):Pág 142-150.
5. Castellanos.C.E "Atención domiciliar efectiva de una intervención psicológica en la prevención y detección temprana del síndrome de burnout en familias que cuidan a persona con VIH". Revista Ciencia y sociedad 2009 vol. 34, No. 3 pág. 440-450.
6. Catsicaris. C. et al. "La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout): Un modelo de prevención en la formación médica. " *Arch. argent. Pediatr* .[online]. 2007, vol.105, n.3 [citado 2013-10-19], pp. 236-240 .Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S032500752007000300010&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1668-3501.
7. Conde. N.C. "Efectividad de una intervención cognitiva conductual para el estrés en los profesionales sanitarios de los dispositivos de emergencia extra hospitalarios" Revista científica de enfermería. 2009 .Vol. 45.Pág.23-26.
8. Cuadra Gomero, C.A et al` El síndrome de Burnout en personal sanitario de los Hospitales de la empresa minera de Southurn`. Revista Médica Herediana. 2005 vol. 16. No. 4 pág. 233-238.

9. Da Fienso.J.T “Bournout (desgaste profesional) en el Pediatra” Revista Peruana de Pediatría. 2007. Vol. 61, No. 4 pág. 229-233.
10. Desa Gil Ernesto`` Sd. De Bournout en Médicos`` conferencia magistral realizada 1 de Julio de 2005,Uruguay, publicada noviembre 2005 disponible en http://www.intramed.net/UserFiles/Gil_Deza.pdf ,Accedido 30 de Abril de 2010.
11. Fernández. Martínez O. et al. “Burnout en Médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencias. Revista de la sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. 2007. Vol. 19. No 3. Pág. 116-121.
12. Fonseca M. et al.“Residentes, guardias y Síndrome de Burnout“. Revista Clínica Española. 2010. No. 5. Pág. 209-215.
13. Garduño Juárez. M.A.“Prevalencia del Síndrome de Burnout en residentes y médicos de base de Anestesiología del Hospital General de México”. Revista Mexicana de Anestesiología. 2008. Vol. 31.pag. 259-262.
14. G. Pera, M. Serra- Prata “Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal”. Gaceta Sanitaria.2002 volumen 16 No. 6. Pág. 10-14.
15. Gonzales. H.A ``Síndrome de Burnout y estudiantes del internado del hospital Universidad del norte`` Revista colombiana de psiquiatría. 2008. Volumen 23 No.1 pág. 43-45.
16. Kaspuran G.“Síndrome de Burnout “ Revista Argentina de ClínicaNeuropsiquiatría. 2000. Vol 9 No.2 Pág. 10-13.
17. Loría Castellanos J y Guzmán Hernández L.E . “Síndrome de desgaste profesional personal médico (adscrito y residente de la especialidad de urgencias) de un servicio de urgencia de la ciudad de México. “Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias .2006 Vol. 5. No 3 :Pág.432-443 .
18. López Elizaldo. C. “Síndrome de Burnout” Revista Mexicana de Anestesiología. 2004. Vol. 27. Supl. 1, Pág. 131-133. “
19. López Morales A.et al“Síndrome de Burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas.“ Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social.2007. Vol. 45 (3) Pág.233-242.

20. Mansilla F. "El síndrome de fátiga crónica: del modelo de susceptibilidad a la hipótesis de la cadena de estrés en el área de laborar". Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid.2003 No. Pág. 10-12.
21. Ramos.Trigo.T "Síndrome de Burnout y Trastornos psiquiátricos" Revista de psiquiatría Clínica.2007. vol. 34 (5) pág. 223-233.
22. Ramos Trigo T, et al."El Síndrome de Burnout y los Trastornos Psiquiátricos"Revista de Psiquiatría Clínica.2007 34(5)Pág.223-233.
23. Riveri Bell. R. M.A y cols."Síndrome Burnout en personal de enfermería. Servicio de terapia del hospital Saturnino Lora polivalente "Revista Cubana de Enfermería. 2008 Vol. 24 No. 2 pág. 0864-0319
24. Roca Perara, M.A et al. " Un estudio del Síndrome de Burnout y su relación con el sentido de coherencia." Revista cubana de Psicología 2001 vol. 18. No 2, pág. 120-126.
25. Roza Sánchez. M " Psychologia y disciplina " Revista Colombiana de Psicología. "2007.vol 14 No 1 pág. 185-214.
26. Thomas M.N.y cols. "Etiología y Prevención del Síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud." Revista de posgrado de la cátedra de medicina. 2004. Facultad de medicina Borno, 3 (4) 142-150.
27. Zazzetti. F. et al."Prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeros de unidades de terapia intensiva privada en Argentina." Revista Argentina de clínica neuropsiquiátrica.2011. Vol. 17. Pág. 120-128.
28. Carrillo-Esper I, et al.."Síndrome de burnout en la práctica médica." Med Int Mex 2012;28(6):579-584.

VIII ANEXOS

ANEXO No 1. TEST DE MALASH

INTRUCCIONES:

Para datos generales, en incisos A-C colocar con una X en casilla correspondiente, B Edad en años y meses, D indicar años en labores desde que se graduó de médico, E marcar X Residente 1, 2, 3,4.

Para las preguntas del Test de Malash, cuenta con 7 opciones, marque con una X la opción que elija en la casilla correspondiente. Favor de recordar el código que aparece en el margen superior, para obtener su resultado.

A. SEXO FEMENINO MASCULINO

B. EDAD AÑOS MESES

C. ESTADO CIVIL SOLTERO CASADO

D. ESPECIALIDAD QUE CURSA

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

Test de Maslach Burnout Inventory adaptado al español.

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 unos pacientes como si fuera objetos impersonales()
6. Siento que trabajar todo el DIA 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 persona a través de mi trabajo ()
10. Siento que me 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 por mi trabajo ()
14. Siento que estoy mucho tiempo en mi trabajo ()
15. Siento que realmente no 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 estimulado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes ()
19. Creo 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 algunos de sus problemas ()

ANEXO 2.
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ por medio de la presente hago constar que estoy de acuerdo en participar en la investigación sobre Incidencia del Síndrome de Bornout en residentes de primer año de las especialidades médico - quirúrgicas y anestesia de enero a diciembre de 2011, que se realizará a residentes de primer año del Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa. Una vez que se me han explicado los síntomas, signos y riesgos que produce dicha entidad, así como los objetivos de dicho estudio, y teniendo a ojos vista el protocolo de investigación, el cual ha sido revisado por personal autorizado. No he sido sometido a coacción, ni remuneración económica y he reconocido que no implica riesgos a mi integridad personal.

- Tengo la posibilidad de retirarme de la investigación si lo considero oportuno, sin que esto constituya medida represiva contra mi persona.
- Se me aplicará un cuestionario de preguntas que responderé con sinceridad y de forma anónima.
- Mi participación es voluntaria y para que así conste, firmo el presente consentimiento informado junto al médico que me brinda las explicaciones.

A los _____ días del mes _____ de 2011

Firma del participante: _____ No de cédula: _____
Firma testigo: _____ No de cédula: _____

Responsable de la investigación. Dra. Miriam Yaneth Lemus Nolasco.

Firma: _____ No de cédula: _____