

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

Hospital Regional Docente Universitario Juan Pablo Pina
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria



**NIVEL DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS MÉDICOS
DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE JUAN PABLO
PINA, JULIO 2018.**

Tesis De Posgrado Para Optar Por El Título De Especialista En
Medicina Familiar Y Comunitaria.ñ

Sustentante:

Dra. Naylobi Esther Moisés Rafael

Asesores:

Dra. Bienvenida Rosario (clínico)

Dra. Claridania Rodríguez (metodológico)

Distrito Nacional

2018

Los conceptos emitidos en el presente anteproyecto de tesis de posgrado son de la exclusiva responsabilidad de sustentante del mismo.

Nivel de síndrome de Burnout en los médicos del hospital Juan Pablo Pina, San Cristóbal, Julio 2018.

Contenido.

Agradecimiento
 Dedicatoria
 Resumen
 Abstract

I. Introducción	1
I.1. Antecedentes	3
I.2. Justificación	5
II. Planteamiento del problema	6
III. Objetivos	7
III.1. Objetivos Generales	7
III.2. Objetivos Específicos	7
IV. Marco teórico	8
IV.1. Síndrome de Burnout	8
IV.1.1. La salud y el trabajo.	8
IV.1.2. El desgaste mental en el trabajo	9
IV.1.3. Características del trabajo sanitario y salud de los trabajadores	10
IV.1.4. Historia del síndrome de Burnout	12
IV.1.5. Definición	14
IV.1.6. Epidemiología	14
IV.1.7. Etiología	15
IV.1.8. Desencadenantes	16
IV.1.9. Dimensiones del Burnout	17
IV.1.10. Etapas del Síndrome de Burnout según Maslach y Jackson	18
IV.1.11. MANIFESTACIONES CLÍNICAS	19
IV.1.12. Diagnóstico diferencial del síndrome de burnout	19
IV.1.13. Consecuencias	21
IV.1.14. Valoración del síndrome de Burnout	23
IV.1.15. Manejo de los paciente con síndrome de Burnout	24
V. Operacionalización de las variables	26
VI. Material y métodos	28
VI .1.Tipo de estudio	28
VI.2. Área de estudio	28
VI.3. Universo	29
VI.4. Muestra	29
VI.5.1. Criterio de inclusión	29
VI.5.2. Criterio de exclusión	29
VI.6. Instrumento de recolección de los datos	29
VI.7. Tabulación y análisis	30
VI.8. Aspecto ético	30
VII. Resultados	31

VIII. Discusión	47
IX. Conclusiones	48
X. Recomendaciones	49
XI. Referencias	50
XII. Anexos	55
XII.1. Cronograma	55
XII.2. Instrumento de recolección de datos	56
XII.3. Costos y recursos	57
XII.4. Evaluación	59

Agradecimiento

Primero a Dios por darme la oportunidad de ser médico, y no solo médico me permitió poder realizar una especialidad, a pesar de todos los obstáculos que se presentaron en este tiempo de residencia pude terminar lo que comencé, solo lo pude lograr porque su misericordia me alcanzo.

A mi familia, mis padres, esposo e hijos por apoyarme de manera incondicional durante estos años, y ser mi fuente de inspiración para terminar.

Al hospital Regional Juan Pablo Pina, por acogernos en ese lugar y ser nuestro segundo hogar, donde nos pudimos formal como especialistas.

A nuestro coordinador de residencia y gerente de enseñanza, por su dedicación y entrega para que seamos mejores cada día.

A mis compañeras, las cuales las quiero mucho, gracias por el apoyo sé que sin ustedes no podría terminar, gracias porque con su ayuda de una manera u otra pude lograr mi objetivo.

A mi asesora clínica por su entrega en que esta investigación salga bien.

Dedicatoria

A Dios que es el dador de la vida y por todo suscitó.

Resumen

El síndrome de Burnout (SBO) es una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico consecuencia de elevados niveles de tensión en el trabajo, frustración personal y actitudes inadecuadas de enfrentamiento a situaciones conflictivas.

El objetivo de este estudio es determinar el nivel de Burnout en los médicos del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina. Se trata un estudio prospectivo descriptivo de corte transversal, de 137 médicos, a los cuales se les aplicó el test de Maslach para detectar la presencia del síndrome y sus categorías y se empleó formato de recolección de datos con variables sociodemográficas, organizacionales.

El 48.1 por ciento de los médicos entrevistados presento un nivel de cansancio emocional bajo. La dimensión de despersonalización presentó un nivel bajo con un 71.5 por ciento. Y el 93.4 por ciento de los médicos entrevistados siente una realización personal alta. Por lo que podemos decir que el síndrome de Burnout se presenta en un nivel bajo en los médicos del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal. Las edades correspondientes entre 36-40 años de edad presentaron el nivel más alto de cansancio emocional con un 38.7 por ciento. El sexo más afectado en el nivel de cansancio emocional alto correspondió al sexo femenino con 79.5 por ciento. Los médicos que tienen un tiempo en servicio de 0-10 años se vieron más afectado en el nivel de cansancio emocional alto con un 69.3 por ciento. El 28.5 por ciento de los médicos generales presento el nivel más alto de cansancio emocional. Y los médicos que realizan guardia presencial presentaron un 88 por ciento de cansancio emocional alto.

Palabras claves: desgaste laboral, agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

Abstract

Burnout syndrome (SBO) is an inadequate response to chronic emotional stress resulting from high levels of stress at work, personal frustration and inadequate attitudes to cope with conflict situations.

The objective of this study is to determine the level of Burnout in the doctors of the Teaching Regional Hospital Juan Pablo Pina. A cross-sectional prospective, descriptive study of 137 physicians was carried out. The Maslach test was applied to detect the presence of the syndrome and its categories, and a data collection format was used with sociodemographic, organizational variables.

48.1 percent of the doctors interviewed showed a low level of emotional fatigue. The dimension of depersonalization presented a low level with 71.5 percent. And 93.4 percent of the doctors interviewed felt a high personal accomplishment. So we can say that the Burnout syndrome is presented at a low level in the doctors of the Teaching Regional Hospital Juan Pablo Pina, San Cristóbal. The corresponding ages between 36-40 years of age present the highest level of emotional fatigue with 38.7 percent. The sex most affected in the level of high emotional exhaustion corresponded to the female sex with 79.5 percent. Doctors who have a time in service of 0-10 years were more affected in the level of high emotional exhaustion with 69.3 percent. The 28.5 percent of general practitioners presented the highest level of emotional fatigue. And the physicians who perform on-site guard presented an 88 percent high emotional exhaustion.

Keywords: work wear, emotional exhaustion, depersonalization and personal fulfillment.

I. Introducción

El síndrome de Burnout se define como un estado de fatiga o de frustración, que se produce por la dedicación a una causa, o a una forma de vida o de relación, que no produce el esperado refuerzo.

Se caracteriza por tres dimensiones determinadas: cansancio emocional, despersonalización, y realización personal negativa¹.

Este concepto se remota a los años 1970 y se denominó desgaste profesional, aportado por el psiquiatra norteamericano Hebert Freudenberg, que describió los cambios surgido en jóvenes trabajadores voluntarios en una clínica de adicciones. Los cambios más característicos consistían en pérdida de energía que llevaba al agotamiento, desinterés, depresión y agresividad^{2,3}.

Los síntomas relacionados se pueden ver manifestado, siendo los físicos más repetidos, como la cefalea, fatiga, dolores musculares, molestias gastrointestinales, alteración del peso, problemas del sueño, hipertensión arterial, sensaciones de ahogo, impotencia y alteraciones menstruales.

Las manifestaciones emocionales y psicológicas más frecuentes son sentimiento de culpabilidad, irritabilidad, ansiedad, baja autoestima, melancolía, depresión, cinismo, aburrimiento, pérdida de idealismo, incompetencia, autoevaluación negativa, deterioro de las interacciones personales con comportamiento agresivo, actitud defensiva y abuso de sustancia.

Los factores patológicos que causa el síndrome de Burnout es donde más se ha puesto interés en todas las publicaciones que se han hecho al respecto, ya que son de características muy variables sus manifestaciones alteran el ritmo normal no solo de quienes lo padecen sino, de su entorno.

La génesis de este síndrome ha podido ser relacionada por muchos autores en las diferentes poblaciones en donde se pone de manifiesto que los aspectos sociales, económicos y culturales son relevantes, debido a sus repercusiones en el individuo y nivel social. Esto se ha conseguido relacionando factores individuales

con los diferentes rasgos de la personalidad y el optimismo, la efectividad o el autoestima.¹⁹

I.1. Antecedentes

Martin J. pineda y cols realizaron un estudio descriptivo de corte transversal con recopilación de informaciones prospectivas con el objetivo de determinar las características del síndrome de Burnout en médicos residentes del Hospital Regional Dr. Antonio Musa, San Pedro de Macorís, periodo enero-abril 2015. La edad predominante fue entre 26-30 años con un 79 por ciento. El sexo femenino obtuvo mayor porcentaje correspondiente a un 71 por ciento. En cuanto al riesgo al síndrome de Burnout, el agotamiento emocional es alto, la despersonalización es moderada y la realización personal es baja⁴⁵.

Elizabeth P. Cruz y Cols. Realizaron un estudio acerca del síndrome de Burnout como factor de riesgo de depresión en médicos, Hospital Dr. Francisco A. Gonzalvo, La Romana, enero- diciembre 2012. El síndrome de Burnout se determinó en un 35 por ciento de los médicos predominó en el grupo clínico. El área más afectada fue la despersonalización con 25 por ciento seguido del cansancio emocional 16.2 por ciento. El estudio demostró como factores de riesgo para la depresión al síndrome de Burnout⁴⁶.

Ángel Vicente Ortega Gutiérrez y Cols. Realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal sobre la prevalencia del síndrome de Burnout en los médicos del hospital general Teófilo Dávila de Machala. En el estudio participaron 119 médicos que laboran en la institución. Se identificó una prevalencia global del síndrome de Burnout de 30.26 por ciento, tenía mayor porcentaje de presentación el sexo masculino 66.66 por ciento, en la edad de 20 a 30 años 36.17 por ciento, dicho síndrome se presenta con mayor frecuencia en los profesionales que laboran de 0 a 10 años 58.34 por ciento, la realización personal fue la dimensión más afectada 53.78 por ciento, el cansancio emocional 41.19 por ciento y la despersonalización 47.05 por ciento.

En Costa Rica se realizó un estudio sobre la incidencia del síndrome de sobrecarga emocional entre médicos: en el 2014 se determinó la incidencia del síndrome de burnout en la población médica de la COOPESALUD R.L. (Clínica de Pavas), que está integrada por médicos generales y especialistas, con una

incidencia de 20 por ciento en la población, siendo el sexo masculino y los trabajadores más jóvenes (entre 25-34 años) los más afectados, ambos grupos en un 55.6 por ciento⁴.

En el 2009, Gamboa-Montero et al realizo un estudio transversal, usando el Mashla Burnout Inventory entre personal médico de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), el cual incluyó 121 residentes que cursaban primer y tercer año de anestesiología y recuperación, especialidades médicas y quirúrgicas, ginecología y obstetricia, pediatría y psiquiatría, El estudio concluyó que el síndrome del Burnout se presentaba en 72 por ciento de los entrevistados, sin diferencias significativas entre género, estado civil, presencia de hijos, edad o tipo de residencia⁵.

I.2. Justificación

La actual situación tanto social como económica, hace que la Republica Dominicana no haya logrado promover las situaciones laborales satisfactorias y garantizar el equilibrio entre los diferentes actores del sector salud y en las políticas de riesgo profesional, así como en las instituciones de salud y educación, que promueven la formación de los médicos y su desarrollo laboral y personal.

Teniendo en cuenta que los estudios conocidos hasta la fecha, en sus aspectos analíticos permiten analizar las asociaciones entre diferentes factores y la presencia de los eventos que buscan conocer el bienestar psicológico en un grupo de profesionales de la salud de igual manera se evidencia una relación con factores sociales, demográficos y económicos.

Por otro lado, la importancia de los efectos causados por las condiciones de trabajo de los médicos afecta los resultados en salud de los pacientes.

Los síntomas del síndrome de Burnout hacen que el trato con otros integrantes del equipo de salud y los usuarios se vuelva distante e indiferente, afectando de esta manera la atención y seguridad del usuario.

II. Planteamiento del problema

El síndrome de Burnout fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la calidad de vida y salud mental.

Pero el problema va más allá: un individuo con Síndrome de Burnout posiblemente dará un servicio deficiente a los pacientes, será inoperante en sus funciones o tendrá un promedio mayor a lo normal de ausentismo, exponiendo a la organización a pérdidas económicas y fallos en la consecución de metas.

Las consecuencias del Burnout son de gran relevancia para el individuo que lo padece, su entorno social y para la organización a la que pertenecen, ya que repercuten negativamente. Hay muchas formas de clasificarlas, por ejemplo: 1. Emocionales, 2. Cognitivas, 3. Conductivas y 4. Sociales. Otra forma es: 1) en el individuo y 2) en la organización.

El creciente interés por la comprensión, prevención y las consecuencias del síndrome de Burnout ha aumentado desde el año 2000 con el pronunciamiento de entidades internacionales como la OMS y el Instituto de Medicina de los Estados Unidos acerca de las condiciones de trabajo del personal de salud, el Burnout y sus efectos sobre la seguridad del paciente derivados de los errores médicos y sus consecuencias en la organización, como el ausentismo laboral y la disminución en la calidad de la atención.

Por esta razón formulamos la siguiente interrogante de investigación ¿Cuál es el nivel del síndrome de Burnout en los médicos del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal Julio 2018?

III. Objetivos

III.1. General

Determinar el nivel del Síndrome de Burnout en los médicos del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina en el mes de Julio 2018.

III.2. Específicos.

1. Identificar la edad más frecuente con el síndrome de Burnout
2. Determinar el sexo más frecuente con el síndrome de Burnout
3. Identificar el tiempo en servicio
4. Identificar la especialidad que presente nivel más alto de Burnout

IV. Marco teórico

IV.1.Síndrome de Burnout

IV.1.1. La salud y el trabajo.

Salud y trabajo se definen como conceptos estrechamente relacionados. La misma etimología de la palabra nos habla de ello, trabajo viene de *trepalium*, máquina de tres pies para herrar los caballos, utilizada después como instrumento de tortura. En el siglo XII al XVI, trabajar significaba “atormentar”, “sufrir”, el “trabajador” era el verdugo. El sentido primitivo de esta palabra expresa explícitamente la idea de “tormento”, progresivamente en su evolución esta connotación fue cambiando, pasando luego a la idea de esfuerzo penoso de fatiga, para agregarle a fines del siglo XVIII la noción de resultado útil y de medio de existencia⁸.

Por lo tanto el trabajo, tiene entre uno de sus objetivos el de alcanzar niveles de productividad de orden económico. Pero el trabajo es más que el empleo, participa en la construcción de la identidad psicológica y social del trabajador y en este sentido se constituye en proceso social básico⁹.

Robert Castel¹⁰ define al trabajo como una “experiencia dadora de sentido...”, una forma de realización personal, de inserción social, de pertenencia a la sociedad salarial, de progreso y garantía de buen pasar. Su función de integrador de los diferentes aspectos de la vida del individuo permite que el trabajador construya su identidad social.

Esta identidad se presenta como un proceso en continuo cambio, se nutre de las experiencias de vida y del reconocimiento y la confirmación provenientes de los otros (los compañeros de trabajo, los jefes, la familia, la sociedad. Por lo tanto su posibilidad de pérdida no representa sólo la pérdida del sustento, sino también la pertenencia a la sociedad salarial, y la falta de protección social e inseguridad.

Así, el reconocimiento por el trabajo actúa como elemento de satisfacción y placer, mientras que su ausencia o constitución precaria obstaculiza la construcción de una identidad firme y compromete la posibilidad de crear un proyecto de vida sostenido.

Investigaciones vinculadas a la relación salud/ trabajo demuestran que las condiciones generales del trabajo inciden directamente sobre el proceso salud-enfermedad de los trabajadores¹¹.

IV.1.2. El desgaste mental en el trabajo

El trabajo organiza y modela toda la vida del trabajador, su bienestar laboral psicológico y su salud mental son consecuencias personales de su trabajo. El trabajo por tanto es el común denominador y condicionante de toda vida en sociedad. Si bien el trabajo puede ser fuente de placer, también puede ser fuente de sufrimiento¹².

En su actividad, el trabajador se encuentra sujeto a respetar varias racionalidades al mismo tiempo: la organización del trabajo impuesta por la institución, la eficacia productiva, la búsqueda de su realización personal, la inserción en un colectivo de trabajo, y la preservación de su salud física, psíquica y mental. Trabajar significa enfrentarse permanente a situaciones como el miedo, aburrimiento, a veces humillación y vergüenza, sentimientos de injusticia, e incluso traicionar sus propias convicciones. Al respecto Dejours¹² opina que: en el enfrentamiento del hombre con su tarea, este pone en peligro su vida mental.

Cuando los obstáculos no permiten una suficiente movilización de la subjetividad para hacer un trabajo creativo desplegando su formación, y competencias para comunicarse, coordinarse y cooperar con otros, cuando el trabajador no le encuentra sentido al trabajo debido a la heteronomía, a la organización deshumanizante y a la alienación de que es objeto esto se refleja negativamente en la salud biológica, psíquica y mental¹³.

De esta manera se plantean, diversas situaciones que superan la capacidad personal de elaboración de dichas tensiones, por ejemplo una cantidad excesiva de trabajo reduce su participación en la vida familiar y en actividades públicas, recreativas. Esto puede deteriorar el bienestar laboral psicológico del trabajador, y causar daños sobre su salud mental¹⁴.

Los estudios sobre la Psicodinámica del Trabajo por Dessors¹⁵, pusieron de manifiesto el desgaste psíquico y mental que significaba para los trabajadores hacer frente a esos riesgos; el tener que aceptar, en virtud de sus necesidades, el ejercicio de un trabajo heterónomo, concebido y decidido por otros, pero que además puede ser riesgoso para su vida y su salud. Así como también, demostraron los mecanismos por los cuales las personas resistían y se adaptaban a las deficientes condiciones y medio ambiente de trabajo.

Los trabajadores actúan de manera diferenciada y específica, para resistir, adaptarse y desarrollar mecanismos de defensa, individuales y colectivos. Estas estrategias forman parte de un proceso que se construye por parte del colectivo de trabajo y se desarrollan, modificándose con el transcurso del tiempo.

El trabajo no es más que el resultado de un gran esfuerzo y una verdadera conquista, que al mismo tiempo provoca desgaste y sufrimiento. Entre la salud psíquica y mental y la patología se sitúan la normalidad y el sufrimiento, “la normalidad no está exenta de sufrimientos”¹⁵.

Al respecto, una frase de Dessors resulta ilustrativa: “El sufrimiento en el trabajo es la percepción que surge cuando la relación del sujeto con la organización del trabajo se bloquea, la cooperación se rompe, la confianza se vuelve imposible, el reconocimiento fracasa”¹⁵.

Silvia Bermann sostiene que cuando las demandas laborales son excesivas, aparecen en el trabajador distintas expresiones de malestar que van desde manifestaciones subclínicas, que pueden pasar inadvertidas (irritabilidad, tensión, preocupaciones) hasta cuadros patológicos más graves como psicosis o neurosis¹⁶.

La inestabilidad laboral hace que se pierda la idea de progreso, asociada tradicionalmente, al trabajo y la posibilidad de construir una perspectiva de futuro consistente, lo que aumenta los niveles de sufrimiento subjetivo¹⁷.

IV.1.3. Características del trabajo sanitario y salud de los trabajadores

Ya desde los inicios de la carrera ésta pareciera ser una importante fuente de estrés, con un prolongado entrenamiento en el pre y postgrado, lo que propende a una excesiva carga horaria. Las dificultades de relación con los pacientes, hacer frente constante al sufrimiento también son factores importantes. Se ha descrito en los médicos el triple signo de ignorancia, indiferencia, falta de cuidado hacia su propia salud¹⁸, y el desmerecimiento de sus relaciones significantes.

Un meta-análisis sobre suicidio en la población médica, realizado por la Facultad de Medicina de Harvard¹⁹, y publicado en el New England Journal of Medicine, demostró la importancia del problema. Los primeros datos se refieren al suicidio en estudiantes de medicina, el análisis indicó que las tasas de suicidio son mucho mayores si se las comparaba con la población general, de igual edad.

También, quedó demostrado que en 25 estudios analizados, la tasa de suicidio en médicos varones fue 40 por ciento mayor si se comparaba con la población general masculina, mientras que la tasa entre las mujeres trepó a 130 por ciento en comparación con la población general femenina. Se observó frecuente abuso de drogas, particularmente en psiquiatras, y anesthesiologas. Un hecho a destacar, es que la autora del trabajo aclaró que se sintió motivada a realizar esta investigación debido a que en el último año se habían suicidado tres colegas

En Uruguay, los médicos fallecen a edades más jóvenes que la población general, y las médicas mueren a edades más tempranas que sus colegas hombres, datos que contrastan marcadamente con los de la población general²⁰. Publicado en el New England Journal of Medicine, demostró la importancia del problema. Los primeros datos se refieren al suicidio en estudiantes de medicina, el análisis indicó que las tasas de suicidio son mucho mayores si se las comparaba con la población general, de igual edad.

Frente a otras profesiones, pareciera ser que los médicos, están particularmente expuestos al estrés, cansancio, ansiedad y depresión, además de trastornos en el sueño, mostrarse irritables con sus familiares y amigos²¹.

Entre las causas probables parecen figurar: las largas e interminables horas de trabajo, el trato difícil y conflictivo con algunos pacientes, las excesivas demandas del trabajo que interfieren con su vida personal, la excesiva responsabilidad que implica hacerse cargo de pacientes suicidas y homicidas²².

IV.1.4. Historia del síndrome de Burnout

El síndrome de agotamiento profesional, cuyo término en inglés es Burnout, (traducido al español significa: estar o sentirse quemado), fue definido por primera vez por el psicólogo clínico Herbert J. Freudenberger en 1974 como un conjunto de síntomas inespecíficos médico-biológicos y psicosociales, que se desarrollan en la actividad laboral, como resultado de una demanda excesiva de energía, refiriéndose a los profesionales de "ayuda" cuya actividad va dirigida hacia otras personas²³.

Freudenberger observó que su equipo de trabajo, compuesto por psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales y enfermeros perdía su idealismo y simpatía por los pacientes, además de pérdida de interés laboral, fatiga y frustración, acompañado de muchas quejas somáticas. Sin embargo su estudio ha sido episódico, y centrado en los aspectos más bien clínicos y descriptivos del término²⁴.

Ha sido Christina Maslach (1976) quién ha convertido al Burnout en un verdadero producto de investigación. En los años setenta, la psicóloga social e investigadora de la Universidad de Palo Alto, centró su investigación en el estrés emocional que surge de la relación interpersonal con los clientes, en ciertas profesiones de ayuda. Trabajó con grupos de psicólogos, docentes, asistentes sociales, policías, enfermeros y definió el Burnout como un estrés laboral crónico producido por el contacto con los clientes que lleva a la extenuación y al distanciamiento emocional con los clientes en su actividad laboral²⁵.

Con tales trabajos se inició un período de exploración sobre la naturaleza y factores asociados a la aparición y desarrollo del Burnout. Maslach y Schaufeli (1993), consideran que en el estudio del Burnout se han producido dos periodos claramente diferenciados: un periodo pionero de formación y otro de afianzamiento y de verificación empírica²⁵.

El primer periodo se caracterizó por una etapa de ebullición de formulaciones y aproximaciones clínicas, de intentos de delimitaciones conceptuales del síndrome. Así como también, por el distanciamiento e indiferencia del mundo académico y universitario a las propuestas que se realizaban con respecto al tema.

La siguiente anécdota relatada por Maslach y Jackson, refleja esta situación: cuando enviaron por primera vez al editor de una revista las características psicométricas del Inventario de Burnout que habían diseñado el artículo les fue devuelto porque la revista no publicaba "Pop psychology"²⁶.

Probablemente el paso de un período a otro más preciso, constructivo y empírico se debió a la aparición y el desarrollo de un instrumento para la evaluación del Burnout, el Inventario de Burnout Maslach (MBI)²⁶.

Su creación significó poder contar con una definición operativa que fijara qué se entendía por Burnout, y establecía una clara línea de investigación de estudios empíricos que permitirían diferentes tipos de investigaciones sobre su desarrollo y factores asociados, la bibliografía publicada por Kleiber y Enzman, demostró que se publicaron más de 1500 trabajos entre 1983 y 1990.

Martínez y Guerra²⁷, refieren que el desarrollo histórico del tema se realizó en forma paralela a los instrumentos de evaluación. Los investigadores utilizaron diferentes modelos para evaluar el fenómeno, datos de cuestionarios y mediciones, repuestas de entrevistas, estudios de casos clínicos.

IV.1.5. Definición

A pesar de su reconocimiento como un factor de riesgo laboral por parte de la OMS y su corriente diagnóstico por parte de médicos y profesionales de la salud mental, el Síndrome del quemado no se describe en la Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10), ni en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSMIV)²⁸, ni se incluyó en la nueva versión del Manual de la Asociación Estadounidense de Psicología (DSM-V)²⁹.

La definición más aceptada es la de C. Maslach, que lo describe como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal³⁰. P. Gil-Monte lo define como: “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”.

IV.1.6. EPIDEMIOLOGÍA

Se han realizado múltiples estudios acerca de la prevalencia del síndrome del quemado, los resultados en su mayoría no coinciden, por lo que se podría concluir que la prevalencia del Síndrome de Burnout depende del ambiente donde se desarrolle el individuo y características propias del mismo.

En Holanda, aproximadamente el 15 por ciento de la población trabajadora sufre de Burnout y se estima las pérdidas por enfermedades relacionadas al estrés es de aproximadamente 1.7 billones de euros³¹; siendo las ocupaciones donde se brindan servicios de salud donde los individuos poseen más posibilidades rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal. P. Gil-Monte lo define como: “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”. Nótese que ambas definiciones coinciden en apuntar que es una inadecuada respuesta al estrés crónico el detonante de este padecimiento.

Algunos autores sugieren que el Burnout en los médicos se comienza a “cultivar” desde la escuela de medicina:

- Según un estudio realizado por Dyrbye et al, publicado en el 2010 en JAMA, entre los estudiantes de medicina hasta un 49,6 por ciento pueden padecer síndrome de sobrecarga emocional³².
- En el Hospital Universitario del Norte, en Colombia, se determinó la incidencia del síndrome de fatiga en el trabajo entre los internos universitarios de medicina: 9.1 por ciento³³.
- Un estudio realizado en Canadá, reportó una incidencia del Síndrome de Burnout hasta en un tercio de los residentes de cualquier especialidad³⁴.

IV.1.7. ETIOLOGÍA

Considerando que el Síndrome de Burnout es un proceso multicausal y altamente complejo se proponen diversas causas, entre ellas cabe destacar: aburrimiento y estrés, crisis en el desarrollo de la carrera profesional y pobres condiciones económicas, sobrecarga de trabajo y falta de estimulación, pobre orientación profesional y aislamiento. A todo ello colaboran: Componentes personales premórbidos que aumentan la susceptibilidad personal; junta en el cual cobra interés

- Edad: relacionada con la experiencia,
- Sexo: 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 tipo A: extremadamente competitivas, impacientes, hiperexigentes y perfeccionistas, y por otro aquellas con sentimientos de altruismo e idealismo como: mayor acercamiento al sufrimiento cotidiano y mayor implicación emocional.

Inadecuada formación profesional; por ejemplo excesivos conocimientos teóricos, escaso entrenamiento en actividades prácticas, falta de aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional, escasa información sobre el funcionamiento de las organizaciones en la que se va a desarrollar el trabajo.

IV.1.8. Desencadenantes

Gil -Monte y Peiró³⁷ identifican cuatro niveles de factores desencadenantes del Burnout:

- a) **Nivel individual:** los sentimientos idealistas y altruistas llevan al médico a involucrarse excesivamente en los problemas de los pacientes, y convierten a la solución del problema en una cuestión de reto personal. Por lo tanto, se sienten culpables de los fallos, propios y ajenos, esto genera un alto grado de agotamiento emocional y disminución de la sensación de realización personal.
- b) **Nivel de relaciones interpersonales:** las relaciones con beneficiarios y compañeros de trabajo conflictivas, tensas y prolongadas, la falta de apoyo por parte de los compañeros y supervisores, o por parte de la dirección o administración de la organización son fenómenos característicos que aumentan también los sentimientos de quemarse por el trabajo.
- c) **Nivel organizacional:** los profesionales de la salud trabajan en estructuras que presentan el esquema de una burocracia profesionalizada, que lleva a generar problemas de coordinación entre sus miembros, las dificultades en la libertad de acción, sufren la incompetencia de los profesionales, las respuestas disfuncionales por parte de la dirección de problemas institucionales.
- d) **Nivel social:** actúan como factores desencadenantes las condiciones actuales de cambio social por las que atraviesan estas profesiones, como el aumento de las demandas cuantitativa y cualitativa de servicios por parte de la población, pérdida de estatus y/o prestigio de la profesión, aparición de nuevas leyes que regulan el ejercicio profesional, cambios en los perfiles demográficos de la población que obligan a cambios en los roles.

IV.1.9. Dimensiones del Burnout

Desde un modelo conceptual multidimensional, Maslach divide el síndrome en tres dimensiones; el nivel de desgaste emocional (representa la dimensión de estrés básico del Burnout), el nivel de despersonalización (representa la dimensión interpersonal) y el nivel de sentimiento de incompetencia (representa la dimensión de autoevaluación)³⁸.

a) **El Cansancio emocional** (Dimensión de estrés básico).

Llamado también agotamiento emocional, se caracteriza por una sensación creciente de agotamiento en el trabajo, de no poder dar más de sí desde el punto de vista profesional. Implica estar emocionalmente exhausto, es una pérdida de recursos emocionales. El sujeto siente que ha perdido la energía para trabajar y, debe realizar mucho esfuerzo para enfrentar un nuevo día, se siente agotado, cansado y que no tiene una fuente de recarga de impulsos o estímulos.

Despersonalización (Dimensión interpersonal):

Para protegerse del cansancio emocional, el sujeto trata de aislarse de los demás, desarrollando así una actitud fría, impersonal, con deshumanización de sus relaciones, manifiesta sentimientos negativos, actitudes y conductas de cinismo hacia las personas destinatarias de su trabajo, se muestra distanciado y en ocasiones utiliza términos peyorativos hacia sus pacientes y colegas, tratando de hacer culpables a los demás de sus frustraciones y disminuyendo su compromiso laboral. Evita el contacto y se produce una conducta excesivamente distante e insensible, que incluye a veces la pérdida del idealismo. Es una forma de autodefensa pero que funciona después como un escollo para el compromiso con la tarea.

b) **Falta de Realización Personal** (dimensión de autoevaluación):

La falta de realización personal, es un sentimiento de incompetencia que aparece cuando el sujeto siente que las demandas laborales exceden su capacidad, se

encuentra insatisfecho con sus logros profesionales. Si bien puede surgir el efecto contrario: una sensación paradójica de impotencia que le hacen redoblar sus esfuerzos, capacidades, intereses, aumentando su dedicación al trabajo y a los demás de forma inagotable.

Se produce una disminución del sentimiento de éxito y productividad en la tarea, aparece la idea de fracaso. Este sentimiento de inadecuación acerca de las propias habilidades personales puede conducir a un veredicto de fracaso autoimpuesto. Puede exacerbarse con la pérdida de soporte social y de oportunidades para desarrollarse profesionalmente.

IV.1.10. Etapas del Síndrome de Burnout según Maslach y Jackson

Existen cuatro niveles de burnout³⁸:

1. **Leve:** en el que aparecen el cansancio, quejas vagas, dificultad para levantarse a la mañana.
2. **Moderado:** cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo
3. **Grave:** automedicación con psicofármacos, ausentismo laboral, rechazo al trabajo, abuso de sustancias
4. **Extremo:** marcado retraimiento, cuadros psiquiátricos, riesgo suicida.

La progresión del síndrome no es lineal, es más bien un proceso cíclico, que puede repetirse varias veces a lo largo del tiempo, de forma que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en diferente trabajo. Los aspectos indicados pueden estar presentes en mayor o menor grado, siendo su aparición no de forma súbita, sino que emerge de forma paulatina, larvada.

IV.1.11. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Es de un progreso insidioso, su aparición no es súbita, sino que emerge de forma paulatina, larvado incluso con aumento progresivo de la severidad. Es un proceso cíclico, que puede repetirse varias veces 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.

Entre las manifestaciones clínicas las más frecuentes son:

- **Psicosomáticos:** fatiga crónica, frecuentes dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares, entre otros.
- **Conductuales:** absentismo laboral, abuso de drogas (café, tabaco, alcohol, fármacos, entre otros.), incapacidad para vivir de forma relajada, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas violentas.
- **Emocionales:** distanciamiento afectivo como forma de protección del yo, aburrimiento y actitud cínica, impaciencia e irritabilidad, sentimiento de omnipotencia, desorientación, incapacidad de concentración, sentimientos depresivos.
- **En ambiente laboral:** deterioro de la capacidad de trabajo, deterioro de la calidad de los servicios que se presta a los clientes, aumento de interacciones hostiles, comunicaciones deficientes³⁹.

IV.1.12. Diagnóstico diferencial del síndrome de Burnout

Es importante hacer una diferenciación del síndrome Burnout con depresión y estrés. En la depresión se reúnen un conjunto de características y síntomas de bajo estado de ánimo generalizado en la persona mientras que el Burnout es específico al ámbito laboral. La conexión entre estrés y Burnout es de tipo “causaefecto”, ya que el segundo es consecuencia del estrés crónico experimentado en el ámbito laboral y surge como una reacción al mismo, en función de las demandas y características de la ocupación⁴⁰.

El estrés excesivo y nocivo que se manifiesta en:

- 1) Enfermedades físicas: la fatiga puede provocar alteración del estado de ánimo, cefaleas, mareos, pérdida de apetito y problemas digestivos. La fatiga se vincula también a los accidentes automovilísticos en anesthesiólogos, luego de la jornada laboral, a injurias y accidentes laborales, incrementándose ese riesgo exponencialmente luego de 9 horas de trabajo consecutivo⁴¹.
- 2) Deterioro psíquico-emocional: angustia, depresión, ansiedad y alteraciones del patrón de sueño. La falta del sueño puede contribuir al “error humano” repercutiendo sobre la seguridad de los pacientes. El funcionamiento cognoscitivo disminuye en un 25 por ciento cuando falta una noche de sueño y disminuye en un 40 por ciento cuando faltan dos noches de sueño. También pueden contribuir a accidentes laborales con un 50 por ciento de riesgo mayor de exposición a sangre contaminada (SIDA, hepatitis B y C) además de tener dificultad en interpretar un electrocardiograma, en realizar un cálculo matemático, en hablar con fluidez y en la memoria a corto plazo; también se registraron bajos puntajes de vigilancia de pacientes, disminución en la velocidad y calidad de intubación orotraqueal, y a accidentes con vehículos automotores al principio de la mañana luego de la jornada nocturna, registrándose una incidencia del 24 por ciento de accidentes con vehículos automotores en anesthesiólogos latinoamericanos.
- 3) Trastornos en la conducta: alcoholismo y la farmacodependencia. Actualmente la morbilidad por autoadministración de fármacos es mucho más frecuente entre anesthesiólogos. La estadística real de abuso, adicción y dependencia química entre los médicos, y en especial entre anesthesiólogos resulta muy difícil de establecer. Los datos surgen de estudios retrospectivos y programas de tratamientos. La incidencia de farmacodependencia en los residentes de anestesia mostró que el 33.7 por ciento del total de médicos tratados en terapia por adicción eran residentes de anestesia, teniendo 7.4 veces mayor incidencia que residentes de otras especialidades.

4) Tedio o aburrimiento los términos Tedio o Aburrimiento han sido utilizados en diversas situaciones y se les ha dado diferentes significados. Por lo tanto, para explicar las diferencias con el síndrome de Burnout, es conveniente realizar un análisis según cada autor. Hallberg (1994) distingue la diferencia de los términos en el proceso de desarrollo, planteando que cuando aumenta el agotamiento emocional, disminuye el tedio. Entonces, sería este proceso lo que lleva al trabajador a desarrollar el Burnout. Por el contrario, Faber (1983) y Pines et al. (1981) limitan el Burnout a las profesiones asistenciales y aplican el término de tedio o aburrimiento a los otros tipos de trabajos que no tienen características humanitarias. Pines & Krafy (1978) y Maslach & Jackson (1981) concuerdan en que el Burnout es generado por repetidas presiones emocionales, mientras que el tedio o aburrimiento puede resultar de cualquier tipo de presión o falta de motivación o innovación en el ámbito laboral del sujeto, pero apoyan que ambos términos son equivalentes cuando el fenómeno es consecuencia de la insatisfacción laboral.

IV.1.13. CONSECUENCIAS

Se pueden dividir en tres grupos⁴²:

Consecuencias que inciden directamente en la salud física:

- Alteraciones cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria)
- Fatiga crónica
- Cefaleas y migrañas
- Alteraciones gastrointestinales (dolor abdominal, colon irritable, úlcera dúodenal)
- Alteraciones respiratorias (asma)
- Alteraciones del sueño
- Alteraciones dermatológicas.
- Alteraciones menstruales.
- Disfunciones sexuales.
- Dolores musculares o articulatorios.

Consecuencias que inciden en la salud psicológica:

- Ansiedad.
- Depresión.
- Irritabilidad.
- Disforia.
- Baja autoestima.
- Falta de motivación
- Baja satisfacción laboral.
- Dificultades de concentración.
- Distanciamiento emocional.
- Sentimientos de frustración profesional.
- Deseos de abandonar el trabajo.
- Síntomas defensivos:
 - Negación de sus emociones para defenderse contra una necesidad que le es desagradable.
 - Evitación de la experiencia negativa con supresión constante de la información.
 - Desplazamiento de sentimientos hacia otras situaciones o cosas.
 - Evitar contacto con sus propios pacientes.
 - Abandono del ejercicio de sus tareas asignadas incluso sus propias metas profesionales.

Consecuencias relacionadas con el ámbito laboral:

- Ausentismo laboral.
- Abuso de drogas.
- Aumento de conductas violentas.
- Conductas de elevado riesgo.
- Alteraciones de la conducta alimentaria.
- Disminución de productividad.
- Falta de competencia.

- Deterioro de la calidad de servicio de la organización.

El Burnout, se presenta como un síndrome complejo que acarrea consecuencias muy variables, lo que le hace ser un problema de difícil interpretación, ya que si bien los diversos autores plantean las distintas consecuencias como propias del Burnout, también muchas de ellas se han identificado en otros constructos (estrés laboral, insatisfacción laboral, depresión)⁴¹.

Finalmente, es de suma importancia resaltar que éste síndrome cuando llega a grados muy importantes puede derivar en graves consecuencias personales tales como accidentes automovilísticos vinculados al desgaste de la jornada laboral sobre todo en las primeras horas de la mañana, trastornos psíquicos desarrollando todo tipo de estas patologías vinculadas fundamentalmente a depresión, ansiedad, farmacodependencia hasta llegar al suicidio.

En consecuencia se ha observado que la prevalencia del suicidio en pacientes muy afectados con el síndrome de Burnout es seis veces mayor que en la población común por tanto es una grave y temible consecuencia.

IV.1.14. VALORACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT:

Se han desarrollado varios formatos para evaluar este síndrome, a continuación mencionaremos los más importantes:

- Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1986). Es el más utilizado entre los investigadores; está formado por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los clientes. Valora las tres dimensiones propuestas por las autoras: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo.

Actualmente, existen tres versiones del MBI. El MBI-Human Services Survey (MBIHSS) dirigido a los profesionales de la salud; es la versión

clásica del MBI y está constituido por tres escalas de las dimensiones descritas por sus autoras. El MBI Educators Survey (MBI-ES) es la versión para profesionales de la educación donde la palabra paciente se cambia por alumno y, por último, el MBI General Survey (MBI-GS) presenta un carácter más genérico ya que no es exclusivo para profesionales cuyo objeto de trabajo son personas; mantiene la estructura tridimensional del MBI pero sólo contiene 16 ítem de los 22 iniciales.

Existen otros formatos validados para la valoración del síndrome:

- The Staff Burnout Scale for Health Professional (SBS)
- Tedium Scales (TS) de Pines, Aranson y Kafry.
- The Gillespie-Numerof Burnout Inventory (GNBI) de Gillespie y Numerof.
- Efectos psíquicos del Burnout (EPB) de García.

IV.1.15. MANEJO DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME BURNOUT

Teniendo en cuenta el carácter multifactorial del síndrome, es bastante amplio el abordaje que debe hacerse al momento de tratar o prevenir el mismo. Por lo tanto, las estrategias que se empleen deben estar encaminadas no solo al individuo como tal sino también deben encaminarse a nivel organizacional. Así, los objetivos de la intervención deben basarse en cuatro pilares fundamentales³⁹:

1. Reducir las demandas laborales
 2. Cambiar las metas, preferencias y expectativas personales
 3. Incrementar los recursos de las personas ante las demandas
 4. Proveer estrategias acordes a las características del Burnout
- Estrategias orientadas a nivel personal: Dentro de ellas cabe destacar las técnicas de relajación, las técnicas cognitivas como reestructuración cognitiva, resolución de problemas, entrenamiento de la asertividad, fomentar habilidades de afrontamiento y técnicas de autocontrol dirigidas a las consecuencias

conductuales. Una forma útil de asesoramiento podría ser entrenar a los trabajadores no sólo a reconocer sus síntomas de estrés sino también las potenciales fuentes de estrés; se les podría estimular a considerar frecuentemente estresores que ellos podrían cambiar y aquellos estresores que no son susceptibles al cambio. Cabe resaltar en este punto, que el individuo controla el propio ambiente y existen ciertos límites en su organización que no se pueden cambiar, por lo que la aceptación de la realidad es una de las claves que facilita el proceso de adaptación, sin que ello impida seguir desarrollando la labor realizada lo mejor posible³⁹.

Estrategias orientadas a nivel organizacional: Se han propuesto varias intervenciones que podrían ser útiles sin haberse comprobado ello para todas⁴⁴:

- Incrementar la autonomía del trabajo, delegando la responsabilidad y el control sobre el trabajo del supervisor a los propios trabajadores.
- Planificar un horario flexible por parte del trabajador; brindando más oportunidades en la elección de los turnos.
- Fomentar la participación de los trabajadores en la toma de decisiones.
- Mejorar los niveles de calidad del ambiente físico de trabajo.
- Enriquecer los trabajos, incorporando en ellos autonomía, retroalimentación, variedad de habilidades, identidad de la tarea y significado de la misma.
- Asignación de tareas al grupo, así como la organización y control del propio trabajo y en su conjunto, proporcionando retroalimentación adecuada de su ejecución.
- Limitar el número de horas de trabajo, así como el número de pacientes que atender.
- Plantearse los objetivos a conseguir en el equipo de trabajo de manera clara.

V. Operacionalización de las variables

Variable	Descripción	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento, hasta la fecha en años cumplidos	Años cumplidos	Ordinal
Sexo	Estado fenotípico condición genéticamente y que determina el género al que pertenece el individuo	Femenino Masculino	Nominal
Estado civil	Situación legal del individuo con respecto a una pareja	casado Soltero Unión libre Viudo	Nominal
Especialidad	Especialización en la cual se encuentra matriculado	Clínico Ginecólogo Quirúrgico Pediatra Anestesiólogo Emergenciólogo General	Nominal
Guardias presenciales	Realización de servicio de 24 horas o menos	Si No	Nominal
Tiempo en servicio	Tiempo en años transcurridos en la institución	0-10 años 11-20 años 21-30 años	Nominal

Variable	Descripción	Indicador	Escala
Nivel de síndrome de Burnout	Es la categoría según el puntaje obtenido para agotamiento emocional, despersonalización y realización personal por separado	Bajo Medio Alto	Nominal
Relación de dimensión de cansancio emocional alto con variables específicas	Relación que existe entre el nivel de cansancio emocional alto con algunas variables	Edad Sexo Tiempo en servicio Especialidad	Nominal

VI. Material y métodos

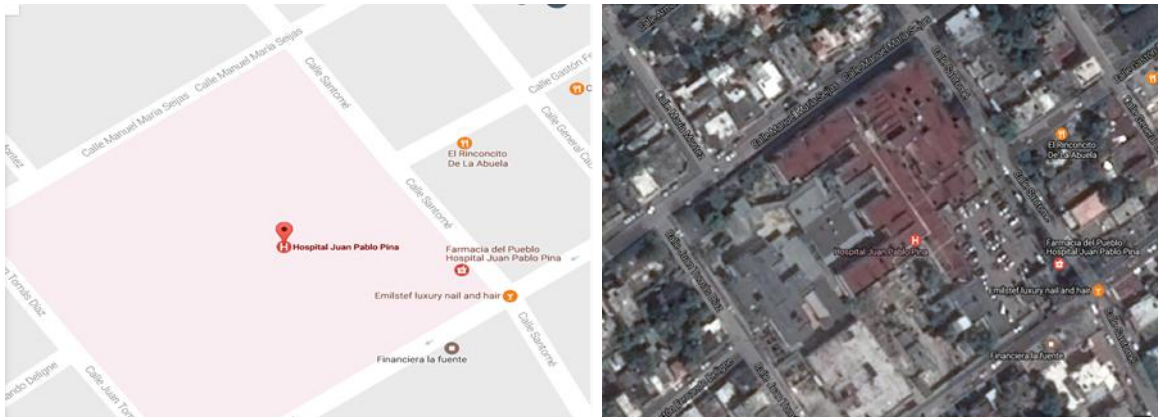
VI.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio prospectivo descriptivo de corte transversal con la finalidad de determinar el nivel de Burnout en los médicos del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal, Julio 2018.

VI.2. Área de estudio

El estudio se realizó en el Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal, Republica Dominicana ubicado en la localidad de San Cristóbal. Está delimitado; al Norte, por la calle Santome; al Este, por la Calle presidente Billini; al Sur por la calle Juan Tomas Díaz; y al Oeste, por la Calle Manuel Maria Seijas.

(Ver mapa cartográfico y Vista aérea).



VI.3 Universo

El universo estuvo constituido por 273 médicos del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, julio 2018.

VI.4. Muestra

La muestra se obtuvo al azar constituida por 137 médicos del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, Julio 2018.

VI.5.1. Criterio de inclusión:

Médicos del hospital

VI.5.2. Criterio de exclusión:

Médicos residentes

Médicos que se nieguen a llenar el cuestionario

Médicos que estén de licencia

Médicos que estén de vacaciones

VI.6. Instrumento de recolección de los datos

Para la recolección de los datos se utilizó un instrumento que contiene las variables pertinentes del estudio, el cual fue llenado por los médicos mediante el test de Maslach.

VI.7.Tabulación y análisis

La tabulación y los análisis se hicieron mediante programas de computadora: Epi-Info.

El formulario fue llenado a partir de las informaciones recolectadas a través de preguntas mediante entrevistas de los médicos.

VI.8. Aspectos éticos.

Los datos que se obtuvieron en esta investigación se manejaron bajo completa discreción. No se revelaron los datos personales para mantener la confidencialidad.

VII. Resultados

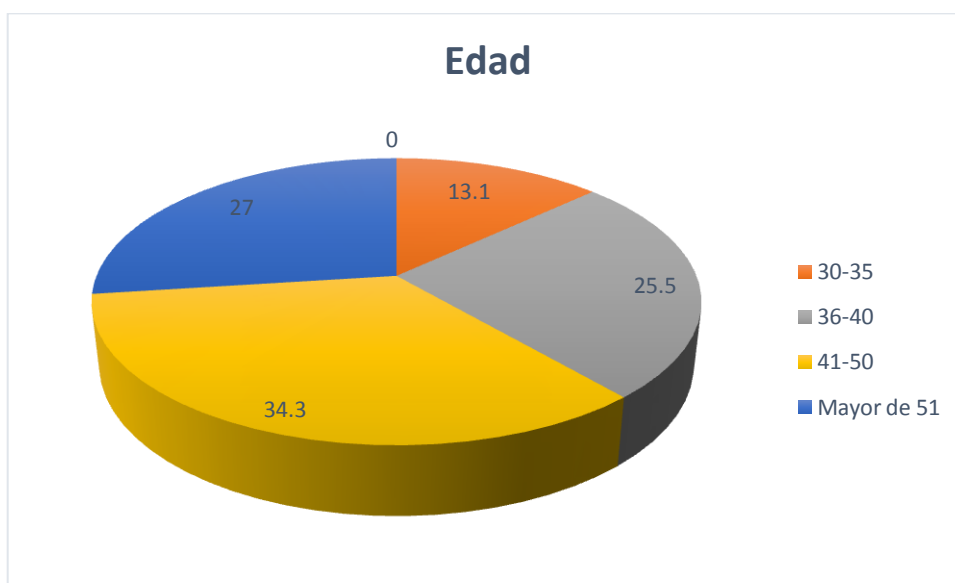
Cuadro No 1. Entrevista a médicos del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal, julio 2018. Según edad.

Edad	Frecuencia	%
30-35	18	13.1
36-40	35	25.5
41-50	47	34.3
Mayor de 51	37	27
Total	137	100.0

Fuente. Directa

Según la edad el 34.3 por ciento de los médicos tiene entre 41-50 años, el 27 por ciento mayor de 51 año, el 25.5 por ciento tiene 36-40 años y el 13.1 por ciento tiene de 30-35 años de edad.

Grafico No. 1. Entrevista a médicos del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal, julio 2018. Según edad



Fuente. Cuadro No. 1.

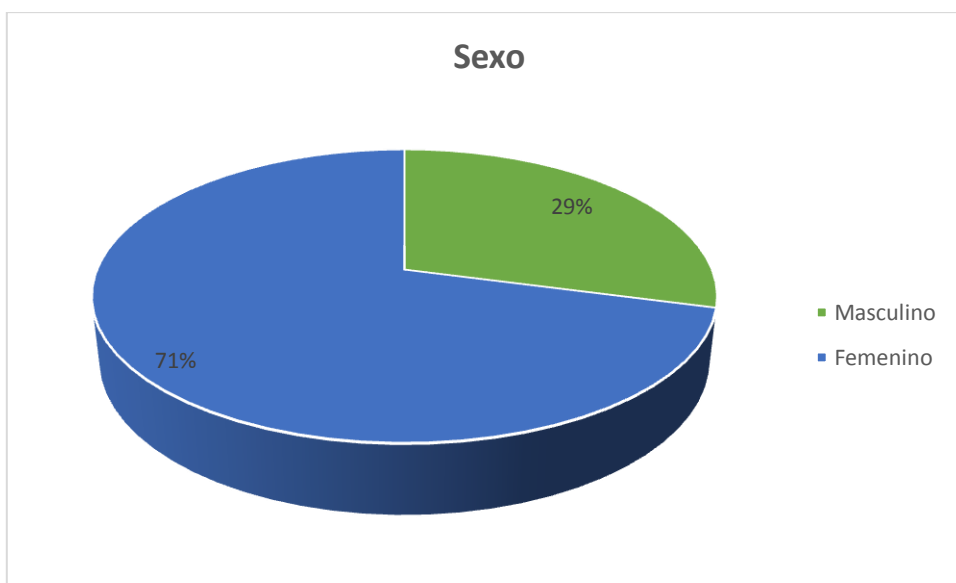
Cuadro No.2. Entrevista a médicos del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal, julio 2018. Según sexo.

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	40	29.1
Femenino	97	70.8
Total	137	100.0

Fuente. Directa.

Según el sexo el 70.8 por ciento corresponde al sexo femenino, y el 29.1 por ciento al masculino.

Grafico No. 2. Entrevista a médicos del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal, julio 2018. Según sexo.



Fuente cuadro No.2.

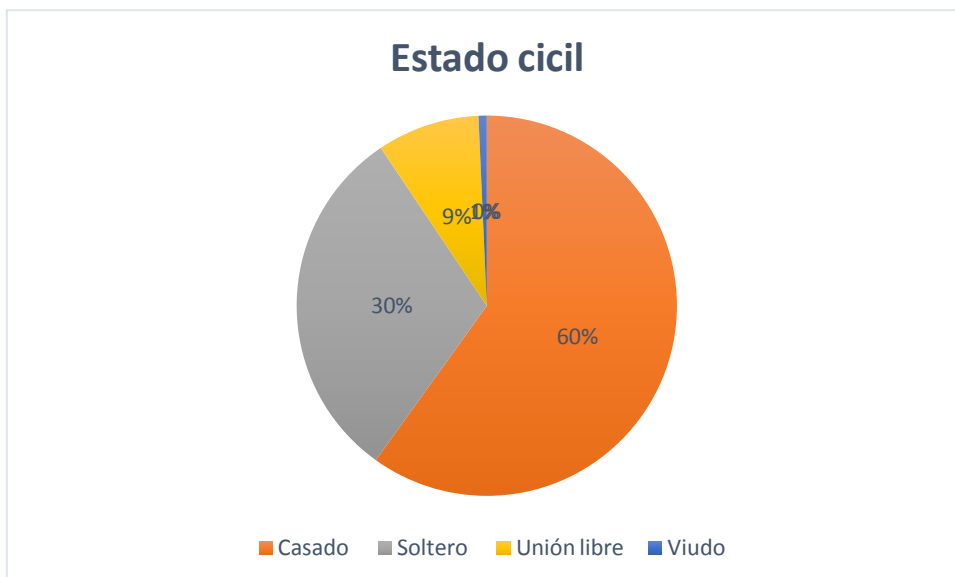
Cuadro No.3. Entrevista a médicos del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal, julio 2018. Según estado civil.

Estado civil	Frecuencia	%
Casado	82	59.8
Soltero	42	30.6
Unión libre	12	8.7
Viudo	1	0.7
Total	137	100.0

Fuente. Directa

Según el estado civil, el 59.8 por ciento es casado, el 30.6 por ciento soltero, el 8.7 por ciento unión libre y el 0.7 por ciento viudo.

Grafico No.3. Entrevista a médicos del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal, julio 2018. Según estado civil.



Fuente cuadro No.3

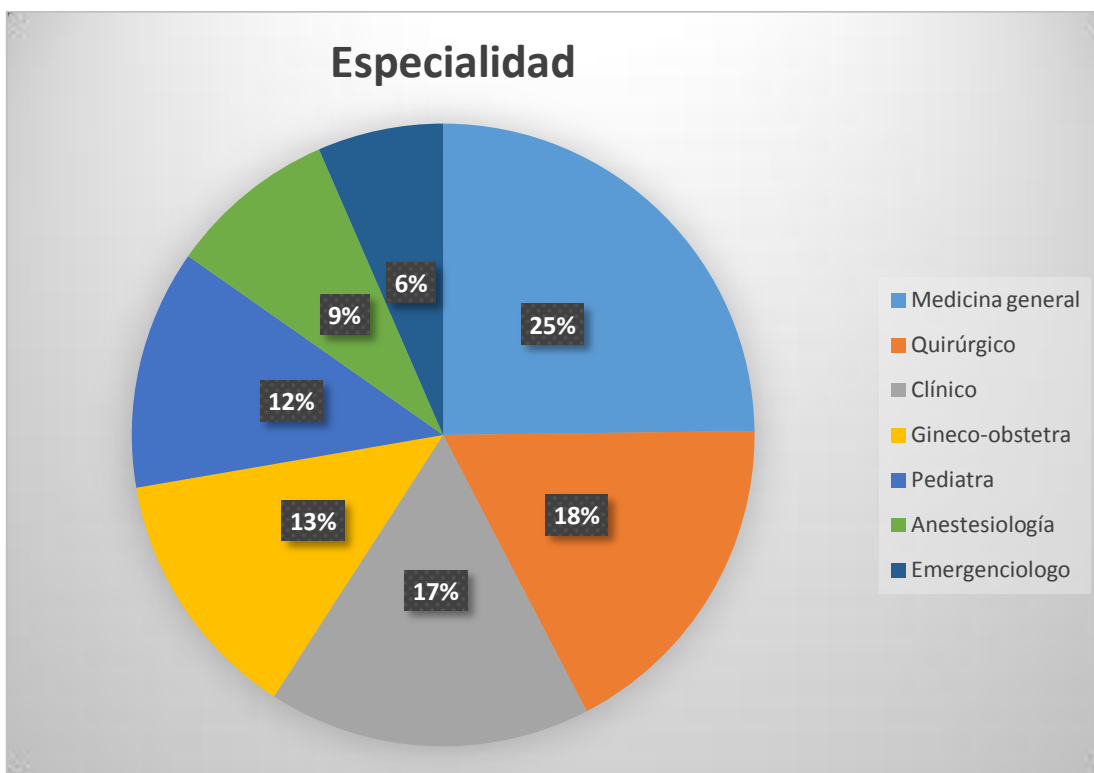
Cuadro No.4. Entrevista a médicos del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal, julio 2018. Según especialidad.

Especialidad	Frecuencia	%
Medicina general	34	24.7
Quirúrgico	24	17.5
Clínico	23	16.7
Gineco-obstetra	18	13.1
Pediatra	17	12.4
Anestesiología	12	8.7
Emergenciólogo	9	6.5
Total	137	100.0

Fuente. Directa

Según especialidad el 24.8 por ciento es médico general, el 17.5 por ciento son cirujanos, el 16.7 por ciento corresponde a medicina interna, el 13.1 por ciento a gineco-obstetricia, el 12.4 por ciento a pediatría, el 8.7 por ciento anestesiología, el 6.7 por ciento emergenciólogia.

Grafico No.4. Entrevista a médicos del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal, julio 2018. Según especialidad.



Fuente cuadro No.4.

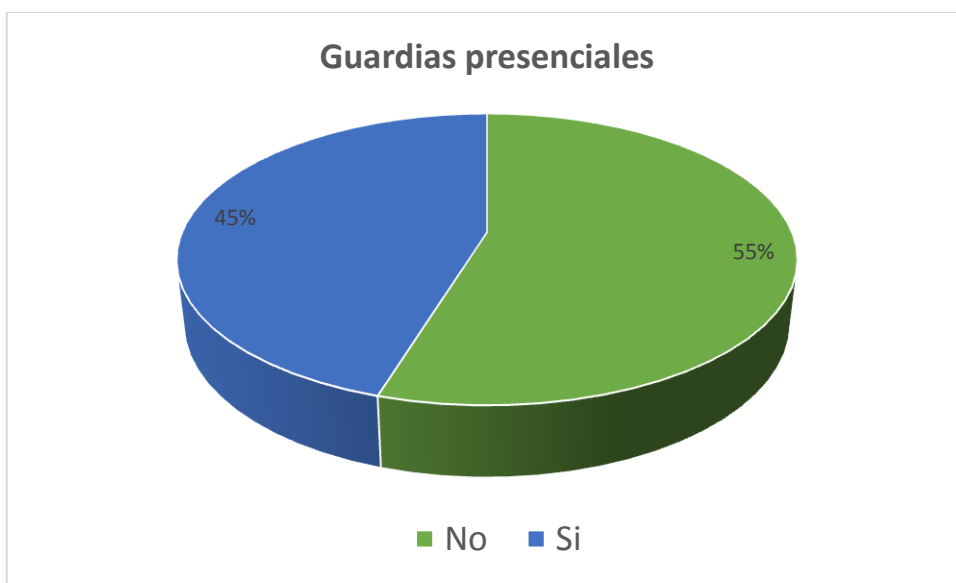
Cuadro No.5. Entrevista a médicos del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal, julio 2018. Según guardia presenciales.

Guardia	Frecuencia	%
No	75	54.7
Si	62	45.2
Total	137	100.0

Fuente. Directa

Según las guardias presenciales el 54.7 por ciento no realiza guardia presencial y el 45.2 por ciento si realiza.

Grafico No.5. Entrevista a médicos del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal, julio 2018. Según guardia presencial.



Fuente cuadro No.5.

Cuadro No.6. Entrevista a médicos del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal, julio 2018. Según tiempo en servicio.

Tiempo en servicio	Frecuencia	%
0-10	73	53.2
11-20	41	29.9
21-30	23	16.7
Total	137	100.0

Fuente. Directa

El 53.2 por ciento tiene entre 0-10 años de servicio, el 29.9 por ciento tiene de 11-20 años y el 16.7 por ciento tiene entre 21-30 años de servicio.

Grafico No.6. Nivel de síndrome de Burnout en los médicos del Hospital Juan Pablo Pina, San Cristóbal, periodo julio 2018. Según tiempo en servicio.



Fuente cuadro No.6.

Cuadro No.7. Nivel de síndrome de Burnout en los médicos del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal, julio 2018. Según dimensión cansancio emocional.

Nivel	Frecuencia	%
Bajo	66	48.1
Medio	22	16
Alto	49	35.7
Total	137	100.0

Fuente. Directa

Según la dimensión cansancio emocional el 48.1 por ciento lo presento bajo. El 35.7 por ciento alto y el 22 por ciento medio.

Grafico No.7. Nivel de síndrome de Burnout en los médicos del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal, julio 2018. Según dimensión cansancio emocional.



Fuente cuadro No.7.

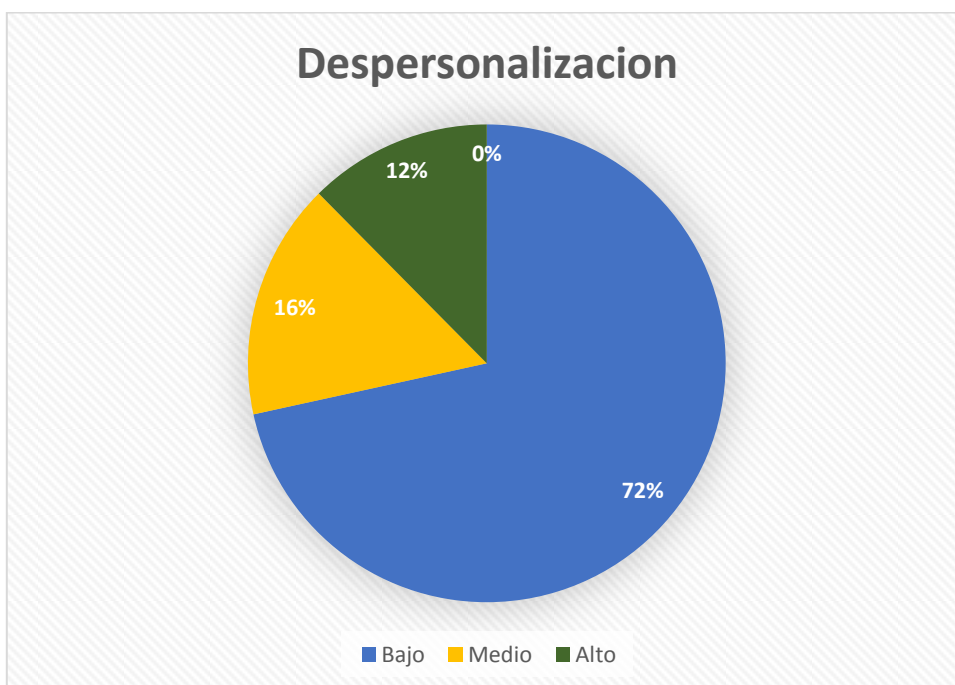
Cuadro No.8. Nivel de síndrome de Burnout en los médicos del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal, julio 2018. Según dimensión despersonalización.

Nivel	Frecuencia	%
Bajo	98	71.5
Medio	22	16
Alto	17	12.4
Total	137	100.0

Fuente. Directa

Según la dimensión de despersonalización el 71.5 por ciento es bajo, el 16 por ciento medio y el 12.4 por ciento alto.

Grafico No.8. Nivel de síndrome de Burnout en los médicos del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal, julio 2018. Según dimensión despersonalización.



Fuente cuadro No.8.

Cuadro No.9. Nivel de síndrome de Burnout en los médicos del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal, julio 2018. Según dimensión realización personal.

Nivel	Frecuencia	%
Bajo	5	3.6
Medio	4	2.9
Alto	128	93.4
Total	137	100.0

Fuente. Directa

Según la realización el personal el 93.4 por ciento es alto, el 3.6 por ciento bajo y el 2.9 por ciento medio.

Grafico No.9. Nivel de síndrome de Burnout en los médicos del Hospital Juan Pablo Pina, San Cristóbal, periodo julio 2018. Según dimensión realización personal.



Fuente cuadro No.9.

Cuadro No.10. Nivel de síndrome de Burnout en los médicos del Hospital Juan Pablo Pina, San Cristóbal, periodo julio 2018. Relación de cansancio emocional alto y edad.

Edad	Frecuencia	Alto	%
30-35	18	12	24.4
36-40	35	19	38.7
41-50	47	18	36.7
Mayor de 51	37	0	0
Total	137	49	100.0

Fuente. Directa

Las edades correspondiente entre 36-40 años, presentaron un nivel de cansancio emocional alto en un 38.7 por ciento, seguido de un 36.7 por ciento en las edades de 41-50 años.

Grafico No.10. Nivel de síndrome de Burnout en los médicos del Hospital Juan Pablo Pina, San Cristóbal, periodo julio 2018. Relación de cansancio emocional alto y edad.



Fuente cuadro No.10.

Cuadro No.11. Nivel de síndrome de Burnout en los médicos del Hospital Juan Pablo Pina, San Cristóbal, periodo julio 2018. Relación de cansancio emocional alto y sexo.

Sexo	Frecuencia	Alto	%
Femenino	97	39	79.5
Masculino	40	10	20.4
Total	137	49	100.0

Fuente. Directa

El nivel de cansancio emocional alto se presentó en un 79.5 por ciento en el sexo femenino y un 20.4 por ciento en el sexo masculino.

Grafico No.11. Nivel de síndrome de Burnout en los médicos del Hospital Juan Pablo Pina, San Cristóbal, periodo julio 2018. Relación de cansancio emocional alto y sexo.



Fuente cuadro No.11.

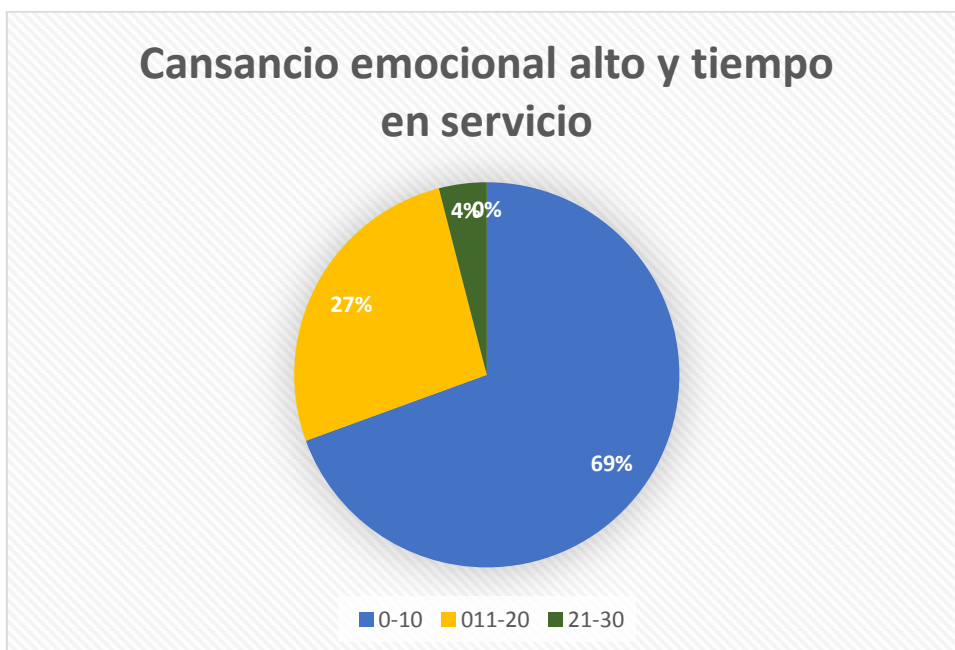
Cuadro No.12. Nivel de síndrome de Burnout en los médicos del Hospital Juan Pablo Pina, San Cristóbal, periodo julio 2018. Relación de cansancio emocional alto y tiempo en servicio.

Tiempo	Frecuencia	Alto	%
0-10	73	34	69.3
11-20	41	13	26.5
21-30	23	2	4
Total	137	49	100.0

Fuente. Directa

El 69.3 por ciento del cansancio emocional alto se presentó en los médicos que tienen de 0-10 años en servicio, el 26.5 por ciento en los que tienen 11-20 años y el 4 por ciento en los que tienen 21-30 años en servicio.

Grafico No.12. Nivel de síndrome de Burnout en los médicos del Hospital Juan Pablo Pina, San Cristóbal, periodo julio 2018. Relación de cansancio emocional y tiempo en servicio.



Fuente cuadro No.12.

Cuadro No.13. Nivel de síndrome de Burnout en los médicos del Hospital Juan Pablo Pina, San Cristóbal, periodo julio 2018. Relación de cansancio emocional y especialidad.

Especialidad	Frecuencia	Alto	%
Medicina general	34	14	28.5
Quirúrgico	24	8	16.3
Clínico	23	0	0
Gineco-obstetricia	18	6	12.2
Pediatría	17	5	10.2
Anestesiología	12	7	14.2
Emergenciología	9	9	18.3
Total	137	49	100.0

Fuente. Directa

El 28.5 por ciento de los médicos generales presenta un cansancio emocional alto, el 18.3 por ciento lo representan los emergenciólogos, el 16.3 por ciento a los quirúrgicos, el 14.2 por ciento corresponde a los anestesiólogos, el 12.2 por ciento a los gineco-obstetra, el 10.2 por ciento a los pediatras y los clínicos 0 por ciento.

Grafico No.13. Nivel de síndrome de Burnout en los médicos del Hospital Juan Pablo Pina, San Cristóbal, periodo julio 2018. Relación de cansancio emocional alto y especialidad.



Fuente cuadro No.13.

Cuadro No.14. Nivel de síndrome de Burnout en los médicos del Hospital Juan Pablo Pina, San Cristóbal, periodo julio 2018. Relación de cansancio emocional con la realización de guardias presenciales.

Guardia	Frecuencia	Alto	%
No	75	6	12.2
Si	62	43	87.7
Total	137	49	100.0

Fuente. Directa

El cansancio emocional alto se presentó en un 87.7 por ciento en los que realizan guardia presencial, y un 12.2 por ciento se presentó en los que no realizan guardia.

Grafico No.14. Nivel de síndrome de Burnout en los médicos del Hospital Juan Pablo Pina, San Cristóbal, periodo julio 2018. Relación de cansancio emocional con la realización de guardias presenciales.



Fuente. cuadro No.14.

VIII. Discusión

Los niveles de Burnout correspondiente la dimensión de cansancio emocional correspondió a un 48.1 por ciento bajo, la dimensión de despersonalización presento un 71.5 por ciento bajo y la dimensión de realización personal correspondió un 93.4 por ciento alto, lo cual difiere a un estudio realizado por Angel Vicente Ortega y cols. Donde realización personal fue la dimensión más afectada 53.78 por ciento alta, el cansancio emocional 41.19 por ciento y la despersonalización 47.05 por ciento.

Las edades que presentaron un nivel más alto en la dimensión de cansancio emocional fueron de 36-40 años, correspondiendo a un 38.7 por ciento, la cual difiere con un estudio realizado por Martin J. Pineda en el Hospital Antonio Musa en el 2015 en el que la edad más afectada fue entre 26-30 años con un 79 por ciento.

En cuanto al sexo más afectado el 79.5 por ciento correspondió al sexo femenino, lo cual difiere a un estudio realizado en Costa Rica en la población médica de la COOPESALUD R.L. (Clínica de Pavas), que está integrada por médicos generales y especialistas, siendo el sexo masculino en un 55.6 por ciento⁴.

El 69.3 por ciento de los que tienen un tiempo en servicio entre 0-10 años presento nivel de cansancio emocional alto. Ángel Vicente Ortega Gutiérrez y Cols. Realzaron un estudio donde dicho síndrome se presenta con mayor frecuencia en los profesionales que laboran de 0 a 10 años 58.34 por ciento.

Los médicos generales se vieron más afectados en la dimensión cansancio emocional alto con un 28.5 por ciento, seguido de los emergenciólogos con un 18.3 por ciento. Lo que difiere a un estudio realizado Elizabeth P. Cruz y Cols. En el Hospital Dr. Francisco A. Gonzalvo, La Romana, donde se determinó en un 35 por ciento de los médicos predomino en el grupo clínico con el nivel más alto de cansancio emocional.

Por otro lado el personal médico que realiza guardia presencial fue quien obtuvo el nivel más alto de cansancio emocional con un 88 por ciento de los casos.

IX. CONCLUSIONES

Analizados y discutidos los resultados sobre el nivel de Burnout se ha llegado a las siguientes conclusiones:

El 48.1 por ciento presentó un nivel de cansancio emocional bajo. La dimensión de despersonalización presentó un nivel bajo con un 71.5 por ciento. Y la realización personal se presentó con nivel alto con un 93.4 por ciento. Las edades más afectadas en el nivel de cansancio emocional alto fueron entre 36-40 años con un 38.7 por ciento. El sexo más afectado en el nivel de cansancio emocional alto correspondió al sexo femenino con 79.5 por ciento. Los médicos que tienen un tiempo en servicio de 0-10 años se vieron más afectados en el nivel de cansancio emocional alto con un 69.3 por ciento. Los médicos generales obtuvieron el nivel más alto de cansancio emocional con un 28.5 por ciento. Y los médicos que realizan guardia presencial presentaron un 88 por ciento de cansancio emocional alto.

Concluimos que los médicos del hospital Regional Docente Juan Pablo Pina presentan un nivel bajo del síndrome de Burnout y que los médicos con menos tiempo en servicio se sienten más agotados que los demás, al igual de los que realizan guardia presencial.

X. RECOMENDACIONES

Dado que el síndrome de burnout, es un padecimiento que se produce como respuesta a presiones prolongadas que una persona sufre antes factores estresantes emocionales e interpersonales relacionados con el trabajo.

Nos referimos fundamentalmente a la prevención de este síndrome:

1. Proceso personal de adaptación de las expectativas a la realidad cotidiana.
2. Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descanso, trabajo.
3. Fomento de una buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.
4. Limitar la agenda laboral.
5. Formación continúa dentro de la jornada laboral.

La prevención correspondiente al proceso de adaptación se hará de acuerdo a los resultados de esta investigación ya que los médicos que menos tiempos tienen laborando en esta institución se sienten más agotados que los demás se debe trabajar para que estos se sienten en un ambiente agradable, cómodo, que entienda que solo le falta adaptarse al sistema, para manejar mejor el estrés laboral.

Se recomienda que tengan un equilibrio en sus vidas personales, para poder dar un mejor rendimiento en su trabajo.

Crear un buen ambiente en su área establecida para lograr un mejor trabajo en equipo, lo que esto a su vez disminuirá su nivel de estrés que pueda presentar.

Recomendamos que se deben de actualizarse todo el tiempo para poder estar a nivel de la competencia y así evitar sentirse que no se están realizando profesionalmente o que no han cumplido con su meta de superación personal.

XI. Referencias

- 1) Martínez Pérez, Anabella (2014). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. nº 112. Septiembre. 2014.
- 2) Masilla, F. (2011). Manual de riesgos profesionales en el trabajo: teoría y práctica. Recuperado de <http://www.psicologiaonline.com>.
- 3) Borda, M., Navarro, E., Aun, E., Berdejo, H., Racedo, K. y Ruiz, J. (2017). Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. Salud Uninorte, 23, 1, 43-51.
- 4) Díaz, S. (2014). Comportamiento del síndrome de desgaste profesional en médicos que laboraron en Coopesalud R.L, de agosto a octubre de 2014. Acta Médica Costarricense.
- 5) Millán, R. y Mesén, A. (2009). Prevalencia del síndrome de desgaste en médicos residentes costarricenses. Acta Médica Costarricense.
- 6) Gamboa, M., Herrera, G., Aguilar, J. y Arias, R. (2013). Síndrome de Burnout en el personal del Hospital de la Mujer Adolfo Carit Eva en el año 2013. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, 606, 195-201.
- 7) Carrillo-Esper R, Gómez K, Espinoza de los Monteros I. Síndrome de burnout en la práctica médica. Medicina Interna de México. 2012.
- 8) Jacob A. La noción de trabajo. Relato de una aventura socioantropo-histórica. Rev. Sociología del Trabajo. Nº 4. Programa de Investigaciones Económicas sobre Tecnología, Trabajo y Empleo. Buenos Aires. 2015.
- 9) Neffa, J C. "Reflexiones Acerca del Estado del Arte en Economía del Trabajo y Del Empleo". En "Trabajo y Empleo". Panaia. Marta (comp). 2013. Coediciones Eudeba. Paite. Bs.As.
- 10) Castell R. La metamorfosis de la Cuestión Social. 2015. Ed. Paidós. Buenos Aires

- 11) Déjours, Chr. Citado en Neffa Julio. Reflexiones acerca de la naturaleza y significación del trabajo humano “Nuevas formas del trabajo: producción y organización”. 2013. Ed. Area de Estudios e Investigaciones. Laborales de la SECYT, CEIL/CONICET.
- 12) Dejours C. citado por Durán Rojas C. en Psique, soma, institución una lectura de la psicopatología del trabajo. Revista de Psicología de la Universidad de Chile, 2014. Vol XII, 1: 121-131.
- 13) Neffa J. Reflexiones acerca de la naturaleza y significación del trabajo humano “Nuevas formas del trabajo: producción y organización”. Ed. Area de Estudios e Investigaciones. Laborales de la SECYT, CEIL/CONICET. Bs. As. 2013.
- 14) Duro M A. Calidad de vida laboral y psicología social de la Salud en el Trabajo: hacia un modelo de componentes comunes para explicar el bienestar laboral psicológico y la salud mental laboral de origen psicosocial. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. [acceso: 24 de Febrero de 2012].
- 15) Dessors D, Moliner P. La psicodinámica del trabajo, en Dessors D, Guiho-Bailly MP. Organización del Trabajo y Salud. De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo. 2010. •Editorial Lumen.
- 16) Bermann S. Trabajo precario y salud mental. Buenos Aires: Narvaja Editor; 2015.
- 17) Woods R. Physician, heal thyself: the health and mortality of Victorian Doctors. Soc Hist Med. 2016.
- 18) Lipko E, Dumeynieu M. Vulnerabilidad y riesgos en la emergencia. Praxis Médica. Protección del Profesional. Año 5. N° 18. 2005. Buenos Aires
- 19) Schernhammer E. Taking their own lives- The high rate of Physician Suicide. NEJM 2015. 24;352:2473-2476.
- 20) Turnes A, Caliope MC, Rodríguez Alma H. Mortalidad de los médicos en Uruguay (primera parte) 1974-2002. Características demográficas. Rev Med. Uruguay 2013; 19:216-22.

- 21) Rathod S et al. A survey of stress in psychiatrist working in the Wessex Region. *Psychiatric Bulletin*. 2016; 24:133-136.
- 22) Sweet M. Bein a caring doctor may be bad for you. *BMJ* 2014.
- 23) Giberti E. Alerta y Cuidado de la salud de los operadores ante los efectos traumáticos de atención a las víctimas. *Burnout. Revista de Derecho Penal Integrado- Año II- N° 3- 2013*.
- 24) Wolfberg E. “La salud de los profesionales de la salud: riesgos y prevención” en *Prevención en Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial SA. 2016.
- 25) De Angelis Nilda. Síndrome de Burnout. En *Prevención en Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial SA. 2014.
- 26) Giberti E. Alerta y Cuidado de la salud de los operadores ante los efectos traumáticos de atención a las víctimas. *Burnout. Revista de Derecho Penal Integrado- Año II- N° 3- 2014*.
- 27) Martínez M, Guerra P. Síndrome de Burnout: El riesgo de ser un profesional de ayuda. *Salud y Cambio. Revista Chilena de Medicina Social*. Año 2013.
- 28) Korczak, D., Huber, B. & Kister, C. (2014). Differential diagnostic of the burnout syndrome, *GMS Health Technology Assessment*.
- 29) Echeburúa, E., Salaberría, K. y Cruz, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia Psicológica*, 32, 1, 65-74.
- 30) Aceves, G. A. (2013). Síndrome de burnout. *Archivos de Neurociencias*, 11, 4, 305-309.
- 31) Danhof, M. B., Van Veen, T. & Zitman, F. G. (2011). Biomarkers in burnout: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*.
- 32) Dyrbye, L. N., Massie, F. S., Eacker, A., Harper, W., Power, D., Durning, S. J., Thomas, M. R., Moutier, C., Satele, D., Sloan, J. & Shanafelt, T. D. (2010). Relationship Between Burnout and Professional Conduct and Attitudes Among US Medical Students, *JAMA*.

- 33) Borda, M., Navarro, E., Aun, E., Berdejo, H., Racedo, K. y Ruiz, J. (2014). Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. Salud Uninorte.
- 34) Cohen, J. S., Leung, Y., Fahey, M., Hoyt, L., Sinha, R., Cailler, L., Ramchandar, K., Martin, J. & Patten, S. (2008). 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, 105, 1.
- 35) Díaz, S. (2004). Comportamiento del síndrome de desgaste profesional en médicos que laboraron en Coopesalud R.L., de agosto a octubre de 2004.
- 36) Gamboa, M., Herrera, G., Aguilar, J. y Arias, R. (2013). Síndrome de Burnout en el personal del Hospital de la Mujer Adolfo Carit Eva en el año 2009. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, 606, 195-201.
- 37) Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. 2015.
- 38) Cherniss C Citado en Martínez M, Guerra P. Síndrome de Burnout: El riesgo de ser un profesional de ayuda. Salud y Cambio. Revista Chilena de Medicina Social. Año 2016.
- 39) POZO, J. et al. Síndrome de agotamiento profesional en médicos anesthesiólogos de la provincia camagüey. Cuba. Rev Cub Anest Rean. 2014.
- 40) HERNÁNDEZ, J. estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. Rev Cubana Salud Pública. 2013.
- 41) GALLEGO, M. et al. La incidencia y relaciones de la Ansiedad y el Burnout en los Profesionales de Intervención en Crisis y Servicios Sociales. Interpsiquis. 2014.
- 42) ORDOÑES, N. Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río. Revista Chilena Pediatría. 2015.

- 43) MINGOTE, A. et al. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. Med Clin (Barc). 2013.
- 44) PALMER, Y. et al. Síndrome de Burnout, una enfermedad de la posmodernidad. Anestesia en México. 2016.
- 45) Martin J. Pineda L y cols síndrome de Burnout en medicos residentes del Hospital Regional Dr. Antonio Musa, San Pedro de Macorís, Rep. Dom, 2015.
- 46) Elizabeth P. Cruz y Cols, factor de riesgo de depresión en medicos, Hospital Dr. Francisco A. Gonzalvo, La Romana, REP.Dom. 2012.

XII. ANEXOS

XII.1. Cronograma

Variables	Tiempo: 2018	
Selección del tema	2018	Enero
Búsqueda de referencias		Febrero-Marzo
Elaboración del anteproyecto		Mayo
Sometimiento y aprobación del anteproyecto		
Ejecución de las encuestas	2018	Julio
Tabulación y análisis de la información	2018	Agosto
Redacción del informe		Agosto
Revisión del informe		Agosto
Encuadernación		Septiembre
Presentación		Octubre

XII.2 Instrumento de recolección de datos.

Nivel de Burnaut evaluado por el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory en el personal médico del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, periodo mayo-julio 2018

Edad:

Sexo:

Estado civil:

Designación de trabajo: a) fijo b) contrato

Especialidad:

Tiempo en servicio:

Num de paciente visto en un día:

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	

XII.3.Costos y recursos

1. Humanos			
2 sustentantes 2 asesores (1 metodológico y 1 clínico) Personas que participaron en el estudio			
2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	1 resmas	80.00	80.00
Papel Mistique	1 resmas	180.00	180.00
Lápices	2 unidades	5.00	10.00
Borras	2 unidades	10.00	20.00
Bolígrafos	3 unidades	10.00	30.00
Sacapuntas	2 unidades	5.00	10.00
Computador Hardware: Pentium III 700 Mhz; 128 MB RAM; 20 GB H.D.;CD-ROM 52x Impresora HP 932c Software: Microsoft Windows XP Microsoft Office XP MSN internet service Presentación: Sony SVGA VPL-SC2 Digital data projector			
Cartuchos HP 45 A y 78 D	2 unidades	600.00	1,200.00
Calculadoras	2 unidades	75.00	150.00
3. Información			
Adquisición de libros			
Revistas			
Otros documentos			
Referencias bibliográficas			

4. Económicos*			
Papelería (copias)	1000 copias	1.00	1000.00
Encuadernación	12 informes	80.00	960.00
Alimentación			1,200.00
Transporte			5,000.00
Inscripción al curso			2,000.00
Inscripción del anteproyecto			
Inscripción de la tesis			
Imprevistos			
Total			\$11,840.00

XII.4. Evaluación.

Sustentante:

Dra. Naylobi Esther Moises Rafael

Asesor:

Dra. Claridania Rodríguez
(Metodológico)

Dra. Bienvenida Rosario
(Clínico)

Jurado:

Autoridades:

Dra. Concepción A. Sierra
Gerente de Enseñanza e Investigación

Dr. Ervin David Jiménez
Coordinador de Residencia de
Medicina Familiar y Comunitaria

Dra. Iris Margarita Paula
Jefa de Departamento
Medicina Familiar y Comunitaria

Dra. Claridania Rodríguez
Coordinadora de la Unidad de
Posgrado y Residencias Médicas

Dr. José Asilis Zaiter
Decano de la Facultad de
Ciencias de la Salud

Fecha de presentación: _____

Calificación: _____