

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA



**SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL
ROOSEVELT. GUATEMALA, 2013**

Jaqueline Gudiel Morales

TUTOR

Dr. Julio César Díaz Argueta

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Doctorado en Salud Pública
Para obtener el grado de
Doctor en Salud Pública

Guatemala, junio 2015

ORDEN DE IMPRESIÓN DE TESIS DOCTORAL

Nombre del Doctorando: Jaqueline Gudiel Morales

No. de Carné: 1006246

Título de la Tesis: Síndrome de Burnout en médicos residentes del hospital Roosevelt. Guatemala, 2013.

Nombre del Tutor: Dr. C. Julio Cesar Días Argueta

Nombre del Revisor y Oponente: Dra. C. Ileana Castañeda Abascal

El Director de la Escuela de Estudios de post grado, considerando que ante mí se presentan los siguientes documentos: el acta de Examen de Defensa de Tesis donde consta que la sustentante ha sido Aprobada al defender su tesis antes titulada y el dictamen de la Coordinación Académica donde se indica que se ha cumplido con los requisitos necesarios para impresión de tesis, como exige el programa de doctorado en Salud Pública.

Por tanto, se **autoriza** la impresión del documento final, con las características que se establecen en los lineamientos para la presentación de la tesis de Doctorado en Salud Pública.

Guatemala, 2 de junio de 2015.

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"



Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes
Director
Escuela de estudios de postgrado

DICTAMEN DEL COORDINADOR ACADEMICO DEL DOCTORADO EN SALUD PUBLICA

Nombre del Doctorando: Jaqueline Gudiel Morales


No. de Carné: 1006246

Título de la Tesis: Síndrome de Burnout en médicos residentes del hospital Roosevelt. Guatemala, 2013.

La coordinadora académica del doctorado en Salud Pública, en base al acta de defensa de tesis donde consta la aprobación del examen de defensa por del tribunal examinador, entrega de la publicación de dos artículos derivados de la tesis doctoral en su calidad de autor, documentación que respalda la calidad de la tesis y satisfacción de las recomendaciones finales, manifiesta que se ha cumplido con los requisitos necesarios para autorizar la impresión de la tesis doctoral.

Guatemala, 2 de junio de 2015

"ID Y ENSEÑAN A TODOS"


Dra. C. Irene T. Perdomo Victoria
Coordinadora Académica del Doctorado en Salud Pública
Profesora Afiliada a la Escuela Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas



C.c. Dr. Carlos Vargas, Director de la escuela de estudios de postgrado, Archivo

ACSA DE EXAMEN DE DEFENSA DE TESIS
Doctorado en Salud Pública

ACSA No. 6

En la ciudad de Guatemala, siendo las 13.00 horas del día 18 del mes de mayo del año dos mil quince, reunidos en sede de la Facultad de Ciencias Médicas para practicar examen de Defensa de Tesis del Doctorado en Salud Pública de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, los abajo firmantes, todos miembros del tribunal examinador, nombrados para realizar el ejercicio académico en mención previa.

Se declara haber realizado examen a Jacqueline Guibiel Morales con número de carné 1006276, quien defendió la tesis titulada Síndrome de Burnout en médicos residentes del Hospital Roosevelt, Guatemala, 2013.

cuyo tutor es Dr. Julio César Díaz Argueta

El tribunal habiendo previamente valorado la tesis presentada, expuso sus críticas e interrogantes al doctorando, se otorgó la palabra al público presente y considerando las proposiciones expuestas por el Candidato a Doctor, tanto en su documento escrito como verbalmente, se le otorga la calificación de NO apto () aprobado () aprobada notable () aprobado sobresaliente (X), por votación de la mayoría () unánime (X) de los miembros examinadores.

Acto seguido, el Presidente del tribunal examinador pronunció las palabras de cierre e indicó las recomendaciones necesarias para el documento escrito final.

El sustentante queda enterado que en término no mayor de ocho (8) días hábiles se le notificará por escrito sobre el resultado y recomendaciones pertinentes para que se pueda proceder al acto de graduación.

En fe de lo cual, se firma la presente ACSA, en el mismo lugar y fecha al inicio indicados, siendo las 14.30 horas.

“¡D Y ENSEÑAD A TODOS”

f. Dra Inene Perdomo Victoria Perdomo

Nombre y firma del presidente

f. Dra. Helena Castañeda Abascal

Nombre y firma del vocal J

f. Dra. Ana María Salvo González

Nombre y firma del secretario

f. Dr. Carlos Vargas Reyes

Nombre y firma del Director de la Escuela de Estudios de Postgrado


Guatemala, 15 de mayo de 2015

Señores
Dirección de la Escuela de Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Respetables señores de la Dirección de la Escuela de Estudios de Postgrado:

Por la presente hago constar que realicé la revisión de la ortografía y la redacción de la tesis titulada *Síndrome de Burnout en médicos residentes del Hospital Roosevelt* de la *MSc. Jaqueline Gudiel Morales*, estudiante del Doctorado en Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Atentamente,


Licda. Elvia Alvarado de Yantuche
Colegiada 11014

Elvia A. de Yantuche
Licenciada en Letras
Colegiada 11014

Guatemala, 25 de mayo de 2015

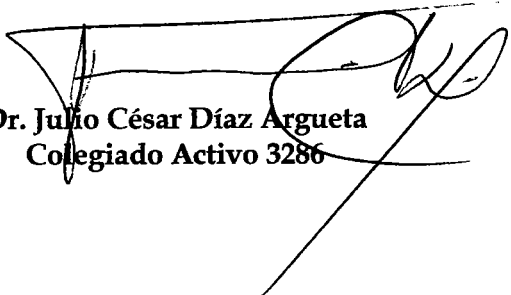
Maestro
Carlos Vargas Reyes
Director de Escuela de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Presente

Estimado Maestro Vargas:

Me dirijo a usted con un saludo atento, para informarle que culminó su proceso de asesoría de tesis la Maestra Jaqueline Gudiel Morales, identificada con el número de carné 1006246. El título del trabajo presentado es "*Síndrome de Burnout en médicos residentes del Hospital Roosevelt*", en el programa de Doctorado en Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Cabe mencionar que el resultado final es satisfactorio, motivo por el cual se emite la presente nota de aprobación del informe de investigación para continuar con los trámites respectivos.

Sin otro particular, me es grato suscribir la presente cordialmente.



Dr. Julio César Díaz Argueta
Colegiado Activo 3286

c.c. Dra. Irene Perdomo; archivo

Agradecimientos

A Dios,

Fuente inagotable de sabiduría.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala,

Ilustre casa de estudios.

A la Facultad de Ciencias Médicas,

Institución formadora de mi profesión.

A mi tutor, con aprecio y cariño

Dr. Julio César Díaz Argueta

Por su apoyo incondicional.

Al Programa de Doctorado en Salud Pública en especial a,

Dra. Irene Perdomo Victoria

Dra. Ana María Gálvez González

Dra. Ileana Castañeda Abascal

Por sus aportes y dedicación.

Dedicatoria

*A mi Jesús hijo de Dios, quién se humilló por nuestro bien, cordero de mi
salvación, firme sostén, incommovible en la aflicción.*

*Cuán grande amor, inmensa paz, en el temor o adversidad, consolador, amigo fiel
en su amor me sostendrá.*

Jaqueline Gudiel Morales.

INDICE DE CONTENIDO

Resumen	4
Introducción	6
Objetivos	12
Capítulo II. Marco teórico	21
2.1 El síndrome de burnout como problema de salud pública	21
2.2 Principales factores de riesgos asociados al burnout	24
2.2.1. Entorno familiar	25
2.2.2. Entorno laboral	25
2.3 Modelos explicativos sobre el síndrome de burnout	26
2.3.1. Perspectivas de estudio del burnout	28
2.4 Estrategias de intervención en burnout	29
2.5 Estudios acerca del síndrome de burnout	32
2.6 Síndrome de burnout en Guatemala	36
2.6.1. Situación actual y necesidad de su abordaje	39
2.7 Consideraciones finales	40
3.1 Contexto	42
3.2 Tipo de Investigación	42
3.3 Universo y muestra	43
3.3.1. Tipo de muestreo en la etapa descriptiva	43
3.3.2. Tipo de muestreo en la etapa del estudio cualitativo	44
3.4 Operacionalización de variables	44
3.5 Fase I de la investigación	49
3.5.1. Cuestionario autoaplicado de Maslach	49
3.5.2. Encuesta sociodemográfica y laboral	54
3.6 Fase II de la investigación	54

3.6.1. Diseño fenomenológico	54
3.6.2. Entrevista en profundidad	55
3.6.3. Justificación del método escogido	55
3.7 Plan de tabulación y análisis de datos	58
3.8 Análisis e interpretación de la información.....	58
3.8.1. Análisis de contenido	59
3.9 Técnicas y procedimientos de obtención de la información	59
3.9.1. Soporte informático	60
3.9.2. Aspectos éticos.....	60
3.10 Procedimientos validación de instrumentos.....	61
3.11 Fase III Diseño de la Propuesta de intervención.....	62
3.11.1. Creación de un sitio web	62
3.11.2. Objetivo.....	63
3.11.3. Diseño de desarrollo.....	63
3.11.4. Infraestructura.....	66
3.11.5. Herramienta de desarrollo	66
3.11.6. Recurso humano	66
3.11.7. Módulos	67
3.11.8. Implementación y ejecución	67
3.11.9. Evaluación del sitio web.....	67
Capítulo IV. Presentación de resultados	69
4.1 Prevalencia del burnout en médicos residentes del Hospital Roosevelt	69
4.2 Características sociodemográficas y laborales de los médicos residentes	75
Capitulo V. Discusión de resultados.....	84
5.1 Discusión de resultados cuantitativos.....	84

5.2 Presentación de resultados cualitativos.....	90
5.2.1. Selección de datos cualitativos	93
5.2.2. Categorías	94
5.2.3. Desconocimiento sobre el síndrome de burnout.....	94
5.2.4. Clima organizacional.....	101
5.2.5. Entorno familiar.....	112
5.2.6. Entorno social	116
5.2.7. Procesos de Docencia.....	120
5.2.8. Fomento de Valores.....	124
5.2.9 Espacios virtuales.....	126
5.3 Triangulación de las categorías emergentes con fuentes de información	130
5.4 Triangulación de las categorías emergentes con marco teórico	131
5.5 Discusión resultados cualitativos	132
5.6 Resultados del sitio web.....	134
6. Conclusiones.....	140
7. Recomendaciones.....	142
8. Referencias Bibliográficas	143
9. Anexos	153

Resumen

El síndrome de burnout, se ha considerado como un fenómeno particular de estrés laboral, con importancia en los diversos ámbitos profesionales, especialmente los trabajadores del área de salud de Guatemala, Por lo que este estudio tiene en sus **objetivos**: Determinar la prevalencia del síndrome de burnout en los médicos residentes del Hospital Roosevelt; describir las características sociodemográficas y laborales asociadas con síndrome de burnout en médicos del Hospital Roosevelt; identificar desde la perspectiva de los médicos residentes, el síndrome de burnout para la elaboración de una propuesta de intervención. El **método** de investigación fue mixto, con un diseño descriptivo y análisis bivariado para lo cuantitativo, y para lo cualitativo, entrevistas en profundidad.

Los resultados **cuantitativos** determinaron la prevalencia de burnout del 16 %. El comportamiento de las dimensiones de Maslach en los 163 médicos residentes fueron el agotamiento emocional 69 %, la despersonalización 49 % y la realización personal 42 %; estos resultados evidencian que la mayoría de los médicos residentes tienen alta probabilidad de padecer burnout. Los resultados **cualitativos** de los aspectos más relevantes en la reducción de los datos de las entrevistas en profundidad, se resaltan algunas categorías importantes: trabajo, docencia, valores, soporte social y familiar.

Conclusiones. La prevalencia del síndrome de burnout encontrada en el Hospital Roosevelt es similar a la reportada en la mayoría de los estudios a nivel internacional y nacional debido a que son estudios aislados e institucionales y no de base poblacional. La dimensión de agotamiento emocional y la despersonalización presenta nivel alto, indicando el comportamiento del síndrome, ya que el mismo puede variar su prevalencia, afectando a mayor número de médicos residentes. De las variables sociodemográficas y laboral con mayor fuerza de asociación con el síndrome de burnout son las siguientes: cuando el cónyuge labora, la frecuencia de turnos, los residentes más jóvenes y

el primer año de residencia. La importancia del síndrome de burnout con enfoque mixto de investigación, permite reconocer la percepción del médico residente acerca del síndrome, así como identificar las posibles causas y su abordaje desde la perspectiva del médico residente. En función de los datos cualitativos, las categorías emergentes que mostraron mayor subjetividad de los médicos residentes fueron los siguientes: desconocimiento sobre el síndrome de burnout, clima organizacional, procesos de docencia, entorno familiar, entorno social, valores, espacios virtuales. La creación de un sitio virtual facilitó el diagnóstico del síndrome de burnout y el apoyo profesional a los médicos residentes o cualquier usuario del sistema. Este sitio www.tengoburnout permitió organizar la información con repositorios de los usuarios que ingresan, así como obtener estadísticas, y base de datos, link para ampliar los contenidos informáticos e identificación del síndrome de burnout, con recomendaciones y referidos a profesionales capacitados en el problema.

Introducción

Dentro de las características más sobresalientes en los inicios del nuevo siglo, están los avances y cambios que la tecnología, la globalización y la información, han significado para el ser humano, el cual se ha visto presionado en asumir de manera acelerada el proceso de adaptación ante las nuevas tendencias, que sobrepasan sus capacidades, lo que ocasiona cambios significativos en su vida cotidiana.

Esto ha provocado que en los últimos años se ha considerado un fenómeno particular de estrés laboral, que se denomina “Síndrome de Burnout”, también conocido como el síndrome de "quemarse en el trabajo", el cual se caracteriza por presentar en el trabajador un agotamiento físico y psicológico, baja motivación, agotamiento emocional, actitudes negativas hacia sí mismo y los demás con una escasa satisfacción en su labor profesional. (Grau, 2008, Pág. 18)

La primera referencia al concepto de burnout se puede encontrar en *Buddenbrooks*, una novela de Thomas Mann de 1901; “allí se relata la decadencia personal y familiar de un senador cuyo apellido da nombre a la obra, más tarde, se utiliza el término en *A burnt-outcase*, en una publicación”. Greene, (1961)

El término burnout de la lengua inglesa, fue tomado de la física de los metales para referirse a la forma en que un material, aun estando quemado (o fundido), puede continuar con la función de transmisión de energía. El traslado de este concepto al rol del profesional y al desgaste no visible de la persona da lugar a un riesgo para la salud. “burnout” es un término inglés que podría traducirse literalmente como “quemadura” y cuyo equivalente en español sería

agotamiento mental, estrés laboral, fatiga laboral, fatiga profesional, estrés emocional y estrés burnout. (Catsicaris, 2007, Pág. 236)

Este término se acuñó en 1974 por Freudenberger, quien introdujo el término de burnout profesional, cuando observó cómo los voluntarios que trabajaban con toxicómanos, después de un tiempo, aproximadamente un año en su puesto de trabajo, sufrían una pérdida de energía, para luego llegar al agotamiento y desmotivación por su labor. Este autor describió a estas personas como menos sensibles, poco comprensivas y agresivas en su relación con los pacientes, incluso dándoles un trato distante y cínico. (Freudenberger, 2010, Pág. 160)

Se enmarcan los elementos del contexto en que se desarrolla el burnout, que supone, el estado de necesidad emocional de las personas a las cuales se asiste: mientras más intensas sean las demandas y más alto su grado de dependencia del trabajo del médico especialista, existe mayor probabilidad de que el burnout aparezca, a esto se agregan las condiciones físicas y sociales del trabajo. (Corsi, 2002, Pág. 21)

Con respecto a sus condiciones personales, el perfil de la persona más propensa al burnout se caracteriza por una elevada autoexigencia, baja tolerancia al fracaso, necesidad de excelencia y perfección, necesidad de control, y un sentimiento de omnipotente frente a la tarea, entre otros elementos.

Aunque algunos autores han señalado que no existe uniformidad de la definición de burnout, hacen uso del planteamiento empírico del *Maslach Burnout Inventory*, para la realización de sus investigaciones.

Es importante señalar que algunas aproximaciones a los determinantes del burnout, se relacionan con la técnica o estilo que utiliza cada persona para afrontar estas señales de alarma; esto es crucial para que se desarrolle o no el burnout, para que resulte un rendimiento eficaz y satisfactorio, o bien deterioro, insatisfacción. No obstante, es preciso reconocer qué factores proporcionan

satisfacciones de manera individual, en la familia y el entorno laboral, especialmente en la población de los médicos residentes.

En la última década se han realizado estudios sobre el Burnout, con resultados que sugieren una afección severa de al menos un 30 % de la población; esta cantidad tiende a aumentar en un 50 % en etapas más leves aunque no son resultados definitivos, sin embargo, proporcionan una perspectiva de la gravedad del síndrome. Colombo, (2014)

El 28 % de los trabajadores de la Unión Europea informaron de problemas de salud relacionados con el estrés en el trabajo (burnout), lo que significa unos 41 millones de personas. (Velandia, 2011. Pág. 73)

Moreno (2001) Indica que una de las estrategias de la salud pública es “medir para intervenir”. Hasta el momento, eran prácticamente inexistentes los estudios realizados para evaluar la eficacia de las medidas tanto preventivas como correctoras de estas situaciones de desgaste profesional. Sin embargo, las mismas se han dirigido únicamente al área terapéutica, sin valorar la prevención del burnout, lo que significa que, en la actualidad, es una de las causas más importantes de incapacidad laboral, especialmente en el personal de salud.

El médico se encuentra en contacto permanente con el dolor, la angustia y la muerte, así como también con salud, vida, curación y recuperación. Estas situaciones estresantes están aunadas a factores personales, organizacionales e institucionales que conllevan al médico a constituirse en un trabajador vulnerable de padecer burnout.

Al hablar del burnout, es una realidad extendida entre todos los profesionales del sistema de salud. Un problema que, por sus características, afecta también a los pacientes, ya que puede tener consecuencias evidentes en la calidad de la atención.

Es el burnout un problema social y de salud pública de primer orden, porque es un trastorno adaptativo crónico, que daña la calidad de vida del profesional, especialmente a los médicos, lo que conlleva un incremento de los costes económicos y sociales de las organizaciones de países desarrollados y los que se encuentran en vías de desarrollo. (Flor, 2012)

Sin embargo, en Guatemala, la aspiración de alcanzar una salud integral es una necesidad y condición para el desarrollo de la población; todos los días hay un panorama difícil, como las actividades no satisfactorias que en determinado momento se transforman en nocivas a la salud.

Este síndrome también afecta a la población guatemalteca, por lo que se han realizado estudios en la capital de Guatemala, que incluyen a profesionales de la salud, en este caso médicos residentes y personal de enfermería, del Centro Médico, zona 10, Valencia, 2008, que reportó una prevalencia de 2.3 % y en el Centro Médico Militar, en médicos residentes, médicos especialistas y supra especialistas, con una prevalencia de burnout del 17%. Palacios, (2010)

Estos trabajos realizados evidencian diferencias en cuanto a la muestra, es decir, el primero incluye a médicos y personal de enfermería, con una prevalencia similar a la reportada por Grau, de 2.8 %; es importante enfatizar que son hospitales privados, que tienen organización e infraestructuras diferentes a los estatales.

Sin embargo, la prevalencia en el Hospital Militar es alta, siendo la muestra entre médicos únicamente, con diferentes especialidades. Es posible que se deba a que el funcionamiento del mismo, posee un régimen militar, y que cada quien tiene un rango específico.

En un estudio realizado en el Hospital de Salud Mental de Guatemala en el año 2011, la prevalencia del síndrome de burnout, presentó los siguientes resultados en 94 trabajadores divididos en dos grupos: grupo A médicos,

enfermeras graduadas y auxiliares de enfermería, con 12.24 % y grupo B, que incluía intendencia, seguridad y administradores con 15.8%, considerándose alto. (Ochomogo, 2011, Pág. 11)

Dentro de este trabajo de investigación, la muestra se dirigió a todos los trabajadores del Hospital Mental, con un grupo dividido en 6 muestras, cuyos resultados, se presentan más altos en los administradores.

Generalmente, los trabajos de investigación sobre el burnout se han centrado en su descripción, en la delimitación de las variables facilitadoras, y en las consecuencias del síndrome o bien en el análisis estadístico de los instrumentos de medida del mismo.

Es importante de mencionar, la situación actual del burnout en Guatemala, incluyendo los estudios realizados en el país de manera general y los efectuados en el sector salud, han proporcionado elementos importantes para el presente estudio; por lo que se pretende reflexionar acerca del burnout y dejar claro que, en la actualidad, los estudios sobre el síndrome han adquirido especial importancia y deben ser vistos de manera individual, sin olvidar que repercute de manera colectiva, es decir, en los objetivos y metas organizacionales que afectan la economía del país y la productividad del mismo, al recaer la salud de los trabajadores.

Asimismo, el burnout afecta aproximadamente al 40 % de la población laboral activa a nivel mundial; y que solo en la Unión Europea genera pérdidas por encima de los 20,000 millones de euros, producto del absentismo laboral consecuente de esta afectación. La tensión en el trabajo representa, en el mercado laboral de América del Norte, un gasto anual de 200 mil a 300 mil millones de dólares. “La tensión laboral es parte del 60 al 90 % de los problemas médicos. Los trabajadores que dicen sufrir de un fuerte estrés laboral, tienen un 30

% más de posibilidades de sufrir accidentes que aquellos con bajo estrés". (Velandia, 2011, Pág. 75)

Entre las causas que tienen su origen en el contexto actual, están la crisis económica global que ha hecho que aumenten los problemas económicos, el estrés laboral, la inestabilidad en el trabajo, el recorte del personal, mayor exigencia con menos salario. Además del aumento de la brecha entre lo económico y lo social, aunado a la inequidad y desigualdad, que siguen vigentes en países en vías de desarrollo, son factores que predisponen al burnout.

Los médicos residentes constituyen una población expuesta al síndrome, debido a la naturaleza de los programas de residencias médicas de los hospitales que funcionan como escuelas, son un modelo de formación basado en el aprendizaje en servicio hospitalario.

Después de 3 o 5 años, un médico residente egresa con una significativa cantidad de conocimientos, destrezas, actitudes y competencias, que lo han preparado para desarrollar la tarea médica en que se formó. Pero al mismo tiempo, en estos años experimentan un agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que los coloca como un grupo vulnerable a desarrollar el burnout.

Por la importancia del problema y los antecedentes que sugieren el aumento del síndrome, es necesario investigarlo con diferentes enfoques. El presente estudio es un diseño mixto que contempla una medición cuantitativa para determinar la prevalencia del síndrome y una cualitativa, con entrevistas en profundidad a médicos residentes del Hospital Roosevelt.

Además se diseñó una propuesta de intervención que surgió de las perspectivas de los médicos residentes acerca del síndrome, con el objeto de

reducirlo en estos profesionales, por lo que surgió la creación de un sitio web, para consulta y apoyo.

Las preguntas que se formulan son las siguientes:

1. ¿Cuáles son las principales características sociodemográficas asociadas al síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital Roosevelt?
2. ¿Cuál es el comportamiento del síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital Roosevelt?
3. ¿Cómo podría abordarse el síndrome de burnout desde la perspectiva de los médicos residentes del Hospital Roosevelt?

Objetivos

1. Determinar la prevalencia del síndrome de burnout en los médicos residentes del Hospital Roosevelt.
2. Describir las características sociodemográficas y laborales asociadas con síndrome de burnout en médicos del Hospital Roosevelt.
3. Identificar desde la perspectiva de los médicos residentes con síndrome de burnout, una propuesta de intervención para reducirlo.

Uno de los aportes del trabajo está en el uso de los resultados en la docencia hospitalaria y las acciones que se proponen para ser llevado por los directivos de los hospitales en unión con el Ministerio de Salud Pública, que funciona como ente rector de la salud en Guatemala.

Lo fundamental es el algoritmo en que se estudia el síndrome de burnout, con una metodología que puede ser aplicada en otras instituciones de salud y en diferentes contextos, con vistas a identificar la presencia del síndrome.

Fundamentos filosóficos de la investigación

Esta investigación se apoya en un enfoque cuantitativo y cualitativo. El paradigma cuantitativo está en relación directa con la recopilación de los datos cuantitativos, estadísticos y el uso de técnicas cuantitativas, que incluyen un proceso de medición, con datos numéricos, propiamente objetivos, que permitirá establecer el comportamiento del síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital Roosevelt.

El paradigma cualitativo identifica desde la perspectiva y sentir de los médicos, la realidad del síndrome, buscando hechos, causas y explicaciones, asumiendo una realidad dinámica, haciendo registros narrativos con las entrevistas en profundidad, que viene a enfatizar la subjetividad del sujeto en investigación. Por lo tanto, este enfoque es flexible, participativo, que permitirá el abordaje y propuesta de intervención que contribuya a la disminución del síndrome de burnout.

El presente trabajo está dividido en cinco capítulos. En el primer capítulo se describe el estado del arte del objeto-problema de la investigación, para establecer que este estudio, tiene originalidad en el enfoque cualitativo planteado porque no existen estudios científicos sobre este síndrome, que incluya entrevistas en profundidad en este hospital.

El segundo capítulo corresponde al marco teórico, que se inicia con la conceptualización del síndrome de burnout, sus principales factores de riesgo y los modelos explicativos. Se presentan algunas de las estrategias de intervención realizadas para la reducción de los efectos del síndrome, así como los diseños y resultados principales de intervenciones.

El capítulo tercero se describe el marco metodológico, que incluye el abordaje mixto de este estudio, especificando lo que se realizó con base en el diseño y los enfoques. El capítulo quinto lo constituye la discusión de resultados,

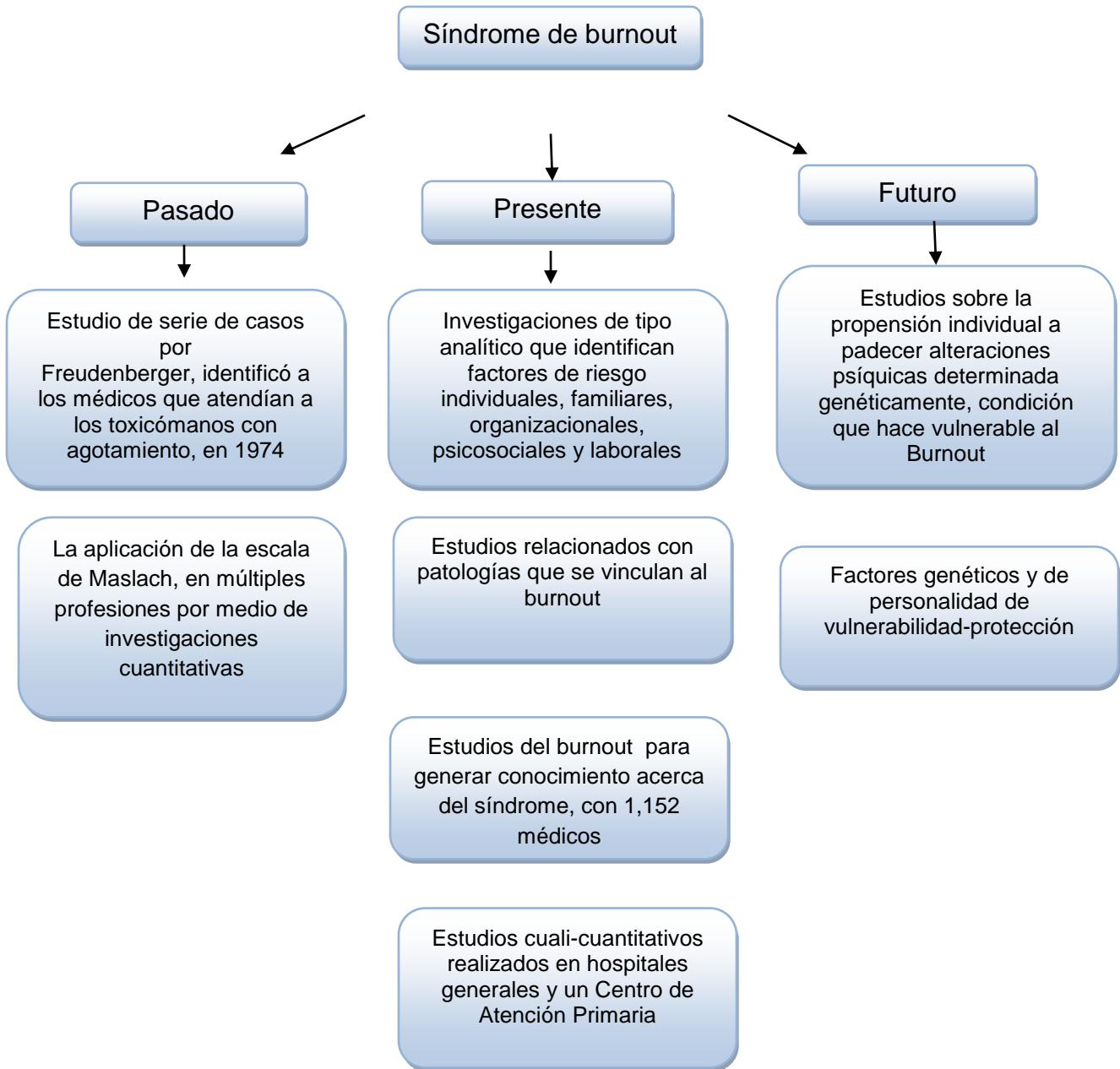
de acuerdo a los objetivos planteados, donde se aplicó el cuestionario autoaplicado de Maslach para determinar la prevalencia del síndrome de burnout a través de medir las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal; a la vez, se procedió a responder la encuesta sociodemográfica y laboral, parte del componente cuantitativo de la investigación.

Establecida la prevalencia del burnout, se procedió al uso del componente cualitativo con las entrevistas en profundidad, que fueron realizadas a los médicos residentes que participaron de manera voluntaria o por intención. De acuerdo a los datos obtenidos de las entrevistas, se diseñó una propuesta de intervención, la creación de un sitio web www.tengoburnout.com, basado en intervenciones psicosociales, con el uso de internet, cuyo objetivo radica en la comunicación, información y apoyo sobre el síndrome.

Además, se evaluó el sitio web con el modelo propuesto por Santoveña (2005, Pag.10) para espacios virtuales, que consideraba tres dimensiones: la calidad general del entorno, la calidad metodológica y la calidad técnica, que de acuerdo a los resultados obtenidos del sitio web, el 32 % de los usuarios presentaron el síndrome de burnout, mientras que un 7.4 % propensos, por contar con dos dimensiones altas, lo que indica el aumento del mismo, y finalmente se exponen las conclusiones y recomendaciones del estudio.

Con relación a los aspectos éticos de este trabajo, se asegura que el estudio fue aprobado por el Comité de Docencia e Investigación del Hospital Roosevelt, quien revisó el protocolo y el consentimiento informado, percatándose de que estuviera descrito el tipo de investigación, la información solicitada y la divulgación de los resultados con los médicos residentes seleccionados, así como la institución hospitalaria, cumpliendo con los principios éticos de la investigación.

Capítulo I. Estado del arte



Fuente: Elaboración propia con base en la revisión bibliográfica sobre el síndrome de burnout.

El síndrome de burnout desde hace varias décadas se ha incrementado, provocando el interés de los investigadores, por las repercusiones que tiene en la salud de los trabajadores y en especial de los médicos residentes que deterioran la calidad asistencial afectando a los pacientes. Inician con el ausentismo de sus labores y casos extremos las renuncias, representando costos para la institución.

Este capítulo presenta el desarrollo del síndrome de burnout, partiendo desde los primeros estudios realizados hasta los más recientes, trata parte del pasado, presente y lo que se está buscando para reducir el síndrome en un futuro.

En el año de 1974, un médico psiquiatra, Freudenberger, que trabajaba como asistente en la *Free Clinic* de Nueva York para toxicómanos, observó que después de un período de uno a tres años, la mayoría de los trabajadores que atendían pacientes presentaban pérdida de energía, falta de interés, poca motivación, provocando el agotamiento, con síntomas de ansiedad y de depresión.

(Freudenberger, 1974) “Este tipo de trabajo no tenía horario fijo, extenuantes horas de trabajo, salario bajo y un contexto social muy exigente, tenso y comprometido”. Por lo que describió a estas personas, menos sensibles, poco comprensivas, incluso agresivas con los pacientes, hasta llegar al cinismo, culpando al paciente de sus propias enfermedades.

Para describir esta conducta en los profesionales de la salud, Freudenberger le designó o eligió la palabra *Burnout* (“estar quemado”, “consumido”, “apagado”), término que se utilizaba para referirse a los efectos del consumo crónico de sustancias tóxicas de abuso. Garcés, (2010) era una palabra de uso común para los deportistas y artistas, cuando no conseguían los resultados esperados, pese al esfuerzo realizado.

Maslach, en 1976, estudiaba las respuestas emocionales de los empleados de profesiones que ayudaban a personas. Ella eligió el mismo término, “Burnout”, sin embargo, era utilizado por abogados californianos para describir el proceso

gradual de pérdida de responsabilidad y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo. Era una expresión con gran aceptación social, los afectados se sentían felices con este término.

El desarrollo teórico de este síndrome se plantea en dos enfoques conceptuales diferentes. El primero propuesto por Maslach y Jackson (1996) quienes lo definieron como una respuesta al estrés laboral crónico, y lo configuraron como un síndrome tridimensional, caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización, reducida realización personal; sin embargo, Smith y Nelson (1983), están en desacuerdo porque no es posible ofrecer una definición concisa del fenómeno, por la complejidad que implica este síndrome. El segundo enfoque se inicia con el trabajo de Pines *et al*, con la definición de un constructo unidimensional, correspondiente al agotamiento emocional.

Esta forma de conceptualizar el síndrome de burnout recibió una aceptación importante con el trabajo realizado por Shirom (2009), quien realizó una revisión de todos los estudios validados con el cuestionario auto aplicado de *Maslach Burnout Inventory*. A partir de este estudio se concluyó que el síndrome de burnout tiene que ver con pérdida de las fuentes de energía de los sujetos investigados, por lo que se puede definir como una combinación de fatiga física, cansancio emocional y cansancio cognitivo. Es importante resaltar que estos estudios permitieron establecer diferencia y confusión con otros términos establecidos.

Las primeras publicaciones realizadas que incluían a médicos, enfermeras, trabajadores sociales, profesores, policías y otros, destacaban que las causas principales del síndrome tenían relación directa con las personalidades de los individuos y no se enfatizaban las condiciones de trabajo. Se empezaron a popularizar los conceptos de prevención e intervención, dirigidos únicamente al “afrontamiento”.

Los estudios del burnout comenzaron a desarrollarse a mediados de la época de 1970 por investigadores de la salud laboral, preocupados por los

trabajadores que realizaban actividades exigentes, lo que llevaba a una disminución progresiva de sus niveles de rendimiento.

Además el término burnout perdió precisión conceptual, convirtiéndose en un “cajón de sastre” o un “cajón de desastre” sin consistencia científica. También enfatizó que el burnout era asociado a trabajo directo con personas, alta implicación emocional con el cliente o paciente, con alta demanda de exigencias adaptativas y bajas posibilidades de ejercer un control sobre esta situación. Mingote, (1998)

Los trabajos actuales de investigación son de enfoque cuantitativo, con mayor frecuencia descriptivos, y estudios analíticos son pocos, pero dentro de estos, se encuentra el estudio de fibromialgia y síndrome de burnout donde se ha demostrado que el cuerpo y la mente son muy importantes y que al tener problemas uno de ellos, provoca un desequilibrio en el organismo. Un estado de estrés crónico puede repercutir a nivel somático, combinándose enfermedades imprecisas, que al final son llamadas de diferente forma pero con la misma sintomatología.

Los resultados no son concluyentes, sin embargo, es importante que se sigan realizando estos estudios sobre el síndrome de burnout, porque se visualiza una línea de investigación que busca causas y origen para encontrar estrategias de prevención y dándole un enfoque holístico.

Otro estudio realizado en Córdoba, cuyo título es Burnout, variables fisiológicas y antropométricas, tenían como objetivo determinar las diferencias significativas al correlacionar cada uno de los componentes del burnout, que corresponden al agotamiento emocional, despersonalización y realización personal con variables fisiológicas y bioquímicas, como la presión arterial, glucemia y colesterolemia, así como el Índice de Masa Corporal IMC. , (Ranchal, 2008)

Este estudio fue con 186 profesores de secundaria, cuyo resultado importante destaca puntuaciones con una mejor realización personal a quienes tenían un índice de masa corporal más favorable. Esto coincide con planteado por Monte, quien asegura que mejor autoestima o imagen de uno mismo, se pueden proyectar hacia los demás y se sienten bien aunque su clima organizacional no cambie.

Además, en un estudio de personalidad y resiliencia en un cuerpo especial de la Policía Nacional de España, en esta investigación se analizaron los aspectos sociodemográficos, junto a los rasgos de personalidad, que están relacionados con el nivel de resiliencia colectivo. De los datos sociodemográficos utilizados fueron edad, estado civil, la educación, así como el nivel de resiliencia medida por factores epigenéticos combinando el sociodemográfico y la personalidad.

“Siendo los resultados más relevantes que la edad y el nivel educativo, correlacionan con la resiliencia, mientras que los casados o solteros no se observa diferencia alguna, es decir el estado civil no es determinante”.

La resiliencia ha sido considerada como factor protector que ha permitido afrontar el estrés y otras enfermedades, como el síndrome de burnout.

De igual forma, hay un estudio realizado en la Universidad de Albert en Canadá, cuyo objetivo era generar conocimiento acerca de la prevalencia del síndrome de burnout y determinar si existía alguna diferencia entre las especialidades de los residentes. Fueron encuestados un total de 1,152 médicos activos y jubilados, residentes. Los resultados demostraron que el 48 % de los encuestados estaban con fases avanzadas del síndrome, siendo la prevalencia en Canadá de 38-42 %, no se encontraron diferencias con relación a las variables sociodemográficas, ni en las especialidades.

Se observó que el síndrome estaba relacionado con la organización, la insatisfacción laboral, conflictos en el trabajo, baja productividad, lo que indica que el ser profesional de la medicina constituye un riesgo.

Ghieso realizó un estudio en dos hospitales generales y un centro de atención primaria de la Provincia de Buenos Aires, utilizó una metodología cuali-cuantitativa. Los resultados son el 22 %, 5 trabajadores con manifestaciones del burnout, siendo las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización las de mayor porcentaje, siendo el hospital local el más afectado. Se establecieron propuestas de solución como mejorar la remuneración y la implementación de espacios de formación.

El estudio sobre factores genéticos y de personalidad de vulnerabilidad-protección al estrés en una muestra de médicos internos residentes: aplicación y riesgos laborales. “La personalidad del individuo es un factor importante para el afrontamiento del estrés, en la medida que el sujeto interpreta la situación y las capacidades que tenga de afrontar el problema así será la respuesta al mismo”. (Muñoz, 2014 Pág. 57)

Por tanto, las diferencias individuales podrían estar relacionadas con mayor o menor capacidad de afrontamiento. Se utilizó el cuestionario de Personalidad y el Inventario de Temperamento y Carácter de Cloninger (*TCI*) y para el estudio genético se utilizaron los polimorfismos relativos.

Los resultados de este estudio demuestran que el funcionamiento interno de los hombres y mujeres es diferente en cuanto a algunas variables de personalidad y con relación a la genética en estudio, sin embargo, el resultado final es el estrés laboral en ambos.

Las investigaciones son más profundas y exhaustivas, con el único propósito de prevenir el estrés y por ende el síndrome de burnout, estos estudios se encaminan a buscar orígenes y expresiones de genes, que puedan ser detectados y de esa manera intervenir para evitar que se desencadene.

Capítulo II. Marco teórico

En años recientes, se ha considerado un fenómeno particular de estrés laboral que se denomina síndrome de burnout, mismo que ha adquirido importancia en los diversos ámbitos profesionales, especialmente en los trabajadores del área de salud. Por ello, los profesionales de la salud son quienes más aportan, lo mismo al funcionamiento de su institución que a la dinámica entre sus usuarios.

Por consiguiente, esta fundamentación teórica define el síndrome de burnout, y sus principales factores de riesgo. Además, los modelos explicativos que sustentan el síndrome de burnout y al que se adhiere la autora de este trabajo. Se presentan algunas de las estrategias de intervención realizadas para la reducción de los efectos del burnout, así como los diseños y resultados principales.

Es importante mencionar, la situación actual del Burnout en Guatemala incluyendo los estudios realizados en el país de manera general y los efectuados en el sector salud, proporcionando elementos importantes para el presente estudio, que es identificar las características asociadas al síndrome de burnout y una propuesta de intervención en los médicos residentes del Hospital Roosevelt.

2.1 El síndrome de burnout como problema de salud pública

En el ámbito de la salud en los años 70, surge el nombrar, conceptualizar y hacer un seguimiento analítico y comprensivo de un tema cada vez más importante: el síndrome de burnout. A este se vinculan diversas problemáticas que se relacionan con la calidad de los servicios de salud que se prestan, el cumplimiento de metas y objetivos de las instituciones encargadas de proveerlos, los problemas físicos y psicológicos presentes entre el personal de salud,

especialmente los médicos, y las consecuencias que para el sistema de salud representa en términos de su organización y funcionamiento.

Es importante señalar que el interés por la investigar el estrés laboral, se fundamenta de forma teórica; las diferentes formas de enfermar y de morir relacionadas directamente con el tipo de actividad laboral que se desempeña, es decir, que el trabajo tiene profundas implicaciones en las salud de los trabajadores, en este caso en lo que corresponde a los médicos residentes, que se desarrollan profesionalmente en el ámbito de la prestación de servicios de salud .

El tema de las repercusiones sobre la salud de los trabajadores emerge por el tipo de actividad que se desempeña, siendo el estrés laboral crónico, el inicio para el diagnóstico de enfermedades físicas y psicológicas; de allí el interés por el síndrome de burnout que bajo esa connotación y en términos sociales y filosóficos lo presenta como expresión de un enfrentamiento entre el sujeto colectivo y las formas y condiciones de vida que le son impuestas, con particular referencia a la organización y a los procesos de trabajo propios de modelos de organización institucional que desde su nacimiento con la revolución industrial, llegan hasta nuestros días a partir del dominio de particulares esquemas de organización y administración del trabajo productivo. (Ramírez, 2005; Elliott, 1995; Basaglia, 1980; Spielberg, 1980)

Por ello se inicia la conceptualización teórica del síndrome de agotamiento profesional o burnout, que inicia como un término que traducido al castellano significa “estar o sentirse quemado por el trabajo, agotado, sobrecargado, exhausto”. Fue descrito por primera vez por el psicoanalista Herbert J. Freudenberger en 1974; a partir de observar cambios en él y en otros profesionales (psicólogos, consejeros, médicos, asistentes sociales, enfermeros, dentistas). Observó que después de cierto tiempo estos profesionales perdían mucho de su idealismo y también de su simpatía hacia los pacientes,

principalmente en los profesionales de servicio o de ayuda, cuya actividad va dirigida hacia otras personas. (Freudenberger, 2010, Pág. 161)

Estas observaciones fueron ratificadas por Cristina Maslach, que en 1976 denominó al síndrome como de desgaste profesional o Burnout, al observar un cuadro clínico que se caracterizaba por muestras de sufrimiento y desgaste emocional en los trabajadores que tenían una profesión y trabajo "de ayuda a los demás" y en contacto directo con el público. Así, este síndrome ha pasado a ser de interés debido a los trabajos realizados por Maslach.

El burnout o síndrome de estar quemado, hace referencia a la respuesta al estrés laboral crónico que se produce principalmente en el marco laboral de las profesiones que se centran en la prestación de servicios. En estos ambientes se encuentran profesionales sanitarios como médicos, enfermeras, profesionales de la educación, los profesores, maestros, educadores o cuidadores y psicólogos, trabajadores sociales, funcionarios de prisiones, policías. "Todas las profesiones mencionadas, se han considerado como los colectivos ocupacionales más proclives al desarrollo del Burnout posicionándose como un problema actual de salud pública". (De las Cuevas, 2003, Pág. 108)

Los médicos son uno de los grupos más afectados, la atención que los pacientes demandan de los médicos requiere de un control mental y emocional mucho más riguroso, debido a la exposición a múltiples agresiones, a la manipulación de sujetos con diagnósticos sombríos, a la necesidad de brindar cuidados intensivos y prolongados. "Muchas de estas exigencias se traducen en estados de sobrecarga y susceptibilidad a las emociones de otros, como pacientes, familiares, y compañeros, dejándolo más vulnerable al estrés emocional lo que repercute en la calidad de atención". (Espineta, 2000, Pág. 124)

2.2 Principales factores de riesgos asociados al burnout

Según referencias emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), tanto los accidentes como las enfermedades laborales van en aumento. (Gil-Monte, 1999)

La OMS consideraba que los trabajadores estaban expuestos a sufrir riesgos a la salud debido a las condiciones inseguras con las que trabajan día a día. “La presencia y la percepción que el trabajador tiene de que estos riesgos laborales junto con otros estresores extra laborales (personales, sociales,) afectan su salud se conoce como factores psicosociales laborales”. (Sos Tena, 2002)

Los factores de riesgo del burnout en el personal sanitario están ligados, en mayor medida, con el ambiente psicosocial del trabajo (sobrecarga de trabajo, presión de tiempo, insatisfacción laboral, falta de recompensas profesionales, contacto con el sufrimiento y la muerte, relaciones difíciles con los pacientes y sus familiares, insuficientes recursos materiales, falta de autonomía) que con los factores personales (carácter, estrategias de afrontamiento). (Flor, 2012)

Diferentes estudios han puesto de manifiesto el impacto negativo de estos factores de riesgo psicosocial sobre el síndrome de desgaste profesional en los médicos especialistas. En el Estado español los estudios sobre el Burnout en personal médico son un ejemplo de esto, pero normalmente se han aplicado a una especialidad concreta o desarrollada en un ámbito geográfico reducido. (Schaufeli, 1999)

No obstante, es preciso reconocer e identificar qué factores proporcionan satisfacciones de manera individual, en la familia y el entorno laboral, para evitar el apareamiento del burnout y en especial a la población de los médicos residentes.

2.2.1. Entorno familiar

Son muy diversos los estudios que reúnen multitud de variables para dar con un perfil característico de personas susceptibles de padecer un síndrome de “burnout”. Los datos analizados no acaban de dibujar un prototipo único, pero sí parecen coincidir en algunos puntos que delimitan ciertos factores destacados.

La percepción de su entorno familiar es uno de los factores determinantes, las relaciones familiares con el cónyuge, sus hijos, y la percepción del cónyuge con relación a los estudios del profesional. Sin embargo la literatura evidencia que las personas que tienen hijos presentan mayor realización personal.

2.2.2. Entorno laboral

Los turnos y el horario laboral de los profesionales pueden conllevar a la presencia del síndrome, aunque aún no existe claridad para este criterio. Sobre la antigüedad profesional, se ha encontrado que los sujetos con burnout acaban por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo son los que presentan menos el síndrome.

La sobrecarga laboral es un factor que produce una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por los trabajadores tanto cualitativa como cuantitativamente; aunque no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes, así como el salario y la aparición del burnout.

El deterioro de las relaciones en el trabajo con aumento de conflictos, incremento de la insatisfacción laboral, propensión al abandono y absentismo, con las consecuentes pérdidas de eficacia y eficiencia e implantación inadecuada de nuevas políticas laborales, deterioro de la calidad del servicio, con insatisfacción

de los usuarios, pérdida de compromiso con la organización y del sentido de pertenencia, aumento de rotación laboral, incremento de accidentes provoca el riesgo de padecer burnout. (Glorio, 2011. Pág. 76)

2.3 Modelos explicativos sobre el síndrome de burnout

Los modelos elaborados desde consideraciones psicosociales para explicar el síndrome de quemarse por el trabajo pueden ser clasificados en tres grupos: Gil Monte y Peiró. El primer grupo incluye los modelos desarrollados en el marco de la *teoría sociocognitiva del yo*. Se caracterizan por otorgar a las variables de autoeficacia, autoconfianza, autoconcepto, un elemento vital para explicar el desarrollo del síndrome. Uno de los modelos más representativos de este grupo es el de competencia social de Harrison que asegura que la competencia y la eficacia percibida son variables clave en el desarrollo de este proceso. (Harrison citado por Gil- Monte, 2001. Pag.3)

Altos niveles de motivación, sumados a la presencia de factores de ayuda (objetivos laborales realistas, buena capacitación profesional, participación en la toma de decisiones, disponibilidad y disposición de recursos) aumentan la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social del individuo. Por el contrario, los factores barrera (ausencia de objetivos laborales realistas, disfunciones del rol, ausencia o escasez de recursos, sobrecarga laboral, conflictos interpersonales) dificultan la consecución de los objetivos, disminuyen los sentimientos de autoeficacia y, con el tiempo, dan lugar al origen del síndrome de quemarse por el trabajo.

Un segundo grupo recoge los modelos elaborados desde las *teorías del intercambio social*. Consideran que el síndrome de quemarse por el trabajo tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. Por ejemplo, para Buunk y Schaufeli el síndrome de quemarse por el trabajo tiene una doble etiología: los

procesos de intercambio social con las personas a las que se atiende y los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros del trabajo. (Salanova, 2000, Pág. 118)

Con relación a los procesos de intercambio social, identifican tres fuentes de estrés relevantes: la incertidumbre, la percepción de equidad, y la falta de control. En relación con los procesos de afiliación social y comparación con los compañeros, es crucial en el desarrollo del síndrome la falta de apoyo social en el trabajo por miedo a las críticas o a ser tachado de incompetente. Los profesionales de salud pueden rehuir el apoyo social porque puede suponer una amenaza para la autoestima.

El tercer grupo considera los modelos elaborados desde la *teoría organizacional*. Estos incluyen como antecedentes del síndrome, las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Son modelos que se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse. Un modelo característico de este grupo es el propuesto por Winnubst, que resalta la importancia de la estructura, la cultura y el clima organizacional como variables clave en la etiología del síndrome. (Winnubst, citado por Gil-Monte, 2001. Pág. 6)

Los antecedentes del síndrome varían con dependencia al tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social. Pero, en las burocracias profesionalizadas, por ejemplo hospitales y centros de salud, el síndrome está causado por la relativa laxitud de la estructura organizacional que conlleva una confrontación continua con los demás miembros de la organización, que origina disfunciones en el rol y conflictos interpersonales.

Otras teorías: entre las variables psicosociales relacionadas al burnout, se encuentra la falta de control y autonomía en el propio trabajo, relaciones interpersonales tensas, ambigüedad del rol, clima organizacional y estilos de liderazgo inadecuados, apoyo organizacional insuficiente, relaciones inadecuadas

con los compañeros, rigidez organizacional, desafío mínimo en el trabajo, autonomía reducida en el trabajo, escasa comunicación, propuestas por Moreno. (Moreno, 2004, Pág. 66)

De las aproximaciones teóricas propuestas por Gil Monte, que las divide en tres grupos, a partir del individuo, su campo social y la organización, se delimita el quehacer humano, y en este caso de los trabajadores que tienen contacto con usuarios o bien pacientes, los cuales están expuestos a riesgos laborales, por lo que el autor se identifica con estos modelos que son muy integradores.

En esta investigación se utilizó el modelo propuesto por Maslach, que lo describe como un modelo tridimensional: el agotamiento emocional, despersonalización y la satisfacción laboral. En la literatura revisada, la mayoría de trabajos que diagnostican el síndrome de burnout, han empleado este modelo desde hace varios años con resultados satisfactorios, por lo que la autora se adhiere a estas definiciones teóricas.

2.3.1. Perspectivas de estudio del burnout

Manassero propone tres perspectivas diferentes desde las cuales se ha estudiado el síndrome de burnout. Una, la psicosocial, planteada por Maslach y Pines, que pretende explicar las condiciones ambientales en las cuales se origina el burnout, los factores que ayudan a mitigarlo (especialmente el apoyo social) y los síntomas específicos que caracterizarían el síndrome, fundamentalmente de tipo emocional, en las distintas profesiones. Además, en este enfoque se desarrolló el instrumento de medición más ampliamente utilizado para evaluar el síndrome, el *Maslach Burnout Inventory (MBI)*.

Otra, es la perspectiva organizativa, que se centra en que las causas del burnout se originan en tres niveles distintos: el individual, el organizativo y el social. El desarrollo del mismo genera en los profesionales, respuestas al trabajo, que no tienen que aparecer siempre, ni juntos, como la pérdida del sentido del

trabajo, idealismo y optimismo, o la carencia de simpatía y tolerancia hacia los clientes e incapacidad para apreciar el trabajo como desarrollo personal.

Por último, está la perspectiva histórica, producto de los estudios realizados por Saranson sobre las consecuencias de los rápidos cambios sociales en Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial en el trabajo y las condiciones laborales.

Estas perspectivas expuestas, considera la autora que se pueden complementar, porque son integradoras e inherentes al ser humano, como el aspecto psicosocial, fundamental para que se desarrolle el síndrome o no se desarrolle el síndrome, y la parte que incluye el clima organizacional al cual es ajeno a la estructura organizativa, no así a las expectativas dentro del trabajo y donde se puede mejorar de cierta manera. Es importante destacar que los procesos históricos de la humanidad han marcado el pleno desarrollo del individuo en el campo personal, profesional y en su contexto, de ahí que se agudicen las secuelas de cada cambio social y provoquen enfermedades como las ocupacionales, estrés y el síndrome de burnout.

2.4 Estrategias de intervención en burnout

Diseños y resultados

Las intervenciones diseñadas para burnout o “desgaste profesional” se dirigen específicamente al ámbito organizacional y al individual. Las medidas organizacionales suelen ser cambios en los procedimientos como reestructuración de tareas, evaluación del trabajo para reducir las demandas y aumentar el control.

Las medidas individuales suelen dirigirse a mejorar la competencia emocional del trabajador y las capacidades de afrontamiento y apoyo social. Una reciente revisión de los programas de intervención en Burnout, recoge una breve descripción y evaluación de los mismos, indicando el nivel de evidencia de cada

uno, donde las intervenciones que conjugan un enfoque individual con el organizacional, son más eficaces que las que se dirigen a uno solo de esos aspectos. (Awa, 2010, Pág. 184)

Otros resultados concluyen que las intervenciones basadas en la comunicación, pueden ser efectivas en la reducción de burnout, estrés y síntomas generales en personal sanitario.

En el presente estudio se propone una intervención para reducir el burnout en médicos residentes, por lo que se define de la siguiente forma: “Cualquier actuación planificada que pueda ser evaluada, y que tiene por objeto disminuir la vivencia subjetiva de estrés o de alguno de sus correlatos”. (Marine, 2008)

Se puede utilizar la clasificación de las intervenciones en los tres niveles clásicos de la prevención (primaria, secundaria, terciaria) o bien, sobre quien actúa. Las “individuales, que son aquellas que buscan mejorar las capacidades personales de afrontamiento a las condiciones laborales estresantes a través del entrenamiento en habilidades organizativas, relacionales o mejorar la respuesta psicofisiológica de relajación en condiciones de estrés. Las otras son las organizacionales, que tienen por objetivo modificar algunas de las condiciones de trabajo causantes de la tensión de los trabajadores.

En las revisiones sobre intervenciones preventivas en el campo del estrés laboral se encuentran una serie de puntos en común: “Existe una gran variedad por lo que debe existir la calidad del diseño de la evaluación, con un predominio de los diseños metodológicos que deben fortalecerse y que lleven un seguimiento no más de un año”.

En general, las intervenciones dirigidas al individuo son más abundantes, obtienen un efecto mayor y los estudios tienen mejor calidad metodológica y por tanto, mayor validez interna. Las variables que parecen obtener mayor efecto, sea cual sea el tipo de intervención, son la satisfacción laboral y el absentismo. No se

observan efectos negativos. Las mejores intervenciones deben enfatizar la participación y estar basadas en el análisis de los problemas más acuciantes, además, deben implicar, tanto intervenciones dirigidas a la persona, como a la organización.

Otras intervenciones que han funcionado como herramientas para que los individuos se transformen en agentes de cambio social y que incrementen el control sobre los recursos tecnológicos es el internet. El uso de esta tecnología ha permitido la creación de espacios virtuales dentro de una plataforma, siendo una de las estrategias de intervención psicosocial, como lo presenta Santolaya (2007, Pág. 163) en su estudio “Internet y cambio comunitario en un barrio empobrecido de Chicago”, se realizó a través de un programa de investigación – acción participativa.

Los sujetos de estudio fueron líderes comunitarios a quienes se les capacitó sobre cómo bajar información, usar la web y comunicarse con otros líderes. Se instalaron centros de internet en su comunidad, que permitieron y aseguraron el éxito de la red.

Dentro de su evaluación se evidencian 450 historias narrativas, 557 correos que circularon en la red. Esta estrategia permitió la diseminación de la información sobre eventos comunitarios y permitió la comunicación frecuente entre los líderes. (Santolaya 2007, Pág. 165)

Es importante considerar estos tipos de intervenciones, porque le permite al individuo encontrar apoyo e información precisa para cubrir sus necesidades inmediatas. Estas habilidades obtenidas le permiten controlar los recursos disponibles para aumentar su calidad de vida, y en especial el caso de médicos residentes quienes frecuentemente adolecen de tiempo para su propio cuidado, de

de tal forma que este estudio y la propuesta de intervención pueden dirigirse en esta línea de intervención para reducir el síndrome de burnout.

2.5 Estudios acerca del síndrome de burnout

La tendencia de las organizaciones a constituirse como entidades socialmente responsables demanda que además de cuidar el impacto de las organizaciones en las comunidades en las que desarrollan sus operaciones, trabajen con sus sistemas internos para promover condiciones laborales sanas que promuevan la adecuada integración de los individuos en el ambiente productivo en que laboran.

Existen diversos estudios auspiciados por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), países como Alemania y Finlandia, que muestran la relación entre el incremento de los costos de salud y laborales con la presencia de estrés laboral y Burnout en sus organizaciones.

Destacan las estadísticas en Alemania, que muestran que el 7 % de las jubilaciones anticipadas se deben a trastornos emocionales derivados del estrés, y el ausentismo relacionado con este fenómeno tiene un costo que supera los 2,500 millones de euros. (García, 2005. Pág. 4)

En Austria, el 13,9 % de hombres y el 22,6 % de mujeres sufren de invalidez y se han jubilado debido a enfermedades neurológicas y psiquiátricas. En Luxemburgo, el 17 % de días de enfermedad son causados por problemas psicosomáticos. Los desórdenes mentales fueron la principal causa de incapacidad (32 %) en los Países Bajos. Los costos estimados del trabajo relacionado con las enfermedades psicológicas fueron de 2,26 millones de euros en un año. Particularmente en Suecia, el 14 % de 15, 000 trabajadores reportaron enfermedades relacionadas con el estrés y la tensión mental. (Martínez, 2005, Pág. 82)

En los últimos 10 años, la prevalencia de renuncias por enfermedades en el trabajo debidas al estrés ha sido uno de los problemas principales de las sociedades occidentales. “En Holanda, por ejemplo, el porcentaje de trabajadores que recibió compensación por discapacidad debido a factores del estrés fue de un 21 % a 50 % entre 1981 y 1999”. (Martínez Lugo, 2006)

En España, una sentencia reconoce que el "síndrome del quemado" es un accidente laboral. El Tribunal Superior de Justicia de Cataluña (TSJC) ha reconocido que el síndrome del quemado o burnout es un accidente laboral, en una sentencia en la que confirma la incapacidad permanente absoluta concedida a una maestra de Barcelona. La mutual del colegio privado concertado en el que trabajaba la mujer recurrió la decisión del tribunal de primera instancia al entender que la dolencia de la maestra no se debía a un accidente laboral porque no estaba clara "la relación causal entre el trabajo y su enfermedad". (Tejero, 2013. Pág. 54)

Sin embargo, el escrito del TSJC aclara que este tipo de dolencias "se gestan de una forma lenta y acumulativa" pero también "se relacionan directamente con el trabajo". El "síndrome del quemado" se define como agotamiento físico, emocional y mental motivado por acumulamiento de estrés. En opinión del tribunal, en este caso el síndrome del burnout ha afectado a la profesora "estando en el trabajo y como consecuencia del mismo" y le ha ocasionado "un deterioro que actualmente no le permite la actividad laboral".

Por este motivo, el tribunal reconoce la incapacidad permanente absoluta de la profesora para continuar su labor docente y condena a la mutual del centro escolar en la que trabajaba la profesora a abonarle una pensión del cien por cien de su base reguladora. (Tejero, 2013. Pág. 55)

A pesar de las innumerables sentencias, la legislación española no contempla en estos momentos el estrés como accidente de trabajo. La Ley

General de Seguridad Social considera accidente laboral "...la enfermedad que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo lugar por causa exclusiva de la ejecución de éste". Algunas de las resoluciones pioneras respecto al burnout en los inicios de la década de 2000, reconocieron el derecho de algunos trabajadores a percibir plusones de penosidad y peligrosidad ante el riesgo de desarrollar burnout, es decir, realizar el trabajo en circunstancias excepcionales, con actividades dificultosas y a la vez la existencia de un riesgo adicional, debido a la inseguridad de su desempeño ante un eventual ataque o daño. (Martínez, 2005)

Estudios publicados en el "*Annals of Internal Medicine*", el 75 % de los doctores de EE.UU. sufren de burnout; desde su primer año de práctica de la medicina presentaron síntomas como depresión, cinismo y bajos niveles de satisfacción personal, demostrándose que todos estos factores afectan directamente la salud física de los profesionales médicos. (Shanafelt, 2002. Pág. 58)

El burnout ha sido investigado en diferentes poblaciones de trabajadores tal es el caso de un estudio de Aranda (2010) realizado en México, con Agentes de Vialidad, 875 hombres y mujeres, con una prevalencia del burnout de 54.9 %. Esto es alarmante, porque se dice que la mitad de la muestra presentó burnout, que según el estudio se debe a diversos factores pero especialmente a las redes viales del país.

En la Ciudad de Pereira, Colombia, se llevó a cabo una investigación con docentes médicos, los cuales presentaron una prevalencia del 45% promediando las tres dimensiones del burnout. Este resultado es alto en el campo de la educación superior, por lo que el autor considera, que los profesionales que trabajan en el sector de salud, son los más afectados según la literatura, en comparación con los que laboran en otros sectores. Por su parte el 32.7 % de los profesores de secundaria de Lima Metropolitana presentan niveles altos de

burnout. Existe más Burnout en los profesores de educación primaria 43.2 %. (Delgado, 2003, Pág. 32)

De estos resultados se puede inferir, que a pesar de ser países en vías de desarrollo, el aumento en la prevalencia del burnout es evidente, lo que demuestra la necesidad e importancia de su estudio, ya que los mismos identifican a la población más vulnerable sobre la cual se debe intervenir, y toman en consideración los factores de riesgo más relevantes.

En un hospital de Valencia, España, los residentes de medicina interna tenían la despersonalización de 17,8 %, el agotamiento emocional de 7,1 % y la falta de realización profesional de 23,2 %. Estos indicadores se asociaron a ser soltero, estar insatisfecho con el trabajo y pobre reconocimiento por parte de los pacientes y sus jefes. En España, 1 de cada 4 médicos, padece burnout. (Belloch, 2000)

El síndrome burnout en médicos hispanoamericanos, tuvo una prevalencia en los profesionales residentes en España de 14,9 %; del 14,4 % en Argentina, y del 7,9 % en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5 % y 5,9 %. Por profesiones, medicina tuvo una prevalencia del 12,1 %, enfermería del 7,2 %, y odontología, psicología y nutrición tuvieron cifras inferiores al 6 %. Entre los médicos el burnout predominaba en los que trabajaban en urgencias (17 %) e internistas (15,5 %), mientras que anestesistas y dermatólogos tuvieron las prevalencias más bajas (5% y 5,3 %) respectivamente. (Grau, 2009, Pág. 215)

En México, en el Hospital General “La Raza”, que cuenta con 168 residentes de las Especialidades de Urgencias, Pediatría, Medicina Interna, Anestesiología y Cirugía se encontró que hasta el 23 y 17 % de los mismos tiene niveles altos de despersonalización y cansancio emocional respectivamente, aunque prácticamente en todos los individuos se encontraban presentes, así como

que las especialidades más afectadas fueron las de urgencias y pediatría. (Luna, 2006)

Por su parte, en Argentina, Ciudad de Corrientes, se estableció la presencia del burnout, en médicos de hospitales públicos en el 2004, los resultados obtenidos fueron en el sexo femenino, un total de 22 profesionales (25 %) en la categoría cansancio emocional; con respecto a edades el grupo 1 (25-34 años) resultó ser el más afectado, con un total de 36 profesionales (45 %). (Álvarez, 2005)

En Cuba, en La Habana, se efectuó un estudio en los niveles primario y secundario de atención, que presentó los siguientes resultados: prevalencia de burnout del 30 % en el total de los trabajadores estudiados, enfermeros y médicos del nivel primario de atención, por ese orden, los más afectados por el síndrome. (Hernández, 2003. Pág. 103)

La autora observó que en la mayoría de las investigaciones revisadas se utilizó el cuestionario de Maslach para determinar la presencia del burnout. Aunque es importante señalar que cada uno de los países presenta diferentes sistemas económicos, políticos y un sistema de salud en algunos casos eficiente, la prevalencia del burnout oscila del 2.5 % hasta el 30 %, lo que indica que va en aumento.

2.6 Síndrome de burnout en Guatemala

Aspectos laborales

El derecho a la vida y a la integridad física y psíquica o moral de toda persona y, por ende, de la persona que trabaja se reconoce en los dos primeros Artículos de la Constitución Política de la República. En efecto, el Artículo 1 claramente asienta: el Estado de Guatemala se organiza para proteger a la persona y a la familia; su fin supremo es la realización del bien común. El Artículo

2 agrega: es deber del Estado garantizarle a los habitantes de la república, la vida, la libertad, la justicia, la seguridad, la paz y el desarrollo integral de la persona. (Constitución Política de la República de Guatemala, 1986).

Lo anterior se refleja también en la legislación laboral, especialmente en sus aspectos doctrinarios que señalan que el trabajador como persona que es, tiene derecho a que se le respete como tal, pues el hecho de que preste servicios y se someta a determinados lineamientos del patrono, no implica una disminución de sus derechos intrínsecos como persona. Ello implica que el patrono debe abstenerse del maltrato, de palabra o de obra. Este es un principio básico de las relaciones laborales.

Al respecto, el gobierno de Guatemala ya ha considerado el tema en el nuevo paradigma de los factores psicosociales. Sienta sus bases en los Acuerdos de Paz firmados en 1996 y hace énfasis en que los ciudadanos gocen de una formación en valores de convivencia, respeto, tolerancia, solidaridad, responsabilidad y honestidad, entre otros.

Uno de sus fundamentos lo constituye el desarrollo personal en cuanto a las características culturales y los procesos participativos que favorecen la convivencia armónica. Uno de sus fines es la transformación, resolución y prevención de problemas mediante el análisis crítico de la realidad.

En el Código de Trabajo se establece claramente que el sector patronal está obligado a adoptar las precauciones necesarias para proteger eficazmente la vida, salud y moralidad de los trabajadores. El Artículo 137 dice: “Se prohíbe la discriminación por motivo de sexo, raza, religión, credos políticos, situación económica, por la naturaleza de los centros en donde se obtuvo la formación escolar o académica y de cualquier otra índole para la obtención de empleo en cualquier centro de trabajo”. (Código de trabajo decreto 1441,1986)

Es importante señalar que dentro del Marco Jurídico a nivel internacional que vela por los derechos de los trabajadores, Guatemala ratifica los diferentes convenios que se tienen con la Organización Internacional del Trabajo –OIT-. ¿Por qué es importante, retomar este Código? Pues porque el estrés y el síndrome de burnout están catalogados como problemas de salud de tipo ocupacional, por lo que el clima organizacional es fundamental para que el individuo goce de salud dentro de las instituciones de trabajo.

Además, el país cuenta con un Código de Salud que en su artículo 4, asegura la prestación de los servicios de salud a toda persona guatemalteca en forma gratuita, y de leyes que promueven el derecho a la salud, son el Convenio 169 y el Pacto internacional de Derechos Sociales, Económicos. (Código de salud, artículo 4, 1998)

Para la población, el derecho a la salud significa que se les provea servicios de salud cuando los necesiten, es decir, cuando exista una emergencia o una enfermedad y no esperar que los servicios públicos decidan llegar a la comunidad. Implica que cuando se atiende a una persona enferma, sea atendida por el personal de salud, el que a la vez debe tener los insumos necesarios tanto materiales, físicos, como psicológicos para brindar una excelente atención.

En las legislaciones vigentes se considera que el médico, enfermera, inspector sanitario y demás personal es un trabajador que está sometido de manera directa a riesgos psicosociales, por ende el estrés y el burnout. (Código de salud, artículo 4, 1998)

En Guatemala, los estudios sobre el síndrome de burnout, no son numerosos, pero dentro de los más relevantes está el realizado a 90 profesores de centros educativos nocturnos del sector oficial de la ciudad de Guatemala, con una prevalencia de 62 %. (Vargas, 2009) los docentes también son vulnerables al burnout, porque dentro del contexto guatemalteco, las inequidades y

desigualdades los sitúan como una población, a la que se le presta poca atención, ya que la realidad demuestra que trabajan más de ocho horas diarias.

Dentro de las investigaciones realizadas en el sector salud, en Guatemala, de 168 personas entre médicos residentes especialistas y enfermeras del Hospital Centro Médico de la zona 10, año 2008, se obtuvo el resultado en la incidencia de Burnout de 2.3 %. (Valencia, 2007). En el año 2010, en la ciudad de Guatemala, en el Centro Médico Militar con médicos residentes, médicos especialistas y médicos supraespecialistas, el resultado fue un total de 157 médicos, con una prevalencia de burnout del 17 %. (Palacios, 2010)

En el estudio realizado en el Hospital de Salud Mental de Guatemala en el 2011, la prevalencia del síndrome de burnout presentó los siguientes resultados en 94 trabajadores divididos en dos grupos: grupo A médicos, enfermeras graduadas y auxiliares de enfermería, con 12.24 %, y grupo B, que incluía intendencia, seguridad y administradores con 15.8 % es el grupo de atención indirecta al paciente el más alto. (Ochomogo, 2011, Pág. 11)

Estas investigaciones son el reflejo del comportamiento del burnout en médicos residentes con especialidades y el personal de enfermería. Los resultados han sido diversos y aunque realizados en la ciudad capital de Guatemala, las prevalencias varían con un margen considerable. Es importante señalar que estos estudios han propuesto estrategias de intervención.

2.6.1. Situación actual y necesidad de su abordaje

Existe una preocupación creciente por la presencia del burnout en médicos, pues se manifiesta como la amenaza más seria que acecha la salud de estos profesionales, que afecta su calidad de vida y su rendimiento. Sin embargo, la preocupación no es casual; comúnmente se imagina a los médicos como invulnerables en su profesión y protegidos del estrés, lo que es difícil reconocer,

ya que las características de su profesión son altamente exigentes tanto intelectual como actitudinal y emocional.

Por la importancia del apareamiento de este síndrome, en este estudio se determinará el comportamiento del burnout y la propuesta de una intervención que surja desde la perspectiva de los médicos residentes del Hospital Roosevelt inscritos en la Escuela de Estudios de Postgrado de Facultad de Ciencias Médicas.

2.7 Consideraciones finales

Es necesario enfatizar que en el caso de la prestación de los servicios médicos, el problema del estrés ha llamado la atención por la repercusión que tiene sobre la calidad de atención medicofarmacológica que se dispensa en consultorios, clínicas, hospitales, específicamente al trabajador institucional que utiliza estos servicios de salud.

Así mismo, los médicos residentes que laboran en hospitales nacionales se han visto afectados por el estrés, y ha surgido desde los años 70 el llamado síndrome de burnout, que ha dado respuesta a las manifestaciones emocionales negativas y las manifestaciones de malestar físico que padece el médico.

Por ello se investiga sobre el síndrome y, en Guatemala, las investigaciones no son numerosas, de tal manera que el presente estudio, adherido al concepto de Cristina Maslach sobre el síndrome de burnout en su modelo tridimensional que incluye agotamiento emocional, despersonalización y la realización personal, posibilita medir el comportamiento y características sociodemográficas principales del burnout, que permitirán que el médico con burnout participe en una propuesta de intervención que emerja de la percepción de los mismos en cuanto al síndrome.

El trabajo también aporta un algoritmo de estudio del síndrome de burnout que puede ser aplicado por otras instituciones de salud con vistas a identificarlo y reducirlo.

Capítulo III. Marco metodológico

En este capítulo están descritos los lineamientos que permitieron la ejecución de esta investigación, siendo un estudio mixto, se desglosan las técnicas, procedimientos, presentación, discusión y análisis de tipo cuantitativo y cualitativo utilizados.

3.1 Contexto

El presente estudio se realizó con médicos residentes del Hospital Roosevelt de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala. De ellos se incluyeron los médicos residentes de las Maestrías de Anestesiología, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Interna, Oftalmología, Ortopedia y Traumatología, Patología, Pediatría, Radiología e Imágenes. El trabajo se ejecutó durante los meses de febrero a agosto del año 2013.

3.2 Tipo de Investigación

De acuerdo a las diferentes clasificaciones de investigaciones, se encuentran los estudios observacionales, que incluyen los descriptivos, que caracterizan un fenómeno en cierto tiempo, lugar y persona, y sirven como fundamentación para las investigaciones analíticas. Por lo que utilizó un diseño descriptivo, que permitió la caracterización de la muestra estudiada través del Cuestionario de Maslach y encuesta socio demográfica y laboral, y se determinó la prevalencia del síndrome de burnout, así como las características sociodemográficas de los médicos residentes del Hospital Roosevelt.

Debido a que es un estudio mixto, la segunda fase lo constituyó el diseño fenomenológico, incluido en la clasificación de la investigación cualitativa, que considera que el conocimiento es el resultado de una dialéctica entre el sujeto que

investiga, con el sujeto de estudio, de donde emanan las percepciones e interpretaciones de sus vivencias con relación al síndrome. Para ello se utilizó la entrevista en profundidad que realizaron los médicos residentes a los que se les diagnosticó burnout y que aceptaron las entrevistas en profundidad, previo consentimiento informado.

3.3 Universo y muestra

Es el total de médicos que cursan la residencia en cualquier año de los Programas de Maestría, en el Hospital Roosevelt, Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, durante el período de febrero a agosto del 2013, que aparecieron inscritos en el marco muestral.

Al no conocer la prevalencia del burnout en el hospital sede, se utilizó el 50 %, siguiendo la recomendación que sugiere Hernández (2006) cuando no se conoce la proporción del fenómeno estudiado: se utiliza la regla, con un nivel de confianza al 95 % y una precisión del 5 % con una muestra, $n= 163$ del total 280 residentes.

3.3.1. Tipo de muestreo en la etapa descriptiva: aleatorio simple para la selección del primer sujeto y posteriormente aleatorio sistemático de acuerdo al intervalo determinado.

- Calculando el intervalo de selección

$IS= \text{Tamaño de la población} / \text{Tamaño muestral}$

$IS= 280/ 163 = \text{aproximado a cada } 8$

- Calcular el arranque aleatorio, $R =$ un número aleatorio entre 1 y el 5, que corresponde al número 3

- Se seleccionó al médico residente a partir del arranque aleatorio sistemático.

3.3.2. Tipo de muestreo en la etapa del estudio cualitativo

Muestreo por conveniencia que incluyó a los residentes que presentaban el síndrome, que ascendió a 26, de los cuales solo participaron 6.

3.4 Operacionalización de variables

Para determinar la prevalencia del síndrome de burnout en los médicos residentes del Hospital Roosevelt, se utilizó el cuestionario autoaplicado de se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales Maslach, que incluye las siguientes dimensiones: agotamiento emocional (Anexo1)

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES			
VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA	DESCRIPCIÓN
Agotamiento emocional	Se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales.	Alto Medio Bajo	Según puntuación obtenida al sumar los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16,20 del cuestionario Maslach
Despersonalización	Es el desarrollo de actitudes negativas de insensibilidad y de cinismo hacia los receptores de servicio prestado	Alta Media Baja	Según puntuación obtenida al sumar los ítems 5, 10, 11, 15,22 del cuestionario Maslach

Realización Personal	Se considera falta de realización personal, con tendencias a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal.	Alta Media Baja	Según puntuación obtenida al sumar los ítems 4,7,9,12,17,18,19,21 del cuestionario de Maslach
Presencia de burnout	Síndrome de burnout que incluye las tres dimensiones Agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.	Si No	Presentarán burnout aquellos con dos dimensiones altas, agotamiento emocional y despersonalización y baja la dimensión de realización personal

Fuente: Cuestionario Autoaplicado de Maslach

Cada una de las variables que se describen en el siguiente cuadro corresponde a uno de los objetivos que describe las características sociodemográficos y laboral de los médicos residentes del Hospital Roosevelt que constituyen la muestra (163) de este estudio. (Anexo 2)

VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA
Edad	Años cumplidos al momento de la encuesta	Menor o igual a 28 Mayor de 29
Sexo	Según sexo biológico	Masculino =M Femenino =F
Estado civil	Según su estado civil en el momento de la encuesta	Soltero(a) Casado(a) Unido(a) Divorciado(a) Viudo(a)
Especialidad	Programa de especialidad que se encuentre cursando	Anestesiología Cirugía General Ginecología y Obstetricia Medicina Física y Rehabilitación Medicina Interna Oftalmología Ortopedia y Traumatología Patología Pediatria Radiología e Imágenes

Año de especialidad	Según año de especialidad que esté cursando	Primero Segundo Tercero Cuarto
Años de graduado	Según número de años de graduado	1 2 3 Más
Años de casado(a) o unido(a)	Años de convivencia con la pareja actual	1 2 3 Más
Presencia de hijos	Según él o la residente tenga hijos o no al momento de la encuesta	Sí No
Número de hijos	Hijos vivos al momento de realizar la encuesta	Ninguno 1 2 3 Más
Ingresos económicos	Ingreso actual del residente	Menor a Q7,000 Mayor a Q7,000

Estado laboral del cónyuge	Según si la pareja trabaja o no	Sí Trabaja No Trabaja Sin cónyuge
Horario de práctica	Número de horas de la jornada	4 horas 6 horas 8 horas Más horas
Turnos de práctica	Número de horas por cada turno	No práctica 24 horas 36 horas
Frecuencia de turnos	Intervalos de días para cada turno	Cada 3 días Cada 4 días Cada 5 días Mas días

Fuente: Encuesta sociodemográfica y laboral.

Dentro de los objetivos de este estudio se plantea identificar desde la perspectiva de los médicos residentes con síndrome de burnout, la elaboración de una propuesta de intervención.

Para el abordaje de este objetivo, se elaboraron entrevistas en profundidad con los médicos residentes, quienes aceptaron el uso de ese instrumento cualitativo para el cual se realizó un guión. (Anexo 3)

3.5 Fase I de la investigación

3.5.1. Cuestionario autoaplicado de Maslach

Este instrumento, traducido al castellano, ha sido validado por Gil Monte, (P., 2002). El *MBI* es un cuestionario autoadministrado y consta de 22 ítems que recogen respuestas del sujeto con relación a su trabajo sobre sus sentimientos, emociones, pensamientos y conductas.

Maslach y Jackson consideran al burnout un constructo tridimensional, y por ello la escala está dividida en tres subescalas: cansancio emocional, despersonalización y realización personal, con resultados bajo-medio-alto. Pero también, con esta escala se pueden analizar los resultados en relación con la profesión del sujeto, es decir, que hay puntuaciones de corte para distintos grupos: profesores, asistentes sociales, médicos, profesionales de salud mental y otros profesionales.

En general, este es el cuestionario más utilizado internacionalmente y las dimensiones que plantean sus autores también son los más empleados para definir el constructo de burnout. En España, la escala, ha sido traducida por Cubero (1987).

Es la única escala para clasificar Maslach, la cual presenta un alfa de cronbach de entre 0.88 a 0.94 para cada una de las dimensiones oscila 0.86 y 0.92 (Lange, 2010).

Las investigaciones de Maslach y Jackson continuaron; en 1996, junto con Leiter y Schaufeli, publicaron una nueva versión del *MBI*. Sus postulados marcan una segunda etapa, en la que destaca que el burnout existe también fuera del ámbito de los servicios humanos. Como resultado, se ha generado una nueva versión más genérica del *MBI*, llamado *MBI-General Survey (MBI-GS)* (Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson, 1996).

Es el instrumento usado con mayor frecuencia para medir el síndrome de burnout, y el que mayor volumen de investigaciones ha generado. A partir de su elaboración se normaliza este concepto tridimensional. En la actualidad existen tres versiones: el *MBI- Human Services Survey (MBI- HSS)*, dirigidos a los profesionales de la salud; el *MBI- General Survey (MBI-GS)*, es de carácter más genérico y no es exclusivo para profesionales, sino todas las personas, y el *MBI- Educators Survey (MBI- ES)* para profesionales de la educación. (Gil Monte, 2001)

El utilizado en esta investigación es el Maslach Burnout Inventory (*MBI*), está formado por 22 ítems, que se valoran en una escala tipo Likert. El sujeto de investigación valoró mediante un rango de 6 adjetivos que va de “nunca” a “todos los días” las situaciones descritas.

La factorización de los 22 ítems arrojó valores en las tres dimensiones: agotamiento emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems) y realización personal (8 ítems).

Variable	Preguntas	Valores	Escala
Agotamiento emocional	<p>1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo</p> <p>2. Me siento agotado al final de la jornada de trabajo</p> <p>3. Me siento fatigado al levantarme por la mañana y tener que ir a trabajar</p> <p>6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo</p> <p>8. Me siento quemado por mi trabajo</p> <p>13. Me siento frustrado</p>	<p>0. Nunca.</p> <p>1. Alguna vez al año o menos</p> <p>2. Una vez al mes o menos</p> <p>3. Algunas veces al mes</p> <p>4. Una vez a la semana</p> <p>5. Varias veces a la semana</p> <p>6. Todos los días</p>	Likert

	<p>en mi trabajo</p> <p>14. Creo que estoy trabajando demasiado</p> <p>16. Trabajar directamente con personas me produce estrés</p> <p>20. Me siento acabado</p>		
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Variable	Preguntas	Valores	Escala
Despersonalización	<p>5. Creo que trato algunos pacientes como si fueran objetos impersonales</p> <p>10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión</p> <p>11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente</p> <p>22. Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas</p>	<p>0. Nunca.</p> <p>1. Alguna vez al año o menos</p> <p>2. Una vez al mes o menos</p> <p>3. Algunas veces al mes</p> <p>4. Una vez a la semana</p> <p>5. Varias veces a la semana</p> <p>6. Todos los días</p>	Likert

Variable	Preguntas	Valores	Escala
Despersonalización	<p>4. Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes</p> <p>7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes</p> <p>9. Creo que influyó positivamente con mi trabajo en la vida de las personas</p> <p>12. Me siento muy activo</p> <p>17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes</p> <p>18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes</p> <p>19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión</p> <p>21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma</p>	<p>0. Nunca</p> <p>1. Alguna vez al año o menos</p> <p>2. Una vez al mes o menos</p> <p>3. Algunas veces al mes</p> <p>4. Una vez a la semana</p> <p>5. Varias veces a la semana</p> <p>6. Todos los días</p>	Likert

Para cada una de estas dimensiones se obtuvieron puntuaciones que permiten evaluar los niveles del síndrome de burnout que presentó cada residente. Las puntuaciones de cada dimensión son separadas y no deben combinarse en una sola puntuación.

Medición

Obtención de puntuación en agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

- Agotamiento emocional: debe sumar los números con los que ha valorado las preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Se refieren a la disminución o pérdida de recursos emocionales y sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo.
- Despersonalización: debe sumar los números con los que ha valorado las preguntas 5, 10, 11, 15 y 22. Describen una respuesta fría e impersonal, falta de sentimientos y sensibilidad hacia los pacientes.
- Realización personal: debe sumar los números con los que ha valorado las preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. Estos ítems describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo, las tendencias a evaluar su propio trabajo de forma negativa y escasa satisfacción profesional.

Interpretación

	Bajo.	Medio.	Alto.
Agotamiento emocional	< de 19	19-26	≥27
Despersonalización	<6	6-9	>10
Realización personal	<33	34-39	>40

- Es importante tener presente que cuando los resultados demuestran que, el agotamiento emocional y la despersonalización son altos, no así la dimensión de satisfacción laboral, pues esta es baja, con incidencia inversa en el síndrome, se establece que hay un estrés alto y las más indicativas para el síndrome de burnout, es decir “ AE+ , DP+ , RP-“.
- La puntuaciones bajas de agotamiento emocional y despersonalización y elevadas en realización personal son indicativas de estrés bajo. Por lo que los evaluados con estos parámetros no tenían burnout.

- El cuestionario fue realizado de forma voluntaria, con respuestas sinceras, sin embargo, el nivel de estrés laboral ha sido alto, y las personas objetan que no estaban sometidas a estrés, entonces se recomienda que se coloque en observaciones.

3.5.2. Encuesta sociodemográfica y laboral

Fue diseñada por la autora del trabajo, describe las características de los médicos, lo que permite un análisis más profundo, que comprende datos generales, familiares y laborales. El instrumento incluye preguntas generales y cerradas.

Al mismo se le realizó una prueba piloto, con siete residentes de diferentes especialidades, que laboran en los hospitales de la Escuela de Estudios de Postgrado. De este proceso no sufrieron modificaciones importantes, por lo que el mismo se aplicó como se diseñó inicialmente.

3.6 Fase II de la investigación

3.6.1. Diseño fenomenológico

Este diseño se enfoca en las experiencias individuales subjetivas de los participantes. Responden a la pregunta ¿Cuál es el significado, estructura y esencia de una experiencia vivida por una persona, grupo o comunidad respecto de un fenómeno? El centro de indagación de estos diseños reside en las experiencias de los participantes. De acuerdo con Creswell, Álvarez y Mertens, la fenomenología (Salgado, 2005. Pág. 73) se fundamenta en las siguientes premisas:

- Se pretende describir y entender los fenómenos desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente.
- Se basa en el análisis de discursos y temas específicos, así como en la búsqueda de sus posibles significados.

- El investigador confía en la intuición y en la imaginación para lograr aprehender la experiencia de los participantes. El mismo contextualiza las experiencias en términos de su temporalidad (tiempo en que sucedieron), espacio (lugar en el cual ocurrieron), corporalidad (las personas físicas que la vivieron), y el contexto relacional (los lazos que se generaron durante las experiencias).
- Las entrevistas, la recolección de documentos y materiales e historias de vida se dirigen a encontrar temas sobre experiencias cotidianas y excepcionales.

3.6.2. Entrevista en profundidad

En el presente trabajo se utilizó la entrevista en profundidad, que es “aquel método de recoger información en el que se utiliza una conversación sistemática en la que el investigador ayuda y colabora con el sujeto a que este reproduzca la realidad social, tal como ha sido producida.

“La conversación es un parto asistido a través del cual el autor da a luz una reproducción vicaria de la realidad pasada”. (Olabuenaga, 2003). Por lo que se pretende comprender y conocer un proceso y una realidad desde la perspectiva de sus protagonistas, la percepción que tiene el médico residente acerca del burnout de forma individual y la percepción de su entorno familiar y laboral, como estudiante del Hospital Roosevelt de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.

Para el desarrollo de la entrevista se consideraron los siguientes aspectos:

3.6.3. Justificación del método escogido

- Delimitar la unidad de análisis (comunidad, grupo profesional, colectivo)
- Importancia de encontrar al informante ideal.

Aspectos que se han de pactar con el informante:

- Las finalidades de la investigación.
- La forma como se registrará la información con casete.
- El tema del anonimato, camuflaje de situaciones, de lugares de personas.
- Perspectivas de publicación del material.
- Compensación.

Pasos para realizar la entrevista en profundidad:

- Garantizar la comodidad del informante.
- Estimular las ganas de hablar de nuestro informante.
- Buena armonía y entendimiento (*empatía*).
- Buena disposición del investigador y paciencia.
- Sugerir el dialogo y la confianza; evitar respuestas afirmativas o negativas.
- Las preguntas durante la entrevista no deben ser de carácter múltiple, deben ser claras, no deben inducir al error.
- El encuestador no debe hablar si no es necesario. Tener silencios (pedir precisión de hechos, de fechas, y detalles)
- Evitar dirigir excesivamente la entrevista (no hacer preguntas concretas, ni cerradas que quitan espontaneidad).
- La entrevista más problemática es la primera, o entrevista piloto, sirve para establecer el primer contacto y de esta forma conseguir un primer borrador general de acontecimientos de las etapas de su vida.

- En las siguientes entrevistas comenzar repasando la transcripción del día anterior, comentándola y/o completándola.
- Las sesiones deben durar tanto tiempo como la entrevista pueda mantenerse sin agotar al informante.
- El informante debe expresarse sin interrupciones solo en casos extremos debe orientarse la entrevista hacia otros temas.
- El éxito depende en gran medida del grado de confianza y de cordialidad establecidas con el informante.
- Debe haber una aceptación del sujeto y sus circunstancias, es una cuestión de ética profesional.
- Personas integradas a su medio, que dispone un de tiempo, de una buena historia, capaces de reflexionar sobre su experiencia personal e implicada en la realidad colectiva.

Grabación de la entrevista en profundidad:

- Ipad, grabadora individual portátil
- Videos y grabaciones de las entrevistas transcritas textualmente
- La literalidad es un tema delicado, por lo que se debe revisar los errores de concordancia morfológica
- Recoger pausas, énfasis, en símbolos
- Mantener todas las expresiones
- Hacer constar si se ha manipulado

3.7 Plan de tabulación y análisis de datos

- Las variables cuantitativas, de acuerdo a su naturaleza, se procedió a realizar medidas de variabilidad, para las numéricas y las categóricas se obtuvieron los porcentajes.
- Se efectuó el análisis bivariado a la técnica de Maslach, se relacionaron las variables de este cuestionario con relación a las variables de la encuesta sociodemográfica y laboral.
- Según las variables que manifestaron alguna tendencia al cruzarlas, se procedió a realizar puntos de corte para re codificar las variables de mayor relevancia.
- Para las variables cualitativas se hizo un análisis hermenéutico y se obtuvo aspectos relevantes de las entrevistas en profundidad.

3.8 Análisis e interpretación de la información

Tanto la recogida de información, como el análisis, muestreo, en los trabajos cualitativos, suelen ser inductivos, guiados por supuestos teóricos donde el análisis de las entrevistas en profundidad, conduce a nuevos asuntos, que se van interrogando en las entrevistas posteriores. Este proceso, requiere de descripción, codificación, categorización y reducción, para terminar con la triangulación con fuentes de información de la encuesta y cuestionario utilizados, así como la triangulación con el marco teórico de la investigación. (Huberman, 2000, Pág. 254)

3.8.1. Análisis de contenido

- Se analizaron las expresiones subjetivas de acuerdo a los indicadores propuestos, haciendo énfasis en las de mayor significancia para el sujeto y las que se repite en torno a las percepciones de los entrevistados.
- Presentación preliminar de la subjetividad de mayor relevancia en las tablas por categoría.

3.9 Técnicas y procedimientos de obtención de la información

- La autorización para la realización del trabajo de campo por parte de la Escuela de Estudios de Postgrado.
- La identificación o permiso que se otorgó por parte de la institución para realizar el trabajo de campo.
- Identificación de posibles fuentes de información, para verificar los aspectos relacionados a la investigación.
- Elaboración de instrumentos cuantitativos para recolectar datos.
- La aplicación de la entrevista en profundidad en los casos de burnout identificados (grabadas e imágenes) se realizó fuera de las instalaciones de práctica o de estudio, para que el participante se encontrara en libertad, confianza y confort. Se contempló un día específico para iniciar con los primeros acercamientos, con la posibilidad de nuevos encuentros, cuando se requiera repetir o mejorar la recolección de los datos. Las grabaciones de las entrevistas fueron transcritas para su análisis e interpretación a través de un proceso de decodificación. (Taylor, 1987, Pag. 196)

3.9.1. Soporte informático

- Para la etapa descriptiva se utilizó el programa SPSS (Paquete estadístico de Ciencias Sociales).
- Para el análisis de las entrevistas en profundidad se utilizó el Atlas Ti versión gratis para Ipad, y se realizó el análisis hermenéutico del texto.
- Confeccionar un archivo con la transcripción literal de la entrevista.
- Una cronología de las etapas más importantes del informante.
- Realizar un registro de las personas citadas durante la narración.
- Realizar esquema organizativo sobre los temas a tratar (socialización, trabajo, experiencias migratorias, asociacionismo, movilidad socioprofesional, creencias religiosas, valores, ideología política, alienación cultural, procesos de desviación y marginalización o exclusión).

3.9.2. Aspectos éticos

- Autorización a la Escuela de Estudios de Postgrado, para realizar la investigación con el Coordinador de Especialidades o Maestrías de la Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, con duración de respuesta de 15 días.
- Solicitud de base de datos de médicos residentes del Hospital Roosevelt, enviada por correo electrónico
- Comunicación con el Coordinador de Docencia e Investigación del Hospital Roosevelt para conocer la investigación.
- Presentación de carta de Aprobación del protocolo de investigación, adjuntando en físico el protocolo completo.

- Se solicitó la autorización de la aplicación de los instrumentos de la investigación y vista de protocolo al Comité de Ética del Hospital Roosevelt con su respectiva aprobación.
- Se presentaron las cartas a cada jefe de servicio, correspondiente a las diez maestrías, con los nombres de los médicos residentes que conforman el marco muestral.
- Se establecieron aspectos relacionados con la confidencialidad de los resultados obtenidos y el anonimato en el manejo de la información.
- Uso del consentimiento informado para cada médico residente.
- Trámites anteriores con duración de dos a tres meses
- Bajo la perspectiva expuesta, se considera que pueden surgir otros aspectos éticos, sin embargo, es necesario enfatizar sobre la realidad, e insistir en valorar y actuar de la manera profesional.(Seltzer, 2001)

Consentimiento informado El utilizado en este tipo de investigaciones, ya estandarizado.

3.10 Procedimientos validación de instrumentos

En esta fase se realizó una prueba piloto inicial, pasando los instrumentos a algunos participantes, para luego evaluar.

- Se realizó con siete residentes de diferentes especialidades, que laboran en los hospitales.
- Se entregó a tres participantes de manera escrita en físico.
- Los cuatro restantes lo llenaron por vía electrónica en formatos Word.
- Especialidades de los participantes: Pediatría, Cirugía, Traumatología y Ortopedia, Medicina Interna, (2) Obstetricia y Anestesiología.

Los resultados obtenidos en la prueba piloto no son sustanciales, se hicieron cambios de forma y facilidad en el llenado de los instrumentos.

3.11 Fase III *Diseño de la Propuesta de intervención*

3.11.1. Creación de un sitio web

En esta fase se procedió con el análisis a través del programa Atlas Ti, a manejar la categoría relacionada con la prevención del burnout en los médicos. De los datos obtenidos en la entrevista en profundidad se abordó el síndrome desde la perspectiva de los médicos.

Siendo esta propuesta, el uso de un sitio virtual específico para el síndrome de burnout, se realizó la validación con expertos para hacer un sitio web, que permitió evaluar por medio de un test o formulario web, los procedimientos necesarios para el efectivo diagnóstico del síndrome de burnout, con lo que se logra agilizar, simplificar y automatizar el manejo de resultados en tiempo real.

Estos profesionales de la salud que fueron convocados constituyeron nueve personas, médicos residentes, quienes ingresaron al sitio web; realizaron el cuestionario autoaplicado de Maslach, y colaboraron definiendo aspectos fundamentales para el mejor funcionamiento del sitio y la obtención de resultados positivos para los usuarios.

Para la implementación de este sitio web, se contrató a tres consultores analistas de informática y tecnología, cuya función era la siguiente:

Consultor 1: determinar la factibilidad de crear un sitio web que optimice este proceso, definiendo un proyecto ROI (Retorno de la Inversión).

Consultor 2: investigación exhaustiva de sitios dedicados a procesos afines.

Consultor 3: experto de ciencia y tecnología en la estructura funcional y herramientas de desarrollo del proyecto, quien monitorea las herramientas del sitio.

3.11.2. Objetivo

Comunicación e información compartida, y la aplicación de un test específico para el diagnóstico del síndrome, correspondiente al Maslach Inventory, el cual consta de 22 ítems.

El diseño de esta propuesta se encuentra dentro de la tecnología que engloba especialmente la automatización de procesos y recolección de datos para su estudio posterior, lo que facilita y acelera el abordaje de este síndrome.

Este sitio web cuenta con lo siguiente:

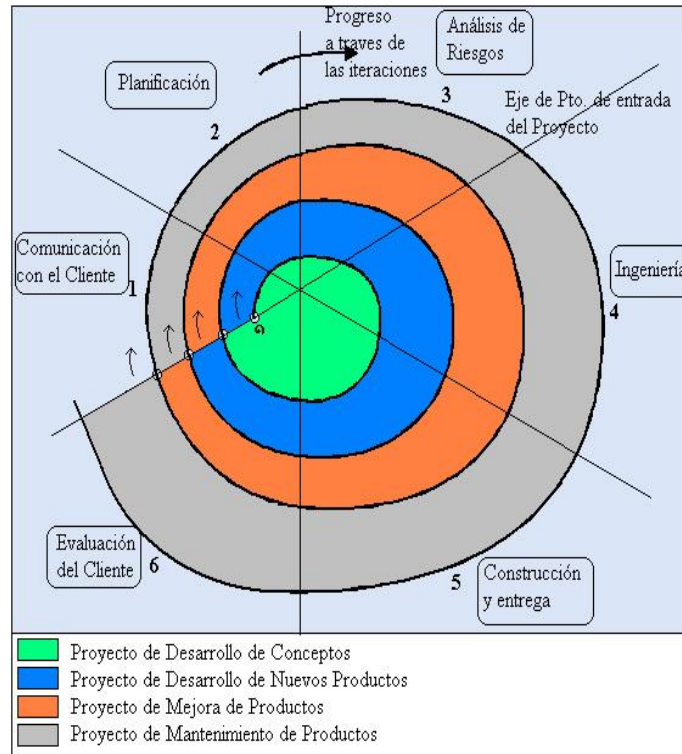
3.11.3. Diseño de desarrollo

Espiral: Se decidió utilizar el modelo de diseño “Espiral”, por su fácil implementación y porque permite realizar interacciones oportunas con el fin de mejorar de forma constante las secciones o módulos del sitio web. Así como de incrementar otras funciones de acuerdo a los requerimientos de los usuarios, para que el sitio posea interactividad.

Este es un modelo de desarrollo y ciclo de vida del software, definido por Boehm (1986). El nombre Espiral, ya que en cada iteración representa un conjunto de actividades que no están fijadas o comprometidas a ninguna prioridad, más que por elección de su riesgo y/o necesidad.

El modelo Espiral se basa en la versión del producto, es decir en cada iteración sufre mejoras el *software*, permitiendo un desarrollo rápido y con los recursos proporcionados.

Modelo Espiral



http://www.ecured.cu/index.php/Modelo_Espiral

En la figura anterior muestra las regiones enumeradas del modelo y representan lo siguiente:

Región 1. La comunicación entre el cliente y el desarrollador.

Se tomaron los requerimientos para la construcción del proyecto de automatización para determinar el síndrome de burnout en las personas que hagan uso de este sistema, donde participaron los consultores de la salud y del área informática. Posterior a ello hubo reuniones mensuales entre el director del proyecto y el *stakeholder* (interesado directo del proyecto). Así mismo se llevó una comunicación vía correo electrónico cuando se consideró oportuno.

Región 2. Definición de recursos, tiempo y otros aspectos relacionados con el proyecto.

Se pactó desarrollar el proyecto en versiones, es decir, que en cada tiempo estipulado sufriría mejoras durante la investigación y en caso de haber más, continuaría. En cuestiones económicas se estableció un presupuesto total del proyecto y aspectos legales.

Región 3. Actividades de definición de riesgos y gestión del proyecto.

Según los expertos y personas implicadas directamente en la construcción de este sitio, se definió que importaba la construcción de un formulario web que presentará el test de Maslach para calcular el síndrome de burnout, ya que es el módulo que genera datos sobre el síndrome.

Región 4. Actividades para construir uno o más prototipos del proyecto de *software*.

El director del proyecto solicitó al programador y diseñador web, la construcción de un sitio amigable e intuitivo, desarrollando prototipos gráficos y funcionales para presentar al *steakholder* y decidir qué dirección tomar en la construcción del sitio.

Región 5. Actividades de construcción del *software* o afinaciones de un anterior, instalación, prueba y soporte de usuario.

El director del proyecto decidió construir el sitio con base en los aspectos gráficos y funcionales presentados al *steakholder*.

Región 6. Actividades de reacción del cliente respecto al producto entregado.

En cada iteración realizada se hicieron observaciones por parte de los especialistas de la salud, para que el sitio presentara mejoras respecto a su versión actual.

3.11.4. Infraestructura

Para funcionalidad de este sitio web, se gestionó la obtención de algunos elementos importantes y necesarios para la implementación del mismo, los cuales se describen a continuación.

- Hospedaje o host: lugar de almacenamiento del sitio web
- Dominio del sitio: dirección del sitio web www.tengoburnout.com
- Base de Datos Relacional en MySQL: programa utilizado para almacenar los datos generados por los usuarios del sitio web
- Awstats: sistema de gestión de tráfico del sitio web

3.11.5. Herramienta de desarrollo

Esta parte de la propuesta de intervención corresponde al diseñador del sitio, quien es el experto, que realizó las siguientes funciones:

- Desarrollo en lenguaje PHP
- Manejo de eventos Java Script
- Diseño gráfico CSS
- Lenguaje de marcas de hipertexto HTML

3.11.6. Recurso humano

- Diseñador: encargado de la parte visual del usuario GUI (Interfaz gráfica de usuario).
- Programador: designado para la creación del sitio web.
- DBA: Administrador de la base de datos del sitio web.
- Director de proyectos: persona encargada que el proyecto se construya conforme a los requerimientos del cliente.

3.11.7. Módulos

- Información de burnout: sección informativa del síndrome de burnout
- Prueba o test de burnout: formulario web que permite identificar el estrés laboral de un usuario.
- Documentos: sección de documentos de estudio de burnout.
- Créditos: módulo de información del equipo de trabajo médico que apoya la investigación
- Seguimiento personas con síndrome: módulo que da seguimiento a las personas que son identificadas con el síndrome de burnout y posteriormente deciden seguir un asesoramiento vía correo electrónico.

3.11.8. Implementación y ejecución

Se utilizaron todas las herramientas antes descritas y se obtuvo un sitio que provee un test automatizado que permite resultados en tiempo real, además cuenta con recomendaciones y referencias a profesionales capacitados en el problema. Actualmente está en funcionamiento, donde han ingresado los médicos residentes de la población estudiada, aunados otros usuarios del país.

3.11.9. Evaluación del sitio web

Para la realización de la evaluación del sitio se utilizó el modelo propuesto por Santoveña (2005), quien sostiene que la evaluación debe responder a requerimientos técnicos y metodológicos que satisfagan las necesidades del usuario. Establece criterios que componen un conjunto de referencias para la valoración de un espacio virtual, que debe ser de forma exhaustiva y sistemática, con el objeto de medir su capacidad como herramienta de apoyo. La evaluación incluía tres dimensiones:

- **Calidad general del entorno:** se encuentra con relación directa a la significación, eficacia y eficiencia, versatilidad, manejabilidad, independencia y autonomía, atractivo e interactividad del sitio.

- **Calidad metodológica:** implica los materiales disponibles, características de los contenidos informáticos, calidad en el uso de las herramientas y competencias de la tecnología.
- **Calidad técnica:** se refiere a la calidad general técnica de que dispone un espacio virtual, los elementos como los de programación, navegabilidad, acceso, diseño y calidad técnica en el uso de herramientas.

El diseño “espiral” utilizado permitió la evaluación en diferentes momentos del proceso, que incluye el sitio, mejorando la accesibilidad y funcionalidad de los módulos.

Capítulo IV. Presentación de resultados

El burnout o síndrome de estar quemado, hace referencia a la respuesta al estrés laboral crónico que se produce principalmente en el marco laboral de las profesiones que se centran en la prestación de servicios. En estos ambientes se encuentran profesionales sanitarios como médicos, enfermeras; profesionales de la educación, los profesores, maestros, educadores o cuidadores; psicólogos y trabajadores sociales; funcionarios de prisiones, policías. Estos son colectivos ocupacionales más proclives al desarrollo del burnout posicionándose como un problema actual de salud pública. (De las Cuevas, 2003. Pág. 112)

4.1 Prevalencia del burnout en médicos residentes del Hospital Roosevelt

Los resultados obtenidos mostraron que el síndrome de burnout es bajo, con relación a los que presentaron estudios previos en el país. Se determinó al medir las tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización, realización personal, que se presentan en las siguientes tablas.

Tabla 1

Frecuencia de riesgo de agotamiento emocional en médicos residentes, Hospital Roosevelt

Grado de agotamiento emocional	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	28	17.2
Medio	22	13.5
Alto	113	69.3
Total	163	100.0

Fuente: Cuestionario autoaplicado de Maslach.

El síndrome de burnout se mide a través de tres dimensiones, que Maslach, propone en su modelo tridimensional, que incluye el agotamiento emocional, la despersonalización y satisfacción laboral. En la tabla No.1, la dimensión de agotamiento emocional, presenta el 69.3 % de médicos residentes con grado alto, lo que marca las tendencias de padecer el síndrome. Este resultado es uno de los más altos encontrados en los diferentes estudios internacionales, cuyos rangos están del 17 al 25 %.

La bibliografía consultada y la mayoría de los trabajos de investigación encontrados, mostraron que la categoría “agotamiento emocional” concentra el mayor porcentaje de las tres dimensiones, según Corsi (2000), por lo que coincide con los resultados del presente trabajo. Esta categoría refleja la relación que se establece con los pacientes, y la sobrecarga emocional que conlleva la atención integral del mismo, provocando cansancio, que si no se interviene, puede ser crónico.

Tabla 2
Frecuencia de riesgo de despersonalización en médicos residentes, Hospital Roosevelt

Grado despersonalización	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	46	28.2
Medio	37	22.7
Alto	80	49.1
Total	163	100.0

Fuente: Cuestionario autoaplicado de Maslach.

La dimensión de despersonalización se aprecia en 49.1 % en grado alto, consistente en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia los pacientes, que deteriora la relación médico –paciente, visualizando al

mismo como un objeto de estudio únicamente, coincidiendo dos dimensiones altas del síndrome de burnout.

Tabla 3

Frecuencia de riesgo de realización personal en médicos residentes, Hospital Roosevelt

Grado de realización personal	Frecuencia	Porcentaje
Alto	52	31.9
Medio	42	25.8
Bajo	69	42.3
Total	163	100.0

Fuente: Cuestionario autoaplicado de Maslach.

La dimensión de realización personal presenta 42.3 %, que corresponde a un grado bajo. Hay que considerar que esta dimensión es diferente de las otras dos, es decir, que siendo baja, representa mayor riesgo de padecer el síndrome de burnout, contraria a las otras dos dimensiones que si son altas, hay presencia del síndrome. El cuestionario autoaplicado de Maslach indica que al tener el agotamiento emocional, la despersonalización alta y la realización personal baja, es presencia del burnout.

Tabla 4

Frecuencia por sexo y edad en la dimensión de agotamiento emocional en médicos residentes

Dimensión del burnout	Agotamiento emocional												Total	
	Bajo				Medio				Alto					
Sexo	F		M		F		M		F		M		n	%
Edad	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
20 - 24	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	1	4	2
25 - 29	12	7	7	4	12	7	6	4	57	35	43	26	137	84
30 - 34	2	1	7	4	0	0	4	2	4	2	5	3	22	13
Total	14	9	14	9	12	7	10	6	63	39	50	31	163	100
n	28				22				113					
%	17				13				69					

Fuente: Cuestionario autoaplicado de Maslach y encuesta sociodemográfica laboral.

En la tabla 4, se está tomando en consideración las siguientes variables: el sexo y la edad, con la dimensión de agotamiento emocional. El mayor porcentaje con 35 % es en mujeres y 26 % hombres, y la dimensión de agotamiento emocional es de 69 % con mayor afección en el grupo de edad de 25 a 29 años. Con respecto a la edad, varía en algunos estudios, pero ha coincidido en que el síndrome de burnout puede afectar a las personas de cualquier edad. Aranda (2005). Estudios más recientes coinciden con los resultados obtenidos, que es más común en individuos jóvenes, que inician su residencia, por la inexperiencia y mayores expectativas laborales; y con respecto al sexo, las mujeres son las más afectadas en esta dimensión.

Tabla 5

Frecuencia por sexo y edad en la dimensión de despersonalización en médicos residentes

Dimensión del burnout	Despersonalización												Total	
	Bajo				Medio				Alto					
Sexo	F		M		F		M		F		M		n	%
Edad	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
20 - 24	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	1	4	2
25 - 29	26	16	10	6	19	12	14	9	36	22	32	20	137	84
30 - 34	3	2	7	4	0	0	4	2	3	2	5	3	22	13
Total	29	18	17	10	19	12	18	11	41	25	39	24		
n	46				37				80					
%	28				23				49				163	100

Fuente: Cuestionario autoaplicado de Maslach y encuesta sociodemográfica laboral.

Los resultados demuestran que el mismo rango de 25 a 29 años presenta la dimensión de despersonalización alta, con un 22 % de mujeres, y el 20% de hombres; no existe una diferencia considerable que permita establecer un riesgo significativo por sexo ni edad. La despersonalización manifiesta una tendencia similar de acuerdo a la edad y el sexo, presentando el mayor porcentaje en el grado alto 49 %. No existe diferencia significativa entre la variable sexo, sin embargo, se encontró asociación del burnout al sexo femenino. Ortega (2004).

En este estudio los resultados son más bajos en la despersonalización que en el agotamiento emocional, sin embargo, el grupo etario y el sexo coinciden, con mayor porcentaje en las mujeres.

Tabla 6

Frecuencia por sexo y edad en la dimensión de realización personal en médicos residentes

Dimensión del Burnout	Realización Personal												Total	
	Alto				Medio				Bajo					
Sexo	F		M		F		M		F		M		n	%
Edad	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
20 - 24	1	1	0	0	0	0	2	1	1	1	0	0	4	2
25 - 29	23	14	22	13	19	12	17	10	39	24	17	10	137	84
30 - 34	1	1	5	3	2	1	2	1	3	2	9	6	22	13
Total	25	15	27	17	21	13	21	13	43	26	26	16	163	100
n	52				42				69					
%	32				26				42					

Fuente: Cuestionario autoaplicado de Maslach y encuesta sociodemográfica laboral.

Se presentan los siguientes resultados que corresponden a la dimensión de realización personal, las mujeres con 24 % y hombres 10 %. En esta dimensión sí se aprecia diferencia por sexo, las mujeres obtienen el porcentaje más alto. La dimensión de realización personal es diferente a las dos anteriores, cuando el valor es alto, existen menos probabilidades de que aparezca el síndrome de burnout, siendo en este trabajo de 32 %, y mientras el valor es bajo que en este estudio es 42%, significa mayor riesgo de padecer el síndrome. Dos dimensiones altas, agotamiento emocional y despersonalización, con valor bajo en realización personal es indicativo del burnout.

4.2 Características sociodemográficas y laborales de los médicos residentes

Tabla 7

Distribución de médicos residentes por sexo y edad del Hospital Roosevelt

Edad	Síndrome de burnout								Total	
	Presente				Ausente					
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Menor o igual a 28 años	10	83.4	12	85.8	37	59.7	58	77.4	117	71.8
Mayor o igual a 29 años	2	16.6	2	14.2	25	40.3	17	22.6	46	28.2
Sub Total	12	100	14	100	62	100	75	100	163	100
Total 26 (16%)					137 (73%)					

Fuente: Encuesta sociodemográfica laboral.

La distribución de las variables edad y sexo en los médicos residentes reflejó que los mismos tienen 28 años o menos (71.8%). De ellos, el 54.7 % era del sexo femenino y 45.3 % eran del sexo masculino. Del total de residentes estudiados, el 16 % presentó síndrome de burnout.

Al analizar la situación de cada sexo, se observó que el mayor porcentaje de residentes con el síndrome son mujeres, aunque con una diferencia moderada respecto al sexo masculino. Este comportamiento, a juicio de la autora, podría explicarse en el hecho de que las mujeres son más susceptibles emocionalmente, además de poseer multiplicidad de tareas.

Tabla 8

Distribución por Programas de Especialidad de médicos residentes del Hospital Roosevelt

Programas de Especialidad	Síndrome de burnout				Total	
	Presente		Ausente			
	n	%	n	%	n	%
Ginecología y Obstetricia	9	34.6	21	15.3	30	18.4
Pediatría	5	19.4	17	12.4	22	13.5
Medicina Interna	4	15.3	24	17.5	28	17.2
Anestesiología	3	11.5	14	10.2	17	10.4
Ortopedia y Traumatología	3	11.5	11	8.23	14	8.6
Oftalmología	2	7.7	9	6.5	11	6.7
Otros	0	0	41	29.6	41	25.2
Total	26	100	137	100	163	100

Fuente: Encuesta sociodemográfica laboral.

En la tabla 8 se encuentran los resultados de las especialidades o maestrías, que evidenciaron los siguientes porcentajes: el más afectado es el de Ginecología y Obstetricia con 34.6 %, en segundo lugar Pediatría en 19.4 %. Otros estudios demuestran que la especialidad de Urgencias Médicas es la más alta, sin embargo, en Guatemala no existe esa maestría, pero sí la de Pediatría, misma que coincide con algunas investigaciones. Una maestría de menor porcentaje en este trabajo, corresponde a Oftalmología, donde los médicos residentes no realizan turnos en las emergencias.

Tabla 9

Distribución de médicos residentes, por años de especialidad, Hospital Roosevelt

Año de Especialidad	Síndrome de burnout				Total	
	Presente		Ausente		n	%
	n	%	n	%	n	%
Primer año	13	50.0	53	38.7	66	40.5
Segundo año	9	34.6	41	30.0	50	30.7
Tercer año	4	15.4	33	24.0	37	22.7
Cuarto año	0	0	10	7.3	10	6.10
Total	26	100	137	100	163	100

Fuente: Encuesta sociodemográfica laboral.

En la variable años de residencia, se observa el número de 13 médicos residentes cursantes del primer año con 50% del total de 26 con síndrome de burnout, sin embargo, los médicos del cuarto año no presentan el síndrome. Es probable que sea por el proceso de adaptación del primer año de residencia, las horas de trabajo dentro del hospital, la carga académica que hay que cumplir para ser aprobado y de tener tres jefes inmediatos.

Tabla 10

Distribución de médicos residentes, por estado civil Hospital Roosevelt

Estado civil	Síndrome de burnout				Total	
	Presente		Ausente			
	n	%	n	%	n	%
Soltero	22	84.6	118	86.7	140	85.9
Casado	4	15.4	19	13.3	23	14.1
Total	26	100	137	100	163	100

Fuente: Encuesta sociodemográfica laboral.

Según el estado civil de los médicos residentes con burnout, se observa a los solteros con un 84.6 % y los casados con 15.4 %. Es importante mencionar que no hubo presencia de unidos en los médicos. Esto confirma lo revisado en la literatura que reporta que los solteros tienen mayor riesgo de sufrir el síndrome. El estar casado representa un factor protector. Sin embargo, en este trabajo solo el 13 % eran casados, un porcentaje bajo, que está en relación con la edad. En Guatemala, los programas de residencia reciben a médicos muy jóvenes, porque se están graduando desde los 23 años.

Tabla 11

Distribución de médicos residentes, por ingresos económicos, Hospital Roosevelt

Ingresos económicos	Síndrome de burnout				Total	
	Presente		Ausente		n	%
	n	%	n	%		
Menor de Q 7,000	9	34.6	39	28.5	48	29.5
Mayor de Q7,000	17	65.4	98	71.5	115	70.5
Total	26	100	137	100	163	100

Fuente: Encuesta sociodemográfica laboral.

Se presenta en la tabla 11, el ingreso económico correspondiente a un 65.4 % de los residentes que laboran en dicho hospital y presentan burnout, con un salario mayor a Q. 7,000.00, lo que indica que en este estudio, esta variable no demuestra que el salario afecte de manera directa al desarrollo del síndrome de burnout y no tiene asociación con el año de residencia.

Tabla 12

Distribución de médicos residentes, por estado laboral del cónyuge, Hospital Roosevelt

Estado laboral del cónyuge	Síndrome de burnout				Total	
	Presente		Ausente		n	%
	n	%	n	%		
Trabaja	3	11.5	12	8.8	15	9.0
No trabaja	1	3.8	7	5.1	8	4.9
Sin cónyuge	22	84.7	118	86.1	140	86.1
Total	26	100	137	100	163	100

Fuente: Encuesta sociodemográfica laboral.

Respecto al estado laboral del cónyuge, dentro de los médicos con presencia de burnout, de los 4 casados, 3 tenían parejas que trabajan y 1 pareja no trabaja. Se realizó análisis bivariado entre la variable dependiente y el estado conyugal, obteniéndose una razón de prevalencia de 3 en los casos que el cónyuge no trabaja, con intervalos de confianza y chi cuadrado significativos. Al parecer, el síndrome de burnout se presenta 3 veces más cuando el profesional es casado y el cónyuge no trabaja.

Nivel de exposición	Razón de prevalencia	IC (95 %)	
Nivel 1	1.0000	0	0
Nivel 2	6.8870	1.0845	9.1954
Nivel 3	0.5639	0.1842	1.7261

Prueba de homogeneidad entre niveles

Chi cuadrado	gl	Valor p
30.2275	2	0.0000

Tabla 13

Distribución de médicos residentes, por frecuencia de turnos Hospital Roosevelt

Frecuencia de turnos	Síndrome de burnout				Total	
	Presente		Ausente		n	%
	n	%	n	%		
Cada 3 días	1	3.8	32	23.4	33	20.2
Cada 4 días	24	92.4	91	66.4	115	70.6
Cada 5 días	0	0	6	4.4	6	3.68
Más días	1	3.8	8	5.8	9	5.52
Total	26	100	137	100	163	100

Fuente: Encuesta sociodemográfica laboral.

Con relación a la frecuencia de turnos, el 92.4 %, de los médicos residentes con presencia de burnout, tienen turnos cada 4 días, en los distintos servicios del hospital. Se construyó una razón de prevalencia por nivel de exposición según la frecuencia de días con que realizan turnos, la cual evidenció que cuando se turna cada cuatro días presentan una Razón de Prevalencia RP de 7 con intervalo que incluye a la unidad y un chi cuadrado que es significativo. Este hallazgo puede deberse a que la mayoría de las maestrías realizan turnos cada cuatro días.

Tabla 14

Distribución de Síndrome de Burnout por nivel de Exposición de frecuencia de turnos

Síndrome de burnout	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Presente	1	24	0	26
Ausente	32	91	6	137
Total	33	115	6	163

Nivel de exposición	Razón de prevalencia		IC (95 %)
Nivel 1	1.0000	0	0
Nivel 2	6.8870	0.9676	49.0189
Nivel 3	0.0000	0	0
Nivel 4	3.6667	0.2534	53.0535

Prueba de homogeneidad entre niveles

Chi cuadrado	gl	Valor p
7.4345	3	0.0593

Tabla 15

Distribución de médicos residentes, horas de práctica, Hospital Roosevelt

Horario de práctica	Burnout				Total	
	Presente		Ausente			
	n	%	n	%	n	%
6 horas	0	0	1	0.7	1	0.6
8 horas	26	100	136	99.3	162	99.4
Total	26	100	137	100	163	100

Fuente: Encuesta sociodemográfica laboral.

En cuanto a las horas de práctica, el 100 % de los médicos coincidieron en que laboran 8 horas diarias, en cada uno de los servicios. En esta variable no se puede establecer alguna asociación, ya que la misma no tiene poder de discriminación.

Tabla 16

Distribución de médicos residentes, por horas de turno, Hospital Roosevelt

Horas de turno	Síndrome de burnout				Total	
	Presente		Ausente		n	%
	n	%	n	%		
36 horas	19	73.1	98	71.5	117	71.8
24 horas	7	26.9	39	28.5	46	28.2
Total	26	100	137	100	163	100

Fuente: Encuesta sociodemográfica laboral.

Respecto a las horas de turno, el 73.1 %, tiene turnos de 36 horas. Según refieren los médicos residentes, se inicia el turno después de concluir las 8 horas laborales y termina hasta el día siguiente complementando las 36 horas. Lo que se llama posturno y siguen con las tareas laborales dentro de la institución, que les genera agotamiento emocional y cansancio físico. En este estudio se asoció de manera directa, ya que los 26 casos con síndrome de burnout ,73.1 % de los residentes presentaban turnos de 36 horas, y solamente el 26.9 % turnos de 24 horas.

Capítulo V. Discusión de resultados

5.1 Discusión de resultados cuantitativos

El síndrome de burnout es sinónimo de desgaste profesional, su traducción literal al castellano es “estar quemado”. Maslach y Jackson (1986) definen el síndrome de burnout como un trastorno adaptativo o respuesta inapropiada a un estrés crónico que se caracteriza por un marcado cansancio físico y/o psicológico, conocido como agotamiento emocional, un alto nivel de despersonalización (los pacientes son vistos como meros casos, lo cual se manifiesta en una respuesta fría impersonal hacia ellos) y la falta de logros o de realización personal en el trabajo. Turnes (2010)

En el actual estudio realizado a médicos residentes del Hospital Roosevelt, se determinó la prevalencia del síndrome de burnout, en una muestra correspondiente a 163 médicos, de los cuales un 16 % presentó un grado alto en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y grado bajo en la realización personal, lo que confirma la presencia del síndrome.

Esta cifra obtenida está dentro de los rangos descritos en estudios internacionales que es de 2.5 a 45 % (Grau, 2009, Pág. 17). En los realizados en Guatemala en poblaciones similares, el síndrome reporta un intervalo de 2.3 % hasta un 17 %. (Palacios, 2010).

Con relación al agotamiento emocional, presenta el 69.3 % con grado alto en esta dimensión, que está presente en mayor o menor medida en uno de cada dos profesionales según estudios recientes, sin dejar de considerar las diferencias individuales, es decir, hay personas más vulnerables que otras por sus características personales, esta dimensión. Está muy relacionada con factores externos como los laborales, organizacionales y los sociales. (Cebria, 2015). Por ello, este resultado es uno de los más altos encontrados en los diferentes estudios internacionales, cuyos rangos están del 17 al 25 %, para el agotamiento emocional (Díaz, 2004).

Sin embargo, el agotamiento emocional para algunos autores, es el componente del síndrome de burnout más relevante, porque responde a la naturaleza e intensidad del estrés laboral (Lee y Ashforth, 1996; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001; Schaufeli, Leiter y Maslach, 2009), representa la dimensión básica relacionada al individuo en el síndrome de burnout (Maslach y Leiter, 2008) y por lo tanto, permite explicar mejor los vínculos entre las dimensiones del síndrome y la salud. Shirom, (2009)

Corsi (2000) enmarca los elementos del contexto en que se desarrolla el síndrome de burnout, que supone el estado de necesidad emocional de las personas a las cuales se asiste: mientras más intensas sean las demandas y más alto su grado de dependencia del trabajo del médico especialista, existe mayor probabilidad de que el burnout aparezca; a esto se agregan las condiciones físicas y sociales del trabajo.

En cuanto a la dimensión de despersonalización, se observa el 49.1 % en grado alto, consistente en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia los pacientes, que deteriora la relación médico paciente, visualizando al mismo como un objeto de estudio únicamente. Maslach, (1986)

Otros estudios descritos demuestran que la relación entre el agotamiento emocional y la despersonalización se ha constatado más; consecuentemente se ha reconocido como el fundamento del burnout, pues responde a un mismo factor, independiente de la realización personal (Gil Monte y Peiró, 1999), con la cual estos dos componentes tienen una relación más compleja, a veces fuerte, otras no (Maslach y Leiter, 2008).

La realización personal, presenta en este estudio el 42.3 %, evidenciando un grado bajo, hay que considerar que esta dimensión es diferente de las otras dos, es decir, que siendo baja representa mayor riesgo de padecer burnout, contraria a las otras dos dimensiones que si son altas presencia del síndrome.

Esta dimensión se asocia con la edad y se dice que es el mejor predictor de longevidad; en general, con la edad aumenta la satisfacción laboral. De forma característica, en los trabajos estresantes disminuye la satisfacción laboral y aumenta el estrés laboral a lo largo de la carrera del profesional de salud. (Mingote, 2004, pág. 67)

El modelo tridimensional del síndrome de burnout propuesto por Maslach es importante porque abarca aspectos del individuo que parten de sus valoraciones, principios y actitudes que son fundamentales en el apareamiento del síndrome del burnout. Ese agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización, y la satisfacción personal, no surgen desvinculados de las características individuales de los seres humanos, como la personalidad que como instancia autoreguladora determina las estrategias de afrontamiento e impacta en la autoestima y la autoeficacia.

Por lo anterior, es relevante mencionar que las tres dimensiones no se originan de las mismas causas, lo que permite diversas alternativas que explican la dinámica del síndrome de burnout.

Características sociodemográficas y laborales asociadas al síndrome de burnout

La distribución de las variables edad y sexo en los médicos residentes reflejó que los mismos tienen 28 años o menos (71.8 %). Maslach y Jackson, (1981) en sus estudios iniciales, describió a los jóvenes como más despersonalizados y menos realizados profesionalmente. Coincidieron posteriormente con este planteamiento Mingote (2003). Mayor agotamiento emocional en jóvenes identificó Fernández (2002).

Dado que los médicos jóvenes en su formación profesional están expuestos al estrés y al agotamiento, lo que les genera retos que enfrentan durante sus estudios, es necesario fortalecer su adaptación y su salud personal, como forma de garantizar la calidad de atención que van a brindar. Martínez, (2001)

De estos jóvenes residentes, el 54,7 % era del sexo femenino y 45,3 % era sexo masculino. Del total de residentes estudiados, 16 % presentaron síndrome de burnout. Al analizar los resultados ser joven y mujer posibilita el apareamiento del burnout, aunque con una diferencia moderada con respecto al sexo masculino.

Una posible explicación puede encontrarse en los modelos de socialización que son diferentes para el sexo masculino y femenino, los cuales asignan patrones, normas y valores específicos en función del sexo. Al sexo masculino se le atribuye el mundo de la competencia y de las mejores oportunidades de trabajo, aunado a la realización social, donde se siente satisfecho con ese rol. Mientras que al femenino, el rol es propiamente asistencial, ternura y ayuda, orientado hacia la vida privada y la realización de la familia (González y Castellanos, 2003).

En este estudio, el síndrome de burnout se presentó de manera similar en ambos sexos, sin embargo, algunas investigaciones evidencian mayor riesgo en las mujeres; otras en los hombres, aunque se consolida que las mujeres son más expuestas por el rol laboral que desempeñan, que según Mingote son de baja calidad, pero tienen mejor disponibilidad de recursos para afrontarlos.

Dentro de las especialidades o maestrías, donde los resultados fueron favorables para el síndrome de Burnout, se encontraron 6 de las de 10 estudiadas, siendo la más afectada, Ginecología y Obstetricia en primer lugar, ocupando el segundo lugar, Pediatría. Este resultado coincide con estudios realizados en Latinoamérica que reportan similitudes, donde los Programas de Urgencias Médicas son los que poseen el mayor porcentaje.

Resultados similares se encontraron en un estudio realizado en México, Hospital General La Raza, con 168 residentes de las diferentes especialidades, siendo los más afectados los de Urgencias y Pediatría, especialidad que coincide con este estudio, ocupando también el segundo lugar. Luna, (2006)

Es posible que estos programas de residencia estén más afectados por el aumento de la población en mujeres y niños que vienen del área rural, ya que este

hospital funciona como “referencia” de varios departamentos de Guatemala, lo que genera mayor movimiento y aumento de pacientes.

En la variable años de residencia, el 50 % de los cursantes del primer año de residencia son los más afectados con síndrome de burnout, probablemente se deba a que dentro del sistema hospitalario, la carga académica y laboral aumenta en el primer año de residencia; mientras que en los de tercer y cuarto año de residencia disminuye la carga. Estudios publicados en el “*Annals of Internal Medicine*”, el 75 % de los doctores de EE.UU. sufren de “burnout” desde su primer año de práctica hospitalaria. Catsicaris, (2007)

Según el estado civil de los médicos residentes con el síndrome, se aprecia a los solteros con un 84.6 %. Esto confirma lo revisado en la literatura que reporta que los solteros tienen mayor riesgo de sufrir el síndrome; y los casados con 15.4%, lo que significa que el estar casado es un factor protector. Para Maslach y Jackson, los casados tienen niveles bajos de las dimensiones del burnout, por el apoyo que representa la pareja. Entonces, ser soltero y joven representa un riesgo de padecer el síndrome de burnout.

Con relación al ingreso económico de los médicos residentes, el 65.4 % no tiene asociación con el año de residencia que tenga el médico, porque los de mayor frecuencia que presentó el síndrome, corresponden a los del primer año. El salario se nombra como otro factor que afecta el desarrollo del burnout, aunque tampoco existe una clara relación. Álvarez, (2005)

En los resultados, la variable estado laboral, los residentes que presentaron el síndrome, según la razón de prevalencia, se observa más cuando solo un cónyuge trabaja, como lo evidencian los resultados correspondientes a esta variable.

En la frecuencia de turnos, el 92.4 %, de los médicos residentes tienen turnos cada 4 días, en los distintos servicios del hospital, lo que indica que la

mayoría de los residentes de la muestra tienen el mismo rol de turnos, solo que en distinto servicio; por lo que se construyó una razón de prevalencia por nivel de exposición según la frecuencia de días con que realizan turnos, la cual evidenció que cuando se turna cada cuatro días presentan una RP de 7 con intervalo que incluye a la unidad y un chi cuadrado que es significativo. Este hallazgo puede deberse a que la mayoría de las maestrías realizan turnos cada cuatro días.

Las horas que los médicos trabajan en un horario establecido correspondió a 8 horas diarias, sin embargo, las actividades extras que realizan, como los laboratorios, el papeleo y las consultas a otros especialistas, prolongan su hora de salida. Es interesante resaltar que de los datos cuantitativos de esta variable, no puede establecer alguna asociación porque no tiene poder de discriminación, sin embargo, en las entrevistas en profundidad, las extenuantes horas de trabajo son motivo de agotamiento, y se evidenció en todos los participantes como una variable que les estresa.

En este trabajo las horas de turno corresponden a más de 36, porque terminan su turno y siguen laborando. Esto se demuestra con los 26 residentes que presentaron síndrome de burnout, todos tienen el mismo número de horas. Es el llamado posturno, cansado, mal dormido, mal alimentado y de mal humor, pero con una clase magistral por delante a medio día y examen de servicio, que tiene una ponderación.

En general, el análisis de los resultados de este estudio, coinciden con los reportados en otras investigaciones, sin embargo, una de las diferencias fundamentales es que “sí” se encontraron casos del síndrome de burnout, que corresponden a las dimensiones del agotamiento emocional y a la despersonalización alta, y baja la realización personal, que según Maslach corresponde a presencia del síndrome de burnout.

Está claro que los médicos residentes representan una de las poblaciones más vulnerables al burnout, cuyo análisis demuestra que esta profesión está siendo afectada de manera específica, y es concluyente si se considera que están dentro de un hospital y con pacientes todos los días.

Sin embargo, en esta discusión de datos cuantitativos, no representa la realidad que afecta el programa de residencias, se establecen asociaciones con variables, cuyos resultados se pueden generalizar, y el aporte se limita a esto.

Por ello, en este estudio, al realizar las entrevistas en profundidad, se reflejó la percepción que tienen los residentes acerca del síndrome de burnout, se expresó el sentir, y se valoraron los aportes que propusieron en sus comentarios cada encuestado. La búsqueda de causas y propuestas de solución fueron evidentes, de ahí la importancia del enfoque mixto en las investigaciones.

Por lo tanto, el abordaje del burnout es importante, ya que si bien se tuvo un 16 % de prevalencia, existe un porcentaje aún más alto con dos dimensiones afectadas, la de agotamiento emocional y la de despersonalización, con probabilidades de padecer el síndrome. Es de considerar que la parte de la metodología cualitativa, con las entrevistas en profundidad, ha permitido una propuesta de intervención innovadora, la creación de un sitio web www.tengoburnout.com, que cubre no solo a esta población, sino a los usuarios de las redes sociales, proporcionando información y ayuda profesional.

5.2 Presentación de resultados cualitativos

Para el desarrollo de la entrevista se propusieron los siguientes aspectos:

La unidad de análisis: Esta investigación, por ser mixta, presenta la parte cuantitativa del burnout y la cualitativa que es la entrevista en profundidad que se realizó con los 6 médicos residentes del Hospital Roosevelt, pertenecientes a los siguientes Programas de Maestrías: Anestesiología 1, Ginecología y Obstetricia 2,

Oftalmología 1 y Pediatría 2; correspondiente a 4 de sexo femenino y 2 de sexo masculino; años de residencia: 4 residentes cursantes de primer año y 2 residentes del segundo año.

Aspectos que se pactaron con los profesionales

Dentro del colectivo de médicos residentes seleccionados para la entrevista a profundidad, se les informó de los objetivos o finalidades de la investigación. En qué consistía la entrevista y la forma en se llevaría a cabo el registro de la información (grabada), el anonimato de algunos nombres o lugares, para mantener la limpieza de los datos. Alguna información sobre la publicación de este material obtenido y otra información solicitada.

Pasos de la entrevista en profundidad

Se contactaron a los médicos residentes en diferentes lugares de su elección, en la hora indicada que fue regularmente a las 17:30 horas, después de su salida del hospital. Resultó muy complicado confirmar los primeros encuentros, y que asistieran la mayoría, por lo que se utilizó la estrategia de dos médicos residentes cada día correspondiendo al Programa de Maestría que atendiera a la cita y de lo contrario se reprogramaba.

Garantizar la comodidad del residente fue muy importante, se buscaron lugares que no fueran tan concurridos para que diera lugar a la buena armonía y entendimiento, y se estimulará el diálogo y la confianza.

Buena disposición del investigador o entrevistador, con un guión de la entrevista para cubrir los aspectos referentes al síndrome de burnout, sin límite de tiempo y paciencia, con una excelente reflexión por parte de los médicos residentes.

Se evitó dirigir de manera excesiva la entrevista, así como preguntas afirmativas o negativas, preguntas concretas y cerradas; por el contrario, se hicieron pausas, silencios y se dejó espacio a la espontaneidad. No se permitió el

agotamiento del participante, sino ellos marcaron las pautas para concluir y dejar preparado el siguiente encuentro, si este era necesario.

Procesar la información

La entrevista más difícil fue la primera, porque sirvió para establecer el primer contacto con los médicos residentes y de esta forma conseguir un primer borrador general de las percepciones de los mismos con respecto al síndrome de burnout y qué acontecimientos han favorecido o no el apareamiento del mismo.

Fue importante revisar o repasar la transcripción de la entrevista anterior para que se completara algún aspecto que faltó, de manera que en la siguiente entrevista se aborda.

Con relación a la transcripción, se realizó con literalidad de los temas, revisando que se consideraran las pausas, los énfasis, con el fin de que se mantuvieran todas las expresiones y que constará que no hubo manipulación.

Cada entrevistado se expresó sin interrupciones, solo en casos extremos se orientó la entrevista hacia otros temas. Uno de los aspectos que se cuidaron, fue el establecimiento de la ética profesional, por ambas partes, donde el médico se sintiera cómodo en relatar circunstancias de su vida sin temor que fueran manipuladas.

En el análisis de los resultados de las entrevistas, las circunstancias fueron priorizadas en algunas categorías emergentes que surgieron durante las entrevistas, colocando las características más frecuentes que los llevaron a padecer el síndrome de burnout: los problemas que se dan dentro de la institución u hospital, las necesidades personales de cada médico residente, actividades

para mejorar sus capacidades y afrontamiento del estrés, y cómo abordar el síndrome de burnout para prevenirlo.

En cuanto a la selección de datos de las entrevistas en profundidad según el análisis cualitativo y la utilización de la fenomenología, se tuvo un acercamiento a este grupo de estudio de 6 médicos residentes, describiendo los relatos, expresiones y significados de los sujetos. Se han realizado preguntas, con el objeto de comprender este fenómeno, estableciendo sus nexos, similitudes y sus desconexiones para que cada participante analice desde su conciencia y pensamiento.

5.2.1. Selección de datos cualitativos

Como enfatiza Cabrera, existen los criterios de pertinencia y relevancia; partiendo de estas premisas, se seleccionaron los párrafos de las entrevistas en profundidad con relación a las expectativas y el sentir de los médicos residentes.

En cuanto a los resultados de la presente investigación, es importante mencionar que por tratarse de valoraciones subjetivas de los participantes y narradas desde su percepción acerca del síndrome de burnout en su vida profesional, laboral y familiar, no pueden ser consideradas como un significado final de dicha experiencia, ya que esta cambia conforme la persona madura o bien se desarrollan cambios en las instituciones que mejoran los climas organizacionales, estimulando a los trabajadores.

De las entrevistas realizadas se priorizaron algunas categorías que surgieron durante las mismas, colocando las características más frecuentes que los llevaron a padecer el síndrome de burnout, los problemas que se dan dentro de la institución u hospital, las necesidades personales de cada médico residente, actividades para mejorar sus capacidades y cómo abordar el síndrome de burnout para prevenirlo.

Selección de datos de las entrevistas en profundidad según el análisis cualitativo y la utilización de la fenomenología, nos acercamos a este grupo de estudio de seis médicos residentes, describiendo los relatos, expresiones y significados de los sujetos. Se han realizado preguntas generadoras, con el objeto de comprender este fenómeno.

Las categorías emergentes surgidas de la narrativa de los 6 participantes fueron codificadas como informantes en orden correlativo del 1 al 6 (I-1, I-2, I-3, I-4, I-5, I-6) cuyas respuestas a las preguntas de las entrevistas se describen a continuación.

5.2.2. Categorías

- Desconocimiento sobre el síndrome de burnout
- Clima organizacional
- Procesos de docencia
- Entorno familiar
- Entorno social
- Valores
- Espacios virtuales

5.2.3. Desconocimiento sobre el síndrome de burnout

Al extraer el contenido de las entrevistas en profundidad y lograr la categorización, se estableció la percepción que los médicos residentes tenían acerca del síndrome de burnout, lo que evidenció que algunos no tenían claro en qué consistía el mismo, y menos que lo padecían. Dentro de esta categoría se pueden señalar algunas subcategorías que se describen a continuación:

Negación

Todo ser humano recibe informaciones que alteran su vida cotidiana, la puede aceptar tal como vienen, o bien intenta manejar la situación; a veces se

tiende a negar lo obvio colocando un muro a la realidad. Por ejemplo, el comentario del residente, *¿será que este cuestionario es confiable?* Es difícil para el personal de salud comprender que la enfermedad es parte de la vida y que no hay excepciones.

“...sí, había oído hablar de algunos cuestionarios que median el estrés en las personas...(pausa, sonrisa) sin embargo, no pensé que yo tenía estrés o más bien dicho este Burnout, como nombre propiamente dicho no lo conocía, además ni se pronunciarlo bien creo jajajaja...() No sé por qué tengo estrés, ¿será que este cuestionario es fidedigno? Eso no es lo mismo que fatiga crónica...”I-1

La mayoría de médicos minimizan sus enfermedades y a diferencia de sus pacientes, utilizan procedimientos distintos a los que aconsejan. En ocasiones no son conscientes de sus problemas de salud, especialmente si son de índole psicológica o adictiva, y se niegan a recibir apoyo de sus colegas. Lo que confirma en su relato el siguiente informante.

“...la verdad, es que me siento mal , porque soy una de las primeras en decirles a mis compañeros “non estrés test”, para decirles que no se preocupen que lo tomen con calma, que hay más tiempo que vida, siempre me he tomado las cosas con calma, pero a veces como persona o humana que soy (pausa) no siempre estoy de buen humor y las cosas no dejan de pasar, cada día es distinto y una también tiene sus lunas como se dice, la verdad... pero sí, sí hay cosas que en realidad me han sucedido, y que debo poner atención para cambiar y no repetir y que los pacientes se perjudiquen que es lo que no queremos ninguno de los residentes que trabajamos aquí, aunque uno que otro es la excepción, no podemos generalizar, pero en mi caso sí, me interesan mis pacientes...”I-6

Gándara (2004) refiere que las características de la profesión llevan a los médicos a adoptar comportamientos diferentes “Soy médico ¿cómo voy a confiar en otro compañero la enfermedad que tengo?, ¿qué pasa con la confidencialidad?, los temores no le dejan ser objetivo, y es probable que repercuta en su ejercicio profesional y de manera negativa en su entorno familiar y laboral. De acuerdo a la opinión del siguiente informante, esos temores que sentía, al no tener el control de su propia enfermedad, le causaba un desequilibrio, que compartía con amigos y familia ¿qué tengo?

“...hace unos meses , me sentía muy mal de salud, era como desgano o fatiga, una cosa así, hasta llegue a pensar que tenía alguna enfermedad crónica, me realicé todos mis exámenes y gracias a Dios, no tenía lo que pensaba, fíjese que no sabe que no quería ni levantarme me estaba asustando y a mi familia más, así que una mi amiga de la infancia que es Psicóloga, me dijo en broma lo que tú tienes, es estrés, y nada más, no lo creo yo debo tener algo malo...”I-3

Otero (2006), enfatiza que “el ámbito institucional incluye el propio ejercicio de la medicina, que en las mejores condiciones es en sí mismo estresante”. El médico no es un buen paciente, no importa el problema de salud que padezca, lo silencia y la resuelve sin ayuda profesional. Una postura equivocada que lleva a procedimientos inadecuados, como el autoprescripción, las consultas de pasillo, o a través del celular, lo que conduce a evoluciones clínicas complicadas y un peor pronóstico.

Diagnóstico un hallazgo

Con las entrevistas en profundidad emergieron categorías que originaron subcategorías con base en la participación de los informantes o médicos residentes, y que el síndrome de burnout fuera un hallazgo es significativo, por la

forma silenciosa en que se presenta y que ante los síntomas de alarma, aún causa resistencia entre los profesionales.

Jovell (2004) menciona que “los médicos también se enferman” y “además de las mismas enfermedades que afectan al resto de los mortales”, lo que significa que los médicos se enfrentan a la enfermedad, la propia o la de un ser querido, como parte inherente de vivir. Aprenden a tratar la enfermedad a medida que desaprenden cómo padecerlas. Este desaprendizaje permite una perspectiva objetiva en el manejo de los pacientes; no es lo mismo decir “usted está enfermo” a “yo soy el enfermo”, por ello el profesional asimila la enfermedad como una derrota, por lo que se apropia de la negación de la misma, para eludir su realidad.

Así lo afirma uno de los informantes a continuación:

“...al parecer tiene que ver con el desgaste de la persona, o algo así, pero yo no sabía en qué consistía y sabe una cosa todavía estoy asimilándolo, si tengo... () años y estoy en la residencia que más me gusta, y además no tengo turnos tan seguidos, ... me alarma pensar que ya estoy cansada a esta edad...”1-5

Autoexigencia

En algún momento de la vida, el ser humano se exige como un proceso intrínseco y va más allá de sus capacidades, habilidades y destrezas, causando frustración y problemas de salud de diferente índole.

La auto exigencia es un generador de angustia que puede en ocasiones producir estrés e insatisfacción. “Una vez que deja el ser humano de preocuparse por esto y por aquello, se percata de ser lo que es” (Jovell, 2004).

Los médicos residentes no solo se exigen a sí mismos, sino que acumulan estresores externos proporcionados por el hospital, los jefes y los pacientes, tienen múltiples actividades que conllevan responsabilidades en su trabajo profesional.

Esto confirma el comentario del siguiente informante:

“...que le puedo decir, estoy pensando que sí , sí soy una persona con mucho estrés, creo que soy una persona que me exijo mucho a mí misma, siempre soy perfeccionista, me gusta hacer cada cosita, que hago muy, pero que muy bien, y me gusta que la gente a mi alrededor tenga las mismas ganas, con las que yo las hago, y eso incluye el servicio donde me encuentro, que la verdad es estresante, claro que no tanto como otros, pero ni modo, yo escogí esto y tengo que seguir adelante, porque soy una persona perseverante que no se da por vencida, aunque sueno poco modesto y que le diga estas cosas, pero, la medicina ha estado presente desde que soy muy pequeña...”I-4

El problema fundamental es que el médico se autoexige, sin embargo, esto conlleva una serie de aspectos que son externos, por ejemplo, el clima organizacional, las tareas paralelas, la cantidad de pacientes, el uso de exámenes diagnósticos especializados, la carga académica, el cumplimiento de turnos y horas de práctica e, importante, los jefes inmediatos. No se puede cambiar todo un sistema institucional, sin embargo, las estrategias de afrontamiento son de tipo individual, “que puedo hacer desde mi persona, para ofrecer calidad de atención a los pacientes”, y “que debo hacer por mi persona para solventar el cansancio, la fatiga y baja autoestima”.

“...no sé si este resultado está bueno, pero por otro lado pienso que se deba a lo autoexigente que soy conmigo misma, pues la verdad y sin pecar de modestia, soy una de las mejores notas, eh, siempre me preocupe desde que empecé a estudiar medicina a ser una de las mejores...”I-5

Sin embargo, dentro de los médicos informantes, hay quien acepta que siempre ha estado sometido a estrés, y que le gusta trabajar muy rápido dentro del

hospital, pero aún existen lugares del hospital donde los trámites son muy lentos lo que obstaculiza el buen desempeño. Conoce la dinámica del hospital, y ahora se enteró que padece síndrome de burnout.

“...considero que soy “speed”, es decir, sumamente estresado, por lo menos así me han dicho muchos, todo lo quiero hacer rápido, y bien, no me gusta dejar nada pendiente siempre estoy buscando que me falta, siempre estoy pendiente y a veces considero que le va a pasar algo malo, que algo sucede cuando no estoy con el paciente,...() bueno siempre pensé o que creía que mi estrés había disminuido, porque no soy nuevo ya sé cómo conducirme en el hospital, sé cómo manejar al personal administrativo, y a veces al personal de enfermería, pero ahora resulta que estoy comprobando que no es así, que sigo manejando estrés, y creo que no solo en el hospital, sino en otras áreas de mi vida...” I-2

Aunque se conozca el funcionamiento del sistema hospitalario, siempre genera estrés, porque los servicios de atención a los pacientes tienen horarios definidos, que si están fuera de los mismos ya no se realizan procedimientos, o en el caso del laboratorio, las muestras de sangre.

Estos factores externos, aunados al cansancio físico y emocional que los médicos residentes experimentan, han provocado en algunos la fatiga crónica y el apareamiento de signos y síntomas compatibles con el “desgaste” o “estar quemado”, el síndrome de burnout.

A continuación se sintetiza a través de un cuadro (No.1), las categorías descritas en los párrafos anteriores y extraídos de las entrevistas en profundidad, con la descripción y la unidad de significado.

Cuadro No.1

Categoría1. Desconocimiento del síndrome de burnout

Temas de las categorías o subcategorías	Descripción	Unidades de significado
<p>Desconocimiento del síndrome de burnout</p> <p>Subcategoría Negación</p>	<p>Los participantes coinciden en que no tenían conocimiento sobre este síndrome, y que si sobre el estrés, pero no como algo que les sucediera frecuentemente, siempre han pensado que se trataba únicamente de fatiga, cansancio o tedio.</p>	<p><i>“...no pensé que yo tenía estrés o más bien dicho este burnout, como nombre propiamente dicho no lo conocía, además ni se pronunciarlo bien creo jajajaja.... , no se por qué tengo estrés, ¿será que este cuestionario es fidedigno? eso no es lo mismo que fatiga crónica...” I-1</i></p>
<p>Subcategoría Diagnóstico un hallazgo</p>	<p>Los participantes son médicos residentes que están actualizados en las enfermedades del momento, sin embargo cuando un médico se enferma, es “el paciente más difícil”, suele esperar hasta el último minuto para tomar decisiones sobre su salud, por ello les sorprende saber que presentaron el síndrome.</p>	<p><i>“...tiene que ver con el desgaste de la persona, o algo así, pero yo no sabía en qué consistía y sabe una cosa todavía estoy asimilándolo, si tengo 23 años y estoy en la residencia que más me gusta, y además no tengo turnos tan seguidos, sino cada 8 , me alarma pensar que ya estoy cansada...” I-5</i></p> <p><i>“...me sentía muy mal de salud, era como desgano o fatiga, una cosa así, hasta llegué a pensar que tenía alguna enfermedad crónica, me realicé todos</i></p>

		<i>mis exámenes y gracias a Dios, no tenía lo que pensaba, fíjese que no sabe que no quería ni levantarme me estaba asustando y a mi familia más, así que una mi amiga de la infancia que es Psicóloga, me dijo en broma lo que tú tienes estrés, y nada más , no lo creo yo debo tener algo malo...”I-3</i>
Subcategoría Autoexigencia	Algunos de los médicos refieren que desde que empezaron a estudiar Medicina, eran muy exigentes con ellos mismos, se presionan para ser los mejores en las tareas que se les imponen, y presionan a las personas a su alrededor para ser más eficaces en su trabajo.	<i>“...soy una persona que me exijo mucho a mí misma, siempre soy perfeccionista, me gusta hacer cada cosita, que hago muy, pero que muy bien, y me gusta que la gente a mi alrededor tenga las mismas ganas, con las que yo las hago, y eso incluye el servicio donde me encuentro, que la verdad es estresante, claro que no tanto como otros, pero ni modo, yo escogí esto y tengo que seguir adelante, porque soy una persona perseverante que no se da por vencida...y bien, no me gusta dejar nada pendiente siempre estoy buscando que me falta, siempre estoy pendiente...”I-2</i>

5.2.4. Clima organizacional

Es una de las categorías emergentes que se evidenció en este trabajo. Se dice que el clima organizacional considera cuatro dimensiones: naturaleza del trabajo, grupo de trabajo, estimulación moral y material, y condiciones del lugar de trabajo. Las relaciones significativas que existen entre la organización y el síndrome de burnout son bajas, probablemente es porque la prevalencia del

burnout no es alta, aunque las condiciones ambientales son favorables para que el mismo se convierta en un grave problema, debido a la existencia de factores que han sido identificados como detonantes. (Dávila, 2011).

La importancia de la formación social con los pares ha funcionado como un factor protector, el sentirse acompañados en las mismas circunstancias de trabajo fortalece al médico, así lo expresan los informantes.

“...crear un ambiente de trabajo con los compañeros es de mucho apoyo y solidaridad...” I- 5

Propiciar relaciones favorables entre jefes, profesores y estudiantes de las residencias mejora la participación colectiva y los desafíos, que ayudan a la superación de un ambiente de apertura a las propuestas, a la flexibilidad, con ambientes que mejoren su satisfacción en el trabajo. Cetina (2006)

“...un clima muy agradable dentro de los servicios, quizá un club de estresados...” I-2, I-5

Autoritarismo

Dentro del hospital, el residente se encuentra en estrecho contacto con sus jefes inmediatos, que también son residentes de los últimos años de maestría, además de contar con los jefes de cada servicio. Cuando se refiere a jefes, se espera que exista un vínculo de aprendizaje mutuo y reflexiones sobre la práctica médica, que se traduciría a mejor atención de los pacientes, sin embargo, esta dualidad no siempre existe, sino al contrario, es visto como oponente, que debe ser obedecido. A continuación narraciones de los participantes.

“...es el trato de los jefes de servicio, los cuales faltan al respeto con palabras soeces...” I-5

Es importante destacar que en las residencias médicas existe una relación de poder, de niveles, jerarquías y el llamado “don de mando” que la mayoría no

sabe administrar, ni convivir y repercute en la enseñanza de los médicos, provocando trabajos y actividades poco dignas.

“...sacarse de la cabeza la famosa “ley del gallinero”, si la conoce verdad, donde la gallina de arriba defeca a las demás...” I-2

¿Qué es lo que acontece cuando el autoritarismo se produce? Incide directamente sobre los médicos dando como resultado personas inseguras, con escaso liderazgo, miedo y prevalece la llamada cultura “del favor”, donde se obtiene ganancia de los más débiles, porque así funciona, es el sistema desde hace muchos años. La “ley del gallinero” es perversa, llena de chantajes y amenazas, que tiene como finalidad establecer las diferencias de rango. Gómez (2013)

“...lo primero es que estén más pendientes de nuestras necesidades, que entiendan que también somos humanos que nos cansamos...” I-3

Sin embargo, expresan de manera enfática que es necesario que se tome en consideración la dignidad humana del residente, que se retomen estos valores, como una profesión digna, humanitaria, sinónimo de integridad, respeto, de principios, vocación y sobre todo de entrega. No se trata de trabajar menos, sino de hacerlo de manera digna, sin insultos y amenazas, con estímulos e incentivos que propicien un buen clima laboral.

Así mismo, en un tema similar, otro de los informantes indica lo siguiente:

“...que sean muy amables, que me traten con excesivo respeto y me estimulen diariamente para realizar mi trabajo de la mejor manera, que si no me dio tiempo de hacer algo, me lo digan de buen modo, y me consideren, que no exista manipulación o enojos” I-4

El buen trato es fundamental, se tiene un papel dentro de la profesión médica, el bien común, la salud del paciente, y para ello se requiere de un conjunto de personas que trabajen en armonía y responsabilidad. Debe existir consideración, respetar los principios éticos y religiosos dentro del grupo de médicos y de igual manera en la relación médico-paciente. Generar actitudes positivas, que conlleven un mejor desempeño en las diferentes áreas del hospital.

Desde hace varios años que se escuchaba decir la llamada “pirámide”, sin embargo, con el comentario que a continuación se detalla, existe médicos que creen que esto se sigue dando.

“...la llamada pirámide, que el residente con mayor jerarquía tiene derecho a ordenarte lo que él quiera con relación a los servicios donde uno esté asignada, a veces no pertenecen a la misma maestría, pero se le tiene que obedecer, así es, y así será, no creo que esto cambie, porque yo tengo a mi tía que estudió y sacó su residencia aquí en este hospital, y me repite lo mismo, el autoritarismo por parte de los jefes de servicio, uno que otro maltrato, y que siempre, pero siempre, piden muchas tareas pero los laboratorios son los que más tiempo quitan, sino que cuando al fin de las cansadas y de rogar al laboratorio llega uno que muy tarde que ya se dejaron órdenes nuevas, que hay más cosas que hacer, que ya están entrando pacientes nuevas , y así es el día con día...”I-2

El sistema hospitalario no ha tenido cambios estructurales, acciones como estas son vistas a lo largo de estos años, colocando al médico residente vulnerable y con escaso apoyo de las autoridades; donde el que enseña, el jefe, lo hace sin lineamientos metodológicos, con algunas deficiencias y sin una función clara en cuanto a que deben cumplir los residentes, recargándole multiplicidad de tareas, que nunca llegan a terminar en la jornada de trabajo. (Cruciani, et al, 2013)

“...me gustaría que se socializara lo que nosotros sentimos, porque a veces todo lo que decimos solo se queda en el aire...”I-5

Es importante rescatar los sentimientos que se expresan en estas entrevistas, la necesidad de ser escuchados, que ponen en evidencia las falencias de los programas de formación; rescatar la adquisición de hábitos, valores y la ética dentro del área laboral, egresando profesionales con aprendizaje científico, con juicio crítico y con el servicio al prójimo.

Motivación

En la necesidad o el deseo que activa y dirige nuestro comportamiento. Para alcanzar una meta se debe tener suficiente activación y energía, un objetivo claro, capacidad y disposición de emplear energía durante un período de tiempo lo suficientemente largo para alcanzar la meta Morris (2012). Estos conceptos de motivación son los que constantemente se reciben en los primeros años de la carrera, sin embargo al llegar al hospital es diferente, empieza la responsabilidad por los pacientes y las horas se hacen más cortas, aunadas al cansancio de los turnos, lo que exponen los participantes en sus narraciones.

“...los turnos que fueran de menos horas, que si se pudiera lo dejaran ir a casa después de hacer posturno, que además estimular, motivar, y estimularnos en relación a nuestro trabajo, que nos ayuden con los horarios de clase para que sean flexibles...”1-4

La mayor parte de los esfuerzos destinados a la motivación en médicos, se ha centrado en incentivos económicos, sin embargo, hay otros factores no relacionados que pueden influir de manera directa, como la seguridad en el trabajo, el respeto de las personas con quien trabaja, el desarrollo profesional, el prestigio científico y profesional y la autonomía al realizar su trabajo.

Por ello, la teoría de motivación (Vroom citado por González 2007) sigue siendo el fundamento para investigaciones en la actualidad; define la motivación en el trabajo con tres variables en que se basa la fuerza motivacional. La primera es la expectativa, que se define como la probabilidad subjetiva a priori de

alcanzar lo que la persona se propone si se esfuerza; la segunda es la instrumentalidad, que se refiere a conseguir un mayor prestigio, aumento de sueldo a la vez de conseguir un aprendizaje, y la tercera es la valencia, que es la valoración o grado de importancia que se le concede a aquello que la persona piensa que puede conseguir.

Aunado a la motivación están los estímulos según el entrevistado:

“...no hay estímulos de ninguna clase, para sentirse útil, apreciado y valorado...” I-4

Es difícil que en la residencia hospitalaria se contemplen estímulos a los médicos; la mayoría trabaja diariamente sin recibir frases de ánimo, aliento o una felicitación por el trabajo realizado; se aprecian como obligación las tareas que realizan con los pacientes, “solo cumplen con lo que les corresponde”. Siempre se ha hecho lo mismo por muchos años, por qué ahora sería diferente. No a todos los médicos le sucede lo mismo, no se puede generalizar.

Comunicación

El 90 % de los problemas de las organizaciones se originan por una comunicación insuficiente entre dirigentes y dirigidos (Alves y Paes, 2004). Es importante que se preste atención al proceso de la comunicación, porque influirá en el comportamiento. El jefe que escucha activamente llega a tener éxito, pero el que no permite hablar ni exponer las necesidades, evidencia falta de empatía, deteriorando la relación de ambas partes.

“...tengamos muy buena comunicación, para formar grupos de trabajo buenos, que sería bueno para los pacientes, otra cosa tal vez es el estímulo...” I-3

La comunicación es importante para que exista un trabajo en equipo y se tengan objetivos definidos. Los tres componentes de la comunicación son fundamentales en toda organización humana: el emisor, el mensaje y el receptor.

Cuando hay interferencias en alguno de estos elementos, se observan resultados diferentes a los esperados, tal es el caso de los residentes cuya comunicación es vital para la realización de la anamnesis, de los procedimientos clínicos, la medicación y del plan educacional.

Otra de las subcategorías relacionadas con el clima organizacional es el descrito por los entrevistados.

Trabajo extenuante

En el hospital, las largas jornadas de trabajo caracterizan a todo el personal, pero especialmente a los médicos que trabajan más de 36 horas incluyendo el día de turno. Las tareas deben cumplirse antes que se cambie el turno por la mañana y se inicie la visita (paso de jefes por cada servicio); deben estar debidamente organizados los laboratorios solicitados y descrita la aplicación de los medicamentos a cada paciente; además, la verificación de consulta a otros especialistas. Ese mismo día tienen docencia, clase o examen de un tema específico, con el objetivo de cumplir con los requerimientos académicos.

Así lo expresan los médicos que se sienten agotados:

“...las terminamos viviendo en la realidad de nuestra práctica, las extenuantes horas de trabajo, sin parar de realizar tareas...”I-4

Las largas horas de trabajo y el trato inhumano del que son objeto los residentes comprometen la calidad del aprendizaje y el servicio que brindan. El agotamiento emocional y físico se evidencia al sentirse agobiado, castigado, mal dormido, con mala alimentación y, sobre todo, escasa motivación y estímulo.

“...las jornadas tan largas de trabajo que termina uno acabado, son más de 8 horas de pie, sin contar con los turnos, tan seguidos que la verdad no acaba uno de dormir, siente que nunca descansa...” I-3

Horas de turno

Dependiendo del servicio donde esté rotando el médico, así serán los días de turnos, frecuentemente son cada cuatro días, algunos terminan a la media noche y otros por la mañana. El cansancio físico no permite un buen desempeño, se sienten irritables, de mal humor, como narran los siguientes residentes.

“...hay veces que seguimos de largo sin dormir ni una gota...”I-6

Los turnos son siempre agotadores, se trabaja más tiempo y con más tareas porque se está solo, y dependiendo si es la emergencia o servicios, así se distribuirá el tiempo para que no deje algo por hacer, de ahí la expresión “sin dormir una gota”.

“...así que termino comiendo mal y durmiendo peor, lo que significa un inadecuado descanso, trabajando en malas condiciones y a veces irritado y de mal humor...”I-5

Los residentes siempre están con el tiempo contado lo que implica no hacer las comidas del día, se prefiere adelantar para avanzar en las tareas. No todos los hospitales escuela les brindan tiempos de comida, otro factor que implica salir fuera del hospital, lo que conduce a conductas irritables, agresivas y de mal humor.

“...que nos vean como personas, como humanos que nos agotamos y cansamos...”I-6

En estas expresiones se reitera lo descrito en párrafos anteriores, la dignidad humana, el derecho a ser tratado con respeto y el derecho que le asiste al descanso a la recreación.

“...que disminuyeran las horas de trabajo y me refiero a las extras en cada servicio, termina uno saliendo de sus actividades como una hora pasada, lo mejor sería que los turnos fueran cada 8 o 10 días...”I-1

Valorar el programa de residencias implica la realización de cambios estructurales, que llevan tiempo, ¿cómo cambiar todo un sistema que ha funcionado por muchos años de la misma forma? Un paso inicial sería evitar las arbitrariedades a que son sometidos los residentes, turnos de castigo, tareas después de su jornada, maltrato verbal y psicológico, amenazas y acoso que van en deterioro de la persona.

Tabla No.2

Categoría 2. Clima organizacional

Temas de las categorías o subcategorías	Descripción	Unidades de significado
Clima organizacional	<p>Crear un ambiente de trabajo favorable es importante para el mejor desempeño de las actividades; un clima agradable con todos los compañeros es fundamental para la eficacia del trabajo</p>	<p><i>“...un ambiente de trabajo con los compañeros es de mucho apoyo y solidaridad...” I- 5</i></p> <p><i>“...un clima muy agradable dentro de los servicios.... “ I-2,I-5</i></p>
Subcategoría Autoritarismo	<p>Cuando se refiere a jefes se espera que exista un vínculo de aprendizaje mutuo y reflexiones sobre la práctica médica, que se traduciría a mejor atención de los pacientes, sin embargo esta dualidad no se siempre existe, sino que el jefe se considera más importante que todos los demás.</p>	<p><i>“...es el trato de los jefes de servicio, los cuales faltan al respeto con palabras soeces...” I-5</i></p> <p><i>“...sacarse de la cabeza la famosa (ley del gallinero), sí la conoce verdad, donde la gallina de arriba defeca a las demás...”I-2</i></p>
Subcategoría Motivación	<p>Actividad, movimiento para realizar las metas establecidas, sentirse estimulado con la maestría que cursa y con interés en realizar</p>	<p><i>“...y estimularnos en relación a nuestro trabajo, que nos ayuden con los horarios de clase para que sean flexibles...”I-4</i></p>

	un buen trabajo dentro del hospital, con horarios menos rígidos	
Subcategoría Comunicación	Para que un mensaje sea comprendido debe ser concreto, específico y sobre todo claro; sin embargo, la mayoría de veces las cosas se dicen ambiguas, y cada quien entiende diferente.	<i>“... tengamos muy buena comunicación, para formar grupos de trabajo buenos, que sería bueno para los pacientes...” I-3</i>
Subcategoría Trabajo extenuante	Se establecen servicios donde la carga laboral es mayor que en otros, por lo que resulta difícil, cumplir con las tareas impuestas por los jefes, y menos de relacionarse entre sí.	<i>“...las extenuantes horas de trabajo, sin parar de realizar tareas...”I-4</i> <i>“...las jornadas tan largas de trabajo que termina uno acabado... la verdad no termina uno de dormir, siente que nunca descansa...”I-3.</i>
Subcategoría Horas de turno	Los turnos de los médicos residentes son rotativos, van desde la emergencia a los servicios y la sala de operaciones, se tienen que cumplir tareas inmediatas y mantener al día los requerimientos de los pacientes.	<i>“... lo mejor sería que los turnos fueran cada 8 o 10 días...” I-1</i> <i>“...hay veces que seguimos de largo sin dormir ni una gota...”I-6</i> <i>“...horarios específicos de descanso...”I-3</i>

5.2.5. Entorno familiar

Según Escriba (2008, Pág. 300) La probabilidad de presentar un elevado cansancio emocional y despersonalización es mayor en los profesionales expuestos a un alto nivel de contacto con el sufrimiento y la muerte, y conlleva un impacto negativo del trabajo en la vida familiar. También influye el bajo control sobre el propio trabajo por la falta de habilidades y formación adecuadas, así como las largas jornadas de trabajo y horarios irregulares y su interacción con su vida familiar y social.

“...mi familia ha sido de apoyo económico, emocional...” I-3

La familia ha constituido el refugio de los residentes, un lugar donde son queridos, apreciados y valorados, reciben cariño, ánimo y fuerza para seguir adelante, además de constituirse en la formadora de principios y valores.

Así lo expresan los entrevistados:

“...cuando estoy a mi casa, siento una paz y tranquilidad, aunque mi mamá dice que siempre se me ve el semblante como de cansado, enojado...” I-6

“...una muy buena familia que me apoya mucho...” I-1

Estar en familia es necesario, aunque las preocupaciones del trabajo siempre están presentes, y cuando se trata de atender pacientes la responsabilidad es mayor.

Desintegración familiar

Uno de los hallazgos es la desintegración familiar por viudez, constituyéndose la familia en un factor estresante para este médico residente, quien ha trabajado desde que inicio el ciclo básico, por no contar con apoyo económico.

“...pues mi familia hace rato que se desintegró, yo vivo con mi hermana mayor hace varios años, mi papá falleció antes de estudiar medicina, le dio un Infarto, y nos quedamos solos con mi mamá, y empezamos a trabajar mi hermana y yo, siempre conseguíamos trabajos en el fin de semana para seguir estudiando el básico y diversificado...”I-4

Contrario a las familias integradas, algunos residentes sienten la ausencia de uno de sus padres y esto también genera pérdida o vacío que intentan sustituir con elementos externos. Trabajar y sostener sus estudios, es importante, sin embargo tendrá más obstáculos que vencer.

Apoyo familiar

La familia constituye un soporte y fundamento para la socialización del individuo y su desarrollo dentro de la sociedad, propiciando los valores que aplicará en el desempeño de sus labores. En el siguiente comentario se visualiza el apoyo de la familia hacia la profesión que quería ejercer su hija.

“...nos constituimos en una familia numerosa... todos nos queremos mucho...”I-6

Como la familia se impone en la toma de decisiones de los miembros que la constituyen, el apoyo para que se desarrollen como personas y profesionales es fundamental.

“...quería ser doctora de niños, jugaba con mis primos de que los curaba y cosas así, y conforme crecía y tenía más edad, siempre quería lo mismo, en el Colegio cada disfraz o algo de teatro que había que hacer, mi papá y mi mamá me vestían de doctora...”I-1,I-3

Reconocimiento familiar

Se considera como de los factores protectores del ser humano. Reconocer a la familia como una fortaleza y conformar una familia unida, que realiza

actividades en conjunto, permitirá que el estrés disminuya y se trabaje de mejor forma.

“...al estar en el hospital, tantas horas, a veces no logramos ver a todos los miembros de la familia cuando llegamos, es difícil mantenernos en las horas de comida todos juntos, a pesar de que mi mamá y mi papá, son muy celosos de conservar el núcleo familiar, y siempre orar en la mesa, agradecer al Señor por los alimentos...”I-2

“...si estoy posturno, no hagan ruido, caminemos despacio, dejemos dormir a la nena, porque está muy cansada. Cuando platico con mi mamá, me da mucho apoyo, palabras de aliento, me hacen sentir querida e importante...”I-2

“...los domingos que no tengo turnos, son fabulosos, allí sí realizamos las cosas que nos agradan, pero después de ir a la iglesia... Si en verdad considero a mi familia como algo positivo en mi vida, sin el apoyo de ellos, no sé donde estaría en este momento. De verdad lo digo...”I-2

“...sí, definitivamente siento en todo momento el apoyo de mi familia, aunque en este momento no estemos muy bien económicamente, pero si somos una familia muy unida, tengo un montón de primas y primos, y no la pasamos muy bien...”I-5

Tabla No.3

Categoría 3. Entorno familiar

Temas de las categorías o sub-categorías	Descripción	Unidades de significado
Entorno familiar	La familia constituye el principal contexto de desarrollo y socialización, esto significa que la forma en la que los progenitores se relacionan cotidianamente con sus hijos, determinará las mejoras en las relaciones del grupo familiar.	<p><i>“Sí en verdad considero a mi familia como algo positivo en mi vida, sin el apoyo de ellos, no sé donde estaría en este momento. De verdad lo digo...”</i> I-2</p> <p><i>“...cuando estoy en mi casa, siento una paz y tranquilidad...”</i> I-6</p>
Subcategoría Desintegración familiar	Es un hecho social que consiste en la ruptura progresiva de los lazos afectivos y materiales, una disolución del matrimonio de manera voluntaria o por muerte.	<p><i>“...ya habíamos asimilado lo de mi papá, cuando mi mamá resultó con una enfermedad que le llevó a la muerte, un Cáncer en el páncreas, siempre soñé que ella me viera terminar la carrera de medicina y retribuirle todo lo que hizo por mí, me llamaba cariñosamente “mi toro”, (se llena de tristeza al decir esto) tanto que mis compañeros de medicina me decían toro, me fui a vivir con mi hermana y su esposo y mi sobrinito, la verdad que sí pase muchas penas para graduarme de médico...”</i> I-4</p>
Subcategoría Apoyo familiar	Forma incondicional de la familia, que ofrece lo necesario al hijo o hija para que se desarrolle en un clima de tranquilidad emocional y bienestar económico	<p><i>“Cuando platico con mi mamá, me da mucho apoyo, palabras de aliento, me hacen sentir querida e importante,...los domingos que no tengo turnos, son fabulosos, allí sí realizamos las cosas que nos agradan, pero después de ir a la iglesia... Sí, en verdad considero a mi familia como algo positivo en mi vida, sin</i></p>

		<i>el apoyo de ellos, no sé donde estaría en este momento. De verdad lo digo...”I-2</i>
Subcategoría Reconocimiento familiar	El reconocimiento del rol fundamental de la familia como parte del desarrollo individual y el fomento de valores y principios.	<i>“...sí, definitivamente siento en todo momento el apoyo de mi familia, aunque en este momento no estemos muy bien económicamente, pero sí somos una familia muy unida, tengo un montón de primas y primos, y no la pasamos muy bien...”I-5</i>

5.2.6. Entorno social

Aranda (2005) dice que la entrada al síndrome *burnout* es un distrés (estrés patológico) producido por un desequilibrio entre las expectativas y la realidad del trabajo, con manifestaciones psicológicas y físicas o la misma muerte, con repercusiones en la vida personal, familiar, social y en la institución donde labora.

“...la casa es la sede oficial de bautizos, casamientos, quince años, y si nos descuidamos hasta de divorcios, es broma, sí, sí la verdad es que siempre tengo distracciones con mi familia y como los tres somos solteros, pero con respectivas parejas que conste, estamos muy a gusto, aquí con ellos siempre recibo palabras de ánimo para seguir adelante...”I-5

Entretenimiento

Dentro de las actividades del ser humano está la recreación y lo confirma Lalonde en su modelo de Promoción de la Salud, toda persona tiene derecho a poseer áreas destinadas al entretenimiento. Tener grupos sociales que favorezcan el desarrollo del individuo es importante para fomentar un cuerpo y mente sana.

Se debe ser creativo, con imaginación e innovador en las diferentes etapas de la vida, que fortalecerá la dimensión social de la personalidad, siendo más útiles.

“...los días sábados o domingos nos reunimos y la pasamos bien, vamos al cine a comer, creo deberás que estar con las personas que quiero me ayuda a superar mi estrés, aunque mi futuro matrimonio me esté creando estrés es paradójico...”I-3

Existen, también, conflictos en la vida del ser humano: el trabajo, el matrimonio o el divorcio, que causan estrés, aunque estos sean favorables para el individuo, el cambio y las expectativas a lo nuevo, sin embargo, es la vida cotidiana la que nos enseña a sobrellevar los conflictos y resolverlos de diferentes maneras.

“...me gusta es tocar el piano, yo tuve la oportunidad de estudiar por más de diez años y sí, la verdad me encanta, aunque los oídos de mis papás ya están cansados ellos son lindos y siempre me dicen que toco excelente, yo ya sé que es porque me quieren...”I-6

El arte también constituye una disciplina que fortalece la responsabilidad en el individuo, a la vez que fomenta la creatividad, la imaginación y genera relajación; es reflexivo, lo que le permite afrontar problemas con mayor asertividad.

Religión

Profesar una fe es parte de todo este componente espiritual del individuo, creer en un Dios creador y soberano, dueño de este universo, que observa a todos constantemente, hace que se trabaje para ser una persona de bien, con valores y principios éticocristianos que lo lleven a vivir en armonía con el prójimo. En la siguiente narración se resaltan algunos de estos aspectos del participante.

“...por eso siempre le pido a Dios que me ayude en cada momento y me guie a tomar las mejores decisiones...”I-3

Profesar una fe, seguir normas o lineamientos morales en la vida, entender que existe un ser supremo creador de la vida, identifica a la persona con la sensibilidad que se debe tener ante el dolor y la angustia de una enfermedad. Comprender que la vida es finita y que escapa al control del ser humano, permite reflexionar en la conducta.

“...porque estoy tratando de leer la biblia en mis tiempitos que tengo, me dijo un hermano de la iglesia a que asisto,- evangélica-, que cuando me sienta muy agotada lea el salmo 23, y fíjese que así lo he hecho y me hace sentir muy bien, siempre cargo en mi cartera un nuevo testamento, para leer en los turnos, por eso me han dicho ahí viene la pastorcita jajaja... “1-1

El área social constituye un pilar fundamental en la realización personal del ser humano. Ser parte de una sociedad que tiene identidad y cultura da sentido de pertenencia, de gregarismo, y la no marginalidad, promueve metas de éxito y logros dentro de esta sociedad.

Tabla No.4

Categoría 4. Entorno social

Temas de las categorías o sub-categorías	Descripción	Unidades de significado
Entorno social	Dentro del contexto que rodea al ser humano esta el entorno social que lo constituyen las personas que lo rodean y que en determinado momento son de apoyo, para el logro de sus metas. Tener espacios de diversión es importante.	<i>“...sede oficial de bautizos, casamientos, quince años, y si nos descuidamos hasta de divorcios, es broma, sí, sí la verdad es que siempre tengo distracciones con mi familia y como los tres somos solteros...” I-5</i>
Subcategoría Entretenimiento	Es importante para los entrevistados tener grupos sociales que favorezcan el desarrollo del individuo es importante, para fomentar un cuerpo y mente sanos, evitando situaciones que le ocasionen estrés.	<i>“...creo deberás que estar con las personas que quiero me ayuda a superar mi estrés...” I-3</i> <i>“...y la verdad que me daba tiempo para salir con mis amigos al cine, a pasear a la playa...” I-2</i>
Subcategoría Religión	La mayoría de los participantes tiene la necesidad de comprender la creación de este mundo, a través de la explicación divina con un dueño y soberano creador de todo lo que le rodea. Procurando el bien al prójimo.	<i>“...siempre cargo en mi cartera un nuevo testamento, para leer en los turnos, por eso me han dicho ahí viene la pastorcita jajaja...” I-1</i>

5.2.7. Procesos de Docencia

Los residentes dentro de su Programa Académico tienen que cumplir con la asistencia a clases diarias que imparten los docentes en un mismo salón y a la misma hora, regularmente son a medio día. La mayoría de las clases son magistrales, con escasa participación del estudiante, con presentaciones en Power Point que describen de manera detallada todo el contenido de la clase, lo que propicia el tedio y cansancio (Wilson, 2007). Señala que en la relación de convivencia diaria entre docentes y residentes en escenarios de aprendizaje hospitalarios, la transferencia bidireccional de conocimientos y saberes prácticos es un hecho inevitable, por ello es importante plantear: ¿Cómo pueden hacerlo mejor?

“...estar en una clase a las 12:30 del medio día escuchando un tema de los más largos, posturno, y con el estómago reclamándole a una, es muy difícil...”I-6

La enseñanza en la actualidad ofrece estrategias de aprendizaje, que promueven ambientes agradables y que se acomodan al estudiante, los residentes regularmente reciben sus clases al medio día porque no hay otro espacio, y según entrevistas son muy extensas, con poca motivación, que no permiten la atención adecuada.

“...que sugeriría clases más dinámicas...”I-6

Se debe utilizar lo que en la actualidad utilizan las competencias que es la mediación pedagógica, que facilita el acto educativo que deja de ser vertical a ser horizontal, donde el alumno es creativo, crítico, imaginativo y sobre todo se le permite disentir, reflexionar y aportar.

“...sí, las notas, pues mmm...se podría decir que sí, porque a veces pasan muchos días y no nos la dan luego, y esa espera es la que a mí me pone nerviosa o tensionada...”I-3

Las notas son importantes en un sistema académico de residencia, porque permiten promover de año, sin embargo, las notas tardan en ser entregadas y no son las esperadas, después de haber realizado un arduo trabajo dentro de los servicios. Esta causa insatisfacción y frustración, repercutiendo en su estado emocional y físico.

“...y siquiera me consideraran un poquito, por estar posturno, sino que tenemos la misma cantidad de trabajo como un día normal y con frecuencia examencitos sorpresa sobre lo que se le ocurra a mi jefe inmediato...”I-2

Los exámenes sorpresa son los más estresantes, no tienen fundamento pero son realizados de manera continua. Es donde refieren les va mal, porque en algunas ocasiones son a media noche, sí debe ser disciplinada la manera de enseñar, sin embargo, debe obedecer a una metodología establecida, que incluya competencias, contenido, actividades y horarios.

Evaluación objetiva

Las pruebas objetivas se realizan para que el estudiante sea evaluado de manera justa, con preguntas impresas en un examen, donde no haya problema de manipulación o parcialidades, sin embargo, los siguientes participantes relatan otro aspecto:

“...que los que califican sean más ecuánimes y objetivos, sin parcialidades o favoritismos, eso no nos generaría ningún estrés, el reconocimiento de tu trabajo a través de una buena nota...”I-2, I-5

Reconocimiento académico

En los hospitales, con programas de residencias, siempre ha existido un desequilibrio entre las tareas realizadas, que son excesivas, y los punteos correspondientes a cada servicio. Hay una separación que provoca inconformidad hacia el docente y al sistema hospitalario, no se da el reconocimiento merecido a su ardua labor con los pacientes.

“...tanto trabajo para que las notas sean malas, el esfuerzo no se ve recompensado, pienso que debe existir mucha imparcialidad al poner las notas y evitar el favoritismo...”I-5

Las notas no reflejan lo que los residentes estudian y menos el esfuerzo que realizan diariamente, pero aún así, las notas son malas, con argumentos poco válidos, que provocan insatisfacción.

Tabla No.5

Categoría 5. Procesos de docencia

Temas de las categorías o sub-categorías	Descripción	Unidades de significado
Docencia	Los residentes prefieren el desarrollo del acto educativo de manera bidireccional, con una enseñanza andragógica horizontal, con una excelente preparación donde el alumno sea el protagonista.	<p><i>“...estar en una clase a las 12:30 del medio día escuchando un tema de los más largos, posturno, y con el estomago reclamándole a una, es muy difícil...”</i>1-6</p> <p><i>“...que sugeriría clases más dinámicas...”</i>1-6</p>
Subcategoría Evaluación objetiva	Los participantes valoran que las pruebas objetivas ofrecen monitoreo y evaluación sobre los contenidos, pero no son el reflejo exacto que la persona ha adquirido en vivencia y experiencia y, sobre todo, capacidades que le permiten atender a sus pacientes diariamente.	<p><i>“...debe existir mucha imparcialidad al poner las notas y evitar el favoritismo...”</i>1-3</p>
Subcategoría Reconocimiento académico	Mostrar interés por el trabajo realizado, estimular a sus residentes es la labor de todo docente, procurar el bienestar físico y mental del mismo, con el único propósito de un trabajo realizado con eficacia. Es lo que perciben la mayoría de participantes.	<p><i>“...el reconocimiento de tu trabajo a través de una buena nota...”</i>1-2,1-5</p> <p><i>“...y con frecuencia examencitos sorpresa sobre lo que se le ocurra a mi jefe inmediato...”</i>1-2</p>

5.2.8. Fomento de Valores

Los valores son principios que permiten orientar la conducta para la realización del individuo. Ayudan a elegir, preferir, apreciar jerarquizando estos valores que cambian de lugar de acuerdo a los principios que emergen de los agentes socializadores. En estos comentarios datos importantes que denotan el fortalecimiento de la dignidad humana.

“...sean muy amables, que me traten con excesivo respeto y me estimulen diariamente para realizar mi trabajo de la mejor manera...”1-4

Un factor determinante en el individuo es la formación de principios y valores que se desarrollan en el seno familiar y que ayudan a la formación de la personalidad. Todo individuo es único e irrepetible, con capacidad de adaptación y afrontamiento que le permite tener un equilibrio en su aspecto social, biológico y psicológico.

“...donde se promueva valores de participación, valentía y respeto, y hacerlo tomando en cuenta a todos los del personal administrativo...”1-3

La falta de valores en los individuos repercute en las instituciones y, en este caso, la pérdida de valores en los hospitales incrementa conductas poco éticas por parte de los jefes inmediatos y, a la vez, de los residentes con los pacientes y la calidad de atención. Los cambios inician de manera individual, ser mejor persona y profesional, dedicar el tiempo necesario con los pacientes y ser consciente de sus necesidades.

Respeto mutuo

El valor del respeto es fomentado por todo el conglomerado humano, con el fin de evitar conductas que lleven a la persona a cometer actos indecorosos o que perjudiquen a la integridad del otro. Por ello, el derecho al respeto es fundamental, y los médicos, en ocasiones, no lo perciben así, creen que son considerados inútiles y poco valorados en sus tareas diarias.

Algunos de los participantes confirman que sí son tratados con respeto, como se describe a continuación

“...deverás yo no me puedo quejar, a mí siempre me han tratado con respeto y amabilidad...”I-5

No todos los residentes dicen que son maltratados, hay un médico que refiere ser respetado por su atención y trabajo profesional.

El reconocimiento de que se tiene un problema y la buena disposición de cambiarlo es un paso más para recobrar los valores, sentirse bien como persona y como profesional. La búsqueda de ayuda para disminuir el estrés es una forma de afrontarlo.

“...como me sucedió, téngalo por seguro que yo cambiare o reflexionare sobre aspectos de mi vida que están causándome este estrés, pediré ayuda...”I-6

Tabla No.6

Categoría 6. Fomento de valores

Temas de las categorías o sub-categorías	Descripción	Unidades de significado
Fomento de valores	Que se lleven a cabo charlas que promuevan los valores perdidos dentro de los hospitales es prioritario, para que se tengan trabajadores renovados con deseos de realizar las tareas.	<i>"...clases sobre autoestima, motivación, o a cómo manejar nuestro estrés, no sé, algo así, o bien actividades recreativas, deportivas..."</i> 1-3
Subcategoría Respeto mutuo	Es uno de los valores al que le dan más importancia la mayoría de los entrevistados, consideran que si se tiene respeto, se trabaja mejor y las actividades se realizan en un clima de tranquilidad.	<i>"...como me sucedió, téngalo por seguro que yo cambiaré o reflexionare sobre aspectos de mi vida que están causándome este estrés, pediré ayuda y respetaré a mis compañeros..."</i> 1-6

5.2.9 Espacios virtuales

Este es uno de los hallazgos en todos los médicos residentes entrevistados, coincide con el uso de la tecnología para que funcione como apoyo a su padecimiento, porque aducen no tener tiempo y por la facilidad de los *iphone*, *ipad*, computadora entre otras, además, funciona en cualquier lugar. Incluso, proponen que se pueden comunicar con otro grupo de residentes que tenga el síndrome de burnout.

En la actualidad, la Internet es uno de los medios más eficaces de difusión y divulgación, muy amigables con las redes sociales que permiten intercambio de pensamientos a grandes distancias. Además, es un medio de consulta de medicamento, de dosis, enfermedades y tratamientos, lo que facilita el aprendizaje del alumno a través de otros medios. A continuación se describen las narrativas de los participantes.

“...a veces mandamos chistes o videos graciosos, pero la música, la música me salva la vida...” I-3

En la actualidad la internet ha servido como herramienta de algunas de las ciencias, el consultar sobre medicamentos, enfermedades o hallazgos en el campo, ayuda a fortalecer los procesos de aprendizaje.

“...pero siento que me relaja, me pongo mis audífonos y a oír música, pero cristiana que conste...”I-2

La música ha servido como medio de relajación, como por ejemplo la musicoterapia, ha venido a ser una alternativa para que las personas se sientan mejor, y obtenerlas de Internet es rápido, por ello los residentes evidencias que utilizan este recurso de manera continua y que les favorece para sobrellevar las tareas del día.

“... me gustaría tener comunicación con otros residentes de otros hospitales, o de otros países a través de las redes sociales y que mayor oportunidad que buscarnos en el grupo de los del burnout, creo que no lo pronuncié muy bien, pero usted me entiende, ojala y deberás algo se logre...”I-6

La Internet, entonces, es una comunicación sin limitación de distancia, realizada por innumerables computadoras, llamadas redes sociales lo que introduce a toda la información en línea. Es factible que se encuentren grupos afines a la carrera en este caso de residencia hospitalaria, que pueden ser de ayuda por experiencias y procedimientos actuales.

“...sabe que me relaja ahora que me acuerdo, ver videos graciosos me hace reír mucho, más de niños yo los busco en youtube, y duran como tres minutos o cuatro y se divierte uno de lo lindo...”1-5

El internet es un complemento para la actualización médica, aunada a las lecturas de revistas de especialidad, asistencia y conferencias virtuales.

“...también podría ser información en Internet, por ejemplo así como hacen las líneas de teléfono celular, mensajitos de aliento, de ánimo, pero enviados por nuestros jefes si se pudiera...”1-4

En la actualidad, el uso de teléfonos y de los más modernos ha permitido que la comunicación sea rápida, los *iphone*, *ipad* han permitido ver información en tiempo real, es fundamental canalizar el entretenimiento y la motivación a través de esta herramienta.

“...desde cuando la tecnología riñe con la medicina, me pregunto, porque es una buena herramienta para estar al día...”1-1

Representa una gama de recursos de apoyo a la medicina en todos sus aspectos, enseñanza, investigación, difusión, intercambio de opiniones, consultas diagnósticos y publicaciones.

“...las redes sociales nos ayudan a mantenernos actualizados y sentirnos integrados tal vez, y también que nos den más días de vacaciones...”1-2

Otro de los aspectos fundamentales de las redes sociales, es que ofrecen alternativas de visitas, especialmente en área médica, las cirugías se encuentran en *youtube* con videos profesionales, que incluyen tutoriales, simuladores y portales de información científica.

“...me gustaría algo bueno por Internet, tal vez algo interactivo porque usted ya se dio cuenta cuantas veces se pactaron estas entrevistas y no pude venir, no blog por favor...”I-5

La informática ha tenido su incursión en todas las profesiones, y ahora dentro de la Medicina; y en estas entrevistas en profundidad, las sugerencias que los residentes han aportado, con relación al síndrome de burnout, han coincidido en su totalidad, que se tenga un espacio en la internet que les permita informarse y recibir ayuda de manera rápida y profesional sobre el síndrome de burnout. Debido al poco tiempo libre que tienen, la manera más efectiva de disminuir su estrés, es el uso de las redes sociales y sí existe un sitio específico para este síndrome.

Tabla No.7

Categoría 7. Espacios virtuales

Temas de las categorías	Descripción	Unidades de significado
Espacios Virtuales	En su totalidad, los participantes consideran el uso de la tecnología como Internet y los entornos virtuales, así como las redes sociales, positivas para el abordaje del burnout.	<p><i>“...desde cuando la tecnología riñe con la medicina, me pregunto, porque es una buena herramienta para estar al día...”I-1</i></p> <p><i>“...me gustaría un algo por Internet...”I-5</i></p> <p><i>“...tal vez algo interactivo... no blog por favor...”I-5</i></p>

Este hallazgo se debe considerar, para que se trabaje de manera específica en la creación de un sitio web para los que tienen burnout, que sea interactivo.

5.3 Triangulación de las categorías emergentes con fuentes de información

Según Seltzer, (2001), la triangulación puede ser usada no solo para examinar el mismo fenómeno desde múltiples perspectivas, sino también para enriquecer la comprensión al permitir la emergencia de nuevas y más profundas dimensiones “levanta los métodos cualitativos”.

Percepción y sentir de los sujetos entrevista en profundidad	Cuestionario autoaplicado de Maslach	Encuesta socio-demográfica y laboral
<p><i>“Que disminuyeran las horas de trabajo y me refiero a las extras en cada servicio, termina uno saliendo de sus actividades como una hora pasada, lo mejor sería que los turnos fueran cada 8 o 10 días”</i></p> <p><i>“soy una persona que me exijo mucho a mí misma, siempre soy perfeccionista”</i></p>	Agotamiento emocional	Programa académico Grado de residencia
<p><i>“es el trato de los jefes de servicio, los cuales faltan al respeto con palabras soeces”</i></p> <p><i>“lo primero es que estén más pendientes de nuestras necesidades, que entiendan que también somos humanos que nos cansamos”</i></p>	Despersonalización	Horas de práctica Horas de turnos Frecuencia de turnos
<p><i>“y nadie lo valora o considera, lo hacen sentir inútil, nunca hay palabras de ánimo, incentivos o estímulos, lo hiciste bien sigue adelante”</i></p> <p><i>“crear un ambiente de trabajo con los compañeros es de mucho de apoyo y solidaridad”</i></p>	Realización personal	Programa académico Salario

Atlas ti, Versión Nota: Programa de prueba para estudiantes, para ordenador y para *ipad*.

5.4 Triangulación de las categorías emergentes con marco teórico

Percepción y sentir de los sujetos en entrevista en profundidad	Marco teórico
<p>Desconocimiento del síndrome de burnout</p> <p>El diagnóstico casi siempre es un hallazgo</p> <p>El principio de negación</p>	<p>La prevalencia del síndrome es más alta en países desarrollados, situación que se debe a los aspectos sociodemográficos y a la frecuencia con que se investiga el síndrome. La prevalencia para Latinoamérica arriba es del 20 %, mientras que en Centroamérica de 2 a 3 %.</p>
<p>Cansancio</p> <p>Fatiga emocional</p> <p>Poca motivación</p> <p>Deshumanización</p> <p>Desvalorización del trabajo realizado</p> <p>Multiplicidad de tareas</p> <p>Evaluaciones subjetivas</p>	<p>Dentro de los estudios realizados las dimensiones del burnout más afectadas son las que se refiere al agotamiento emocional y la satisfacción laboral. La satisfacción laboral se ve afectada cuando existen problemas relacionados al clima organizacional.</p> <p>La dimensión de la despersonalización se afecta cuando el recurso humano se ha deshumanizado.</p>
<p>Condiciones laborales que no propician el mejor desempeño y formación del recurso humano.</p> <p>El uso deficiente de las tecnología de información y comunicación</p> <p>El uso de sitios web que permitan el diagnóstico y abordaje del síndrome de burnout.</p>	<p>La mayoría de las intervenciones propuestas van dirigidas al individuo y son las más eficaces, debido a que las que se relacionan con la organización o la institución no pueden ser modificadas.</p> <p>El reciente uso de tecnologías de información y comunicación han contribuido al mejor desempeño en las labores de estudio e investigación en los profesionales, y especialmente en los de salud.</p>

Atlas ti, Versión Nota: Programa de prueba para estudiantes, para ordenador y para *ipad*.

5.5 Discusión resultados cualitativos

Según Escriba (2008. Pág. 300), la probabilidad de presentar un elevado cansancio emocional y despersonalización es mayor en los profesionales expuestos a un alto nivel de contacto con el sufrimiento y la muerte, y conlleva un impacto negativo del trabajo en la vida familiar. También influye el bajo control sobre el propio trabajo por la falta de habilidades y formación adecuadas, así como las largas jornadas de trabajo y horarios irregulares y su interacción con su vida familiar y social.

De los datos obtenidos de las entrevistas, se considera la percepción y el sentir de los médicos residentes, que evidencian las circunstancias que se asocian al síndrome de burnout, donde se enfatizan aspectos que reflejan la baja realización personal, que coinciden con los modelos explicativos del Burnout que parten de las teorías: sociocognitiva del Yo, del intercambio social, la organizacional y la estructural.

El síndrome de burnout, según este trabajo, se investigó en el modelo de Maslach, con el diseño tridimensional, consistente en agotamiento emocional, despersonalización y satisfacción laboral, sin embargo, no se consideraron otros factores que se interrelacionan para producir el síndrome en estudio; dentro de estos se encuentran: el constructo de la personalidad del individuo que padece el síndrome, que puede favorecer su capacidad de soportar las condiciones que pudieran afectar su realización personal o aumentar su vulnerabilidad al problema en el caso de los médicos que se encuentran en formación.

La personalidad es un conjunto de aspectos biológicos, sociales, psicológicos que forman el área biopsicosocial del individuo, visualizándolo como un ser integral, que inicia su formación desde que nace, lo que determinará si es susceptible o no a padecer el mismo.

La personalidad del que representa la autoridad y que puede provocar la insatisfacción laboral en los sujetos, se puede observar en los médicos jefes de servicio y profesores. Las condiciones de eficiencia de los servicios de salud que pueden transformarse en agentes estresores para el personal de salud y que a la vez estas circunstancias no dependen del personal.

Dentro de las categorías emergentes de las entrevistas en profundidad se encuentran las siguientes:

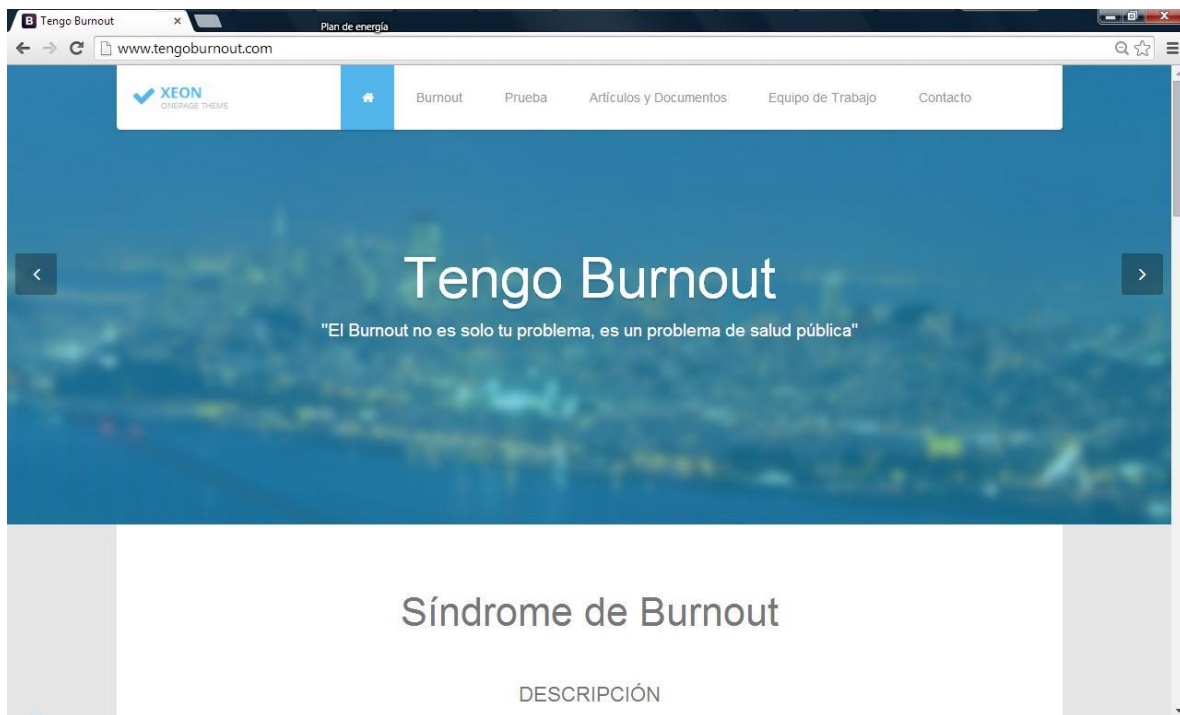
- Desconocimiento sobre el síndrome de burnout
- Clima organizacional
- Procesos de docencia
- Entorno familiar
- Entorno social
- Valores
- Espacios virtuales

Las condiciones que afectan la realización personal en los datos obtenidos dirigen la atención al modelo etiológico, que se basa en la teoría organizacional descrita por Winnubst, la cual se caracteriza en la función de los estresores del contexto organizacional y de las estrategias de afrontamiento que utilizan los profesionales. Entre las variables de este modelo se encuentran las funciones del rol, el apoyo percibido, la estructura, el clima y la cultura organizacional. Sin embargo, no se puede dejar de considerar que la respuesta del personal a estas situaciones, depende de la resiliencia y la vulnerabilidad de los sujetos.

5.6 Resultados del sitio web

El sitio web “que sea una herramienta informática y organizada con funciones formativas para el usuario y que permita una navegabilidad espontánea y amena”. (Zapata, 2003)

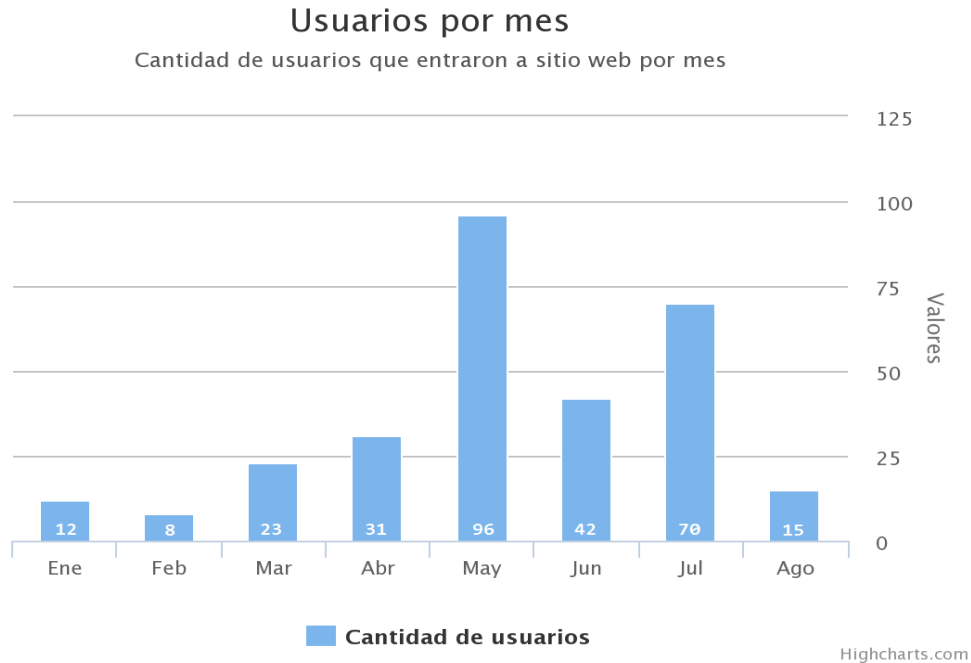
La imagen de la pantalla principal del sitio, ha sido elaborada con las técnicas utilizadas en los espacios virtuales con formatos llamativos y funcionales. Disponible: [www. tengoburnout.com](http://www.tengoburnout.com)



Este sitio posee diferentes módulos que incluyen: la dirección electrónica, Burnout, Prueba, Artículos y Documentos, Equipo de trabajo y contacto; además, la descripción del síndrome y un slogan. Están elaborados de forma llamativa e intuitiva para el usuario, cuyo objetivo es el de indagar por él mismo, logrando que se interese en el tema de burnout y tome la decisión de hacer la prueba, que le permita evaluar su condición respecto a este síndrome.

Gráfica 1

Cantidad de usuarios que ingresaron al sitio web año 2014



Fuente: Datos obtenidos del sitio web.

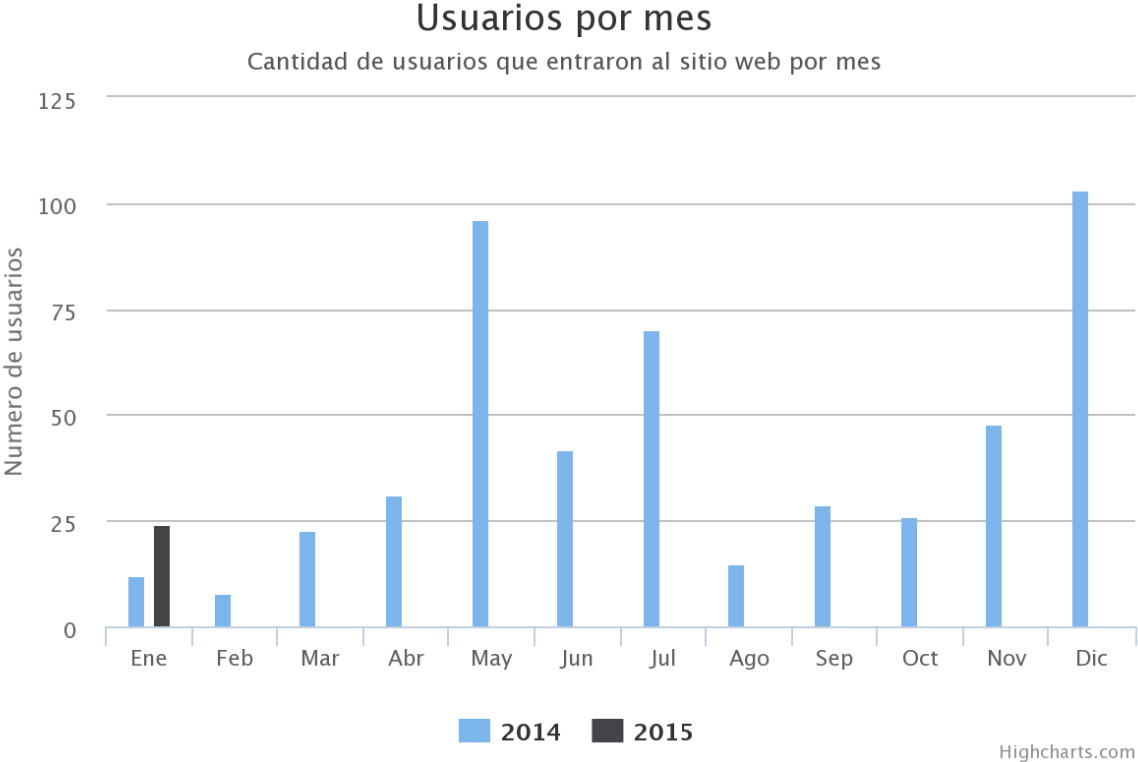
En los primeros meses del año se completó el ingreso de los que presentaron burnout (16 %) en este estudio, realizando la prueba de nuevo, cuyos resultados fueron satisfactorios para ellos. Estas personas fueron monitorizadas con la mayor confidencialidad y teniendo el apoyo del equipo multidisciplinario y el apoyo directo del programador de este sitio de acuerdo a los requerimientos de los usuarios. Se alcanzó un número mayor al esperado.

Para el mes de mayo hubo un incremento de ingreso correspondiente al 32%, debido a la promoción del sitio web en dos medios de comunicación televisiva, quienes realizaron una entrevista a la autora de esta investigación, sobre el síndrome de burnout. Es importante mencionar que fueron atendidas personas referidas por el canal de televisión, que se contactaron de manera personal y después se les ingresó al sitio. Otro de los meses con resultados

altos es el de julio, con 23.5 %. Es de considerar que se está finalizando el medio año, donde la carga de trabajo y de estudio se incrementa, con el único fin de cerrar satisfactoriamente los semestres. El ingreso total corresponde a 297 usuarios, de los cuales 95 presentaron el síndrome.

Gráfica 2

Cantidad de usuarios que ingresaron al sitio web en año 2014 y enero 2015

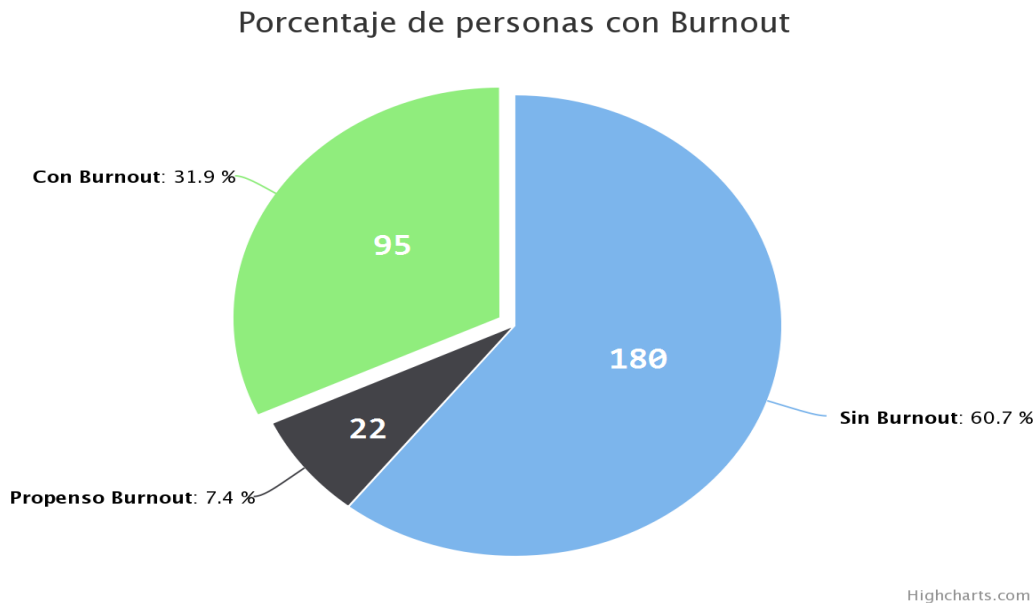


Fuente: Datos obtenidos del sitio web.

Esta gráfica está actualizada y muestra los ingresos al sitio por mes, correspondiente de agosto del 2014 a enero del 2015, con un incremento de 327 usuarios, y 185 presentó burnout.

Gráfica 3

Porcentaje de ingreso de personas con el síndrome de burnout, año 2014



Fuente: Datos obtenidos del sitio web.

De los usuarios que ingresaron al sitio web, se encuentra un 31.9 % con síndrome de burnout, alto con relación al estudio realizado con médicos hispanoamericanos que correspondía al 2.5 % para Guatemala, utilizando este medio electrónico para el llenado de Maslach.

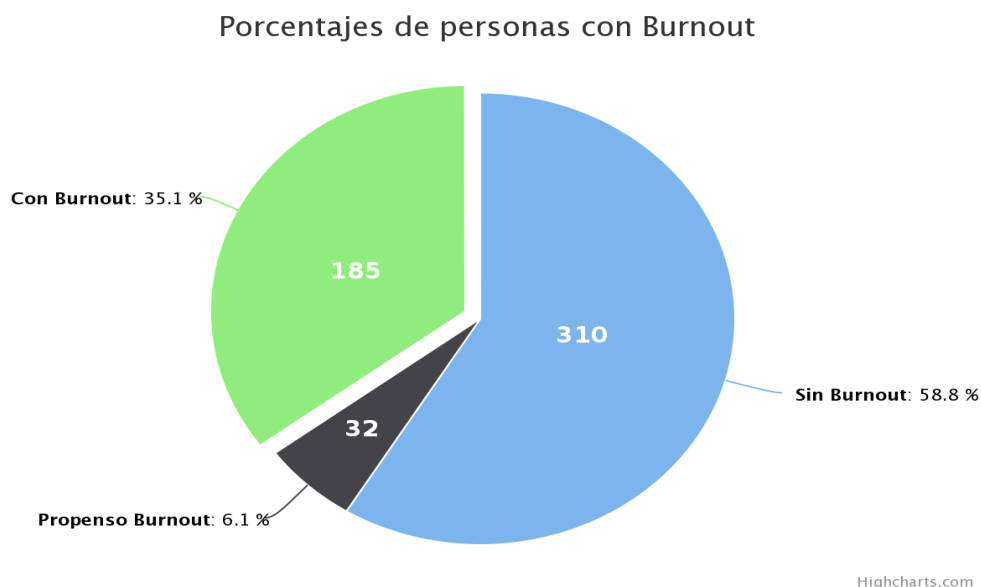
La funcionalidad del sitio era de ofrecer información, recomendaciones y referencia con una persona capacitada en el momento de establecer el contacto voluntario con el usuario a través del correo electrónico. Mientras que el 60.7 %, no presentó el síndrome, el 7.4 % presentó dos dimensiones altas del cuestionario autoaplicado de Maslach.

De acuerdo a las prevalencias reportadas en otros países, es considerada baja, sin embargo, al comparar el resultado obtenido en la presente investigación con 16 % de médicos residentes con síndrome de burnout, este se duplicó al ser utilizado el sitio web. Por diferentes factores: la confidencialidad, la facilidad del resultado inmediato, el ingreso al sitio cuantas veces lo desee, son unas de las ventajas de este medio.

Por ello, este modelo de evaluación se centra en el análisis de la calidad del entorno, de la metodología y la técnica, lo que permite una calidad integral tecnológica cuyos procesos son dinámicos propiciando un cambio inmediato en función del usuario del sitio web.

Gráfica 4

Porcentaje de ingreso de personas del año 2014 y año 2015



Fuente: Datos obtenidos del sitio web.

De acuerdo a los resultados obtenidos, el 35.1 % de los usuarios que ingresaron al sitio tienen el síndrome de burnout, aumentando el porcentaje con relación al año pasado de 3.2 %. La facilidad de ingresar al sitio y el apoyo proporcionado ha permitido el seguimiento de los usuarios que así lo deseen.

Sin embargo, el 32 % ha presentado dos dimensiones altas, lo que indica que están propensos a padecer el síndrome de burnout.

Lista de países que han ingresado al sitio web:

Dentro de los países que han ingresado y cargado documentos, se encuentran 25; estos, en orden son los siguientes: Guatemala, Brasil, Estados Unidos, Chile, Rusia, Filipinas, Italia, India, Colombia, México, Ucrania, China, Grecia, República Checa, Israel, Inglaterra, Alemania, Turquía, Malasia, Panamá, Rumania, Ecuador, Indonesia, Canadá y Emiratos Árabes Unidos.

La funcionalidad del sitio ha demostrado que los usuarios son diversos y de varios continentes, lo que consolida la elaboración del sitio desde hace más de un año. La intervención ha sido innovadora, ya que solo se ha encontrado en la literatura, el trabajo del blog, y algunas formas de utilizar la Internet en las comunidades.

6. Conclusiones

- La prevalencia del síndrome de burnout encontrada en el Hospital Roosevelt, es similar a la reportada en la mayoría de los estudios a nivel internacional y nacional, debido a que son estudios aislados e institucionales y no de base poblacional.
- La dimensión de agotamiento emocional y la despersonalización presenta nivel alto, indicando el comportamiento del síndrome, ya que el mismo puede variar su prevalencia, afectando a mayor número de médicos residentes.
- De las variables sociodemográfica y laboral con mayor fuerza de asociación con el síndrome de burnout son las siguientes: cuando el cónyuge labora, la frecuencia de turnos, los residentes más jóvenes y el primer año de residencia.
- La importancia del síndrome de burnout con enfoque mixto de investigación radica en que permite reconocer la percepción del médico residente acerca del síndrome, así como identificar las posibles causas y su abordaje desde la perspectiva del médico residente.
- En función de los datos cualitativos, las categorías emergentes que mostraron mayor subjetividad de los médicos residentes fue el: desconocimiento sobre el síndrome de burnout, clima organizacional, procesos de docencia, entorno familiar, entorno social, valores y espacios virtuales.
- El síndrome de burnout es una entidad multidimensional que implica las características que se relacionan con la institución empleadora y con el grado de resiliencia de los diferentes médicos, por lo que su abordaje es difícil, ya que se requiere incidir en factores vinculados con el clima organizacional, el contexto laboral y las condiciones de eficiencia de los

hospitales, así como los que se relacionan con el entorno familiar de los diferentes individuos. Dichas condiciones no se pueden modificar desde el ámbito institucional ya que se requiere de políticas públicas que garanticen el mejoramiento del entorno laboral.

- Los procesos de evaluación que se realizan por parte del personal docente, así como el del personal administrativo hospitalario, al no ser objetivos y sistematizados, provocan frustraciones en el recurso humano en formación, que contribuyen al apareamiento del síndrome.
- Es necesario reconocer que muchos médicos residentes manifiestan poco interés y responsabilidad en el ejercicio de su práctica, probablemente relacionado con otras causas individuales o ligadas a la relación docente y estudiante.
- La persistencia del modelo de relación laboral basado en orden jerárquico donde establecen relaciones dominantes resultan en preferencias o maltratos para el recurso humano en formación.
- La pérdida de valores y principios en el personal de salud del hospital, conlleva a una práctica médica deshumanizada por parte de los médicos residentes.
- La creación de un sitio virtual facilitó el diagnóstico del síndrome de burnout y el apoyo profesional a los médicos residentes o cualquier usuario del sistema. Este sitio permitió organizar la información con repositorios de los usuarios que ingresan, así como de obtener estadísticas, base de datos, link para ampliar los contenidos informáticos e identificación del síndrome de burnout, con recomendaciones y referidos a profesionales capacitados en el problema.

7. Recomendaciones

- Realizar un diagnóstico anual de las personas que trabajan en el Sistema de atención en salud y que son prestadoras de servicios, con el fin de prevenir el síndrome.
- Promover estrategias que fortalezcan el clima organizacional favorable ayudan a disminuir el apareamiento del síndrome de burnout.
- La implementación de estudios que incluyan el uso de metodologías cualitativas de investigación resulta prioritaria, debido a que permite extraer elementos de la vivencia y percepción de las personas que tienen el burnout, y determinar los factores dinámicos que lo originan.
- El aprovechamiento de las tecnologías de información y comunicación, tanto para el diagnóstico e implementación de las estrategias de intervención en entornos virtuales que faciliten la accesibilidad.

8. Referencias Bibliográficas

- Álvarez, A., Arce, M., Barrios, A., Sánchez, A.(2005). Síndrome de Burnout en médicos de hospitales públicos de la Ciudad de Corrientes. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, (141), 27-30. Recuperado de <http://www.planetadoctor.com/documentos/BURNOUT/desg-arg-corrientes.pdf>
- Aranda, C., Pando, M., Salazar, J., Torres, T., Aldrete, G. (2010). Apoyo social como factor protector a la salud frente a Síndrome de Burnout en agentes de vialidad. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 19 (1), 18-24. Recuperado de <http://goo.gl/Nc1Jp7>
- Aranda, C., Pando, M., Torres, T., Salazar, J., Franco, S. (2005). Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. México: *Anales de la Facultad de Medicina de Lima*, 66 (3), 225-235. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v66n3/a06v66n3.pdf>
- Asamblea Nacional Constituyente*. (1986). Guatemala. Recuperado de <http://goo.gl/bRUjKx>
- Awa, W., Plaumann, M. Burnout Prevention: a review of interention programs. *Patient Education and Counseling*, 78 (2),184-190. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19467822>
- Belloch, S., Renovell, V., Calabuig, J. Gómez, S. (2000) The professional burnout síndrome in resident physicaians in hospital medical specialities. *Anales Medicina Interna*, 17 (3), 118-122. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10804633>
- Bonita R., B. K. (2008). *Epidemiología básica*. Washington: OPS.

- Casado, A., Muñoz, G., Ortega, N., Castellanos, A. (2006). Burnout en profesionales de los servicios paliativos, intensivos y urgencias de un gran hospital. *Medicina Clínica*, 124 (14), 42-43. Recuperado de <http://goo.gl/dorCMP>
- Catsicaris C., Eymann, A., Cacchiarelli, N., Usandivaras, I. (2007). La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout):Un modelo de prevención en la formación médica. *Archivo Argentino Pediatrico*, 105 (3), 236-240. Recuperado de <http://goo.gl/0zIEil>
- Cebrià, J. (2010). Comentario: el síndrome de desgaste profesional. *Revista Gaceta Sanitaria*, 19 (6), 463-470. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v19n6/original7.pdf>
- Cetina, R., Chan, A., Sandoval, L. (2006). Nivel de satisfacción laboral y síndrome de desgaste profesional en médicos familiares. *Revista Instituto Mexicano de Seguro Social*, 44 (6), 535-540. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2006/im066g.pdf>
- Colombo D. Cuando el trabajo te quema. *Recuperado el 8 de Agosto de 2014, de SinMordaza*: <http://goo.gl/vifnZP>
- Corsi, J. (2002). El síndrome "burnout". Síndrome de estrés crónico en profesionales que trabajan en el campo de la violencia domestica. *Documentación de Apoyo, Formación de Profesionales*. Recuperado de <http://tiva.es/articulos/Burnout.pdf>
- Dávila, M. (2011). Clima organizacional y síndrome de burnout en una empresa mediana de manufactura. *Coacalco de Berriozábal*, México: TESCoatl. (32), 1-9. Recuperado de <http://goo.gl/wBzDwr>
- Decreto del Congreso de la República de Guatemala número 90-97. Código de Salud. (1998). *Servicio de Salud, Guatemala:El Congreso*.

- De las Cuevas, C. (2003). Burnout en los profesionales de la atención a las drogodependencias. *Revista Trastornos Adictivos*, 5 (2), 107-113. Recuperado de <http://goo.gl/bwtVfL>
- Delgado, A. (2003). El Síndrome del Burnout en Profesores de Educación Secundaria de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*, 6 (2), 32. Recuperado de <http://goo.gl/12DOS7>
- Escribá, V., Artazcoz, L., Pérez, S. (2008). Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gaceta Sanitaria*, 22 (4), 300-308. Recuperado de <http://goo.gl/GZDka4>
- Flor, L. (2012). Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital Provincial General docente de la ciudad de Riobamba. 34. Quito, Ecuador. Recuperado de <http://goo.gl/3IsALI>
- Freudenberger, H. (1974). Staff Burnt-out. *Journal Social Issues*, 30 (1), 159-164. Recuperado de <http://goo.gl/qjO9V5>
- García, A. (2005). Discriminación de factores de estrés laboral entre ejecutivos y personal operativo en una microempresa del Valle de México. *Revista de investigación*, 3 (15). Recuperado de <http://www.colpamex.org/Revista/Art3/15.pdf2>
- Gil-Monte P. (2003). ¿Síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral?. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 19 (2), 181-197. Recuperado de <http://goo.gl/1gfiu5>
- Gil-Monte P., Peiro, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15 (2), 261-267. Recuperado de <http://goo.gl/lgoJdW>

- Glasberg, J., Horiuti, L., Borges, A., Zaccaro, A., Da Costa, V., Abrosio, F. ... Del Giglio, A. (2007). Prevalence of the bournout syndrome among brazilian medical oncologist. *Revista de Asociación Médica Brasileña*, 53 (1), 85-89. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n1/26.pdf>
- Glorio R., Carbia, S. (2011). Síndrome de agotamiento profesional. *Dermatología Legal*. 75-77. Recuperado de: <http://goo.gl/zvjbFj>
- Gómez, J. (2013). Bullying y autoritarismo en residencias médicas. *Periódico Hoy digital*. Recuperado de <http://goo.gl/dO2HLx>
- Gómez, R., Tovar, F., Alonso, M., Llamazares, L. (2008). El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) en los trabajadores sociales. *Universidad de León*. Recuperado de <http://goo.gl/fd9ziz>
- González, B., Barber, P. (2007) Oferta y necesidad de especialistas en España (2006-2030). Recuperado de <http://goo.gl/tVmV5B>
- González, A. y Castellanos, B. (2003). Sexualidad y géneros. Alternativas para su educación ante los retos del siglo XXI. La Habana: Científico - Técnica. Recuperado de <https://goo.gl/lqXSXV>
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Revista Española, Salud Pública*, 83 (2), 215-230 . Recuperado de <http://goo.gl/jfXe7f>
- Greene, G. (1961). *A burnt-out case*. Nueva York: Viking Press. Recuperado de http://www.nytimes.com/1961/02/19/books/greene61-case.html?_r=0
- Hernández, R. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana Salud Pública*, 29 (2) 103-110. Recuperado de <http://goo.gl/YOTWuv>
- Hernández, R. (2006). Metodología de la investigación (4ta. Ed) México: Mc Graw-Hill. Recuperado de <http://goo.gl/dTbrT7>

- Hernández, M., Garrido, F., Salazar, E. (2000). Sesgos en estudios epidemiológicos. *Salud Pública de México*, 42 (5), 438-446. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10642512>
- Huberman, A. Y Miles, (2002) Métodos para el manejo y e análisis de datos, Antología de métodos cualitativos en la investigación social, Hermosillo. *Revista Región y Sociedad*, 14 (23). Recuperado de <http://goo.gl/9gupcQ>
- Isaac, G., García, G., Bosch, V., Méndez, J., Luque, C. (2013). Burnout en psicólogos de la salud: características laborales relacionadas. *Psicología y Salud*, 23 (2), 217-226. Recuperado de <http://goo.gl/NXCmYe>
- Jiménez, C., Morales, J., Martínez, C. (2002). Estudio del síndrome de burnout en cirujanos pediátricos españoles. *Cirugía Pediátrica*, 15 (2), 78. Recuperado de <http://www.secipe.org/coldata/upload/revista/2002;15.73-78.pdf>
- Jovell, A. J. (2004). Contrato social y valores en la profesión médica. *Siete Días Médicos*, 3 (3), 495-503. Recuperado de <http://goo.gl/pe0MJ6>
- Kraus, M. (1995). La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Revista temas de Educación*, (7), 19-39. Recuperado de <http://goo.gl/QSAIsI>
- López, M., Rodríguez, A., Fernández, M., Alonso, M., Martínón, F., Sánchez, J. (2005). Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico. *Revista Anales Pediatría*, 62 (3), 248-251. Recuperado de <http://goo.gl/rJRFmK>
- Luna, J., Rojas, A., Martínez, C. (2006). Síndrome de Burnout en médicos internos y residentes, *Revista Médica Electronica: Portales Médicos.com*, 15 (2), 35-37. Recuperado de <http://goo.gl/JSRouC>
- Marine A., Ruotsalainen, J., Serra, C., Verbeek, J. (2008). Prevención del estrés laboral en los trabajadores de la atención sanitaria. *La Biblioteca Cochrane Plus*. Recuperado de <http://goo.gl/w34dXt>

- Martínez , S. Hernández, A. (2005). Necesidad de estudios y legislación sobre factores psicosociales en el trabajo. *Revista Cubana Salud Pública*, 31 (4), 338-344. Recuperado de <http://goo.gl/dNWcb1>
- Martínez, A. (2005). Consideración del síndrome del «burnout» como constitutivo de la contingencia profesional del accidente de trabajo origen de la declaración de incapacidad permanente absoluta. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*. (59), 213-224. Recuperado de <http://goo.gl/5bM4Gx>
- Martínez Lugo, M., (2006). El acoso psicologico en el trabajo:La experiencia en Puerto Rico. *Aletheia*, (24), 21-33. Recuperado <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci>
- Maslach, C., Jackson, S. (1996). Maslach Burnout Inventory. Recuperado de <http://www.mindgarden.com/products/mbi.htm>
- Millán de Lange, A., D Aubeterre, M. (2012). Propiedades psicométricas de Maslach Burnout Inventory- GS en una muestra ocupacional venezolana. *Revista de Psicología (Lima)*, 30 (1), 103-128. Recuperado de <http://goo.gl/LbHzXT>
- Mingote, J. Gálvez, M., Moreno, B. (2009). El desgaste Profesional del Médico. Madrid: Diaz Santos. Recuperado de <https://goo.gl/bs5kyg>
- Moreno, B., González, J., Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. En Buendía J.,y Ramos F. (Eds). Empleo, estrés y salud (pp. 59-83) Recuperado de <http://goo.gl/W1KgHc>
- Moreno, J., Mingote, A. Galvez, H. (2004). Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuesta de prevención. *Medicina Clinica*, 123 (7), 265-270. Recuperado de <https://goo.gl/4kE1aR>
- Moriana, J., Herruzo, J. (2004). Estrés y burnout en profesores. *International Journal Of Clinical and Health Psychology*, 4 (3), 597-621. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33740309>

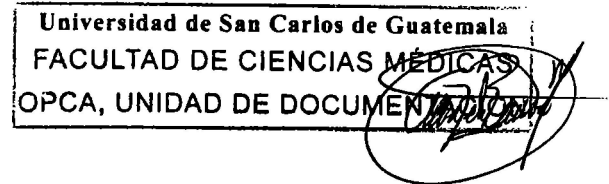
- Muñoz, C., (2014). Factores genéticos y de personalidad de vulnerabilidad, protección al estrés en una muestra de médicos internos residentes: aplicación de riesgos laborales (Tesis inédita). Recuperado de [eprints. Ucm.es/24570/1/t35096.pdf](http://eprints.ucm.es/24570/1/t35096.pdf)
- Ochomogo, H., Barrera, E. (2011). Prevalencia del síndrome de burnout, o síndrome de desgaste laboral en el personal del Hospital Nacional de Salud Mental de Guatemala. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 10 (1), 11-17. Recuperado de <http://goo.gl/WddRiq>
- Olabuénga, J., Ispizua, M. (2003). La decodificación de la vida cotidiana: Métodos de investigación cualitativa. Recuperado de <http://goo.gl/n0vRkb>
- Ortega, C., López, F. (2004). El *Burnout* o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Internacional Journal of Clinical Health Psychology*, 4 (1), 137-160. Recuperado de <http://goo.gl/w2XvWy>
- Palacios, E. (2010). Prevalencia del síndrome de burnout en el personal médico del Centro Médico Militar. Guatemala: *Universidad Mariano Gálvez*.
- Pera M, Serra P. (2002). Prevalencia del síndrome del quemado (SQ) y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gaceta Sanitaria*. Barcelona, 16 (6), 480-486. Recuperado de <http://goo.gl/9nvbxW>
- Pértega S., Fernández, P. (2001). Métodos paramétricos para la comparación de dos medias. T de Student. *CAD Atención primaria*. (8), 37-41. Recuperado de <https://goo.gl/TznzyW>
- Ranchal, A., (2008). Burnout, variables fisiológicas y antropométricas: un estudio en el profesorado. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 54 (210), 47-55. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci>

- Ríos, A., Sánchez, F., González, L., Guerrero, M. (2005). Importancia del tutor de la especialidad en la satisfacción y formación de los médicos internos residentes. *Revista de Nefrología*, 25 (3), 246-249. Recuperado de <http://goo.gl/6JKtX8>
- Salanova, M., Schaufeli, W. Llorens, S. Peiro, J., Grau, R. (2000). Desde el burnout al engagement: ¿una nueva perspectiva? *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16 (2), 117-134. Recuperado de <http://goo.gl/1GTNhg>
- Salgado, A. (2007) Investigación cualitativa: Diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. (13), 71-78. Recuperado de <http://goo.gl/OvGJLN>
- Schaufeli, W., Firth-Cozens, J., Payne, R. (1999). Stress in health professionals. Recuperado de <http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/120.pdf>
- Schaufeli, W. (2015). Coping with job stress. *En International Encyclopedia of Social and Behavioral Sciences*. 902-904. Recuperado de <http://goo.gl/ZSy11A>
- Santojanni, F. (2003). Salud pública y guardias hospitalarias. *Boletín de Asociación de Médicos Municipales de la ciudad de Buenos Aires*. Año 10. (89) Recuperado de <http://www.medicos-municipales.org.ar/bts0703.htm#1>
- Santolaya, F., Maya I., García, M. (2007). Estrategias de intervención psicosocial. Casos prácticos. Madrid: Pirámide
- Santoveña, S. (2005). Criterios de calidad para la evaluación de cursos virtuales. *Revista Etic@net*. 2 (4), 18-34. Recuperado de: <http://goo.gl/Mo9D1J>
- Shanafelt, T., Bradley, K., Back, A. (2002). Burnout and self reported patient care in an internal medicine residency program *Annals of Internal Medicine*, 136 (5), 358-367. Recuperado de <http://goo.gl/u7wVfk>
- Seltzer, W. (2001). US Federal Statistics and Statistical Ethics: The role of the American Statistical Associations. *Ethical Guidelines for Statistical Practice*. Recuperado de <https://pantherfile.uwm.edu/margo/www/govstat/wss.pdf>

- Shirom, A. (2009). Acerca de la validez del constructo, predictores y consecuencias del burnout en el lugar de trabajo. *Ciencia y Trabajo*, (32), 44-54. Recuperado de <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/32/C&T32.pdf>
- Sos Tena, P., Sobrequés, J., Bernal, J., Manzano, E., Rodriguez, C., Garcia, M., Cebriá, J. (2002). Desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Barcelona. *MEDIFAM*, 12 (10), 613-619. Recuperado de <http://goo.gl/6XSZDr>
- Sobrequés, J., Cebriá, J., Segura, J., Rodríguez, C.M., García, M., Juncosa, S. (2003). La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Revista Atención Primaria*, 31 (4), 63-73. Recuperado de <http://goo.gl/RRfsga>
- Taylor, S., Bogdan, R. (1992). La entrevista en profundidad. Recuperado de <https://goo.gl/qc7O07>
- Tejero, R., González, D., Delgado, S. (2013). El burnout como forma de estrés laboral y su dimensión forense. *Revista Cubana Salud y trabajo*, 14 (1), 51-66. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol14_1_13/rst08113.html
- Turnes, A. (2010). La salud mental, el médico y los profesionales de la salud. *El Diario Médico, Salud Hoy*. Recuperado de <http://goo.gl/DnEy9k>
- Valencia, C. (2008). Síndrome de Burnout en el personal médico y de enfermería del Hospital del Centro Médico zona 10, Guatemala, Guatemala: Universidad Mariano Gálvez.
- Vargas, M. (2009). Causas del síndrome de burnout en el desempeño laboral del profesor de enseñanza media, que realiza su trabajo en el sector oficial, en jornada nocturna, en el centro histórico de la ciudad de Guatemala. (*Tesis inédita*). Universidad de San Carlos. Guatemala.

Velandía, A. (2011). *La enfermería en Colombia 1990-2010 ejercicio profesional y situación legal. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 13 (1), 65-77. Recuperado de <http://goo.gl/uBH0K>

Zapata, M, 2003. *Evaluación de un Sistema de Educación a Distancia a través de redes. Revista de Educación a Distancia (RED)*. (9), 1-14. Recuperado de http://www.um.es/ead/red/9/eval_sistemas.pdf



9. Anexos

1. Cuestionario Autoaplicado de Maslach

Deberá responder frente a cada una de estas afirmaciones, en función a la siguiente escala. Coloque una "X" en el número que usted considere.

0. Nunca. 1. Alguna vez al año o menos 2. Una vez al mes o menos 3. Algunas veces al mes. 4. Una vez a la semana. 5. Varias veces a la semana 6. Todos los días

No.	Preguntas	0	1	2	3	4	5	6
1.	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2.	Me siento agotado al final de la jornada de trabajo							
3.	Me siento fatigado al levantarme por la mañana y tener que ir a trabajar							
4.	Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes							
5.	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
6.	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo							
7.	Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes							
8.	Me siento quemado por mi trabajo							
9.	Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas							
10.	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión							
11.	Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente							
12.	Me siento muy activo							
13.	Me siento frustrado en mi trabajo							
14.	Creo que estoy trabajando demasiado							
15.	Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes							
16.	Trabajar directamente con personas me produce estrés							
17.	Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes							
18.	Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes							
19.	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión							
20.	Me siento acabado							
21.	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma							
22.	Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas							



ENCUESTA SOCIO DEMOGRÁFICA Y LABORAL

Edad:	Sexo:	Femenino <input type="radio"/>
		Masculino <input type="radio"/>
Especialidad o Maestría	Año de Especialidad o Maestría	Años de graduado de médico(a) 1 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> Más <input type="radio"/>
Estado Civil:	Años de casado	Número de Hijos
Soltero(a) <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>
Casado(a) <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>
Unido(a) <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
Divorciado(a) <input type="radio"/>	Más <input type="radio"/>	Más <input type="radio"/>
Viudo(a) <input type="radio"/>	Tiene hijos:	
	Si <input type="radio"/>	
	No <input type="radio"/>	
Ingresos económicos	Estado Laboral del Conyuge	
Menor de Q7000.00 <input type="radio"/>	Sin conyuge <input type="radio"/>	
Mayor de Q.7000.00 <input type="radio"/>	Si trabaja <input type="radio"/>	
	Sin conyuge <input type="radio"/>	
Horario de Práctica	Turnos de Práctica	Frecuencia de Turnos
4 horas <input type="radio"/>	No tiene turnos <input type="radio"/>	Cada 3 días <input type="radio"/>
6 horas <input type="radio"/>	24 horas <input type="radio"/>	Cada 4 días <input type="radio"/>
8 horas <input type="radio"/>	36 horas <input type="radio"/>	Cada 5 días <input type="radio"/>
		Más días <input type="radio"/>



Entrevista a profundidad

Percepción del sujeto sobre el burnout

- ¿Cómo se siente y como lo vive?
- ¿Cómo interpreta ahora su realidad?
- ¿Cuál es la percepción del sujeto cuando se le diagnostica el burnout?
- ¿Cuales pueden ser las causas?
- ¿Cómo el sujeto comprende e interpreta el burnout en su vida cotidiana?

Percepción de su entorno familiar cuando padece del burnout.

- ¿Realiza frecuentemente actividades que involucren a todos los miembros de su familia?
- ¿Siente que su familia le apoya en sus actividades o toma de decisiones?
- ¿Aspectos positivos y negativos en su entorno familiar y que crea que se relacionan con el burnout?

Percepción de su entorno laboral en relación al burnout.

- ¿Aspectos positivos y negativos en su entorno laboral en relación al burnout?

Como percibe la solución a su padecimiento desde el enfoque , familiar y laboral

- ¿Cuáles aspectos considera que pueden contribuir a la prevención del síndrome de Burnout en su entorno familiar y laboral?
- ¿Cuáles aspectos a nivel personal considera que contribuyen a la susceptibilidad del síndrome de Burnout?



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
 DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por ***Dra. Jaqueline Gudiel Morales cursante del Doctorado en Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas.***

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la encuesta y al cuestionario serán codificadas, es importante que escriba su carné.

Acepto participar en esta investigación, conducida por la Dra. Jaqueline Gudiel Morales. He sido informado (a) de que el objetivo de este estudio es, identificar el ***Síndrome de Burnout en médicos residentes del Hospital Roosevelt Guatemala.***

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento

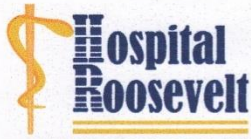
De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Dra. Jaqueline Gudiel Morales, Fase I de la Facultad de Ciencias Médicas CUM. Correo electrónico jakygudiel@gmail.com

 -
 Nombre del Participante

 Firma

 Carné

Fecha: Guatemala, agosto del 2013.



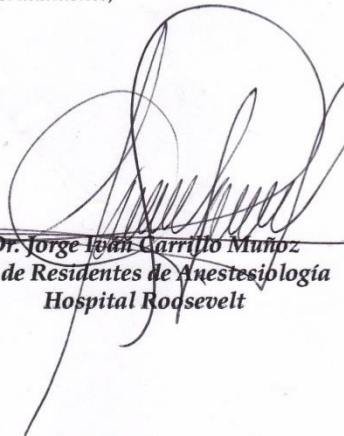
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA


Ref.D.A.108.2013
23 de agosto, 2013

Doctor
Carlos Enrique Sánchez Rodas MSc
Docente de Investigación
Escuela de Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad San Carlos de Guatemala

Por este medio me dirijo a usted, en atención a su circular CPP.EEP/HR 014/2013 adjuntándole las encuestas sociodemográfica y cuestionario autoaplicado de Maslash, las cuales fueron llenadas por los médicos residentes de este Postgrado.

Sin otro particular, me despido cordialmente,


Dr. Jorge Iván Carrillo Muñoz
Jefe de Residentes de Anestesiología
Hospital Roosevelt



c.c.archivo

Calzada Roosevelt zona 11 – PBX 23217400 Ext. 2710 / 2709
anestesia@hospitalroosevelt.gb.gt
www.hospitalroosevelt.gob.gt



DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL ROOSEVELT, GUATEMALA

FORMULARIO H-R 2



HOSPITAL ROOSEVELT
27 AGO 2013

SOLICITUD PARA AUTORIZACIÓN
DE
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE POSTGRADO

INVESTIGADORES:

NOMBRE DEL RESIDENTE: Jaqueline Gudiel Morales.
DIRECCIÓN Domicilio: 15 Av. Casa 106 zona 6.
Teléfono: 22704131 cel. 52381973
Correo Electrónico: jakygudiel@gmail.com

NOMBRE DEL ASESOR:

NOMBRE DEL ASESOR: Julia César Draz Argueta
DIRECCIÓN Domicilio: 10 Av 7-10 zona 8.0 Ciudad San Cristobal MIXO
Teléfonos: 2479 5979 - 61 54824883
Fax: Correo Electrónico juredia@gmail.com
Fax 2418 7705

DEPARTAMENTO DONDE REALIZARÁ EL ESTUDIO:

Teléfonos: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

TEMA DE INVESTIGACIÓN:

Síndrome de Burnout en médicos residentes de la Escuela de Estudios de Post grado, Facultad de Ciencias Médicas.

PERIODO DE DURACIÓN: Meses de Agosto - Septiembre 2013.

FIRMAS DE INVESTIGADORES:

RESIDENTE
Jaqueline Gudiel M
Medicina y Cirujano
Doc. 3388
Profesor Titular IV
Facultad de Ciencias Médicas

ASESOR
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
COORDINACIÓN GENERAL
HOSPITAL ROOSEVELT

NOTA: Llenar el formulario a máquina.

Al finalizar todo el trámite de autorización, favor sacar una fotocopia en dúplex y dejarla en el Departamento de Docencia e Investigación.



ENERO 2013



FIRMAS DE AUTORIZACIÓN

COORDINADOR DE POSTGRADO:

Fecha: 23/08/13

(Firma)

NOMBRE: Mario Rodolfo Salazar Morales.
Doctorado en Salud Pública

JEFE DEL DEPARTAMENTO:

Fecha: 18.09.2013.

(Firma)

NOMBRE: Dr. Carlos Mejía

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN:

Fecha: 26/08/2013

(Firma)

NOMBRE: Carlos Enrique Sánchez Rodas.
Sello:

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN:

Acta No. 512 Punto: 3 Fecha: 22.8.2013

(Firma)

NOMBRE: José Luis Chacón Montiel

DIRECCIÓN MÉDICA:

NOMBRE: Dra. Marta Julia López Ruano
SUBDIRECTORA MEDICA
HOSPITAL ROOSEVELT

(Firma)

INFORME FINAL

Fecha de Entrega: _____ Secretaria: _____
f)

JEFE DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN:

NOMBRE: _____ Firma y Sello: _____



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA



Guatemala, 19 de agosto del 2013.

Dr. José Luis Chacón
Jefe del Departamento de Investigación de Docencia
Hospital Roosevelt

Apreciable Doctor:


Le saludo cordialmente deseándole éxitos en sus laborales diarias. El motivo de la presente es para informarle que en la actualidad curso el Doctorado en Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC, y estoy realizando una investigación, "**Síndrome de Burnout en Médicos Residentes de la Escuela de Estudios de Postgrado, Facultad de Ciencias Médicas**" en apoyo con mi tutor **Dr. Julio César Díaz**, Coordinador del Sistema de Estudios de Postgrado SEP, de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Por lo que estoy solicitando su colaboración para la aplicación de una Encuesta Sociodemográfica y Cuestionario Autoaplicado de Maslash, con los residentes seleccionados.

Es importante para la investigación esta primera fase de la obtención de datos, porque en la segunda fase se utilizará un instrumento cualitativo, con los que presenten burnout.

Adjunto Protocolo de Investigación y carta de aprobación de la Escuela de Estudios de Postgrado. Si desea información más detallada, será un gusto atenderle, mis datos están al final de la misma.

Agradeciendo su consideración, atentamente


MsC. Jaqueline Gudiel Morales
jakygudiel@gmail.com
Celular: 52381973


a:us



CPP.EEP/HR 014/2013

Circular

A: Docentes Responsables de las Maestrías en:

Anestesiología	Dra. Gladis Gordillo	Oftalmología	Dra. Rafaela Salazar
Cirugía General	Dr. Jorge Braham	Patología	Dr. Orlando Rodas
Gineco-Obstetricia	Dr. Carlos Juárez	Pediatría	Dr. E. Berganza
Medicina Física y R.	Dra. Helga Luna	Radiología	Dr. Pablo Hernández
Medicina Interna	Dr. Henry Briones	Traumatología y O.	Dr. Rafael Robles

De: Dr. Carlos Enrique Sánchez Rodas MSc
Docente de Investigación
Escuela de Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad San Carlos de Guatemala



FECHA: 08 de agosto de 2013

ASUNTO: ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA Y CUESTIONARIO AUTOAPLICADO DE MASLASH

Por este medio se les informa que por parte de la Escuela de Estudios de Postgrado solicitan que un grupo de residentes a su cargo realicen una encuesta Sociodemográfica y un cuestionario autoaplicado de Maslash. Dicha encuesta será de gran utilidad en el desarrollo de la tesis titulada "Síndrome de Burnout en Médicos Residentes de la Escuela de Estudios de Postgrado, Facultad de Ciencias Médicas" la cual esta a cargo de la Dra. Jacqueline Gudiel Morales, avalada por la Escuela de Estudios de Postgrados. Adjunto documentación y listado de residentes, quienes han sido seleccionados aleatoriamente.

Por lo anteriormente expuesto, solicito supervisen el desarrollo de dicha encuesta. La fecha límite para finalizar la encuesta será el día 23 de agosto de los corrientes, debiéndolos entregar en esta Coordinación.

Atentamente,

CESR/lai
cc. Archivo.
ADJUNTO: -01- Instrumento por programa

Calzada Roosevelt, zona 11 Guatemala, C.A.
Tel. 2321-7400 ext. 2668



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA



Guatemala, 07 de agosto del 2013.

Dr. Carlos Enrique Sánchez Rodas

Docente Postgrado de Pediatría
Docente de Investigación
Hospital Roosevelt

Apreciable Doctor:

Le saludo cordialmente deseándole éxitos en sus laborales diarias. El motivo de la presente es para hacer de su conocimiento que en la actualidad soy estudiante del Doctorado en Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC, y estoy realizando una investigación, "**Síndrome de Burnout en Médicos Residentes de la Escuela de Estudios de Postgrado, Facultad de Ciencias Médicas**" en apoyo con mi tutor **Dr. Julio César Díaz**, Coordinador del Sistema de Estudios de Postgrado SEP, de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Siendo indispensable su apoyo y colaboración, para la ubicación de los residentes seleccionados correspondiente a 163, que incluye todos los programas, y posterior a esto la aplicación de una Encuesta Sociodemográfica y Cuestionario Autoaplicado de Maslash.

Es importante para la investigación esta primera parte de la obtención de datos, porque en la segunda fase se utilizará un instrumento cualitativo, con los que presenten burnout.

Por lo que adjunto la lista del marco muestral, con número de carné, año de especialidad o maestría, nombre completo y programa a que pertenece, así como los instrumentos, ya validados.

Agradeciendo su colaboración, atentamente


Dra. Jaqueline Gujdiel Morales
jakygujdiel@gmail.com
Celular: 52381973

COORDINACION POST-GRADOS USAC
HOSPITAL ROOSEVELT
RECIBIDO

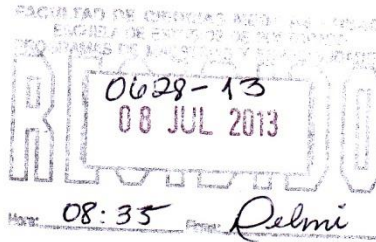
08 AGO. 2013

HORA:

FIRMA:

Guatemala, 08 de julio del 2013.

Escuela de Estudios de Postgrado
Coordinador de Especialidades
Dr. Luis Ruiz



Apreciable Doctor:

Le saludo cordialmente deseándole éxitos en sus laborales diarias. El motivo de la presente es para hacer de su conocimiento que en la actualidad soy estudiante del Doctorado en Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC, y estoy realizando una investigación, "**Síndrome de Burnout en Médicos Residentes de la Escuela de Estudios de Postgrado, Facultad de Ciencias Médicas**" en apoyo con mi tutor **Dr. Julio César Díaz**, Coordinador del Sistema de Estudios de Postgrado SEP, por lo que solicito su colaboración, con la adquisición de algunos datos que constituyen el Marco Muestral de la investigación, correspondiente a 246 estudiantes de Maestrías o Especialidades de los diferentes hospitales, sin contar con EPS o sub especialidades.

Siendo indispensable para el uso de los instrumentos, contar con número de carné, nombre, programa, hospital y el correo electrónico, únicamente de estos estudiantes, datos que serán utilizados con la mayor discreción y confidencialidad que amerita.

Es importante para la investigación la obtención de los mismos, porque la segunda fase de la investigación, lo constituye la aplicación de un instrumento cualitativo personalizado que no es con el total de la muestra.

Por lo que adjunto el Resumen Ejecutivo de la investigación, el número requerido de residentes por hospitales y programas, así como los instrumentos, ya validados.

Agradeciendo su colaboración, atentamente



Dra. Jacqueline Gudiel Morales
jakygudiel@gmail.com
Celular: 52381973

Guatemala, 16 de abril de 2013


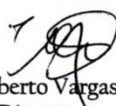
Maestra
Jaqueline Gudiel Morales
Cursante Doctorado en Salud Pública
Facultad de Ciencias Médicas
Presente

Atentamente le comunico que el protocolo de tesis titulado: "Síndrome de Burnout en Médicos Residentes de la Escuela de Estudios de Postgrado, Facultad de Ciencias Médicas.", ha sido APROBADO para su realización en el tiempo y lugar que ha propuesto, por lo que puede proceder a la ejecución como se establece en los lineamientos de presentación de la tesis de Doctorado en Salud Pública de la Escuela de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



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

C.c. Dr. Mario Rodolfo Salazar Morales, Coordinador Administrativo Doctorado en Salud Pública
Dr. Irene Perdomo Victoria, Coordinadora Académica
Archivo

CHVR/mmra



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA



Guatemala, 11 de septiembre del 2013.

Dr. Edgar Berganza Bocaletti
Coordinador Específico de Programas de Postgrado
Hospital Roosevelt

Apreciable Doctor:

Le saludo cordialmente deseándole éxitos en sus labores diarias. El motivo de la presente es para informarle, que en la actualidad curso el Doctorado en Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC, y estoy realizando una investigación, "*Síndrome de Burnout en Médicos Residentes de la Escuela de Estudios de Postgrado, Facultad de Ciencias Médicas*" en apoyo con mi tutor Dr. Julio César Díaz, Coordinador del Sistema de Estudios de Postgrado SEP, de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Siendo **aprobado por el Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Roosevelt.**

Por lo que se solicita colaboración, en la aplicación de una Encuesta Sociodemográfica Laboral y Cuestionario Autoaplicado de Maslash en residentes seleccionados. Es importante para la investigación esta primera fase de la obtención de datos, porque en la segunda fase se utilizará un instrumento cualitativo, con los que presenten burnout.

Adjunto la solicitud para la Autorización de Trabajo de Investigación de Postgrado y el protocolo de investigación.

Agradeciendo su colaboración, atentamente

Dra. Jaqueline Gudiel Morales
Profesor Titular IV
Facultad de Ciencias Médicas
jakygudiel@gmail.com
Celular: 52381973

COORDINACION POST-GRADOS USAC
HOSPITAL ROOSEVELT
RECIBIDO

11 SET. 2013

HORA: 9:55
FIRMA: