

TESIS DOCTORAL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

**DOCTORADO DE PATOLOGIA EXISTENCIAL E INTERVENCION EN
CRISIS**

**“ÍNDICES PSICOPATOLÓGICOS, REACTIVIDAD AL ESTRÉS Y
DESGASTE PROFESIONAL EN LOS MÉDICOS RESIDENTES DE LOS
POSTGRADOS CLÍNICOS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO VENEZUELA”**

Autor: Prof. María Dellanira Chacin
Director de Tesis: Profesor. José Luíz González de Rivera
Asesor Metodológico Jesús Leal Gutiérrez

Madrid, Abril 2009



Facultad de Medicina
Departamento de Psiquiatría

UAM

JOSÉ LUÍS GONZÁLEZ DE RIVERA y REVUELTA, Profesor del departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid.

CERTIFICO

Dña. María Dellanira Chacín de González doctorando, ha realizado la Tesis Doctoral ***INDICES PSICOPATOLÓGICOS, ESTRÉS Y DESGASTE PROFESIONAL CRÓNICO EN LOS RESIDENTES DE LOS POSTGRADOS CLÍNICOS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD***, bajo mi dirección, considerando que reúne los méritos suficientes de calidad y originalidad para optar al grado de Doctor.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, expido el presente

Certificado en Madrid a 10 de abril de 2009.

Prof. Doctor José Luís González de Rivera y Revuelta

DEDICATORIA

A mi familia, quienes con su presencia afectiva, solidaria y comprensiva han ayudado a darle un nuevo sentido a mi vida. Son suyos mis éxitos

AGRADECIMIENTOS

A Dios por todo lo que me ha permitido vivir y disfrutar.

A la Universidad Autónoma de Madrid, especialmente a sus Profesores que dedicaron parte de su valioso tiempo para llevarnos al mundo de la Patología Existencial.

A nuestro Coordinador y Profesor Doctor José María Poveda, quien siempre se creció ante las dificultades, incansable, pendiente de resolver todos los inconvenientes que se presentaron durante estos tres años, excelente profesor.

A mi Profesor y Director de esta Tesis Doctoral, Doctor José Luís González de Rivera, gracias por dedicarme su valioso tiempo. Sus conocimientos que me permitieron transitar por el mundo del estrés y enfermedades psicosomáticas.

Un especial agradecimiento al Doctor Jesús Leal quien no dudó en llevarme a conocer el maravilloso mundo del pensamiento complejo, del hombre y sus dimensiones.

Especial agradecimiento los médicos residentes, sin los cuales, no hubiera podido realizar este estudio. Fueron ellos la materia prima esencial para ello.

A Manuela Corujo, compañera de estudio, proyectos, angustias y viajes, siempre colaboradora y sincera.

A todos mis compañeros de estudios del Doctorado que me permitieron sentir que mi familia había crecido, por todos los gratos momentos vividos durante esta etapa estudiantil que me tocó compartir con ellos, especialmente a Gladys, Emy, José Vicente, Nancy, José, Wilfredo y Sofía, en fin a todos, un gran abrazo de agradecimiento a todos.

A Ángel Castillo siempre solidario ante los inconvenientes.

INDICE DE TABLAS

N ^o Tabla	TITULO	Pág.
1	Distribución- Sexo y especialidades.	68
2	Índice de Reactividad al estrés.	69
3	Valores medios del IRE	70
4	Valores medios del IRE en el sexo masculino por especialidades	72
5	Valores medios del IRE sexo femenino por especialidades.	72
6	IRE Global sexo femenino por especialidades	76
7	IRE Emocional en los Residentes	77
8	IRE Conductual en los Residentes	78
9	Desgaste profesional crónico en los Residentes de los Postgrados	79
10	Distribución del MBI por sexo masculino y especialidades	80
11	Distribución del MBI por sexo(femenino) y especialidades	81
12	Agotamiento Emocional.	82
13	Distanciamiento Emocional en los Residentes de los Postgrados	83
14	Logros personales en los Residentes	84
15	Relación del IRE con el desgaste profesional crónico(MBI)	87
16	Estadísticos descriptivos de. Rasgos psicopatológicos	90
17	Puntajes T y Percentil según sexo síntomas psicopatológicos	91
18	Relación de los trastornos psicopatológicos y el IRE	92
19	Relación de los trastornos psicopatológicos y el MBI	93
20	Relación trastorno psicopatológicos y IRE	95
21	Relación trastorno psicopatológicos y el MBI	96

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
LISTA DE TABLAS	
RESUMEN	
RESUMEN INGLÉS	
INTRODUCCIÓN	10

CAPITULO I

EL PROBLEMA -MARCO TEORICO REFERENCIAL	14
1.1. Planteamiento del problema	16
1.2. Propósito	16
1.3. Marco teórico referencial	17
1.3.1 El Médico y el mundo de la complejidad.....	17
1.3.2 Contenidos de conciencia	20
1.3.3 Concepción existencialista	22
1.3.4 Teoría de Luhmann.....	23
1.3.5 El hombre y su alteridad-Relación	23
1.3.6 El Medico frente a la muerte	24
1.3.7 Estrés	25
1.3.8 Definición de Estrés	27
1.3.9 Formulación del estrés en términos psicológicos	28
1.3.10 Medición del estrés.....	32
1.3.11 La Evaluación del estrés factores externos.....	32
1.3.12 La Evaluación del estrés factores internos	33
1.3.13 Reactividad al estrés	33
1.3.14 Evaluación de los factores moduladores	34
1.3.15 Desgaste profesional crónico.....	35
1.3.15.1 Definición	35
1.3.15.2 Síndrome Burnout	35
1.3.15.3 Factores que influyen en el Burnout.....	49
1.3.16 Trastornos psicopatológicos	44

CAPITULO II

DIMENSION METODOLÓGICA	46
2.1 Momento empírico analítico.....	47
2.1.1 Objetivo general	47
2.1.2 Diseño del estudio	47

2.1.3 Población y muestra	48
2.1.4 Muestra	48
2.1.5 Criterios de Inclusión	48
2.1.6 Criterios de exclusión.....	48
2.2. Material y Método	49
2.2.1. Procedimiento.....	49
2.2.2. Análisis Estadístico	49
2.2.3. Variables.....	51
2.2.4. Instrumentos	51
2.2.4.1 El Maslach Burnout Inventory.....	51
2.2.4.2 Escala de reactividad al Estrés.....	53
2.2.4.3 Listado de síntomas SCL-90.....	55
2.2.5. Variables del Estudio.....	60
2.2.5.1 Variables de Maslach Burnout Inventory ..	60
2.2.5.2 Variables Reactividad al Estrés	61
2.2.5.3 Variables de Psicopatología.....	61
2.3 Dimensión metodológica del Segundo momento.....	63
2.3.1. Procedimiento	63
2.3.2 Objetivo	64
2.3.3 Recolección de la información	64
2.3.3.1 Selección de los informantes	64
2.3.3.2 Muestra	65
2.3.3.3 Instrumento de recolección información ..	65
2.3.4 Procedimiento de Codificación	66
2.3.4.1 Análisis microscópico de los datos	66
2.3.4.2 Operaciones Básicas	66
2.3.4.3 Categorías	67
2.3.4.4 Propiedades	67
2.3.4.5 Dimensiones.....	67
2.3.4.6 Subcategorías	67
2.3.4.7 Categorización teorización.....	67
2.3.4.8 La Categorización y teorización	67

CAPÍTULO III

3.1. Resultados del Primer Momento (Empírico Analítico)	68
3.1.1 Características de la muestra	68
3.1.1.1 Índice de reactividad al Estrés	69
3.3.1.2 Valores medio	71
3.3.1.3 Discusión.....	73
3.1.2. Maslach Burnout Inventory.....	78

3.1.2.1	Discusión.....	84
3.1.3.	Relación del Índice de Reactividad al Estrés y el Desgaste profesional crónico.....	87
3.1.3.1	Conclusiones	88
3.1.4.	Trastorno Psicopatológicos	89
3.1.5.	Correlación de los trastornos psicopatológicos y El Índice de reactividad al estrés	95
3.1.6.	Correlación de los trastornos psicopatológicos y el desgaste profesional crónico.....	96
3.1.6.1.	Discusión.....	97
3.1.7.	Conclusiones	100
3.2.	Resultados del Segundo Momento (Momento Fenomenológico)	102
3.2.1	Procedimiento.....	104
3.2.1.1	Descripción del Fenómeno	106
3.2.1.2	Búsqueda de Múltiples perspectivas	116
3.3.1.3	Búsqueda de la esencia y estructura	129
3.3.1.4	Búsqueda de la significación Noemas en en los médicos residentes de los post- grados clínicos	134
3.3.1.5	Interpretación del fenómeno	152
3.2.2	Generación de la categoría central.....	166
CAPÍTULO IV		
	Construyendo una Teoría.....	170
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....		
		184
ANEXOS.....		
		195

RESUMEN
**ÍNDICES PSICOPATOLÓGICOS, ESTRÉS Y DESGASTE PROFESIONAL EN
LOS MÉDICOS RESIDENTES DE LOS POSTGRADOS CLÍNICOS DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Autor: Profesora María D Chacin
Director: Doctor José Luis González de Rivera
Asesor: Doctor Jesús Leal G
Abril 2009

Resumen

El propósito de este estudio fue generar una aproximación teórica sobre la reactividad al estrés, el desgaste profesional y los posibles trastornos psicopatológicos en los médicos residentes de los postgrados clínicos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. La residencia es un periodo de aprendizaje, proclive al estrés, que puede afectar al proceso de formación. Éste se ve facilitado por la tetralogía de las interacciones de los distintos tipos de variables (personales, organizacionales, e incluso sociales y culturales). El desgaste profesional del médico tiene importantes repercusiones sobre la calidad de la atención al paciente y de la salud mental del médico. Lo que guió a la construcción del método en este estudio fue la lógica configuracional, este se inició con un primer momento empírico analítico del cual surge un segundo momento fenomenológico y un tercero de teorización. Con el primer momento; empírico analítico se realizó una aproximación diagnóstica del desgaste profesional crónico, los niveles de reactividad al estrés y su posible relación con trastornos psicopatológicos. Ante dicho resultado surge la siguiente interrogante: ¿Cómo pudieran influir los factores individuales de los médicos residentes durante su etapa de formación en el desgaste profesional crónico?, desprendiéndose de allí un segundo momento fenomenológico. Al realizar la contrastación de los dos momentos surge esta teoría: *“El desgaste profesional crónico en los residentes de postgrado es el producto del desacoplamiento estructural de los noemas orientados por una parálisis paradigmática entre los médicos residentes y su entorno laboral, generándose en primera instancia caos, y por ende estrés.”*

Palabras claves: Reactividad al estrés, desgaste profesional crónico, trastornos psicopatológicos

PSYCHOPATHOLOGICAL INDEXES, STRESS AND BURNOUT IN
CLINICAL POSTGRADUATE RESIDENT DOCTORS OF THE HEALTH
SCIENCES FACULTY

Author: Professor Mary Chacín D
Director: Dr. José Luis González de Rivera
Abril 2009

Abstract

The purpose of this study was to generate a theoretical approach on the reactivity to stress, burnout and possible psychopathological disorders in clinical postgraduate resident doctors of the Health Sciences Faculty of the University of Carabobo. The residence is a learning period, prone to stress, which can affect the learning process, this is facilitated by the tetralogy of interactions of different types of variables (personal, organizational and even social and cultural). The physician burnout has significant impact on the quality of medical care and on the doctor's mental health. The construction method in this study was guided by the configurational logic, this started with a first empirical-analytic moment from which arises a second phenomenological moment and a third theorizing one. With the first empirical-analytic moment was completed a diagnostic approach of the chronic burnout, the stress reactivity levels and their possible connection with psychopathological diseases. Given these results the following question arises: How could individual factors of the medical residents during their training influence in chronic burnout? From here arises a second phenomenological moment. When carrying out the triangulation of the two moments emerges this theory: "The burnout in postgraduate residents is the product of the structural decoupling of the noemas oriented by a paradigm paralysis among medical residents and their working environment, creating chaos in the first instance and therefore stress."

Keywords: reactivity to stress, burnout, psychopathological diseases

INTRODUCCIÓN

El concepto de estrés ha sido uno de los constructos más polémicos, y como consecuencia de éstos aparece el concepto de Burnout en los primeros trabajos de Freudenberger (1984), sin embargo es delimitado y aceptado por la comunidad científica desde la concepción establecida por Maslach (1982,1999), que se refiere al Burnout como una respuesta de estrés crónico, formado por tres factores fundamentales: Cansancio emocional, de dicho Síndrome surge de la combinación de aquellos agentes estresores negativos para el individuo(trabajador) los cuales pueden tener su origen en el entorno social, laboral y en el propio sujeto. El sexo, el tipo de profesión, la utilización de medios tecnológicos modernos, disfunciones en el desempeño del rol, clima laboral, contenido del puesto y características de personalidad, así como la falta de apoyo social entre otras, han sido estudiados como antecedentes o facilitadores de este Síndrome(Peiro,1992; Gil-Monte, 1997).

El deterioro de las condiciones materiales de trabajo se ha venido agudizando en los últimos años y han sido los trabajadores de la salud quienes principalmente se han resentido ante esta problemática, de esto han dado cuenta diversos estudios (Gil Monte, Peiró, 1997, Flores, 1994, Guevara C, y Herrera. (2004).

En este estudio se evaluaron los niveles de estrés, el desgaste profesional crónico y los rasgos psicopatológicos en los médicos residentes de los postgrados clínicos de la Facultad de Ciencias de la Salud. Tomando en consideración que a lo largo del ejercicio profesional se ha observado que estos médicos durante su etapa de formación se enfrentan rutinariamente al dolor de los pacientes y al sufrimiento de sus familiares, sintiéndose mucha veces solos para enfrentar las demandas psicoafectivas del paciente aunado esto, a las grandes responsabilidades del trabajo clínico, falta de organización, frustraciones frecuentes, el clima laboral autoritario, la competitividad, los bajos sueldos, falta de insumos y recursos para el ejercicio del acto médico de una manera oportuna, adecuada, sus creencias y el elemento vocacional. Esto pudiera generar una situación constante de estrés con consecuencias negativas en el trabajo, en la familia y en la sociedad.

Es importante destacar que estos profesionales durante sus tres años de formación como especialista en las diferentes disciplinas realizan guardias de 24 horas cada 6 días, y rotaciones cada tres meses por el servicio de emergencia desarrollando actividades asistenciales de 8 horas diarias, y las actividades académicas durante horas vespertinas, donde la sobrecarga laboral es la regla ya que, aunado a las actividades asistenciales deben realizar actividades administrativas, sin incluir las carencias de tecnología adecuada, material médico quirúrgico para la atención eficaz y oportuna de los pacientes gravemente enfermo.

En los últimos años se ha observado muy poca participación en los concursos para realizar residencias de postgrado a nivel nacional, quedando plazas vacantes por falta de concursantes. La Universidad de Carabobo no fue la excepción, incluso se ha presentado en los últimos 2 años abandono (renuncias) de los residentes de Postgrado en los primeros meses del inicio del mismo.

Lo que guió a la construcción del método en este estudio fue la lógica configuracional este se inició con un primer momento empírico analítico del cual se desprendió un segundo momento fenomenológico y un tercero de teorización.

Para este trabajo se tomó una muestra representativa de los médicos residentes de los postgrados clínicos cursantes del primero, segundo y tercer año de los postgrados de Medicina, Cirugía, Obstetricia, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Traumatología y Cuidados Intensivos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, a los cuales se les aplicó un cuestionario sociodemográfico, Test de reactividad al estrés (IRE) y la escala de Maslach Inventory (MBI). En el momento fenomenológico se realizaron entrevistas en profundidad a una muestra representativa de los residentes. Es importante señalar que estos postgrados se rigen mediante un convenio entre la Universidad de Carabobo y el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.

De manera general, este estudio fue configurado en cuatro capítulos: El primer capítulo incluye: el planteamiento del problema, los objetivos de la investigación y el marco teórico referencial. El segundo capítulo: comprende la dimensión metodológica con sus diferentes momentos; El empírico analítico y el

momento fenomenológico. El tercer capítulo comprende la discusión y hallazgos en sus diferentes momentos y el cuarto capítulo: Se dedica a construir una teoría para explicar los hallazgos producto de la investigación.

CAPÍTULO I

1.1-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante la realización de los postgrados clínicos, los médicos se encuentran inmersos en una serie de situaciones, relacionadas con las condiciones laborales y académicas, que requieren constantes demandas físicas y emocionales que le generan gran incertidumbre y estrés, por la gravedad de los diagnósticos, el tipo de intervenciones, la utilización de terapias y equipos sofisticados, los cuales no se encuentran exentos de riesgos, el médico en contacto permanente con el sufrimiento de los pacientes y sus allegados; la necesidad de intervenir en situaciones de crisis; exceso de trabajo, falta de recursos humanos y materiales, gran presión y sobrecarga laboral.

Todo este entramado de circunstancias que envuelven el ejercicio de estos médicos pudiera llegar a sobrepasar su capacidad de afrontamiento, pudiendo ocasionar a estos profesionales niveles elevados de estrés, desgaste profesional y trastornos psicopatológicos, afectando la salud del médico y a su vez repercutir en la calidad de la atención médica. Ante esta situación tan

compleja durante la formación de los residentes tales como factores inherentes al propio trabajo, relaciones interpersonales, estructura y clima organizacional, factores internos del médico (sus creencias, valores y capacidad de afrontamiento), se planteó una incógnita en relación al estrés, al desgaste profesional y trastornos psicopatológicos, que por presentar muchas aristas se enmarcan en un pensamiento complejo. Lo que guió a la construcción del método en este estudio fue la lógica configuracional, que permitió ir realizando la investigación según las interrogantes que fueron apareciendo, así como permitió medir lo medible y describir las cualidades de fenómeno, donde el sujeto se estudió como un todo que se relaciona y está en continuos cambios.

Ante estos planteamientos surgen las siguientes interrogantes:

¿Los médicos residentes de los postgrados clínicos de la Facultad de Ciencias de la Salud durante su etapa de formación como especialistas pudieran tener elevados índices de estrés, desgaste profesional y trastornos psicopatológicos?

¿Podiera existir una relación entre los índices de reactividad al estrés, el desgaste profesional y trastornos psicopatológicos en los médicos residentes de los postgrados clínicos de la Facultad de Ciencias de la Salud durante su etapa de formación como especialistas?

¿Cómo pudieran influir los factores individuales de los médicos residentes durante su etapa de formación en el desgaste profesional crónico?

1.2 Objetivo

El objetivo de este estudio fue generar una aproximación teórica sobre la reactividad al estrés, el desgaste profesional y los posibles trastornos psicopatológicos en los médicos residentes de los postgrados clínicos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo.

1.3 MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

Ante las exigencias crecientes que cada día impone el ejercicio de la medicina y particularmente en los médicos que ejercen sus labores a nivel de las emergencias durante su etapa de formación, se han producido investigaciones que ayudan a identificar los trastornos psicopatológicos, niveles de estrés y desgaste profesional en el personal médico, A continuación se presentan una serie de trabajos de investigación y propuestas con la que sus autores han pretendido abordar la problemática del estrés, el desgaste profesional y la presencia de trastornos psicopatológicos en los profesionales de la medicina. De igual forma es importante plantear los aspectos más relevantes del pensamiento complejo en el cual está enmarcada esta investigación.

1.3.1 El médico y el mundo de la complejidad

El paradigma de la complejidad es un modo de pensar que implica como y hacia donde se orienta el pensamiento para vincular el orden, desorden, organización, contexto e incertidumbre, por lo tanto articula y reordena el conocimiento. (Ugas, F. (2006).

El pensamiento complejo se construye con el lenguaje, la lengua, el habla, con sistemas de signos y con una significativa diversidad simbólica. Es producto de una intencionalidad colectiva que se apoya en la comunicación como génesis de la sociedad. La comunicación como promotora de la confluencia con

el otro, en el reconocimiento del otro, en el principio de la alteridad de que “el otro soy yo”. (Ugas, F. (2006).

A través de la cosmovisión del hombre, el futuro no puede estar determinado, porque está sometido al azar, a las fluctuaciones, a las bifurcaciones y ampliaciones. Prigogine sostiene que se trata de un nuevo principio: “principio de la incertidumbre,” que sostiene que mas allá de cierto umbral de complejidad, los sistemas siguen rumbos imprevisibles, pierden sus condiciones iniciales y no se pueden invertir ni recobrar. Este modo de mirar la naturaleza es un verdadero reconocimiento a sus posibilidades creativas. (Prigogine, Iigia, 1996 a).

La ciencia es un dialogo con la naturaleza. La realidad del devenir es la condición de nuestro dialogo con la naturaleza. Hoy sabemos que la entropía y el no equilibrio nos enseñan algo fundamental sobre la estructura del Universo: que la irreversibilidad pasa a ser un elemento fundamental, de no ser así no tendríamos entropía, pero tampoco la coherencia debida al no equilibrio, ni posibilidad de hablar de estructuras biológicas, y por lo tanto tendríamos un universo del que estaría excluido el hombre, (Prigogini, 1996 b).

El sentido de nuestro saber ha cambiado, cuando se incorporan la inestabilidad, la significación de las leyes de la naturaleza cobra un nuevo sentido. Partiendo de ésta podemos expresar que los médicos residentes de los postgrados clínicos, tienen la posibilidad y no la certidumbre de padecer niveles importantes de estrés, desgaste profesional Crónico y trastornos psicopatológicos.

Desde el núcleo de la teoría Luhmann (1998) incorpora los avances recientes de las teorías de los sistemas para explicar la complejidad creciente en las sociedades modernas mediante la existencia de tres sistemas: Vivos, psíquicos y social. Realizando un enfoque de los médicos residentes de los postgrados clínicos desde la perspectiva de la teoría de los Sistemas donde el todo, como algo unitario se puede descomponer en partes analíticas y conceptuales, pero no en lo concreto, ya que todo sistema depende del funcionamiento de sus subsistemas y sus interacciones. Esto nos permite pensar en totalidades como interacciones relacionadas, irreductibles, dinámicas, adaptables y cambiantes.

Para Luhmann, la complejidad es un concepto que relaciona sistema y mundo. El considera que los sistemas biológicos, psíquicos y sociales están interconectados, pues se observan a sí mismo y entre sí, no existen posiciones privilegiadas donde se puede observar correctamente el mundo, tampoco hay a priori un sujeto que pueda distanciarse por un simple acto de voluntad, esto implica que la sociedad no puede ser observada desde afuera por una conciencia individual, por ello propone que sólo mediante la observación de observaciones se puede construir el mundo de manera intersubjetiva.(Luhmann, N. 1998).

Los médicos residentes de los postgrados clínicos en su mundo (en su sistema) interactúan en su ejercicio: Como ser viviente, con su psiquis y su relación con la sociedad.

En esta interacción de sistemas emergen respuestas fisiológicas al estrés, en esa lucha constante con sus principios, su percepción de la realidad y el

continuo interactuar con la sociedad: enfermos, los familiares de estos, entorno laboral deficiente y hostil, sus superiores y su familia. El médico para reducir este mundo tan complejo que le ha tocado rutinariamente utiliza, durante su desempeño laboral como principio el procesamiento de la información. (Durante el desempeño laboral se ubica en el centro de sus problemas y procesa los acontecimientos de su mundo laboral), allí establece un acoplamiento estructural. Para sobrevivir en este sistema (bio-psico-social) debe establecer una relación concordante entre su propia complejidad, con la del medio ambiente (estrés, afrontamiento). Estos sistemas de Luhmann (bio-psico-social) son cerrados sobre sí mismo es decir autorreferentes y autopoietica.

1.3.2 Contenidos de la conciencia

La reducción fenomenológica de Husserl, denomina la “actitud natural”: creencias en la realidad del mundo, cuestionamiento de si lo percibido es real, supuestos teóricos que lo justifican, afirmaciones de las ciencias de la naturaleza. El resultado de esta reducción o *epokhé* a saber, las vivencias o fenómenos de la conciencia cuya estructura intencional presenta dos aspectos fundamentales: *noemas* el contenido de la conciencia y *noesis* el acto con que se expresa este contenido.

Transcripciones del griego: Pensamiento, inteligencia, intelección. Usados por Husserl. Según este filósofo, si se considera el pensar universalmente, sin atención a sus condiciones concretas, se revela la conciencia como una unidad primaria más allá de lo psíquico y de lo físico, pero con una estructura –

intencional – constituida por un acto de pura referencia (noesis) y su término objetivo (nóema).” El vocablo griego νοημα, *noema*, significa pensamiento “en tanto que objeto del pensar; en plural νοηματα [*noemata*], *noemas* puede traducirse por, pensamientos“. El noema es en este sentido el término, más específicamente, el objeto intencional, de la noesis como intelección o pensar; los noemas son simplemente las ideas, las nociones, el contenido de lo pensado o, en el vocabulario posterior, el objeto formal. Es frecuente interpretar los noemas como significaciones; en este caso puede llamarse también, significativo “a lo noemático como lo que corresponde al noema o a los noemas, es decir, como la característica de todo noema.

El vocablo noema ha sido usado por Husserl ante todo como un, sentido “o una significación” a la cual apunta el acto, tético o posicional de la noesis. Según Husserl, al contenido noético corresponde punto por punto un contenido noemático, es decir, hay una correlación entre noesis y noema. La noema no es propiamente el objeto en el sentido corriente de esta palabra porque el noema sigue siendo inmanente a la corriente intencional.

El fenómeno es observado desde adentro del sujeto de estudio, se busca la esencia de su conciencia, es la vuelta al mundo vivido para buscar el significado del fenómeno (1995).

1.3.3 Concepción existencialista

A partir del existencialismo de Heidegger se ha desarrollado una nueva teoría de la comunicación del hombre y sus relaciones bajo la perspectiva antropológica.

El hombre en su dimensión existencial aparece como «ser en sí en cuanto ser con otros». No es que la vida aparezca en una sucesión ininterrumpida de etapas: primero surge el hombre, luego viene el conocimiento y después la relación con el entorno. No. El ser humano es ya de por sí un ser relacionado. Heidegger, a su vez, concibe al hombre en términos de «ser con», lo que quiere decir que la existencia humana está constituida sustancialmente por relaciones, por reciprocidad; la participación y apertura humanas no bullen a nuestro lado como insectos extraños, sino que forman la esencia cumplida: este aparente fracaso es el triunfo del hombre. El hecho de que la estructura ontológica implique «ser con», no quiere decirse que no haya diferenciación e individualidad. El orden existencial es suscrito por la individualidad y la personalidad intransferibles. (Lucas J, de S 1996).

El hombre como existente humano (*dasein*), es fruto de un análisis de los modos existenciales o de ser en el mundo. Este modo se determina en relación con las cosas y con los hombres. Es, por tanto, un ser –con o ser en común, con sus tres dimensiones: situación original (estar arrojado en medio), interpretación (tener que hacerse o explicitación), discurso (conciencia significativa del fenómeno). Estas dimensiones configuran al hombre como ser que se va haciendo en diálogo con su entorno. (Lucas J, de S 1996).

1.3.4 Teoría de los sistemas de Luhmann

La teoría de los sistemas de Luhmann parte de asumir la complejidad creciente de las sociedades contemporáneas como una realidad. El núcleo de su

teoría son las sociedades contemporáneas. Para él existen básicamente tres sistemas: vivos, psíquicos y sociales, que se diferencian por su propio tipo de operación, El fenómeno que observa Luhmann es la diferenciación progresiva de las sociedades a lo largo de su evolución temporal en diferentes subsistemas sociales (derecho, política, economía, educación, y religión). El punto crítico en la teoría de Luhmann es que la sociedad no está compuesta por individuos sino por comunicaciones. Los seres humanos son un sistema más y son el entorno del sistema social.

El evento comunicativo tiene tres momentos: información, participación, y comprensión. El cierre de cada evento comunicativo se da con el último paso.

La autonomía de los sistemas presuponen una cooperación entre sistemas que les permitan una acomodación al entorno., y para explicar esta relación él incorpora el concepto de “acoplamiento estructural,” a partir del cual un sistema aumenta su irritabilidad del otro de forma tal que pueda llevarlo a una forma interna capaz de operar. El lenguaje sirve al acoplamiento estructuralmente el sistema social y los sistemas de conciencia (sociedad e individuo). Incrementando su irritabilidad aísla al sistema de otras fuentes de irritabilidad.

1.3.5 El hombre y su alteridad-Relación

El hombre no es un ser clausurado en sí mismo, sino que se abre a sus semejantes desde su propia mismidad, como aparece en el trato con los demás. Forja su personalidad a lo largo de su existencia en medio del mundo. Un mundo

humano precisamente no creado por él, sino heredado de sus antepasados. El hombre habla y ama, intercambia pensamientos, proyectos y afectos. Esto lo hace ser un ser dialógico y solidario. (J de S Lucas 1996).

En este sentido los médicos residentes de los postgrados clínicos pudieran encontrarse inmerso en este ambiente laboral con una estrecha interrelación con sus pacientes, entornos, y su individualidad, cual diagrama de las estrellas que no paran de moverse o su reflejo en la tierra, el hacer de los seres humanos, Del caos al orden y del orden al desorden, a la organización e interacción, cual Bucle tetralógico transformándose en algunas oportunidades en un espiral que no tiene fin. El bucle tetralógico significa que las interacciones son inconcebibles sin desorden, es decir, sin las desigualdades, turbulencias, agitaciones, que provocan los encuentros. (Morín 1999).

1.3.6 El médico frente a la muerte

La problemática del médico como ser humano y, por lo tanto del médico, enfrenta frecuentemente con gran dificultad esencial frente a la muerte, Sabemos que desde Freud el temor a la muerte de los pacientes es uno de los aspectos más difíciles de la medicina. La confrontación con la muerte, los moribundos y el duelo es una realidad más o menos cotidiana para los médicos en su práctica clínica. La muerte es uno de los problemas esenciales del hombre, circunstancia frente a la que se presenta un intenso temor, de ahí las dificultades para que el médico pueda enfrentarla con serenidad, como plantean Mc Cue (1982) y Mingote Adán. (1999). Esta grave problemática no suele ser tomada en

cuenta durante la formación de la carrera de medicina ni durante la especialidad, por ello estas carencias en la formación influirán negativamente cuando el médico tenga que enfrentarse en su quehacer a estas circunstancias humanas, haciéndolas más dolorosas y angustiosas. En experiencias grupales sobre las ansiedades del médico frente a la muerte determinó que las ansiedades más intensas del médico estaban en función de la relación con el paciente, sobre todo, si se daba una relación no satisfactoria y un sufrimiento en el paciente por la enfermedad. Ambas variables encuentran su máxima expresión en los enfermos graves y, sobre todo, terminales. . Esta condición humana, real o imaginaria, en la que el médico se implica personal y profesionalmente y que hace que la muerte sea uno de los acontecimientos más ansiógenos de su profesión. (Gómez E.R, 2000).

1.3.7 Estrés

La palabra “estrés” fue empleada por primera vez en el contexto científico en 1911 por Walter Cannon. Estrés, fue un término aplicado por Cannon a todo estímulo susceptible de provocar una reacción de lucha o huida. Cannon también denominó el estrés crítico al nivel máximo de estrés que un organismo puede neutralizar.

Engel (1962) describe el estrés psicológico: un apremio o exigencia sobre el organismo, y cuya resolución o manejo requiere esfuerzos de los mecanismos psicológicos de defensa, antes de que sea activado ningún otro sistema”. González de Rivera tratando de integrar el enfoque biológico y psicológico define como estrés vital: “Conjunto de modificaciones en

funcionamiento basal del organismo, directamente atribuibles a la eliminación, o adaptación a estímulos nocivos o peligrosos, reales o imaginarios.

Desde esta nueva perspectiva, integrando las teorías de Cannon y de Selye (González de Rivera 1978b) pude generar formular al amparo de estas teorías la ley general del estrés.

En los estudios sobre reactividad al estrés en la población general, ha detectado un pequeño grupo de sujetos que refieren sensaciones de entusiasmo y aumento de energía en situaciones de estrés. Esta proporción es mayor en estudiantes de medicina de segundo y disminuye a lo largo de la carrera, hasta nivelarse con la población general en quinto curso. Es posible que estos estudiantes “entusiastas del estrés” se correspondan, hasta cierto punto, con los sujetos paratético de Apter. En modo paratético son más relajados de base y soportan mayores niveles de estrés (medido con la escala de molestias cotidianas de Kanner) el estado de ánimo mejora inicialmente al aumentar el estrés ambiental.

La pérdida progresiva de la capacidad de disfrutar con el estrés en los estudiantes de medicina puede explicarse por inversión del modo paratético (realizar la tarea por el gusto de hacerla) al tético (realizarla por la necesidad de conseguir resultados), un cambio de actitud forzado por las frustraciones y exigencias de la carrera de Medicina.

En la actualidad, el estrés es uno de los términos más utilizados. Todos hablamos de estrés. El término estrés, partió de un concepto físico haciendo

referencia a una fuerza o peso que produce diferentes grados de tensión o deformación en distintos materiales. Selye no hace referencia al estímulo (peso o fuerza), sino a la respuesta del organismo a éste. Utiliza el término estrés para describir la suma de cambios inespecíficos del organismo en respuesta a un estímulo o situación estimular (1956).

El concepto de estrés laboral, según aparece en los documentos divulgativos del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, dependiente del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (1997) desde una perspectiva integradora, se define como “la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un individuo que intenta adaptarse y ajustarse a presiones internas y externas”. El estrés laboral aparece cuando se presenta un desajuste entre la persona, el puesto de trabajo y la propia organización.

1.3.8 Definiciones de estrés para el uso común:

1-Estrés es cualquier estímulo que altera o interfiere con el equilibrio fisiológico normal de un organismo, así como situaciones que implican sobreesfuerzo o tensión, física, mental o emocional. (González de Rivera, 2006).

2- Según Mason-Selye; estrés es el conjunto de modificaciones en el funcionamiento basal del organismo, directamente atribuibles a la adaptación a, o a la eliminación de, estímulos nocivos o peligrosos, reales o imaginarios.

3-. La Ley general del estrés establece que cuando la influencia del ambiente supera o no alcanza las cotas en las que el organismo responde con

máxima eficiencia, éste percibe la situación como peligrosa o desagradable, desencadenándose una reacción de lucha-huida, y/o una reacción de estrés, con hipersecreción de catecolaminas y de cortisol (González de Rivera 1977).

4. Estrés Homeostático es el estrés que tiene lugar cuando la estimulación externa incrementa la activación del organismo más rápidamente que su capacidad homeostática para atenuarlo. (Levi, 1971, González de Rivera 1977).

5. El estrés fisiológico se define como la respuesta de una célula u organismo a cualquier exigencia que fuerce el estado fisiológico más allá de su estado normal de reposo. (Iwama, 1998).

1.3.9 La formulación del estrés en términos psicológicos/sociales

1.-Estrés Psicológico es todo proceso, originado tanto en el ambiente exterior como en el interior de la persona, que impone un apremio o exigencia sobre el organismo, cuya resolución o manejo requiere el esfuerzo o la actividad del aparato mental, antes de que participe o sea activado ningún otro sistema (Engel, 1962).

2.-Engel (1962) y Lazarus (1966) definieron, en la misma época y de manera independiente, el “Estrés Psicológico. Con esta división el estrés por dicotomías cartesianas es ya inevitable. Sin embargo, no hemos de olvidar que el estrés es un fenómeno unitario, y que es sólo nuestra incapacidad de abarcarlo de una simple mirada lo que nos obliga a recurrir a varios puntos de vista. Por eso, es preciso tener en cuenta que lo que estamos clasificando en Biológicas y

Psicológicas son las definiciones, y no el estrés en sí, que debemos pretender seguir conceptualizando de una manera unitaria, “psicosomática”.

3. Estrés Psicológico es una relación particular entre una persona y su ambiente, que es evaluada por la persona como una imposición o exigencia o como algo que excede sus recursos, poniendo en peligro su bienestar (Lazarus, 1984).

4. Estrés Psicosocial es el que se origina en relaciones o ambientes sociales, que afecta al organismo a través de procesos del sistema nervioso central, y que se sospecha que, en ciertos individuos y en ciertas circunstancias, puede causar enfermedad. (Levi, 1972) El estrés psicosocial se produce por la conjunción de tres grandes grupos de variables: Los estresantes propios del medio, o factores externos de estrés; los propios del individuo o factores internos de estrés; y los factores moduladores, que no están directamente relacionados ni con la inducción ni con la respuesta de estrés, pero que condicionan o modifican la interacción entre factores internos y externos (González de Rivera, 1989).

El estrés en el trabajo se ha convertido en una característica común de la vida moderna. Los resultados de una encuesta aplicada a 28.000 trabajadores de 215 organizaciones en los Estados Unidos revelaron una poderosa asociación del estrés ocupacional con deficiente ejecución en el trabajo, problemas de salud agudos y crónicos y “burnout” en los empleados (Williams y Cooper 1998).

Dentro del ámbito organizacional los estresores más citados en la literatura (Moreno-Jiménez y Peñacoba 1997) han sido: El conflicto de roles, entendido como la coexistencia de exigencias opuestas y de difícil conciliación,

requeridas en la realización del trabajo. Este tipo de estresor se expresa en el área de salud de diferentes maneras. Socialmente se le exige al médico la máxima competencia en el ejercicio de sus funciones, sin embargo, las necesidades urgentes de los pacientes, la competencia profesional, el cumplimiento de las responsabilidades civiles y sociales y, la disponibilidad de la familia del enfermo, tienden a generar situaciones conflictivas. Otras veces las prioridades del equipo de salud no coinciden, especialmente entre enfermeras y médicos.

En el ambiente de salud se ha encontrado que, en ocasiones la interacción con pacientes, familiares y con los mismos miembros del personal constituye una fuente de estrés para el personal médico. Otras fuentes de estrés reportadas en los servicios de salud son: infrautilización de las habilidades, presión económica, la preocupación y el miedo a la mala práctica, la interferencia laboral con la vida familiar y las prácticas administrativas (Moreno y Peñacoba 1997).

Fue precisamente, en el estudio realizado por D'Anello S; Marcano E, y Guerra J. (2003), en el cual el factor de Interferencia en el desempeño de Funciones encontraron diferencias entre los grupos. Específicamente, el grupo de estudiantes que labora en el área de emergencia fue el que presentó mayores índices de estrés, seguido por el grupo de especialistas y finalmente los internistas. D'Anello S; Marcano E, y Guerra J. (2003).

En la actualidad el estrés se tiende a considerar una interacción, en la que hay que tener en cuenta la respuesta de estrés, la cual es definida como la activación fisiológica y cognitiva excepcional que prepara al organismo para

afrontar una demanda del medio (externo e interno). (Labrador 1992). Siendo esta demanda la situación de estrés, parece que en este sentido el burnout tendría que ver como una respuesta al estrés que se da en el contexto laboral concreto (Álvarez y Fernández, 1991); Pines 1998; Gil-Montes y Peirò,2000), ya que mientras el estrés es experimentado por todo el mundo, el burnout es experimentado por aquella personas que tienen una motivación, expectativas y objetivos elevados, de manera que estas personas sin estas motivaciones iniciales experimentarían estrés laboral, pero no burnout, otro elemento de distinción es que mientras el estrés tiene elementos positivos y negativos, el burnout sólo está asociado a elementos negativos (Farber, 1983).

De acuerdo con el modelo conceptual de (Trucco, Valenzuela y col, 1999) definen el estrés como “el conjunto de procesos y respuestas fisiológicas, emocionales y conductuales ante situaciones que son percibidas e interpretadas por el individuo como amenaza o peligro, ya sea para su integridad biológica o psicológica. Siendo el personal de salud uno de los grupos ocupacionales en los que se ha descrito riesgos significativos de estrés ocupacional. Y, cuando evoluciona crónicamente, puede provocar el cuadro de agotamiento emocional, distanciamiento afectivo, trato despersonalizado y a un sentimiento general de ausencia de logros personales que se ha denominado “burnout, cuadro que, junto con significar un menoscabo del bienestar de la persona, se traduce en pérdida de productividad para la organización.

Este conjunto de signos y síntomas que como respuesta al estrés crónico laboral y a las medidas inadecuadas de afrontamiento hacia el estrés manifiesta el individuo, ocasionando que el sujeto se encuentre emocionalmente agotado, con actitudes negativas hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol. Es más frecuente que esta respuesta ocurra en los profesionales de la salud y en las organizaciones de servicios ya que exige entrega, compromiso, perfección, exigencia y servicio a los demás que trabajan en contacto directo con los usuarios de los servicios, se presenta en el trabajador, de manera gradual y continuada, de por lo menos 6 meses de exposición según opina Capilla (2000).

1.3.10. Medición del estrés

De acuerdo con la clasificación de González de Rivera (1991) en relación a los factores de estrés, los factores externos, internos y moduladores son evaluados por diferentes procedimientos.

1.3.11. La evaluación de los factores externos del estrés

Los factores externos del estrés, en la que se engloban todas aquellas variables del ambiente susceptibles de alterar el equilibrio del medio del medio interno o sobrecargar los mecanismos de defensa y regulación homeostática del organismo.

Los factores externos del estrés más estudiados han sido los sucesos vitales estresantes, cuantificados y evaluados a través de escalas, tales como la de

Holmes y Rahe (1967) o la adaptación de ésta por González de Rivera y Moreira,(1983).

1.3.12. La evaluación de los factores internos del estrés

Dentro de la evaluación de los factores internos del estrés, es interesante destacar dentro de los cuestionarios del IRE (González de Rivera, 1990), que evalúa el constructo de reactividad al estrés y lo define como “El conjunto de pautas de respuestas neurovegetativas, cognitivas. Cognitivas, conductuales y emocionales características del individuo ante situaciones de estrés o tensión nerviosa. Considerándose las variables propias del individuo y el estado en que se encuentra en el momento de responder a situaciones estresantes como las determinantes en forma directa de la respuesta del organismo a dichas situaciones. (González de Rivera JL 1981 y Henry M y cols. 1992).

Los factores internos, constituidos por variables propias del individuo, directamente relacionadas con la respuesta al estrés y la adaptación, defensa y neutralización de los factores externos del estrés. (Bulbena y col, 1991).

1.3.13. Reactividad al estrés

Ha sido definida reactividad al estrés como cualquier estímulo que altera o interfiere con el equilibrio fisiológico normal de un organismo, así como situaciones que implican sobreesfuerzo o tensión, física, mental o emocional. (González de Rivera, 2006).

Dentro de los factores internos del estrés, es interesante destacar dentro de los cuestionarios el IRE-32 (González de Rivera, (1990), que evalúa el constructo reactividad al estrés, y que se define como: "el conjunto de pautas habituales de respuesta cognitiva, vegetativa, emocional y conductual ante situaciones percibidas como potencialmente nocivas, peligros y o desagradables" (González de Rivera, 1981).

El IRE se considera como una medida de rasgo que forma parte del "grupo de factores internos del estrés". Se intenta conocer a través de él, cuál es la respuesta de los individuos ante el estrés y cuáles son las pautas de adaptación, defensa y neutralización por ellos utilizadas. (González de Rivera 1995).

1.3.14. Evaluación de los factores moduladores

Estos factores están constituidos por variables tanto del medio como del individuo, no directamente relacionados con la inducción o la respuesta de estrés, que condicionan, modulan o modifican la interacción entre factores internos y externos. (Bulbena y col, 1991).

La personalidad juega un papel importante en la modulación del estrés, parece importante evaluar algunas variaciones de la personalidad, tales como el Locus de Control, recursos cognitivos, estilos defensivos (Vaillant, 1971,1976). La presencia del patrón de conducta tipo A (Valdés, y Flores, 1990), o estrategias de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984).

1.3.15 Desgaste profesional crónico (burnout)

1.3.15.1 Definición

El término Burnout fue descrito por primera vez por Freudenberg (1974), para referirse a los problemas de los trabajadores de los servicios sociales (Álvarez y Fernández et. al 1991), pero fue a raíz de los estudios de Maslach y Pines (1977) cuando el burnout cobra sentido psicológico, que ha persistido hasta los actuales momentos, es decir como un sentimiento de estar quemado en el trabajo que experimentan los profesionales que tienen como una de las ocupaciones principales las relaciones con otras personas. El elemento de relación con otras personas es fundamental a la hora de delimitar el Burnout, ya que el Burnout comparte características con otros procesos patológicos que harían difícil su diferenciación.

El síndrome del Burnout ha cobrado una gran relevancia social y económica puesto que afecta a una serie de profesiones (aquellas que trabajan en relación de ayuda) nuevas que se han venido incrementando en los últimos años (Cherniss 1990).

1.3.15.2 Síndrome de burnout

El síndrome de burnout fue identificado y etiquetado en un contexto social. Freudenger, el autor que lo describió, estaba empleado como psiquiatra en una agencia alternativa de salud. Observó que muchos de los voluntarios con los que trabajaba experimentaban en un momento determinado, un bajón

emocional y una pérdida de la motivación e implicación. Generalmente este proceso duraba un año e iba acompañado de síntomas físicos y mentales. Para referirse a este particular estado de agotamiento emocional, Freudenberger utilizó una palabra que era usada coloquialmente para describir los efectos del abuso crónico de drogas. Al mismo tiempo, Maslach, una investigadora de psicología social estaba estudiando la manera en la que la gente se enfrenta con el arousal emocional en el trabajo. Estaba interesada principalmente en las estrategias cognitivas de .indiferencia y deshumanización como autodefensa, pero pronto descubrió que tanto el arousal como las estrategias tenían una importante implicación para la identidad y la conducta profesional de la gente. Cuando por casualidad describió estos resultados a un abogado, éste le dijo que los abogados de los pobres llamaban a este fenómeno burnout.

Una vez que Maslach y sus colegas adoptaron este término, descubrieron que era identificado inmediatamente por sus entrevistadores. Había nacido una nueva expresión coloquial (Maslach y Schaufelli, 1993). Aunque se han dado diversas definiciones del burnout (Alarcón 2001, Richardson y Burke, 1995; Cherniss, 1989; Golembiewski, 1983; Leiter, 1988), la más aceptada ha sido la proporcionada por Maslach y Jackson (1981) de acuerdo con la cual, se considera el burnout un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y bajo logro personal que ocurre entre individuos que realizan un .trabajo cara a cara.

Posiblemente como resultado de la aparición del Maslach Burnout Inventory (Maslach y Jackson, 1981). Se originó un método de medida del

burnout que no tardó en ser adoptado por la comunidad científica como elemento de elección.

Como he comentado anteriormente se puede decir que desgaste profesional crónico es el sinónimo de Burnout y su traducción literal al castellano significa “estar quemado;” término que fue acuñado por Freudenberg, en los años setenta (Prieto, 2002). En posteriores décadas diversos autores modificaron y elaboraron distintas definiciones al respecto, siendo la de Maslach, la definición más clara y que esquematiza el síndrome en tres dimensiones (Cebria, J y col. 2001):

- 1.- Agotamiento emocional.
- 2.- Despersonalización.
- 3.- Realización personal.

Actualmente, el Burnout se concibe como una serie de alteraciones físicas, conductuales y emocionales cuyo origen son factores laborales, individuales y sociales (Prieto y col, 2002).

El Burnout, se considera un proceso continuo el cual se puede dividir en tres estadios:

- 1.- Estrés debido a que las demandas del trabajo exceden sus recursos físicos y emocionales.
- 2.- Nerviosismos y síntomas físicos vegetativos.

3.- Aislamiento emocional y social, junto a cinismo y rigidez en trato con pacientes y compañeros de trabajo.

El concepto de Desgaste profesional crónico (Burnout), está íntimamente relacionado con el estrés. Es un estrés crónico experimentado en el contexto laboral (Álvarez y Fernández, 1991).

Por otro lado, Gil-Monte y Peiró (1997,2005), definen el síndrome de Burnout como: “una respuesta al estrés laboral crónico, acompañado de una experiencia subjetiva de sentimientos, cogniciones y actitudes, las cuales provocan alteraciones psicofisiológicas en la persona y, consecuencias negativas para las instituciones laborales”. Gil monte (2005).

Cuando se dice que un profesional esta “desgastado profesionalmente” se trata de reflejar que es un, estando agotamiento producto de una interacción negativa entre el lugar de trabajo, el equipo de trabajo, y los pacientes (clientes). El trabajador se encuentra desbordado en su capacidad de reacción adaptativa, no disponiendo de recursos adecuados para amortiguar el estrés que su trabajo implica. (C de las Cuevas, González de Rivera. 1997).

El rasgo fundamental del Burnout es el agotamiento emocional. Por tanto, el burnout comprendería los sentimientos que son experimentados por las personas cuyos trabajos tienen como característica esencial la exposición a situaciones sociales .cargadas emocionalmente. Es precisamente a la hora de definir el burnout, y sobre todo de llegar a un consenso, cuando cobra especial

relevancia el instrumento de medida creado por Maslach y Jackson (1981, 1986 y 1996), denominado el Maslach Burnout Inventory.

Existen características situacionales de acuerdo al modelo integracionista del estrés de Lazarus y Folkman (1986), en el que tan importante es la situación como la evaluación que hace el sujeto de la misma para desarrollar respuestas de estrés, lo cierto es que existen algunas características de las situaciones que hacen que la mayoría de las personas las juzguen como amenazantes y peligrosas, aumentando la probabilidad de la aparición de respuesta al estrés (Lazarus y Folkman, 1986; Labrador 1992; Alarcón y Guisado, 2001).

También es importante tener en cuenta el concepto de sobrecarga psicosocial *como una exigencia exagerada o desproporcionada, que actúa de manera continuada, que deriva de los procesos de integración del individuo en su entorno humano, y que puede ser contrarrestada durante largo tiempo por los mecanismos de afrontamiento y defensa, sin que se observen grandes efectos a corto plazo.* (Gonzales de Rivera 2007).

1.3.15.3 Factores que influyen en el Burnout

Atendiendo al proceso ya comentado, independiente de los modelos, lo que sí parece estar claro que todos concuerdan en que la causa del síndrome no es única sino multicausalidad tanto de factores externos como internos que influyen en la aparición del síndrome. El burnout es concebido como un proceso de estrés laboral específico de las personas que trabajan en relación de ayuda, de manera que se produce una interacción entre las demandas que generan las distintas

situaciones (naturaleza del medio) y los recursos disponibles de los sujetos (características del sujeto). Si las demandas (evaluación amenazante de las mismas) exceden a los recursos se producirá la respuesta de estrés y viceversa (Lazarus y Folkman, 1984, Alarcón y col. (2001).

Los residentes que ejercen sus funciones médicas durante la realización de los postgrados clínicos, se enfrentan diariamente a pacientes en estado crítico, lo crítico se refiere al estado grave.

El momento crítico es único, irrepetible y si no se actúa con decisión, lo resuelve la inercia. Otra variante es lo preciso, exacto, puntual, sin dudas ni vacilaciones. Es crítico lo oportuno, lo conveniente. El ejercicio de una medicina de Urgencias o Crítica es aquella que reflexiona epistemológicamente en su propio quehacer, la que medita sobre lo correcto, lo incorrecto, oportuno, lo tardío, lo ético, lo criminal, lo adecuado, y lo inconveniente, lo fructífero y lo infructuoso, y aplica las debidas rectificaciones en el momento preciso. (Díaz de León Ponce y col.2003).

En el estudio de realizado por Garnés, A, F. (2007) se determinó que el nivel de estrés laboral es mayor entre los médicos residentes de especialidades medicas que quirúrgicas. El nivel de estrés laboral en médicos residentes fue medio. Las fuentes de estrés con mayor puntuación son: “las complicaciones graves del estado del enfermo, la toma de decisiones, el exceso de trabajo y los días de guardia.

Los trabajos realizados por Loría Castellanos y Guzmán Hernández (2006), reportan un 30% de desgaste profesional, en los médicos que laboran en la especialidad de cirugía y medicina Interna.

Otro estudio realizado en 168 residentes de las especialidades de urgencias, pediatría, medicina interna, anestesiología y cirugía general durante el 2004 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.

La práctica de la medicina es inherentemente estresante, aunque también ofrece muchas satisfacciones a los distintos profesionales de la salud. Día tras día se ponen de manifiesto mayor número de fuentes de estrés, así como de signos indicativos de un aumento de los problemas relacionados con el estrés en los trabajadores del sistema de salud. (Faber1983). Los médicos residentes, no solo, no son la excepción, sino que constituyen uno de los colectivos de trabajadores de la salud, que podrían ser los más afectados por el estrés. El trabajar con los aspectos emocionales más intensos del cuidado del paciente (sufrimiento, miedo, incertidumbre y muerte), así como tratar con pacientes gravemente enfermo, que con frecuencia pudieran afectar sus niveles de afrontamiento. Estar continuamente bajo tales circunstancias puede llegar a ser emocional y físicamente extenuante, pudiendo conducir a la presencia de signos del síndrome de estrés profesional crónico. (Cherniss.1980).

Whitley (1994) realizó un estudio entre los médicos de emergencia para medir niveles de estrés y depresión y determinar la frecuencia con que se presentaba la posibilidad de abandonar la especialidad; los resultados fueron los siguientes: las mujeres presentaban mayores niveles de estrés y depresión que los hombres, las personas casadas registraron menores niveles de estrés que las solteras, más de la mitad de los encuestados respondieron que habían considerado seriamente la posibilidad de abandonar la especialidad y un porcentaje mayor al esperado en una distribución normal presentó altos niveles de estrés y síntomas de depresión.

Los estudios realizados por (Albaladejo, Villanueva, Ortega y Col. 2004) muestran que el agotamiento, la despersonalización y el Burnout son significativamente más altos entre el personal de los servicios de urgencias y oncología.

En un enfoque del burnout desde el punto psicopatológico de la Revista Médica Argentina. (2005), el 56% de los médicos oncólogos refirió su circunstancia personal de Burnout, independiente de su especialidad dentro de la cancerología. La práctica individual es la más afectada, llegando al 63%, contra “sólo” el 47% en el caso de integrar una clínica o universidad. El tiempo en el ejercicio de la profesión tiene su influencia, mayor en los más jóvenes: El 47% para los egresados hasta 1970 y llegó al 67% en los egresados después de 1980. En el 17% de los consultados se reconocieron signos orientadores de una real situación psiquiátrica, Para la circunstancia de los radioterapeutas. Se estudiaron

502 profesionales de EE.UU., de los cuales el 76% eran mujeres. (31) El 53% presentaban serias alteraciones emocionales y 45 % evidencias de despersonalización. Los valores hallados son superiores a los de enfermería.

En Venezuela Flores y Rassy (1991) señalan la relación de inconformidad expresada en relación a las guardias mayores de 24 horas y el ausentismo laboral como causa revelador de la fatiga laboral como factores de riesgo entre residentes e internos.

Los estudios realizados por Díaz y colaboradores (2006) reportaron que tanto en especialidades médicas como quirúrgicas, existe una relación de la extensión de jornadas laborales y la falta de sueño como causa de estrés, en residentes y adjuntos de anestesiología, también concluyen que los estresores de categoría laboral, ocuparon el primer lugar, destacándose como el más importante el institucional, mientras que los factores extra laborales ocuparon el segundo lugar, siendo relevantes los factores relacionados con la familia y las finanzas.

Por otro lado los estudios realizados por Alterio (2002) reportó que el 79,2 por ciento de los estudiantes de los postgrados de la salud de la Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado, Venezuela, presentaron una alta prevalencia del grado de estrés moderado, con predominio de los postgrados docente asistenciales.

Delgado y colaboradores en el (2004) realizaron un estudio del síndrome de Burnout en pediatras y especialistas de los hospitales públicos en el área metropolitana de Caracas, y los estados Miranda y de Venezuela los

resultados obtenidos revelaron valores intermedios de Burnout sin predominio de sexo.

Los estudios realizados por Cordero, R en el (2005), en estado Lara Venezuela, concluyen que las fuentes individuales producen estrés con una frecuencia de siempre y casi siempre en un 45 % en los residentes de postgrado de pediatría; mientras que las fuentes institucionales y grupales lo hacen con una frecuencia de un 47,5%. Los estresores de categoría laboral ocuparon el primer lugar en este estudio, destacándose el nivel institucional (Ambiente físico y tecnología).

1.3.16 Trastornos psicopatológicos

La inexistencia de estudios de estudios epidemiológicos sobre los trastornos psicopatológicos en la población de médicos residentes de postgrados en nuestro país se consideró de vital importancia para determinar la posibilidad de rasgos psicopatológicos.

La investigación en epidemiología psiquiátrica en España ha cobrado un notable desarrollo en los últimos años, pero el esfuerzo investigador se centra con preferencia en las disfunciones psiquiátricas más severas. González de Rivera y col, (1993).

La dedicación y la intensidad del entrenamiento en la medicina, presupone un agotamiento físico y psíquico, que en muchas ocasiones puede llevar a los estudiantes a padecer síntomas aislados de tipo psicopatológicos o trastornos psiquiátricos propiamente dicho, además el estudiante de medicina

general y de especialidades, no es diferentes desde el punto de vista epidemiológico, del resto de la población y no está de sufrir síntomas psiquiátricos.

La naturaleza del entrenamiento del médico (tipo de trabajo, guardias, representan un distresor psicológico para el individuo. En los estudios realizados por López Aguilar (2001), se encontró que la incidencia de trastornos mentales y de comportamiento en los médicos residentes son de 53%, y de esas personas con diagnósticos, el 24 % correspondió a trastornos depresivos mayor actual (EDMA). También encontró un riesgo suicida del 11% y el 80% de las personas con trastornos tenían antecedentes familiares psicopatológicos. La ansiedad y la depresión ha sido estudiada en los médicos residentes y estudiantes de medicina, también es importante destacar que los profesionales de la medicina padecen altos índices de enfermedad psiquiátrica, lo cual hace suponer que los problemas psiquiátricos se originan ya en la escuela de medicina (Benítez. Henry, Cuevas C y cols.1989).

La utilización del instrumento, Listado de los noventa Síntomas (SCL-90) ha tenido por objetos diferentes propósitos, identificación de casos clínicos, la evaluación de los efectos de una intervención terapéutica, o la delimitación de los distintos cuadros diagnósticos (Carrasco, Sánchez y col.2003).

CAPITULO II

DIMENSIÓN METODOLÓGICA

*Para llegar al punto que conoces,
debes tomar el camino que no conoces.
San Juan de la Cruz*

Esta investigación está enmarcada dentro del paradigma de la Complejidad, para lo cual se aplicó como estrategia el método basado en la lógica configuracional. (No hay reglas). La descripción del método definitivo se realiza al finalizar el estudio.

Lo cuantitativo, lo cualitativo y lo dialógico se complementaran. Se inició la investigación con un primer momento empírico analítico.

2.1 MOMENTO EMPÍRICO ANALÍTICO

2.1.1 Objetivo General

En este primer momento el objetivo es evaluar Índices Psicopatológicos, Niveles de Reactividad al estrés y Desgaste profesional en los médicos residentes de los postgrados Clínicos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo Venezuela la relación entre los niveles de estrés y el síndrome de desgaste profesional crónico.

2.2 Diseño

El presente trabajo de investigación está enmarcado en un diseño transversal o transaccional, de tipo descriptivo, correlacional en un grupo de médicos residentes de los postgrados clínicos de de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, Venezuela, en los años 2006 al 2008.

Se describe la muestra en estudio según sexo, y las especialidades: médicas y quirúrgicas, se establece el nivel de estrés, la frecuencia, los niveles de desgaste profesional crónico, los índices de los rasgos psicopatológicos y se establecen las relaciones estadísticas correspondientes entre las variables los niveles de reactividad al estrés y el desgaste profesional crónico.

2.1.3 Población y muestra

La población total de médicos residentes de los postgrados clínicos de la Facultad de Ciencias de la salud. (FCS), Venezuela para los años 2006-2008 era de 120 médicos.

2.1.4 Muestra:

El estudio se realizó con una muestra de 101 médicos residentes de los postgrados clínicos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo (Venezuela).

2.1.5 Criterios de inclusión:

Ser alumno regular de cualquiera de los postgrados clínicos de Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo y dar su consentimiento informado.

2.1.6 Criterios de exclusión:

No dar su consentimiento para la realización.

2.2 MATERIAL Y MÉTODO

2.2.1 Procedimiento

Para la realización de este primer momento, estudio empírico analítico, se planteó un estudio transversal, para lo cual se administró de forma individual a cada persona los cuestionarios Índice de Reactividad al estrés (IRE-32), Maslach Burnout Inventory, de Maslach y Jackson (MBI) y el Listado de los noventa síntomas de González de Rivera y Revuelta (SCL-90 R.).

Los cuestionarios fueron aplicados de manera individual, entregados en sobre sellado, junto con el consentimiento informado, previa explicación a todos los sujetos de estudio, del propósito de la investigación, y del carácter confidencial y anónimo, así como la posibilidad de conocer los resultados de forma personal. Estos cuestionarios fueron devueltos en el sobre entregado debidamente cerrados y sin identificación exterior del mismo.

2.2.2 Análisis estadístico

Una vez recopilados los datos, se codificaron para su posterior análisis estadístico a través del programa SPSS 15 para Windows. Se realizó análisis estadístico descriptivo: análisis de frecuencias simples y porcentuales, medidas de tendencia central: media aritmética, medidas de variabilidad: desviación estándar. Comparativas (t de student) y correlación de Spearman. La presentación de la información se realiza en tablas.

El estudio de correlación de variables cuantitativas fue llevado a cabo mediante los cálculos del coeficiente de correlación de Spearman. El nivel de significación estadística seleccionado para todas las pruebas fue de $p (0,05)$.

Se realizó una aproximación diagnóstica del desgaste profesional crónico, los niveles de reactividad al estrés y su relación con trastornos psicopatológicos en los médicos residentes de los postgrados clínicos de la Facultad de Ciencias de la Salud (FCS). Partiendo de lo medible para lo cual se aplicaron los instrumentos el Índice de Reactividad al estrés del Dr. González de Rivera, el MBI, y la escala SCL-90 de González de Rivera, en diversas muestras de médicos residentes de los postgrados clínicos de Cirugía, Medicina Interna, Obstetricia, Traumatología, Anestesiología, Medicina Crítica y Pediatría y las relaciones entre ellas.

Alcance

Durante esta investigación se estudiaron los niveles de estrés, desgaste profesional crónico. Se identificaron los rasgos psicopatológicos y las posibles relaciones entre niveles de estrés y el desgaste profesional crónico en los residentes de los postgrados clínicos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo Venezuela.

2.2.3 Variables:

Niveles de estrés

Desgaste profesional crónico

Rasgos psicopatológicos

2.2.4 Instrumentos:

Escala de Maslach Burnout Inventory (MBI)

Escala de reactividad al Estrés de González de Rivera

Listado de Síntomas SCL-90-R de González de Rivera.

Escala de

2.2.4.1 El Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson

Fueron Christine Maslach y Susan Jackson, quienes utilizaron instrumentos para describir el fenómeno, apoyados sobre la base de estudios de casos. Estos investigadores elaboraron un cuestionario que aplicaron a numerosos profesionales de servicios humanos y el instrumento resultante es el Maslach Burnout Inventory publicado inicialmente en 1981 Su versión en castellano ha sido utilizada por diversos profesionales de salud mental (Álvarez y Fernández, 1991, C de las Cuevas y col 1997).

El MBI es un instrumento en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo. Está, formado por 22 ítems que se valoran con una escala tipo

Likert. En la versión inicial para valorar los ítems presentaba 2 formas: una de frecuencia y otra de intensidad. En la forma de frecuencia el sujeto valora, mediante un rango de 7 adjetivos que van de “nunca” a “todos los días”, con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems. En la forma de intensidad, la escala de evaluación de los ítems tenía 8 grados, y el sujeto valoraba la intensidad con la que siente esas mismas situaciones. Maslach y Jackson consideraron que las correlaciones entre ambas formas se solapaban, por lo que recomendaron retener la forma de frecuencia y eliminar la de intensidad. La factorización de los 22 ítems arroja en la mayoría de los trabajos 3 factores, que son denominados agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo. Los tres factores han sido obtenidos con muestras de diferentes colectivos profesionales. Estos factores constituyen las tres subescalas del MBI: La Sub escalas de *agotamiento emocional* (emocional exhaustion) (EEE) está formada por 9 ítems que describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo: valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. *Puntuación máxima 54.*

La *subescalas de distanciamiento emocional* (despersonalización) (DP) está formada por 5 ítems que describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención; valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. *Puntuación máxima 30.*

La subescala de realización personal en el trabajo (personal accomplishment) (RP) está compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de

competencia y realización través de mi trabajo.: evalúa los sentimientos de auto eficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad. Puntuaciones altas, en la Subescalas de agotamiento emocional y de despersonalización y bajas puntuaciones en la subescala de logros personales son reflejo de un alto grado de Burnout. Un grado medio es reflejo de puntuaciones medias en las tres Subescalas. La presencia de bajas puntuaciones en la Subescalas de EEE y DP y altas puntuaciones de RP son indicativo de un bajo grado de Burnout.

2.2.42 Escala de Reactividad al Estrés

Para evaluar los índices de estrés una vez revisada la literatura de las posibles escalas se seleccionó el cuestionario de índice de reactividad al estrés el cual se constituye en 32 ítems, que se corresponden con respuestas que el autor clasifica en cuatro escalas distintas: conductual (motor), emocional, cognitiva y vegetativa, estas escalas construidas a partir del contexto clínico se representan por diferentes números de ítems que se refieren a respuestas del sujeto, debiendo informar la persona evaluada si estas respuestas son habituales ante las situaciones que le generan estrés.

En relación a las características psicométricas del cuestionario los estudios realizados son prometedores en cuanto a su fiabilidad por cuanto las poblaciones homogéneas no clínicas la fiabilidad de los índices de reactividad global tanto de estabilidad como de consistencias, oscilan entre 0,70 y 0,80, siendo algo menores la

de las Subescalas (González de Rivera y Rodríguez-Abuín, 1996). Así como la validez discriminante en la diferenciación de grupos de distinta patología en sus perfiles de puntuaciones en las Subescalas (De las Cuevas y González de Rivera, 1996, y 1997), lo que apoya la validez del instrumento y sus Subescalas.

La corrección del IRE 32 es muy sencilla ya que la puntuación se obtiene a partir de la frecuencia de respuestas en el cuestionario otorgándose a cada respuesta marcada una puntuación con valor igual a 1. El índice de reactividad al estrés global, medida que permite establecer un nivel de reactividad al estrés de 1 a 10. Se obtiene al sumar todos de los ítems señalados y se divide por el número total de ítems-32, a continuación multiplicar el resultado por 10.

Con esta forma de puntuar se puede comparar las puntuaciones de reactividad al estrés en todas las escalas entre sí. En general la fórmula para el cálculo de cualquier reactividad al estrés es igual al número de ítems marcados de una escala dividiendo el número total de ítems de la escala, todo ello multiplicado por 10. Consecuentemente las puntuaciones obtenidas se encuentran entre 0 y 10.

En cuanto a las propiedades psicométricas del IRE-32 se han realizado estudios de fiabilidad y validez tanto en poblaciones clínicas, como no clínicas. Los estudios sobre fiabilidad (González de Rivera, Rodríguez-Abuín y Hernández, 1996).

En el empleo del IRE en un grupo control sano (N=108) por González de Rivera, el instrumento arroja una media de 7,4(dt.2, 9), mientras que en el contexto hospitalario con sujetos ingresados en servicios de medicina general,

obtiene un promedio de 10,4(dt.3, 8) para el IRE global. Con estudiantes de Medicina la media es de 10,44(dt.3, 7) para el IRE global y para pacientes con patología psiquiátrica la media es más elevada y las puntuaciones oscilan entre 12,10(dt.4, 3) en psicosis hasta 14,75(dt.3, 59) en personas diagnosticadas con trastornos de personalidad, lo cual es clarificador para interpretar los resultados, la consideración de un punto de corte que establezca la diferenciación entre alta y baja reactividad. A este respecto tenemos los aportes de Morera, Fernández, valenciano, Sánchez y cols. Quienes han establecido que 12 o más puntos son considerados de alta reactividad, mientras que puntuaciones iguales o inferiores a 7 son indicativos de baja reactividad.

2.2.4.3 Listado de Síntomas SCL-90-R de González de Rivera y Revuelta

Este instrumento fue creado para la valoración y detección de sintomatología psiquiátrica. De forma auto aplicada la utilización de este instrumento ha sido objeto de diferentes propósitos, entre otros la detección de sintomatología psicopatológica y su intensidad, la identificación de casos clínicos y los efectos de una intervención terapéutica. Este instrumento fue adaptado al castellano por González de Rivera y cols. en el 2002.

Para la medición de la sintomatología psicopatológica incluyendo también la sintomatología psicósomática se utilizará la versión española del SCL-90-R Derogatis (1983), el cuestionario de 90 síntomas de González de Rivera y col. (González de Rivera y Morera, 1983, fue estudiado en la población general de Tenerife-España (González de Rivera, 1990) otra población no clínica estudiada

fueron los estudiantes de medicina (De las Cuevas et. al;1992) y pacientes afectos de disfunción témporo-mandibular (González de Rivera 1999).

El LCL-90-R, está compuesto por 90 ítems, cada uno de los cuales describe una alteración psicopatológica o psicosomática concreta. La intensidad del sufrimiento causado por cada síntoma debe ser graduada por el sujeto entrevistado desde 0 (ausencia total de molestias relacionadas con el síntoma) hasta 4 (molestias máximo) procedimiento de graduación de intensidades o frecuencias en escalas que ofrecen varias posibilidades de respuesta que se conocer como el “método escalar de Likert”.

Los coeficientes calculadores de fiabilidad para el total de la escala y para cada una de las subescalas han sido superiores a 0,70 alcanzando valores hasta 0,90.

Las dimensiones del *SCL-90-R* (Versión española de González de Rivera):

1.-Somatización: Esta dimensión contiene los ítems que hace referencia al estrés percibido en el propio cuerpo, producto de la actuación mediación al del Sistema Nervioso Autónomo. Se incluyen en esta dimensión los ítems: 1,4,12,27,40,42,48,49,52,53,56,58.

2.-Obsesión- compulsión : está reflejada en los
ítem3,9,10,28,38,45,46,51,55,65.

3.- Sensibilidad interpersonal: esta dimensión hace referencia a los síntomas que reflejan un sentimiento de inferioridad. Y de placer en las situaciones de interacción personal, donde por lo tanto existen dificultades. Los ítems que componen esta dimensión son el 6,21, 34, 36, 37, 41, 61,69 y 73

4.- Depresión: esta dimensión contiene ítems que se refieren a la sintomatología característica de los trastornos depresivos donde se incluyen el afecto y humor disfóricos junto con sentimientos de desesperanzas y auto menosprecio. Contiene los ítems 5,14,15,20,22,26,29,30,31,32,54,71,y 79.

5.- Ansiedad Los diez ítems de esta dimensión hace referencia a manifestaciones claras de ansiedad, apareciendo en los ítems sentimientos de inquietud, nerviosismo y tensión, así como conductas presentes en los ataques de pánico. Los ítems son 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78,80 y 86.

7.- Ansiedad Fóbica. Ansiedad Fóbica. Los siete ítems de esta dimensión pretenden valorar las distintas variantes de la experiencia fóbica, entendida como un modo persistente, irracional y desproporcionado a un animal o persona, lugar, objeto o situación, generalmente complicados con conductas evitativas o de huida. Sin embargo tiene mayor peso en esta dimensión los síntomas relacionados con agorafobia y fobia social que son típicos de fobia simple. Contiene los ítems 13, 25, 47, 50, 70,75y 82.

8.- Ideación paranoide esta dimensión se asienta sobre el supuesto que la conducta paranoide es de carácter sindrómico, integrando un estilo cognitivo que predominan los mecanismos proyectivos, la hostilidad, la desconfianza, una

centralidad en sí mismo y miedo a la pérdida de la autonomía. Los ítems componentes de esta dimensión son 8, 18, 43, 68,76 y 83.

9.- Psicosisismo. Los diez síntomas que componen esta dimensión, configuran un espectro psicótico que se extiende desde la esquizoide y la esquizotipia leve hasta la psicosis florida. Se representa pues una componente esquizoide en la población normal y un componente psicótico patológico en las poblaciones psiquiátricas. Los ítems son 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88,90.El GSI. Es una medida generalizada e indiscriminada de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicossomático global. El PST contabiliza el número total de síntomas presentes, o sea la amplitud y diversidad de la psicopatología EL PSDI relaciona el sufrimiento o “Distres” global con el número de síntomas, y por lo tanto un indicador de la intensidad sintomática media. El valor de cada dimensión sintomática concreta se obtiene dividiendo la suma total de los valores asignados a cada ítem de la dimensión considerada, por número total de ítems que la componen.

Los tres índices Globales son: índice Global de gravedad de los Síntomas (GSI) que evalúa la frecuencia de los síntomas positivos; y el índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI), que evalúa de forma combinada la intensidad y la frecuencia de los síntomas. Con estos indicadores del SCL-90- se puede obtener una información sobre el evaluado tanto a nivel global a través de los índices, como en un nivel dimensional a través de puntuaciones en nueve dimensiones, en un nivel sintomático particular.

En cuanto a las propiedades psicométricas del SCL-90-R, tal como lo señala de las Cuevas (1991), el SCL-90-R, presenta un coeficiente de consistencia bastante aceptable desde 0,77 hasta 0,90 en las dimensiones sintomáticas y, resulta ser un instrumento cuyas puntuaciones son estables a lo largo del tiempo.

En la muestra extraída de la población española se ha investigado en cuanto a su estructura factorial de la versión española (De la Cuevas, González de Rivera, Henry, Monterrey, Rodríguez-Pulido y Gracia. 1991), se presentan grandes semejanzas con la americana. Sin embargo, existen algunas diferencias quizás debido a la utilización de muestras clínicas y en España en la población en general. Los hallazgos en la versión española del SCL-90-R unido a las evidencias encontradas en muestras de otros países, sobre todo a la validez concurrente con otros constructos, la validez predictiva de cara al pronóstico de la respuesta al tratamiento y a la validez discriminante entre grupos clínicos y poblaciones clínicas y no clínicas. SCL en los años 50.

Las propiedades psicométricas del SCL-90-R recogidas en la literatura más reciente, han sido adecuadas en población clínica por González de Rivera, de las Cuevas, Rodríguez y Rodríguez, 2002. Los coeficientes calculados de fiabilidad para el total de la escala y para cada una de las subescalas han sido superiores a 0.70 alcanzando valores hasta de 0.90. Estos coeficientes se han calculado con muestras clínicas que han oscilado desde 167 sujetos hasta 1180 y con muestras de población normal cuyo número ha llegado a ascender hasta 630

sujetos. La validez ha sido analizada a través de la convergencia con otras escalas similares, con el diagnóstico clínico realizado por un especialista o mediante el análisis de perfiles y dimensiones subyacentes en diferentes muestras. Los distintos indicadores de validez han resultado, en general, satisfactorios.

2.2.5 Variables del estudio

Las variables que son objeto de análisis en este estudio se refieren al desgaste profesional crónico (Burnout) de Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson, el factor interno del estrés definido por el IRE-32 y por otra parte, a las que se refieren a las dimensiones de Psicopatología del SCL-90-R y sus índices generales.

2.2.5.1 Variables de Maslach Burnout Inventory de Maslach y Jackson

Agotamiento emocional: describe un conjunto de sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo.

Despersonalización: describe una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención.

Realización personal en el trabajo: describe sentimientos de competencia y realización a través de su trabajo.

2.2.5.2 Variables Reactividad al estrés

IRE Vegetativo: conjunto de pautas habituales de respuesta neurovegetativa del individuo ante situaciones percibidas como potencialmente nocivas, peligrosas y desagradables.

IRE Cognitivo: Índice de reactividad al estrés cognitivo, conjunto de pautas habituales de respuesta cognitiva del individuo ante situaciones percibidas como potencialmente nocivas, peligrosas y desagradables.

IRE Conductual: Índice de reactividad al estrés conductual, conjunto de pautas habituales de respuesta conductual del individuo ante situaciones percibidas como potencialmente nocivas, peligrosas y desagradables.

IRE Emocional (Índice de reactividad al estrés Emocional): conjunto de pautas habituales de respuesta emocional del individuo ante situaciones percibidas como potencialmente nocivas, peligrosas y desagradables.

IRE Global: Índice de reactividad al estrés, conjunto de pautas habituales de respuesta vegetativa, cognitiva, conductual y emocional del individuo ante situaciones percibidas como potencialmente nocivas, peligrosas y desagradables.

2.2.5.3 Variables de Psicopatología (a partir del SCL-90-R):

SOM.- Puntuación en la dimensión de Somatización

OBS.- Puntuación en la dimensión de Obsesión Compulsión.

INT.- Puntuación en la dimensión Sensibilidad Interpersonal.

DEP.- Puntuación en la dimensión de Depresión.

ANS.- Puntuación en la dimensión de Ansiedad.

HOS- Puntuación en la dimensión de Hostilidad

FOB.- Puntuación en la dimensión Ansiedad Fóbica.

PAR.- Puntuación en la dimensión Ideación Paranoide.

PSI: Puntuación en la dimensión Psicosisismo

GSI.- Índice Global de Gravedad.

PST.-Total de Síntomas Positivos.

PSDI.- Índice de Distres de Síntomas Positivos.

2.3 DIMENSIÓN METODOLÓGICA –SEGUNDO MOMENTO

2.3.1 Procedimientos utilizados en el segundo momento fenomenológico

La complejidad es la estructura básica del universo, es una de las características más visibles de la realidad que nos rodea. Con ella queremos designar los múltiples factores, energía, relaciones, e interacciones que caracterizan cada ser y el conjunto de los seres del universo. Todo está relacionado con todo. Nada está aislado, existiendo solitario, de sí y para sí. Todo existe e inter existe con todos los otros seres del universo. (Boff, L. 2004). Dando origen a un sistema dinámico siempre abierto a “nuevas síntesis (visión del todo). Derivado de esto surge la necesidad de profundizar, y plantearse estas interrogantes:

¿Cómo influyen los factores individuales de los médicos residentes en sus niveles de desgaste profesional?

Ante estas inquietudes se decidió realizar entrevistas en profundidad a fin de explorar la esencia de la conciencia, la vuelta al mundo vivido de los médicos residentes durante su etapa de formación, para la construcción de una aproximación teórica sobre la realidad fenoménica de estudio.

Morín en su libro “Los siete saberes necesarios a la educación del futuro”, destaca la complejidad del ser humano, cuando caracteriza sus manifestaciones y sus posibles reacciones que van de lo racional a lo delirante, de lo trabajador a lo lúdico, de lo empírico a lo imaginario, de lo económico a lo dilapidador, de lo prosaico a lo poético.

2.3.2 Objetivo

El propósito de este momento es comprender los significados que tienen los médicos residentes como parte del proceso, para la construcción de una aproximación teórica sobre la realidad vivida en el área de su especialidad durante la etapa de su formación.

2.3.3 Recolección de la información

La información fue obtenida mediante la realización de entrevistas en profundidad.

2.3.3.1 Selección de los informantes claves

Los sujetos de estudio se eligieron con base en las siguientes características: Aceptación del consentimiento informado, disponibilidad para ofrecer la información, interés en el tema de estudio, motivación a la reflexión y al cambio, accesibilidad para el investigador. Por razones éticas a los informantes se le colocaron los siguientes nombres: R₃ medicina, R₂ Medicina, R₃ Cirugía, R₂ Obstetricia, R₁ Traumatología, R₁ UCI, Adjunto UCI para conservar la identidad de los informantes y la Institución.

2.3.3.2 Muestra

La muestra para explorar la dimensión fenomenológica: fue de siete (7) los informantes. Estos participantes corresponden a un Hospital Universitario del estado Carabobo.

2.3.3.3 Instrumento para recolección de la información

La entrevista es una herramienta de excavar, para adquirir conocimiento sobre la vida social, cuando se oye la palabra “entrevista”. La mayor parte de las personas piensan en un instrumento de investigación estructurado con los datos recopilados de manera sistemática y analizada. Por medio de este proceso de investigación se genera una teoría. Como la encuesta de actitud o de opinión y los cuestionarios. Estas técnicas son administradas a un grupo “grande de “sujetos” o sea, aunque estos enfoques investigativos difieren en muchos aspectos, todos adoptan una forma estandarizados, el investigador tiene la pregunta y el sujeto de la investigación da la respuesta. En contraste con los instrumentos estructurados, las entrevistas cualitativas son flexibles y dinámicas, han sido descritas como no directivas, no estructuradas , no estandarizadas y abiertas para lo cual utilizamos la expresión “entrevista a profundidad” para referirnos a este método de investigación cualitativa.(Taylor S.J: y Bogdan R. 1996).

La entrevista en profundidad corresponde a reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros estos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto a sus vidas, experiencias, o situaciones, tal como lo expresan con sus propias palabras. Sigue el

modelo de una conversación entre iguales y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. El propio investigador es el instrumento de la investigación y no lo es un protocolo o formulario de entrevista.

2.3.4 Procedimiento de codificación

2.3.4.1 Análisis microscópico de los datos.

El análisis es la interacción entre el investigador y sus datos. Al mismo tiempo el arte y ciencia. Es ciencia en el sentido de que mantiene un cierto grado de rigor y se basa el análisis en los datos. La creatividad se manifiesta en la capacidad de denominar categorías con buen tino, formular preguntas estimulantes, hacer comparaciones y extraer un esquema innovador del conjunto de datos brutos desorganizados. (Strauss y Corbín 2002)

Microanálisis: detallado análisis, línea por línea, necesario al comienzo de un estudio para generar categorías iniciales (con sus propiedades y dimensiones) y para sugerir las relaciones entre ellas, combinación entre codificación abierta y axial. El microanálisis es un paso importante en la construcción de la teoría.

2.3.4.2 Operaciones básicas:

Formular preguntas y hacer comparaciones.

Análisis de una palabra, frase u oración.

Codificación abierta: es el proceso analítico por medio del cual se identifican los conceptos y se descubren en los datos sus propiedades y dimensiones.

Fenómenos: corresponde a la idea central en los datos, representadas como conceptos.

Conceptos: basamentos fundamentales de la teoría.

2.3.4.3 Categorías

Conceptos que representan fenómenos. Las categorías emergieron como producto del análisis y la conceptualización de la entrevista en profundidad realizada a los sujetos de estudio.

2.3.4.4 Propiedades:

Característica de una categoría., cuya delineación la define y le da significado.

2.3.4.5 Dimensiones:

Escalas en la cual varían las propiedades generales de una categoría, y que le da especificaciones a la categoría y variaciones a la teoría.

2.3.4.6 Subcategorías:

Conceptos que pertenecen a una categoría, que le dan claridad adicional y especificidad.

2.3.4.7 La categorización y la teorización

Estos dos procesos constituyen la esencia de esta labor investigativa, Einstein solía decir *“la ciencia consiste en crear teorías.*

”El fin de la teorización es crear una configuración teórica del fenómeno estudiado, que le dé sentido a todas sus partes y componentes. (Martínez M. 1994).

Sistematización y organización para la representación grafica: utilizó el ATLAS ti versión 5.2

CAPITULO III

RESULTADOS

3.1 RESULTADOS DEL PRIMER MOMENTO

EMPÍRICO ANALÍTICO

: 3.1.1 Características de la muestra

La muestra estudiada de los residentes de postgrados clínicos fue de 101 médicos, 34(33,66%) sexo masculino y 67(66,33%) del sexo femenino, la distribución de la muestra de acuerdo a las diferentes especialidades clínicas, medicas 63(22,77% sexo masculino y 39,60% sexo femenino y en las especialidades quirúrgicas 38(10,89% sexo masculino y .26, 73% femenino.

Tabla 1
Residentes de los Postgrados Clínicos
SEXO*ESPECIALIDAD

		Especialidades		
		Médicas	Quirúrgicas	Total
Sexo	Masculino	23 (22,77)	11 (10,89%)	34 (33,66%)
	Femenino	40 (39,60%)	27 (26,73)	67(66,33%)
	Total	63	38	101

3.1.1.1 Índice de reactividad al estrés (IRE)

Los valores medios obtenidos en el IRE global fue de 9,01, con una desviación estándar de 5,38, (ver tabla 2).

Tabla 2					
N 101 Índice de Reactividad al estrés en los residentes de los postgrados clínicos de la Facultad de Ciencias de la Salud					
Estadísticos	IRE	IRE	IRE	IRE	IRE
N 102	Global	EMOCIONAL	COGNITIVO	CONDUCTUAL	VEGETATIVO
Media	9,01	9,54	9,70	9,42	8,36
Desv. típ.	5,38	6,88	6,05	5,73	5,69
Asimetría	0,96	1,28	0,47	0,76	1,07
Error típ. de asimetría	0,24	0,24	0,24	0,24	0,24
Curtosis	0,86	2,20	-0,33	0,32	1,16
Error típ. de Curtosis	0,48	0,48	0,48	0,48	0,48

El IRE cognitivo, IRE conductual y emocional dominan sobre la parte del IRE vegetativo para mantener el rango del IRE global. (Tabla 2)

Tabla 3

Valores medios del IRE por especialidades en los médicos residentes de los postgrados clínicos de la Facultad de Ciencias de la Salud

N 101	IRE Glob.			IRE Emo.			IRE Cond.			IRE Cog.			IRE Vege.		
	Medi a	DE	CV	Med.	DE	CV	Med.	DE	CV	Med.	DE	CV	Med.	DE	CV
Medicina	10,77	3,75	34,81	12,63	5,62	44,49	10,45	4,59	43,96	12,84	5,59	43,53	9,61	4,47	46,51
Cirugía	13,07	5,34	40,83	12,33	6,12	49,63	14,52	6,16	42,38	10,33	2,94	28,49	11,78	4,67	39,64
Traumatología	10,31	4,72	45,76	13,33	6,28	47,12	10,71	6,04	56,40	10,00	4,56	45,60	9,22	5,03	54,56
Obstetricia	6,50	3,38	51,95	5,45	2,21	40,47	6,23	3,63	58,22	6,36	3,67	57,64	7,15	4,54	63,50
Pediatría	10,41	4,95	47,55	9,54	6,90	72,10	10,29	6,45	62,68	10,60	4,90	46,23	9,80	5,57	56,84
UCI	5,25	2,25	42,86	6,20	3,33	53,66	6,14	2,94	47,88	4,80	2,53	52,71	4,67	2,78	59,53

Los altos niveles del coeficiente de variación señalan que en el IRE emocional y el IRE vegetativo, la respuesta depende de los factores individuales de cada sujeto, lo que causa una mayor variabilidad en la respuesta. (Tabla3). Los valores más elevados del IRE Global (13,07), Conductual (14,52) y el Vegetativo (11,78), lo presentaron los residentes del Cirugía.

Los valores más elevados de IRE Cognitivo lo mostraron los residentes de medicina interna. (Tabla 3)

Es importante destacar que residentes de Cuidados intensivos mostraron los valores más bajos en todos los índices. Excepto en el emocional que correspondió a obstetricia.

3.3.1.2 Valores medios del IRE en las diferentes especialidades y sexo

Los valores medios obtenidos por sexos y especialidades en la tabla 4 podemos observar que los valores más altos de IRE Global para el sexo masculino correspondieron a Traumatología (10,1 y una DE 12,37) y medicina (9,22 y una DE 4, 84). (Ver Tablas 4). La desviación estándar está elevada en el sexo masculino en traumatología.

Como podemos observar en el sexo masculino los valores medios más elevados del IRE Global, Emocional y vegetativo en los residentes de pediatría y traumatología y los valores más elevados del IRE Cognitivo y el vegetativo en pediatría. (Tabla 4).

En relación a los valores medios del IRE en el sexo femenino los valores más altos lo mostraron las residentes de cirugía. (Tabla5).

Tabla 4

Valores medios del Índice de Reactividad al Estrés en el sexo masculino por especialidades En los residentes de los postgrados Clínicos de la Facultad de la Facultad de Ciencias de la Salud

Nº de Residentes 34	MASCULINO														
	IRE Glo.	DE	CV**	IRE Emo.	DE	CV	IRE Con.	DE	CV	IRE Cog.	DE	CV	IRE Veg.	DE	CV
Medicina	9,22	4,84	52,49	7,75	5,80	74,84	10,20	4,61	45,28	9,75	5,70	58,46	9,08	5,55	61,12
Cirugía	7,94	2,94	37,03	6,40	0,89	13,91	7,71	5,21	67,57	9,60	6,07	63,23	8,00	3,02	37,75
Traumatología.	10,1	12,4	122,48	14,70	20,30	138,65	10,50	8,37	79,87	6,67	8,33	124,89	9,56	13,09	136,92
Obstetricia	5,94	0,88	14,81	5,00	1,41	28,20	7,86	3,06	38,93	7,00	1,41	20,14	5,00	0,47	9,40
Pediatría	10,7	7,1	66,54	10,80	11,90	110,23	10,90	5,4	49,77	10,58	7,15	68,10	10,58	7,53	71,17
uci	3,59	2,23	62,12	3,75	2,71	72,27	5,71	5,18	90,72	3,75	3,28	87,47	2,50	1,77	70,80

Anestesia sexo masculino se ha desestimado: solo un caso

Coefficiente de Variación: CV Desviación estándar: DE

Tabla 5

Valores medios del IRE por especialidad y sexo

N 67	Sexo Femenino														
	IRE Glo.	DE	CV	IRE Emo.	DE	CV	IRE Cond.	DE	CV	IRE Cog.	DE	CV	IRE Veg.	DE	CV
Medicina	10,77	3,75	34,81	12,63	5,62	44,49	10,45	4,59	43,96	12,84	5,59	43,53	9,61	4,47	46,51
Cirugía	13,07	5,34	40,83	12,33	6,12	49,63	14,52	6,16	42,38	10,33	2,94	28,49	11,78	4,67	39,64
Traumat...	10,31	4,72	45,76	13,33	6,28	47,12	10,71	6,04	56,40	10,00	4,56	45,60	9,22	5,03	54,56
Obstetricia	6,50	3,38	51,95	5,45	2,21	40,47	6,23	3,63	58,22	6,36	3,67	57,64	7,15	4,54	63,50
Pediatría	10,40	4,95	47,60	12,00	6,36	53,00	10,29	6,45	62,68	10,60	4,90	46,23	9,80	5,57	56,84
Anestesia	11,80	7,82	66,27	15,00	6,00	40,00	9,29	7,24	77,94	13,00	6,63	51,02	11,50	10,13	88,09
UCI	5,25	2,25	42,81	6,20	3,33	53,66	6,14	2,94	47,85	4,80	2,53	52,71	4,67	2,76	59,10

En el sexo femenino (Tabla 5) el mayor índice de IRE global y conductual correspondió a los residentes de cirugía. En los residentes de cuidados intensivos en ambos sexos mostraron los índices más bajos.

Cuando observamos los valores medios del IRE por sexo y especialidades parece que existieran diferencias. Sin embargo al aplicar la t de student, las mismas no resultaron significativas en cuanto al sexo y especialidades.

3.3.1.3 Discusión

Estos resultados muestran que los residentes de los postgrados clínicos presentan moderada reactividad.

Existen ciertos aspectos particulares en el IRE. El coeficiente de variación en el IRE emocional es menos variante, es decir, más estable. El cognitivo por el contrario, es más variable. En todos los IRE existe cierta tendencia estable, en el IRE emocional (tabla 2) es más alto que los otros, señalando mayor variabilidad.

Los valores medios observados en traumatología, sexo masculino de 10,1 con una desviación estándar de 12,4, al evaluar el coeficiente de variación fue elevado. (Tabla 4).

La alta variabilidad implica que no hay una forma específica de respuesta, o sea que existe una mayor gama de reacciones a ciertas condiciones particulares.

El IRE global en traumatología (sexo masculino), el coeficiente de variación es de 122%, es decir tienen una respuesta más variable, están sometidos a un menor control por el neocortex, lo que resultaría en un menor filtrado de las

emociones. Este nivel de variación tan amplio genera una respuesta más mecánica (lo emocional y lo vegetativo dominan al IRE global).

La falta de homogeneidad en la varianza del IRE en función del sexo, en traumatología, evidenciada al aplicar la prueba de Levine, nos indica que hay mayor diversidad de reacciones en el hombre y menor en las mujeres.

Estos resultados difieren de los estudios realizados por González de Rivera en 1993, quien realizando un estudio de la población general, obtuvo valores medios en el índice global de 2,86, con una desviación típica de 1,21 en la muestra estudiada. Esta es mayor que la que obtuvo González de Rivera (1983) que fue de 6,53 para estudiantes de Medicina. Respecto al sexo los resultados obtenidos en la reactividad al estrés fueron menores en la población masculina, coincidiendo con los estudios de González de Rivera en 1993 y con los resultados de C de las Cuevas y González de Rivera (1997). El valor medio del IRE obtenido en la muestra global de la escala fue 8,42 y una desviación típica de 5,02, coincidiendo estos con los obtenidos por otros autores en la población general y controles sanos (Gonzales de rivera 1989, Rodríguez Abuin 1999, González de Rivera., Morera1983 y Valdez Díaz 2003).

Estos resultados coinciden con los estudios por Alterio (2002), donde el 79,2 por ciento de los residentes de postgrados de 28 especialidades presentaron una alta prevalencia de estrés moderado.

Los residentes de cirugía general mostraron una media de 13,07, con una desviación típica de 5,34 para el sexo femenino y 7,94 con una desviación típica

de 2,94 para el sexo masculino y, traumatología 10,31 el sexo femenino y 10,10 el masculino.

Los IRE obtenidos en relación a las especialidades, están más elevados en los residentes de medicina interna con una media de 10,77 y una desviación típica de 3,75 para el sexo femenino, y 9,22, con una desviación típica de 4,88.

Sin embargo al realizar la prueba t para comparar sexo y las especialidades no hay diferencias significativas entre ambas.

Del análisis porcentual de los resultados del IRE global por especialidades y sexo (Tabla 6) se desprende que el mayor porcentaje de IRE global se observó en los residentes de cirugía y medicina, los cuales mostraron un nivel medio de IRE; y en el nivel alto el mayor porcentaje correspondió a medicina.

Tabla 6

IRE Global en los Residentes de los Postgrados Clínicos de la Facultad de Ciencias de la Salud

Especialidad	Sexo	<7	7 a 12	>12
Anestesiología	M		100,00	
	F	25,00	50,00	25,00
Cirugía	M	40,00	60,00	
	F	16,67	50,00	33,33
Medicina	M	37,50	37,50	25,00
	F	15,79	47,37	36,84
Obstetricia	M	100,00		
	F	72,73	18,18	9,09
Pediatria	M	25,00	50,00	25,00
	F	30,00	40,00	30,00
Traumatología	M	66,67		33,33
	F	33,33	33,33	33,33
Cuidados Intensivos	M	85,71	14,29	
	F	72,73	27,27	

En traumatología (tabla 6) se evidenció un tercio de la muestra en cada nivel de IRE en el sexo femenino. En el sexo masculino la muestra se ubicó hacia los extremos. Los residentes que presentaron los niveles más bajos de reactividad al estrés fueron los de cuidados intensivos con 85,71 por ciento para el sexo masculino y 72,73 por ciento para el femenino y obstetricia 100 por ciento sexo masculino y 72,73 por ciento para el sexo femenino.

En cuanto al IRE emocional el 66,67 por ciento de los residentes de cirugía (sexo femenino) presento niveles altos, seguidos anestesiología y traumatología con un 50 por ciento (sexo femenino).

Tabla 7

IRE Emocional en los Residentes de los Postgrados Clínicos
de la Facultad de Ciencias de la Salud

Especialidad	Sexo	<7	7 a 12	>12
Anestesiología	M		100,00	
	F		50,00	50,00
Cirugía	M	80,00	20,00	
	F	33,33		66,67
Medicina	M	50,00	25,00	25,00
	F	21,05	36,84	42,11
Obstetricia	M	100,00		
	F	63,64	36,36	
Pediatría	M	62,50	12,50	25,00
	F	30,00	30,00	40,00
Traumatología	M	66,67		33,33
	F	16,67	33,33	50,00
Cuidados Intensivos	M	85,71	14,29	
	F	72,73	27,27	

Tabla 8
IRE Conductual en los Residentes de los Postgrados
Clínicos de la Facultad de Ciencias de la Salud

Especialidad	Sexo	<7	7 a 12	>12
Anestesiología	M		100,00	
	F	50,00	25,00	25,00
Cirugía	M	40,00	40,00	20,00
	F		33,33	66,67
Medicina	M	25,00	37,50	37,50
	F	21,05	42,11	36,84
Obstetricia	M	50,00	50,00	
	F	54,55	45,45	
Pediatría	M	12,50	50,00	37,50
	F	40,00	20,00	40,00
Traumatología	M	33,33	33,33	33,33
	F	33,33	33,33	33,33
Cuidados Intensivos	M	57,14	28,57	14,29
	F	72,73	27,27	

El mayor porcentaje del los índices del IRE conductual se ubicó en grado de moderado a alto. Excepto los residentes de cuidados intensivos.

3.1.2 Maslach Burnout Inventory (MBI)

Los valores medios obtenidos en las distintas Subescalas del MBI en la muestra global de los residentes de los postgrados clínicos de la Facultad de Ciencias de la Salud (FCS) para el agotamiento emocional fue de 20,96, el Distanciamiento emocional (DP) 5,94 y de 38,23 en la de realización personal(RP). (Ver tabla 9).

Tabla 9

Desgaste profesional crónicos en Médicos Residentes de los Postgrados Clínicos de la facultad de Ciencias de la Salud

N 101	EEE	DEP	RP
Media	20,96	5,94	38,23
Error típ. de la media	1,10	0,59	0,95
Mediana	21,00	5,00	42,00
Desv. típ.	11,10	5,91	9,61
Asimetría	0,27	1,20	-1,99
Error típ. de asimetría	0,24	0,24	0,24
Curtosis	0,14	2,25	4,44
Error típ. de Curtosis	0,48	0,47	0,47
Mínimo	1,00	0,00	0,00
Máximo	52,00	29,00	48,00

EEE: Agotamiento emocional
 DP: Distanciamiento emocional
 RP: Logros personales

Los valores medios obtenidos en la muestra de residentes de distintas especialidades, (tabla 10 y 11), en medicina interna el agotamiento emocional fue de 25,38(±12,43), distanciamiento emocional 6,38(±5,53) y realización personal 40,25(±8,58) para el sexo masculino y para el sexo femenino 24,47(±7,04) de agotamiento emocional, distanciamiento emocional 5,63 (±6,84), realización personal 37,58(±10,31). En Cirugía para el sexo masculino, el agotamiento emocional fue de 18,00(±6,20), distanciamiento emocional 8,20(±5,26), y 40,40(±3,05) para realización personal. En sexo femenino de cirugía el sexo femenino 29,83(±13,73) de agotamiento emocional, distanciamiento emocional 8,33 (±5,16), realización personal 42,33(±3,93).

Para el sexo masculino en traumatología, el agotamiento emocional fue de 23(\pm 17,52), distanciamiento emocional 4,67(\pm 3,21) y la realización personal 40,33(\pm 4,73). Para el sexo femenino traumatología 19,67(\pm 14,19) agotamiento emocional, distanciamiento emocional 2,17(\pm 3,13) y realización personal 41(\pm 4,47). El coeficiente de variación es muy alto, lo que señala un aumento en la posibilidad de alcanzar niveles altos o bajos en el distanciamiento emocional.

En los valores obtenidos en el agotamiento emocional en el sexo masculino (tabla 10), los valores más elevados correspondió a medicina con 25,38 para el IRE Global, y en el distanciamiento emocional (despersonalización), los niveles más elevados correspondió a los residentes de cirugía con 8,20 y en cuanto a logros personales los niveles más elevados a cirugía. En anestesiología la muestra estuvo representada por un solo residente.

Tabla 10

Distribución del MBI por sexo y especialidades
Sexo masculino

N 34	EEE			DEP			RP		
	Media	DE	CV	Media	DE	CV	Media	DE	CV
MEDICINA	25,38	12,43	49	6,38	5,23	81,97	40,25	8,58	21,32
CIRUGÍA	18,00	6,20	34,4	8,20	5,53	67,44	40,40	3,05	7,55
TRAUMATOLOGIA	23,00	17,52	76,2	4,67	3,20	68,88	40,33	4,73	11,72
OBSTETRICIA	14,00	2,83	20,2	3,00	2,83	94,33	35,50	9,19	25,89
PEDIATRÍA	20,95	11,10	52,98	5,94	5,91	80,08	38,23	9,60	25,0
ANESTESIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	10,88	9,48	87,20	6,63	6,52	98,47	37,38	13,46	30,01

EEE: Agotamiento emocional

RP: Logros personales

DP: distanciamiento emocional

Tabla 11

Distribución del MBI por sexo y especialidades
Médicos residentes de los postgrados clínicos
Sexo femenino

N 67	EEE			DEP			RP		
	Media	DE	CV	Media	DE	CV	Media	DE	CV
MEDICINA	24,47	7,04	28,77	5,63	6,84	80	37,58	10,31	27,40
CIRUGÍA	29,83	13,7	46,03	8,33	5,16	60,7	42,33	3,93	9,29
TRAUMATOLOGIA	19,67	14,20	72,17	2,17	3,17	15,3	41,00	4,47	10,90
OBSTETRICIA	20,82	9,33	44,79	5,91	4,23	63,4	41,82	5,76	13,80
PEDIATRÍA	21,99	10,50	47,91	5,75	6,10	106	37,95	10,00	26,40
ANESTESIA	13,75	13,90	101	2,25	2,87	16,2	39,50	3,11	7,87
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	14,00	10,00	71,43	5,20	9,15	52	37,10	14,42	38,90

En el sexo femenino (tabla 11) los valores medios más elevados se observaron en los residentes de cirugía: un agotamiento emocional de (29,83 y la DE 13,7), en el distanciamiento emocional o despersonalización (8,33 y DE 5,16) y en la realización personal (42,33 y DE 3,93).

En la tabla 11 (sexo femenino) anestesia presenta una amplia gama de respuesta en la atención del paciente (media de 13,75) y un coeficiente de variación de 101,02.

En pediatría el sexo femenino presenta en relación al distanciamiento emocional (DP) (5,75) y un coeficiente de variación elevado (106), que pudiera ser indicativo de un desgaste en un cuarto o un medio de esta población.

Al realizar la prueba t para comparar sexo y especialidades, se observó una tendencia en los residentes del sexo femenino en cirugía y obstetricia para EEE, sin embargo estadísticamente no significativa. Cuidados intensivos presentó los valores más bajos.

Tabla 12

Agotamiento Emocional en los Residentes de los Postgrados Clínicos de la Facultad de Ciencias de la Salud

Especialidad	Sexo	≤18	19 a 26	≥27
Anestesiología	M	100,00		
	F	75,00		25,00
Cirugía	M	40,00	60,00	
	F	16,67		83,33
Medicina	M	25,00	25,00	50,00
	F	21,05	52,63	26,32
Obstetricia	M	100,00		
	F	27,27	54,55	18,18
Pediatria	M	25,00	37,50	37,50
	F	20,00	40,00	40,00
Traumatología	M	33,33	33,33	33,33
	F	50,00	33,33	16,67
Cuidados Intensivos	M	57,14	42,86	
	F	63,64	27,27	9,09

Los resultados obtenidos en términos porcentuales de agotamiento emocional en las diferentes especialidades (ver tabla 12) indican que los residentes de cirugía se ubicaron en el nivel más alto. 83,33 por ciento (sexo femenino), seguidos de medicina, también el nivel medio cirugía mostró los

valores más elevados con un 60 por ciento (sexo masculino), seguido de obstetricia y medicina interna con un 54,55 y 52,65 por ciento respectivamente (sexo femenino). Los niveles más bajos de agotamiento emocional se obtuvieron en los residentes de cuidados intensivos.

Tabla 13

Distanciamiento Emocional en los Residentes de los Postgrados Clínicos de la Facultad de Ciencias de la Salud

Especialidad	Sexo	≤5	6 a 9	≥10
Anestesiología	M	100,00		
	F	75,00	25,00	
Cirugía	M	40,00	20,00	40,00
	F	33,33	16,67	50,00
Medicina	M	37,50	37,50	25,00
	F	57,89	21,05	21,05
Obstetricia	M	100,00		
	F	45,45	36,36	18,18
Pediatría	M	37,50	37,50	25,00
	F	60,00	30,00	10,00
Traumatología	M	33,33	66,67	
	F	83,33	16,67	
Cuidados Intensivos	M	28,57	42,86	28,57
	F	72,73	9,09	18,18

El distanciamiento emocional en el nivel alto, se observó en los residentes de cirugía con 50 y 40 por ciento para ambos sexos. (Tabla 13).

Tabla 14

Logros Personales en los Residentes de los Postgrados
Clínicos de la Facultad de Ciencias de la Salud

Especialidad	Sexo	≤33	34 a 39	≥40
Anestesiología	M			
	F		50,00	50,00
Cirugía	M		20,00	80,00
	F		33,33	66,67
Medicina	M	12,50	12,50	75,00
	F	21,05	21,05	57,89
Obstetricia	M	50,00		50,00
	F	9,09	36,36	54,55
Pediatria	M	0,00	37,50	62,50
	F	10,00	30,00	60,00
Traumatología	M		33,33	66,67
	F		33,33	66,67
Cuidados Intensivos	M	42,86		57,14
	F	18,18	9,09	72,73

Para los logros personales (ver tabla 14) el mayor porcentaje de los residentes de las diferentes especialidades se ubicaron en el nivel alto.

3.1.2.1 Discusión

Cuando se dice que un personal está “desgastado profesionalmente se trata de reflejar que, como producto de una interacción negativa entre el lugar de trabajo, el equipo, y los clientes, el trabajador se encuentra desbordado, estando agotada su capacidad de reacción adaptativa, no disponiendo de recursos

adecuados para amortiguar el estrés que su trabajo implica y experimentando una serie de síntomas ante las demandas del entorno laboral. (Livianos Aldana, et al 1999).

Es importante destacar los bajos niveles de agotamiento emocional y distanciamiento emocional observados en los residentes de cuidados intensivos. Es probable que estos médicos que tienen un nivel académico mayor (ya que es una subespecialidad), mejor contacto con la tecnología, en esa lucha constante con el paciente gravemente enfermo y la muerte, tengan mayor capacidad de afrontamiento ante las exigencias intrínsecas y extrínsecas derivadas de su desempeño profesional.

En cuanto a los niveles de realización personal que muestran los residentes de postgrados, pudieran influir la cultura, y la temporalidad que representa esta etapa de formación, ya que entrevistas a profundidad realizadas durante esta fase investigativas, todos decían que al terminar esta etapa de formación realizarían una subespecialidad en las distintas disciplinas. Estas metas podrían representar un modo de afrontamiento importante. Cherniss (1982) y Maslach (1982) plantean que a medida que aumenta la experiencia los sujetos ganan seguridad y experiencia en el trabajo y por lo tanto hay menor vulnerabilidad al estrés.

Los resultados de esta investigación coinciden con los trabajos realizados en personal sanitario por parte de Da Silva Sobral y col. (1999), García Llor y Sáez (1994), D Vega, P. Urdaniz y col. (1995). También están en

concordancia con los valores medios obtenidas en la distintas Subescalas en la muestra global de profesionales de atención primaria. Sin embargo los resultados en cuanto al sexo difieren, ya que el sexo femenino obtuvo valores inferiores en relación a masculino (De las Cuevas y González de Rivera 1997). En los estudios realizados por Torras M, Bernal J A. y col., muestran que el 83,33 de los médicos presentan cifras altas relativas al agotamiento emocional y un 100% gran realización personal (2002), estos coinciden con los resultados obtenidos en esta investigación donde el mayor porcentaje de los médicos residente se ubicó en el nivel alto de realización personal.

Las investigaciones realizadas por Loria Castellanos y Guzmán Hernández (2006) no coinciden en relación al sexo, donde el mayor porcentaje de desgaste profesional corresponde al sexo masculino, sin embargo el 40% de los médicos presentó desgaste profesional y de ellos el 50% agotamiento emocional intermedio pero, en la realización personal el 25,55 se ubicó en el nivel alto no coincidiendo con los resultados de esta investigación. Sin embargo es interesante resaltar que en este estudio los médicos del servicio de urgencias, el 60% se ubicó en el nivel bajo, coincidiendo con los resultados de los residentes de cuidados intensivos de esta investigación.

Los niveles bajos de desgaste profesional en los residentes de cuidados intensivos, coinciden con los estudios realizados en residentes de unidades de cuidados intensivos pediátricas por parte de Órdenes, D Nadia (2004).

Estas puntuaciones obtenidas ubican a la muestra población de médicos residentes en niveles de moderado a grave de agotamiento emocional, el sexo femenino registró mayores valores en relación al masculino, sin embargo al realizar la prueba t no se observaron diferencias significativas en cuanto al sexo.

Estos resultados coinciden con los el trabajo realizado en Venezuela por Delgado y col, (2004) que mostraron valores intermedio de desgaste profesional sin predominio de sexos.

En relación a las subescalas de logros personales, los médicos residentes de cirugía refirieron estar satisfechos con su competencia profesional, mientras que medicina interna registro los menores valores.

3.1.3 Relación del Índice de Reactividad al Estrés (IRE) y el desgaste profesional crónico (MBI).

Tabla 15

Correlaciones del Índice de Reactividad al Estrés (IRE)
con el Desgaste Profesional (MBI)

N=101	IRE	IRE Emo	IRE cog.	IRE cond	IRE vege
EEE	0,64**	0,45**	0,39**	0,55**	0,67**
DEP	0,31*	0,11	0,24**	0,33**	0,31**
RP	0,12	-0,16	-0,19*	0,03	-0,10

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Índice de reactividad global

IRE. Emo: Índice de reactividad al estrés: Emocional

IRE Cog.: Índice de reactividad al estrés: Cognitivo

IRE Cog.: Índice de reactividad al estrés: Conductual

IRE Cog.: Índice de reactividad al estrés: Vegetativo

Cuando se relaciona el agotamiento emocional con el IRE, se puede observar que existe una relación significativa entre ambas variables. (Ver Tabla 15).

En la tabla 15 aparecen las correlaciones significativas entre las dimensiones del IRE y las dimensiones de agotamiento emocional y la despersonalización, excepto con el IRE emocional.

Esta relación de manera significativa del MBI y el IRE coincide con los resultados obtenidos por Molina (2007).

3.1.3.1 Conclusiones:

Respecto a las puntuaciones obtenidas en el IRE-32, tal se pudiera establecer como hipótesis que un mayor nivel de Burnout pudiera estar relacionado con un mayor número de respuestas ante situaciones de estrés. En concreto, las respuestas emocionales, cognitivas, vegetativas y conductuales así como la puntuación total obtenida en el IRE-32 correlacionan positivamente con la dimensión de cansancio emocional del MBI. Probablemente variables de tipo motivacional o factores como el ambiente laboral inciden de una manera más directa sobre el estrés laboral asistencial. Este factor puede predisponer a un gran deterioro tanto en la atención a los pacientes como en las relaciones laborales y extra laborales de los sujetos.

3.1.4 Trastornos Psicopatológicos

La aplicación del cuestionario de los 90 síntomas se realizó de acuerdo con el procedimiento establecido para la determinación de los 90 síntomas de acuerdo con el proceso habitual. Las puntuaciones obtenidas por los sujetos de estudios en el índice global de patología y los índices sintomáticos del SCL-90 se presentan en las tablas 16, 17 y 18.

Es importante destacar que se considera indicativo de que una persona está en riesgo cuando la puntuación T es superior a 63 y es indicativo de patología severa toda puntuación igual o superior a T 75 (percentil 98).

En la tabla 16 se muestran las puntuaciones promedios obtenidas para las diferentes índices, el global de patologías y en los índices sintomáticos del SCL-90. Las áreas sintomáticas más significativas en la población seleccionada son la somatización, la obsesionalidad, sensibilidad interpersonal y la ideación paranoide. La depresión, ansiedad y las fobias se encuentran por debajo de los valores establecidos en la población general de España (González de Rivera JL 1993).

Tabla 16

Estadísticos descriptivos de los médicos residentes de los Postgrados Clínicos
Facultad de Ciencias de la Salud. Rasgos psicopatológicos

N=101	SOM	OBS	INT	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSI	PST	GSI
Media	0,66	0,65	0,60	0,60	0,42	0,46	0,9	0,54	0,21	27,91	0,48
D E	0,53	0,56	0,49	0,49	0,46	0,53	0,50	0,55	0,33	17,89	0,40
CV	83,3	86,5	81,6	81,6	109,5	115,2	100	101,8	157,1	64,09	83,3
Asimetría	1,32	1,04	1,20	1,20	1,95	2,79	2,50	1,67	2,32	0,94	1,62
Curtosis	1,85	0,48	1,12	1,12	4,14	11,79	6,90	3,28	6,92	0,84	2,92
IC95%- Límite Inferior	-0,10	0,00	-0,05	-0,05	0,00	0,00	0,0	0,00	0,00	1,00	0,01
IC95%- Límite Superior	2,42	2,10	2,08	2,08	2,22	3,50	1,7	2,67	1,80	87,00	1,91

SOM: Somatización

OBS: Obsesión

GSI: Índice Global de Gravedad

PAR: Ideación Paranoide

HOS: Hostilidad

FOB: Fobia

DP: Depresión

PST: Total de síntomas positivos

INT: Sensibilidad interpersonal

ANS: Ansiedad

Al considerar los datos por sexo en la tabla 17, se observan los valores promedios de muestra estudiada existe una elevada la somatización en ambos, con predominio sexo masculino (0,72 frente a 0,63), seguidos de la obsesión-compulsión a predominio del sexo femenino (0,67 frente a 0,60), la depresión y la sensibilidad interpersonal (0,58 frente a 0,60). En el sexo masculino aparte de los resultados obtenidos en la somatización, presenta valores más elevados. Con relación al sexo femenino en Ideación paranoide y hostilidad.

Es importante resaltar que el coeficiente de variación se encuentra elevado en todos los índices, lo que indica que existe una gama de respuesta muy amplia en cada uno de los ítems estudiados. En esta tabla además de los valores

promedios y de dispersión para la muestra total, teniendo en cuenta la diferenciación entre las submuestras masculino y femenino, no se encontraron diferencias estadísticas significativas ($p = > 0,001$ y $p = > 0,05$) en cuanto género. (Tabla 17)

Distribución de los síntomas por sexo en los residentes de los postgrados clínicos

N° 101	Masculino		Femenino			
	N=34		N=67			
	Media	DE	Media	DE	t	Significatividad
Somatización	0,72	0,66	0,63	0,47	0,75	0,46
Obsesión-compulsión	0,60	0,64	0,67	0,53	0,49	0,62
Sensibilidad interpersonal	0,58	0,56	0,60	0,45	-0,19	0,85
Depresión	0,58	0,56	0,60	0,45	-0,19	0,85
Ansiedad	0,39	0,49	0,44	0,45	-0,41	0,67
Hostilidad	0,50	0,55	0,44	0,53	0,45	0,65
Fobias	0,16	0,35	0,20	0,35	-0,55	0,59
Ideación Paranoide	0,55	0,57	0,53	0,54	0,21	0,83
Psicosisismo	0,18	0,34	0,23	0,32	-0,66	0,51
GSI	0,48	0,47	0,48	0,36	-0,03	0,98

Al llevar estos resultados a la tabla de baremación (Tabla 17) por sexos, en el masculino los resultados se ubican de la siguiente manera: la somatización se ubicó en el percentil 85, muy cerca del percentil de riesgo(90), la sensibilidad interpersonal, hostilidad, y el GSI se ubicaron en el percentil 65, con una T de 54. La obsesión, depresión, ansiedad, la ideación paranoide se ubicaron en el percentil 55, con una T de 51.

Tabla 18

Distribución de los puntajes T y Percentil según sexo
Residentes de los postgrados clínicos (FCS)

Nº 101	N=67 Femenino		N=34 Masculino	
	Percentil	T	Percentil	T
Somatización	55	51	85	63
Obsesión compulsión	55	51	55	51
Sensibilidad interpersonal	65	54	65	54
Depresión	35	46	55	51
Ansiedad	45	50	55	51
Hostilidad	50	50	65	54
Fobias	50	50	55	51
Ideación Paranoide	65	54	55	51
Psicosisismo	65	54	55	51
GSI	50	50	65	54

N: Número de residentes

Según los resultados obtenidos en el sexo femenino la sensibilidad interpersonal y la ideación paranoide se ubicaron en el percentil 65 con una T de 54, la somatización y la obsesión en el percentil 55 con una T de 51, la hostilidad, la fobia y el GSI en el percentil 50 con una T de 50, la ansiedad en el percentil 45 y los valores más bajos correspondió a la depresión con un percentil de 35 con una T de 46.

Tabla19

Distribución Trastornos psicopatológicos por especialidades y sexo

N° = 101	Medicas		Quirúrgicas			
	N=65 Femenino		N =38 Masculino			
	Media	DE.	Media	DE	t	Significatividad
Somatización	68	55	0,63	0,51	0,45	0,65
Obsesión-compulsión	0,64	55	0,65	0,59	0,04	0,97
Sensibilidad interpersonal	61	0,49	0,59	0,50	0,19	0,85
Depresión	0,61	0,49	0,59	0,50	0,19	0,85
Ansiedad	0,48	0,5	0,36	0,40	1,2	0,24
Hostilidad	0,46	0,42	0,45	0,66	0,05	0,95
Fobias	0,18	0,36	0,2	0,33	0,24	0,81
Ideación Paranoide	0,52	0,51	0,56	0,59	0,30	0,77
Psicotismo	0,24	0,38	0,18	0,25	0,92	0,36
GSI	0,49	0,40	0,47	0,39	0,18	0,86

En la comparación intersexos (tabla 19), para las especialidades quirúrgicas se observa que el sexo masculino presenta valores superiores en somatización.

Se realizó la prueba t y no se observaron diferencias significativas en relación al sexo y las especialidades médicas y quirúrgicas.

3.1.5 Correlación de los trastornos psicopatológicos y el IRE

Tabla 20

Relación de los trastornos psicopatológicos en los residentes de los Postgrados Clínicos de la Facultad de Ciencias de la Salud

		Correlaciones	IRE GLOBAL	IRE EMOCIONAL	IRE COGNITIVO	IRE CONDUCTUAL	IRE VEGETATIVO
N 101							
Rho de Spearman	SOMATIZACION	Coefficiente de correlación	0,39	0,33	0,13	0,28	0,43
		Sig. (bilateral)	0,00	0,00	0,24	0,01	0,00
	OBSESIÓN-COMPULSION	Coefficiente de correlación	0,38	0,31	0,38	0,35	0,31
		Sig. (bilateral)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	SENSIBILIDAD INTERPERSONAL	Coefficiente de correlación	0,30	0,28	0,22	0,24	0,27
		Sig. (bilateral)	0,00	0,01	0,04	0,02	0,01
	DEPRESION	Coefficiente de correlación	0,30	0,28	0,22	0,24	0,27
		Sig. (bilateral)	0,00	0,01	0,04	0,02	0,01
	ANSIEDAD	Coefficiente de correlación	0,28	0,34	0,18	0,18	0,23
		Sig. (bilateral)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	HOSTILIDAD	Coefficiente de correlación	0,58	0,58	0,53	0,53	0,62
		Sig. (bilateral)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	ANSIEDAD FOBICA	Coefficiente de correlación	0,31	0,38	0,49	0,49	0,49
		Sig. (bilateral)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	IDEACION PARANOIDE	Coefficiente de correlación	0,52	0,61	0,54	0,54	0,62
		Sig. (bilateral)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	PSICOTICISMO	Coefficiente de correlación	0,44	0,63	0,60	0,60	0,64
		Sig. (bilateral)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Los resultados obtenidos (Tabla20) de los índices psicopatológicos y el índice de Reactividad al Estrés muestran una relación significativa del IRE entre los trastornos psicopatológicos: Obsesión compulsión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y el psicoticismo, y la somatización no mostró relación con el IRE cognitivo.

3.1.6 Correlación de los trastornos psicopatológicos y el MBI

Tabla 21

Correlación de los trastornos psicopatológicos y el MBI
Residentes de postgrados Clínicos. Facultad de Ciencias de La Salud

N 101		Somatización	Obsesión-Comp.	Sensibilidad Int.	Depresión	Ansiedad	Hostilidad	Fobias	Ideación Paranoide
EEE	Coeficiente de correlación	0,45	0,29	0,29	0,31	0,24	-0,07	0,37	0,20
	Sig. (bilateral)	0,00	0,01	0,01	0,00	0,02	0,51	0,00	0,06
DP	Coeficiente de correlación	0,29	0,15	0,15	0,18	0,35	0,04	0,31	0,24
	Sig. (bilateral)	0,01	0,17	0,17	0,09	0,00	0,68	0,00	0,03
RP	Coeficiente de correlación	-0,09	-0,08	-0,08	-0,08	-0,20	-0,15	-0,06	-0,08
	Sig. (bilateral)	0,39	0,48	0,48	0,44	0,06	0,16	0,57	0,44

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Los resultados obtenidos en relación a los trastornos psicopatológicos y el MBI (Tabla 21), muestran una correlación significativa entre el agotamiento emocional y la somatización, obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, la depresión y la fobia. En relación al distanciamiento emocional (DP) existe una relación significativa entre la somatización, la ansiedad y la fobia. No existe relación con los logros personales (RP).

3.1.6.1 Discusión

En conclusión en la muestra de residentes estudiada, las dimensiones del SCL-90 se ubicaron en el sexo masculino entre el percentil 70 y el 55 a excepción de los síntomas somáticos que se ubicaron en el percentil 85, en cuanto a sexo femenino se observaron entre el percentil 45 y 65 excepto la depresión que se ubicó en el percentil 40.

En relación a las especialidades médicas y quirúrgicas al realizar la prueba t, no se observaron diferencias significativas. (Tabla19)

En la comparación intersexos (tabla 19), para las especialidades quirúrgicas se observa que el sexo masculino presenta valores superiores en somatización, lo cuales no concuerdan con los estudios realizados por González de Rivera (1993), también los síntomas hostilidad 0,43, e ideación paranoide 0,60 son superiores en comparación con los estudios clínicos antes mencionados. La depresión, ansiedad, obsesionalidad y las fobias, presentan valores inferiores a los de estas investigaciones.

Se realizó la prueba t y no se observaron diferencias significativas en relación al sexo y las especialidades médicas y quirúrgicas.

El presente estudio permite contar con unas normas estadísticas de la población médica venezolana en etapa de formación. Los resultados obtenidos en cuanto al sexo si arrojó diferencias, ya que en el femenino se observaron puntuaciones inferiores en la somatización, hostilidad e ideación paranoide éstas difieren de los estudios realizados por González de Rivera y col. (2002) en la población general española, igualmente difieren estos resultados con los obtenidos por De las Cuevas en la población clínica (1991) donde las mujeres superaron a los hombres en todas las dimensiones. También es importante destacar que los estudios realizados por González de Rivera en la población general de Tenerife.

Al realizar la baremación, la depresión se ubicó en los valores más elevados (0,70), percentil 85, en cambio en este estudio la depresión se ubico en valores mucho más bajos 0,58 y 0,60 (percentil55 y 35) respectivamente en ambos sexos.

El estrés mantenido y el desgaste profesional crónico podrían inducir a rasgos psicopatológicos importante en los residentes de postgrados que inciden en su salud y la calidad de la atención médica.

Es probable que estos resultados sean manifestaciones íntimamente ligadas a la cultura específica de cada población, la personalidad y la educación.

Para finalizar se puede concluir que el listado de síntomas SCL-90 constituye un instrumento de amplio espectro muy útil para la valoración inicial psicopatológica y detectar rasgos psicopatológicos en la población estudiada.

3.1.7 CONCLUSIONES

Los residentes de los postgrados clínicos se ubican en un nivel de reactividad al estrés moderado.

El desgaste profesional en los médicos residentes se sitúa en el nivel medio.

Los residentes de cuidados intensivos mostraron los valores más bajos de agotamiento emocional.

El mayor porcentaje en distanciamiento emocional estuvo presente en cirugía

Todos los residentes mostraron logros personales elevados.

La relación entre las variables agotamiento emocional y el IRE global fue significativa.

Los síntomas más significativos fueron la somatización, la obsesionalidad, sensibilidad interpersonal y las ideaciones paranoides.

Existe en la muestra estudiada una relación significativa entre el SCL-90 y el IRE y entre el SCL-90 y el MBI.

Todos los residentes de la muestra estudiada mostraron rasgos psicopatológicos dentro de los rasgos de la normalidad.

Con estos resultados se podrían afianzar los postulados de la Organización Mundial de la Salud quien considera que los trabajadores están expuestos a sufrir riesgos a la salud debido a las condiciones inseguras con las que laboran día a día.

Producto de la reflexión de éstos resultados surge; la necesidad de realizar un segundo momento fenomenológico.

3.2 RESULTADOS

SEGUNDO MOMENTO MOMENTO FENOMENOLOGICO

Criticar es sacar a flote y hacernos conscientes de las “plataformas restringidas” de la que estamos viendo al mundo. Churchman (1998).

Al estar parada en una plataforma restringida, decido moverme a otra plataforma para ver otra versión, intentando en este segundo momento de la investigación comprender el mundo que rodea a los actores, sus pensamientos, descubrir los significados que tienen de los fenómenos específicos y su concepción personal del mundo; ese mundo tan complejo en que están inmerso los médicos residentes de los postgrados clínicos durante esta fase de formación. En esta aproximación fenomenológica, por estar enmarcada esta investigación dentro de la matriz epistémica de la complejidad, me coloqué en el centro del proceso productivo del conocimiento y establecí un diálogo con la realidad, más que para simplificarla y absorberla en su totalidad. En este proceso me acogí a la

lógica configuracional: “Es un proceso en el cual el investigador de forma creativa, organiza la diversidad de lo estudiado, y sus ideas en momentos de producción del conocimiento, que encuentra la continuidad en la producción de una teoría de los estudiado. (Leal Gutiérrez J. 2005).En cuanto a la metodología de este segundo momento de mi investigación cualitativa, se utilizó el basamento fenomenológico buscando hacer ciencia interpretativa.

El fundamento epistemológico de esta investigación está enmarcado dentro del paradigma de la complejidad. Este se inicia con un primer momento; empírico analítico. Posteriormente consideré necesario explorar a profundidad con un segundo momento fenomenológico, los noemas de los médicos residentes, para la construcción de una aproximación teórica sobre la realidad fenoménica de estudio.

En tal sentido refiriéndose a la ciencia de la complejidad: *“El método no puede formarse más que durante la búsqueda; no puede despejarse y formularse sino después, en el momento en que el termino vuelve a ser un nuevo punto de partida”*. (Morín 1986)

El fenómeno es observado desde adentro del sujeto, se busca la esencia en su conciencia, es la vuelta al mundo vivido para buscar el significado del fenómeno. Para lo cual realicé entrevistas a profundidad, intentando indagar lo más importante y significativo que los médicos puedan decir sobre los acontecimientos y dimensiones subjetivas durante la praxis médica, es decir una entrevista cara a cara, no estructurada y sobre las perspectivas de otros elementos

que pudieran influir en los niveles de reactividad al estrés, el desgaste profesional, y el significado que pudieran darle en esta fase de su formación donde se encuentran inmerso.

Los límites de la realidad son inmensos y movibles, lo que ocurre es que el mundo donde estamos acostumbrados a movernos no es la realidad, sino un conjunto de conceptos mentales. (Leal J 2005). Es por eso que, en esta investigación lo cuantitativo, lo cualitativo y lo dialectico se complementan.

3.2.1 Procedimiento- Segundo momento.

La construcción de una teoría, es un ejercicio donde se busca interconectar los hallazgos surgidos en los diferentes elementos investigados, el significado o naturaleza del estudio, el entorno que lo rodea. Esta surgirá como producto de interpretación de los significados basados en la búsqueda sistemática y el análisis.

Este es un proceso dado por su procedimiento de recolección (entrevista en profundidad), análisis y teorización con estrecha relación entre sí.

Este momento fue guiado por la metodología de Spiegelberg. (1975) que consiste en cinco fases:

Fase 1: Descripción del fenómeno

Fase 2: Búsqueda de múltiples perspectivas

Fase 3: Búsqueda de la esencia, estructuras.

Fase 4: Búsqueda de la significación

Fase 5: Interpretación del fenómeno

La delimitación de los procedimientos en cada fase es casi imperceptible, ya que cada una se interrelaciona desde la fase de codificación abierta, codificación selectiva, el análisis de las categorías hasta llegar a la categoría central, de saturación de conceptos, su análisis, análisis de la categoría central y la generación de la teoría.

3.2.1.1 DESCRIPCIÓN DEL FENOMENO

FASE 1: Descripción del fenómeno

Área de medicina interna

Los residentes de medicina desempeñan sus actividades en un ambiente inadecuado, con escasez de recursos diagnósticos, terapéuticos, sobrecarga laboral (Guardias de 24 horas cada 6 días, actividades asistenciales rotativas por sala, emergencia, consulta de 8 horas diarias y las actividades docentes en horas vespertinas), falta de apoyo a los residentes de menor jerarquía, agravado por la falta de orden, disciplina, decisión en el manejo de los equipos por parte del personal paramédico y una remuneración no acorde con las exigencias del trabajo realizado

Texto

Estoy deseando terminar, voy a hacer una subespecialidad. Aquí el trabajo se ha puesto muy pesado, bueno ya estoy terminando. El ambiente de trabajo: antes era arbitrario, pero había disciplina y ahorita hay desorden.
Con los residentes de primer año (R ₁) y residentes de tercer año (R ₂) muy bien con los otros R ₃ es nula, porque se las echaron al hombro, porque no estudian, se van a dormir y dejan pegado a los R ₁ (solos), cosas que tanto habíamos criticado cuando estábamos abajo
¿Cómo te sientes? Triste, cuando hay una cosa falta otra cosa. La semana pasada no hubo exámenes de laboratorio y los familiares los tuvieron que pagar en la calle. A veces no hay para resolver nada. Todo es pura clínica para hacer los diagnósticos.
Los estudios radiológicos (Rx.) ni se diga, ahorita (desde hace dos semanas pusieron un aparato ultra plus pero los técnicos se han acostumbrados a no trabajar durante tantos años que dañan el aparato para seguir en lo mismo, o buscan cualquier excusa.
No hay Anatomía patológica, eso es absurdo. Falta un Tomógrafo, Ecografía, este es un hospital tipo 4 que debía tenerlo. Esto me genera estrés
Hay pacientes que mueren a mengua por falta de diagnóstico y tratamiento. No hay ecografía, no hay endoscopio

<p>He visto morir pacientes sangrando por falta de una endoscopia para el diagnóstico y tratamiento de hemorragias digestivas.</p>
<p>Ni contar con la propaganda del aumento de sueldo de los médicos, todo un escándalo, con un aumento que no alcanza, el sueldo no alcanza, uno se decepciona. Solo en el pago del carro son 900 bolívares, sin contar el seguro, yo tengo hijos. Y solo llega el aumento a 1300 bolívares. A veces me pregunto ¿En qué pensaba yo cuando decidí estudiar medicina? Mi mamá es Educadora y mi hermana vive mejor, tiene vacaciones en diciembre, carnaval, semana santa, mi hermana es abogada y gana y vive bien. Esto no lo puedo entender.</p>
<p>Eso me produce desagrado, mis compañeros están muy desanimados, ya solo cuentan los días de irse, no les importa si aprenden o no solo les importa terminar e irse. No les importa que no sepan nada. Yo me siento desmotivada por falta de interés de mis compañeros</p>
<p>Hay que ver los errores que comenten los R₂, hace 2 semanas se murió una paciente con un infarto de 46 años por decidía en el tratamiento.</p>
<p>Porque no puede haber tanta ignorancia, me da miedo pensar que un familiar mío venga enfermo y caiga en esas manos. Eso hace que tenga más trabajo, tratando de corregir todos los errores que cometen. Estos residentes no le ponen empeño a lo que hacen, todo lo hacen por real-</p>
<p>No dan la cara en la sala, si su trabajo en sala es supervisar: no revisan y es criticable porque no le dan conocimiento a los otros (R₁ Y R₂)</p>
<p>Nos dejamos impregnar por la ignorancia. Para los R₁ no hay compromiso, no se comparten las tareas. En la entrega de guardia el R₃ le importa poco como entreguen la guardia, con: Historias incompletas, mal hechas, diagnósticos equivocados, y de paso le dejan toda la responsabilidad al R₁. Cuando llega un paciente con un infarto, el diagnóstico y el tratamiento es parcial, no hay estreptoquinasa. Esto me genera mucha impotencia.</p>
<p>No hay reuniones, antes las comisiones coordinadoras estaban pendiente de todo, la tesis, las clases, que aprendiéramos, había mucha supervisión.</p>
<p>Todos se graduaban con sus tesis, ahorita imagínese que tengo materias de segundo año que no he visto, sin contar con las de tercero ahorita hay que sabanear a los profesores para que nos den las clases.</p>
<p>No están motivado para ello, hay que perseguirlos, hasta 2 meses para dar clases, hay decidía por parte de los docentes.</p>
<p>Hay carencias de docencia en Neumonología, y a pesar de que en el Hospital González Plaza hay excelentes Neumólogos, no nos permiten ir allá, como lo hacen en otros postgrados. A H (una residente) la hicieron renunciar por falta de rendimiento (nivel académico). Había supervisión, ahorita, no importa eso solo que cumplan los años.</p>
<p>Ahorita los R₁ saben más que los R₂, el conocimiento es deficiente por falta de supervisión académica... Esto me genera estrés, convulsiones (se ríe y me dice son convulsiones generalizadas, jajá). No hay niveles de exigencias y supervisión.</p>
<p>¿Sientes apoyo de la Universidad? No siento apoyo en cuanto a todo: Deberían hablar periódicamente con nosotros, saber que pensamos, que creemos o sentimos, no hay comunicación, deberían oír nuestras sugerencias.</p>

FASE 1: Descripción del fenómeno
Área de medicina interna por los R2
Texto

Creí que iba a ser diferente cuando yo estudiaba medicina era diferente, había respeto hacia los especialistas, se respetaba la jerarquía, y había respeto entre los R3...
Ahorita no respetan a los profesores, discuten y se descalifican, pelean delante de los pacientes y sus familiares, antes no era así.
Ahorita no respetan a los adjuntos, a sus compañeros ni cumplen las normas
Ahora llegan tarde, no les importa nada porque las recriminaciones son para los R ₁ , no hay consideración con los R ₁ .
¿Sientes apoyo de tus compañeros? Apoyo de los R ₁ , apoyo parcial de los R ₃ y los R ₂ es variable. Hay enemistad entre los R ₃ , si uno le pregunta a otro R ₃ , que no es del equipo se forma un rollo, si estas en el grupo contrario.
Hay muchos problemas personales, ¡es una locura la emergencia!
Como está Rx? Hoy no hay, siempre se daña la maquina, otras por falta de material.
¿Equipos diagnósticos? No tenemos electrocardiograma en el hospital, como no hay electrocardiograma, cuando llega un infarto se refiere.
Ahora todo es una imposición, no hay derecho a postguardia. No hay respeto, te insultan delante de los familiares del paciente, no hay respeto, no hay mística, muy feo. Los jefes castigan las faltas pero no cumplen ellos, llegan tarde, hay muchas cosas que no funcionan.
¿Tráfico de influencia? Bueno si, imagínese que ahorita tenemos una paciente diabética, sin patología, sin indicación ninguna de hospitalización e ingresa por orden de la Dirección (por escrito) y todo porque es hermana de un magistrado de la corte suprema de justicia, mientras le consiguen un asilo. Y de otros servicios por comodidad pasan los pacientes para acá y no vienen a verlos.
¿Porque decidiste por el postgrado de medicina? Por experiencia en la especialidad, ya tengo 2 años de residencia en medicina y siempre me gustó la clínica.
Los pacientes se están tratando con pura clínica. ¿Los exámenes de laboratorio? !Crisis! La semana pasada no había reactivo para hacer los exámenes de laboratorio,
El trabajo no es igual, después de una guardia tormentosa, no hay postguardia y de paso nos tenemos que quedar el día que amanecemos, hasta las 3pm, trabajando, para luego ir a clase.
¿Y la docencia como está? Estamos bien, si hay cumplimiento de las clases. A veces no se dan cuenta de la gran carga asistencial y entonces tenemos varias clases al mismo día, revista, presentación de casos
¿Y el cumplimiento por parte de los residentes? No hay, no hay responsabilidad de los residentes que no van, llegan tarde
¿Apoyo de la UC? No tenemos ningún apoyo. A veces inician clase y no nos avisan, falta comunicación y coordinación.

FASE 1: Descripción del fenómeno

Área de traumatología

El residente de traumatología realiza actividades asistenciales rotatorias de consulta, atención de emergencias, actividades electivas en quirófano, resolver las interconsultas de otros servicios, en un lapso de 8 horas diarias, o sea 40 horas semanales y una guardia de 24 horas cada 6 días y actividades docentes en horas vespertinas en un ambiente de trabajo con falta de insumos, deficiencia en la dotación de material médico quirúrgico, equipos diagnósticos y terapéuticos y mal funcionamiento de los servicios diagnósticos auxiliares como radiología y laboratorio, lo cual hace que la atención médica sea cada día más precaria. Agravado esto por la falta de especialista en horas nocturnas y fines de semanas (éstos realizan guardias a disponibilidad).

Texto

Bueno si, sin embargo falta material de síntesis, fijadores, es decir equipos de choque inmediato para estabilizar las fracturas
Bueno, exámenes de laboratorio, intermitente los de rutina, hay ciertos exámenes que no se hacen por ejemplo Bacteriología, y siempre hay que mandarlos a centros privados
Rx., Normalmente no hay, cuando no es por una cosa es por otra.
Bueno estoy en primer año, si resuelvo casos sencillos. Además mi papa es traumatólogo y a veces lo ayudo en las operaciones aprendo con él.

FASE 1: Descripción del fenómeno

Área de Obstetricia

Estos médicos llevan a cabo su ejercicio laboral principalmente entre sala de parto, admisión y quirófano durante las guardias (de 24 horas cada 6 días), y actividades asistenciales 40 horas semanales (consulta, admisión, sala de parto, actividades de sala y quirófano), que son lugares aislados del ambiente externo debido al riesgo de elementos bacteriano y la condiciones propias de la paciente obstétrica que manejan, enfrentando la responsabilidad en la atención del binomio madre-hijo. Sin embargo la praxis médica y docente esta dificultada por un ambiente de trabajo inadecuado, con escasez de recursos diagnósticos y terapéuticos.

Texto

Bueno yo estoy en el primer año y lo q no sé, le pregunto al R” y R3, ellos me apoyan. Recibimos clases con regularidad
Aquí estamos estresados, no hay quirófano., imagínese lo que pasó, se metieron a operar una emergencia y dejaron encendida una lámpara de rayos ultravioleta y todo el personal de quirófano tuvieron quemadura de cornea: Cirujanos, obstetra, enfermeras, camareras y anesthesiólogo., están de reposo
Las relaciones de trabajo son en equipo, hay compañerismo, soy muy tranquila, a veces inconvenientes de trabajos por complicaciones de los pacientes y cuidado.
¿Cómo son las condiciones del hospital?
No hay sala de parto adecuada, solo 2 camas de parto y una cama para atender parto.
No hay quirófano disponible, antes se operaba sin aire acondicionado los quirófanos los que no se podían referir
El sábado llegó una emergencia absoluta y no se podía operar porque el quirófano estaba ocupado por una emergencia de cirugía (Tiroteado) , era un embarazo múltiple, la paciente hipertensa grave, bueno y la tuvimos que atender en sala de parto, por vía vaginal, rogando a dios que no hiciera un ACV
No se puede atender más de un parto ni se pueden ingresar pacientes que ameriten observación, ni inducción de parto. Ya que una inducción mínimo son 6 horas y no se puede ocupar la cama y, si falla la inducción hay que operar y no se puede,
No se puede atender más de un parto ni se pueden ingresar pacientes que ameriten observación, ni inducción de parto. Ya que una inducción mínimo son 6 horas y no se puede ocupar la cama y, si falla la inducción hay que operar y no se puede,

¿Material médico quirúrgico?
Hay porque no se usa, faltan récipes, papelería, usamos material de reciclaje para hacer las indicaciones
Siente apoyo del IVSS?
Aquí si hablas te botan, un día vino la prensa y los dejamos pasar, y tomaron represalias y la Dra. X la mandaron a tomar antioxidantes, que no tenía memoria. A partir de allí nos han perseguido.
Control estricto de horario, pase de lista.
No se están haciendo Ecografías. El eco estaba dañado, lo repararon, pero no hay ambiente adecuado para colocarlo. El cecógrafo es un equipo indispensable día a día, Es un recurso diagnostico en obstetricia
¿Y laboratorio como está?
Bueno lo exámenes se pueden hacer un día sí y el otro no, hay días en que no hay nada y si lo amerita hay que mandarlo a hacer en privado
¿Y Rx? No hay problemas en el día , en la noche el personal técnico no viene
¿Tráfico de influencias? De la Dirección del Hospital, cuando referimos pacientes por las condiciones de trabajo y van a la dirección, Hay que hacerlo aunque no se pueda, dicen que es orden de arriba. En estos días nos obligaron a operar a una paciente y se complico toda y los familiares estaban arrepentidos por eso, pero nos echaron la culpa.
¿Y la Universidad? Se hace la vista gorda, nunca participa, no hay apoyo, no existimos. Indiferencia total. No tenemos problemas con las comisiones coordinadoras. En cuanto a las clases, pero no nos apoyan, nos dejan a la deriva.
El salario no equivale al trabajo y responsabilidad, un diputado, o empleado de PDV ganan más de 20 millones, y a nosotros no subieron el 30% que ya se lo comió la inflación (2.800), no alcanzan, no podemos dar inicial de casa, o carro y somos médicos, en cambio los cubanos ganan 6 millones.
¿Que expectativas tienes? Me veo trabajando, atendiendo partos, cesáreas, tratando de hacerlo bien
¿Cómo está el trabajo? Muy poco por las condiciones del hospital, se ingresa lo que se puede, no estamos trabajando lo que debíamos.
Se están refiriendo todas las pacientes, excepto las que verdaderamente no se pueden referir y se le explica al familiar todos los riesgos que están asumiendo
El equipo de colposcopia no se usa en la consulta de ginecología, solo se toma la muestra y se envía a privado a procesar.
No hay test de reactividad fetal, aparato dañado desde hace un año.

FASE 1: Descripción del fenómeno

Área de Cirugía

La formación de los residentes del postgrado de cirugía se desarrolla en un ambiente inadecuado, que no cumple con los estándares internacionales establecidos, para atender todas las patologías (Emergencias y electivas), esto no le permite contar con todos los recursos para una praxis médica de calidad.

Texto

La falta de quirófanos hace que me sienta inseguro por falta de manejo de las patologías". Cada vez que llega un paciente uno se angustia, no tenemos recursos para resolverlos, hay que enviar los exámenes para la calle, y al paciente para hacerle algunos exámenes, y, si viene el manejo es tardío.
Si yo fuera R1 ya hubiera renunciado, ahorita no hay nada, solo atender en emergencia, pasar consulta y lo único que operamos es a los tiroteados que no se pueden referir., en unos quirófanos sin aire, en medio de un calor horrible.
Cuando vino la prensa a ver la problemática la directora se molestó porque contradecíamos sus versiones. Y nos dijo:" "Ahora van a trabajar más horas quirúrgicas", pero en un quirófano portátil, que solo se puede operar hernias., que no aprendemos nada. Vino la prensa y hablamos de las condiciones del hospital: Quirófanos sin aire acondicionado,
No hay exámenes de laboratorios indispensables para el diagnóstico, sala de parto horrible(es solo una sala sin aire acondicionado, con ventanas y una mesa ginecológica para atiende las pacientes
Si tienes suerte de los exámenes de laboratorio te hacen la hematología completa, ahora si eres familiar del bioanalista, recomendado del Director o algún jefe te hacen mucho más.
Me siento agotado, física y psíquicamente, pero tranquilo por entregar.
Al recibir la guardia siento estrés, antes era muy angustiante, siempre me dejaban el peor paciente para mi guardia (casos complicados y graves)
Bueno si tienes suerte te hacen hematología completa, ahora si eres familiar d bioanalista, recomendado del director o algún jefe te hacen mucho mas
Aunque yo a veces pienso que lo mejor muchas veces es no operar, ya que en las condiciones de contaminación de quirófano por el exceso de calor, a pesar de los antibióticos el paciente se muere igualito.
Me siento agotado, física y psíquicamente, pero tranquilo por entregar, Agotado, uno suda tanto allá adentro (la ropa quirúrgica, la luz de las lámparas) que a la tercera o cuarta emergencia uno sale muerto, agotado, deshidratado de tanto sudar, y lo que quiere es cerrar los ojos e irse
Nos sentimos abandonados por la Universidad.
Siento que la UC, presta más atención al pregrado y abandona a su suerte a los postgrados.
Y el IVSS, dice estar haciendo el intento pero todo sigue igual, por el seguro solo somos unos saca trabajo. (Empleados).

A la hora de la entrega de la guardia se presentan críticas, por no operar a pacientes que tenían criterio para ello y dejar correr la arruga para que lo resuelva la guardia siguiente, entregan muchos pacientes sin resolver quirúrgicamente, la entrega es caótica porque entregan los pacientes mal: Historias incompletas, diagnósticos que no concuerdan, no se operan pacientes por causas injustificadas. Y ¿pregunto? ¿Será miedo por falta de conocimiento?, sonrío: ¡Es posible!

FASE 1: Descripción del fenómeno

Área de Emergencia

En el área de emergencia los residentes de las diferentes especialidades desarrollan sus actividades docentes asistenciales atendiendo todas las emergencias, de acuerdo a la característica de la emergencia este ambiente es, inadecuado, deficiente, no existe responsabilidad compartida, donde la insensibilidad por parte del personal de enfermería, la desmotivación, la sobrecarga laboral y el caos imperan durante el desarrollo de las actividades. Existe una gerencia deficiente que exaspera a los residentes.

Texto

Uno se desespera con la falta de Rx. La emergencia no sirve: "10 divanes llenos y los viejitos hospitalizados en silla".
Los residentes están sobrecargados y después se equivocan y le caen encima. Falta de Rx.
Eso es un desastre allá bajo (Emergencia), uno no puede taparse los ojos: Yo me colapse, las enfermera sentadas y, la paciente en un charco de orina Cada residente tiene su característica
Cada residente tiene su característica. Lesbia les dice; ¡tú no sirves!
La emergencia no sirve. Ese hacinamiento es horrible. Los pacientes en divanes. Llegas los pacientes en charcos de orina. La paciente se cayó anoche de la camilla y se rompió la boca.
La responsabilidad hay que compartirla La responsabilidad hay que compartirla. Esos muchachos se van a morir no tienen tiempo de pensar.
Uno se desespera con la falta de Rx. La emergencia no sirve: "10 divanes llenos y los viejitos hospitalizados en silla".
Los residentes están sobrecargados y después se equivocan y le caen encima. Falta de Rx.
Hay que cambiar la enseñanza Esos muchachos nunca se van a enamorar de la especialidad, en esas condiciones de trabajo
Los residentes están sobrecargados y después se equivocan y le caen encima. Falta de Rx.

FASE 1: Descripción del fenómeno

Área de Unidad de Cuidados Intensivos

El residente de Medicina crítica durante la etapa de su formación enfrenta el uso de la tecnología, la práctica de procedimientos invasivos, lucha con la muerte y debe desarrollar su trabajo con alto nivel de humanismo, ético y visión futurista. Estas actividades docentes asistenciales las desempeña en un ambiente de trabajo inadecuado, hostil, con dotación insuficiente y temor a las demandas médico legales.

Texto

Ni contar con mi primera guardia, tenía miedo, por las interconsultas, y cuando me vi en la necesidad de realizar una vía central, yo sentía que me moría. Me temblaban las piernas, las manos, era mi primer procedimiento de este tipo, y me sentí peor, cuando falle en el intento.
Consideran los problemas medico legales, por mala praxis en estas condiciones.
El jueves no operaron al paciente y vino el director a reclamar porque no lo habían operado. Se queja de la mala atención de los médicos interconsultantes de las continuas llamadas del director. “ la política es una cosa seria”
Las referencias de pacientes de otras instituciones son deficientes. Desempeño afectado por interés político Temor al fracaso en su desempeño profesional. El desempeño profesional produce temor a las demandas médico legal
Refiere mucho malestar por el ingreso de un paciente de un centro privado, muy grave, sin referencias, exámenes, ni antecedentes, no enviaron informe médico. “Me sentí muy mal, no sabía qué hacer. “ la paciente murió”
Consideran los problemas medico legales, por mala praxis en estas condiciones.
El jueves no operaron al paciente y vino el director a reclamar porque no lo habían operado. Se queja de la mala atención de los médicos interconsultantes y las continuas llamadas del director. “ la política es una cosa seria”
Ni contar con mi primera guardia, tenía miedo, por las interconsultas, y cuando me vi en la necesidad de realizar una vía central, yo sentía que me moría. Me temblaban las piernas, las manos, era mi primer procedimiento de este tipo, y me sentí peor, cuando falle en el intento.

3.2.1.2 BÚSQUEDA DE MÚLTIPLES PERSPECTIVAS

FASE 2: Búsqueda de múltiples perspectivas:

La construcción de una teoría, es un ejercicio donde se busca interconectar los hallazgos surgidos en los diferentes elementos investigados, el significado o naturaleza del estudio, el entorno que lo rodea, ésta surgirá como producto de interpretación de los significados basados en la búsqueda sistemática y el análisis. Es un proceso dado por su procedimiento de recolección (entrevista en profundidad), análisis y teorización con estrecha relación entre sí.

En esta fase se tomó en cuenta no solo la opinión del sujeto de estudio, sino también la visión del fenómeno por parte de agentes externos o personas involucradas, además de la opinión del investigador sobre el fenómeno de estudio.

Categoría: Emergencia Código ambiente de trabajo Texto	Propiedades
Eso es un desastre allá bajo (Emergencia), uno no puede taparse los ojos:	Inadecuado Desastroso
Yo me colapse, las enfermera sentadas y, la paciente en un charco de orina. Cada residente tiene su característica	Decidía e insensibilidad por parte del personal de enfermería.
Cada residente tiene su característica. Lesbia les dice; ¡tú no sirves!	Desmotivación
La emergencia no sirve. Ese hacinamiento es horrible. Los pacientes en divanes. Llegas el paciente en charco de orina. La paciente se cayó anoche de la camilla y se rompió la boca.	Caos
La responsabilidad hay que compartirla La responsabilidad hay que compartirla. Esos muchachos se van a morir no tienen tiempo de pensar.	No hay responsabilidad compartida
Uno se desespera con la falta de Rx. La emergencia no sirve: "10 divanes llenos y los	Gerencia deficiente

viejitos hospitalizados en silla”.	
Los residentes están sobrecargados y después se equivocan y le caen encima. Falta de Rx.	Sobrecarga labora Falta de recursos Materiales
Categoría: Emergencia Código Praxis medica Texto	Propiedades
Los residentes están sobrecargados y después se equivocan y le caen encima. Falta de Rx.	Sobrecarga labora Falta de recursos Materiales
Categoría: Emergencia Código Praxis docente	Propiedades
Hay que cambiar la enseñanza Esos muchachos nunca se van a enamorar de la especialidad, en esas condiciones!	Falta de recursos humanos y Materiales para el ejercicio de la labor docente asistencial: Exámenes de laboratorio. Estudios diagnósticos elementales.
Categoría: Cirugía (R₃) Código apoyo institucional Texto	Propiedades
Nos sentimos abandonados por la Universidad.	Falta de apoyo académico por parte de la UC.
Siento que la UC, presta más atención al pregrado y abandona a su suerte a los postgrados.	Desatención y falta de interés por el desarrollo de los postgrados clínicos.
Y el IVSS, dice estar haciendo el intento pero todo sigue igual, par el seguro solo somos unos saca trabajo. (empleados).	Desviación del programa docente por parte del IVSS
Siento que la UC, presta más atención al pregrado y abandona a su suerte a los postgrados.	Desatención y falta de interés por el desarrollo de los postgrados clínicos.
Y el IVSS, dice estar haciendo el intento pero todo sigue igual, par el seguro solo somos unos saca trabajo. (Empleados).	Desviación del programa docente por parte del IVSS
Categoría: Cirugía Código ambiente de trabajo Texto	Propiedades
La falta de quirófanos hace que me sienta inseguro por falta de manejo de las patología”. Cada vez que llega un paciente uno se angustia, no tenemos recursos para resolverlos, hay que enviar los exámenes para la calle, y al paciente para hacerle algunos exámenes, y si viene el manejo es tardío.	Falta de Quirófano. Déficit de recursos. Resolución tardía de los casos quirúrgicos. Falta de exámenes paraclínicos.
Si yo fuera R1 ya hubiera renunciado, ahorita no hay nada, solo atender en emergencia, pasar consulta y lo único que operamos es a los tiroteados que no se pueden	Inadecuado (no hay aire acondicionado en los quirófanos

referir., en unos quirófanos sin aire, en medio de un calor horrible.	
Cuando vino la prensa a ver la problemática la directora se molesto porque contradecíamos sus versiones. Y nos dijo:” “Ahora van a trabajar más horas quirúrgicas”, pero en un quirófano portátil, que solo se puede operar hernias., que no aprendemos nada. Vino la prensa y hablamos de las condiciones del hospital: Quirófanos sin aire acondicionado,	Hostil. Hospital contaminado. Escasez de recursos. Sala de parto inadecuada (sin aire acondicionado).
No hay exámenes de laboratorios indispensables para el diagnóstico, sala de parto horrible(es solo una sala sin aire acondicionado, con ventanas y una mesa ginecológica para atiende las pacientes	Falta de exámenes de laboratorio
Si tienes suerte de los exámenes de laboratorio te hacen la hematología completa, ahora si eres familiar del bioanalista, recomendado del Director o algún jefe te hacen mucho más.	Tráfico de influencias, Discriminación
Me siento agotado, física y psíquicamente, pero tranquilo por entregar.	Agotamiento físico y psíquico Guardias estresantes. Angustiante
Al recibir la guardia siento estrés, antes era muy angustiante, siempre me dejaban el peor paciente para mi guardia (casos complicados y graves)	Estresante y angustiante
Bueno si tienes suerte te hacen hematología completa, ahora si eres familiar d bioanalista, recomendado del director o algún jefe te hacen mucho mas	Tráfico de Influencia
Aunque yo a veces pienso que lo mejor muchas veces es no operar, ya que en las condiciones de contaminación de quirófano por el exceso de calor, a pesar de los antibióticos el paciente se muere igualito.	Decidía. Contaminación de los quirófanos
Categoría: Cirugía Código Praxis Medica Texto	Propiedades
A la hora de la entrega de la guardia se presentan criticas, por no operar a pacientes que tenían criterio para ello y dejar correr la arruga para que lo resuelva la guardia siguiente, entregan muchos pacientes sin resolver quirúrgicamente, la entrega es caótica porque entregan los pacientes mal: Historias incompletas, diagnósticos que no concuerdan, no se operar pacientes por causas injustificadas. Y pregunto? ¿Será miedo por falta de conocimiento?, sonrío: ¡Es posible!	Errores diagnósticos. Historias incompletas Caótica
Ni me lo pregunte, en estos día había un paciente grave, y empezaron las presiones de los jefes médicos de medicina, que había que operar a un señor, porque en la RX de abdomen había un hemoperitoneo, que había que operarlo,	Decidía. Presión Laboral. Diagnósticos errados.
Me siento agotado, física y psíquicamente, pero	Agobiante. Agotamiento

tranquilo por entregar, Agotado, uno suda tanto allá adentro (la ropa quirúrgica, la luz de las lámparas) que a la tercera o cuarta emergencia uno sale muerto, agotado, deshidratado de tanto sudar, y lo que quiere es cerrar los ojos e irse	físico. Agotamiento mental. Deshidratación por sudoración excesiva
El examen clínico me decía que no debía operarlo, yo no quería operarlo, era mi guardia, pedí una Rx abdomen control, y no se la pudieron hacer porque no había en el hospital, mi jefe de guardia ante tantas presiones me dijo que tenía que operarlo, y cuando lo abrí el paciente no tenía nada quirúrgico, era una patología médica, y con cara de mucha tristeza y en voz baja me dijo: adivine los que pasó el paciente se murió a las 24 horas.	No se toman en cuenta los criterios de los residentes. Falta de equipos diagnósticos para un desempeño adecuado.
Y sabe una cosa la RX era de otro paciente Cuando hay un paciente grave los adjuntos lo evalúan y lo van dejando. Y yo le pregunto: ¿corren la arruga?, Y me respondió: sí. No operan nunca y cuando el paciente se agrava más que hay que operar de emergencia, lo opera el otro servicio y pierdo de operar el caso.	Errores diagnósticos. Historias incompletas. Caótica
A la hora de la entrega de la guardia se presentan críticas, por no operar a pacientes que tenían criterio para ello y dejar correr la arruga para que lo resuelva la guardia siguiente, entregan muchos pacientes sin resolver quirúrgicamente, la entrega es caótica porque entregan los pacientes en malas condiciones: Historias incompletas, diagnósticos que no concuerdan, no se operan pacientes por causas injustificadas. ¿Y pregunto? ¿Será miedo por falta de conocimiento?, sonrío: ¡Es posible!	Errores diagnósticos. Historias incompletas. Caótica
Categoría: Medicina R3 Código :Praxis médica Texto	Propiedades
Eso me produce desagrado, mis compañeros están muy desanimados, ya solo cuentan los días de irse, no les importa si aprenden o no solo les importa terminar e irse. No les importa que no sepan nada. Yo me siento desmotivada por falta de interés de sus compañeros	Desanimo. Falta de motivación. Indiferencia con el aprendizaje Falta de interés por aprendizaje. Desmotivación grupal.
Hay que ver los errores que comenten los R2 hace 2 semanas se murió una paciente con un IM de 46 años por decidía en el tratamiento.	Errores en la praxis médica. Decidía y errores en el desempeño profesional.
Porque no puede haber tanta ignorancia, me da miedo pensar que un familiar mío venga enfermo y caiga en esas manos. Eso hace que tenga más trabajo, tratando de corregir todos los errores que cometen. Estos residentes no le ponen empeño a lo que hacen, todo lo hacen por real.	Miedo. Errores diagnósticos. Ausencia de Vocación. Sobrecarga laboral.R3 Falta de compromiso por el trabajo. Interés económico.
No dan la cara en la sala, si su trabajo en sala es	Ausencia de supervisión

supervisar: no revisan y es criticable porque no le dan conocimiento a los otros (R1 Y R2)	
Nos dejamos impregnar por la ignorancia. Para los R1 no hay compromiso, no se comparten las tareas. En la entrega de guardia el R3 le importa poco como entreguen la guardia, con: Historias incompletas, mal hechas, diagnósticos equivocados, y de paso le dejan toda la responsabilidad al R1 Cuando llega un paciente con un infarto el diagnostico y el Tratamiento es parcial, no hay estreptoquinasa. Esto me genera mucha impotencia.	Decidía. Falta de compromiso. Errores diagnósticos. Falta de compromiso. Historias incompletas. Diagnósticos equivocados. Sobrecarga laboral de los R1. Deficiente por falta de insumos. Faltas de fármacos Genera impotencia.
Categoría: Medicina Interna (R3) Código : Apoyo institucional Texto	
No hay reuniones, las comisiones coordinadoras estaban pendiente de todo, la tesis, las clases, que aprendiéramos, había mucha supervisión	Falta de comunicación. Función deficiente de las comisiones coordinadora. Falta de supervisión. Falta de supervisión y apoyo en la realización de las tesis.
Categoría: Medicina Interna (R3) Código : Praxis docente Texto	Propiedades
Todos se graduaban con sus tesis, ahorita imagínese que tengo materias de segundo año que no he visto, sin contar con las de tercero ahorita hay que sabanear a los profesores para que nos den las clases.	Incumplimiento de programa docente por parte de los profesores y alumnos. Incumplimiento en la docencia por parte de los profesores.
No están motivado para ello, hay que perseguirlos hasta dos meses para dar clases, hay decidía por parte de los docentes	Desmotivación Decidía por parte de los docentes.
Hay carencias de docencia en nemonología, y a pesar de que en el González Plaza hay excelentes Neumonólogos, no nos permiten ir allá, como lo hacen en otros postgrados. A H (una residente) la hicieron renunciar por falta de rendimiento (nivel académico). Había supervisión, ahorita, no importa eso solo que cumplan los años.	Docencia deficiente. Falta de implementación de estrategias para mejorar la docencia. Ausencia de supervisión.
Ahorita los R1 saben más que los R2, el conocimiento es deficiente por falta de supervisión académica... Esto me genera estrés, convulsiono (se ríe y me dice son convulsiones generalizadas, jajá). No hay niveles de exigencias y supervisión.	Conocimiento deficiente. Falta de supervisión académica. Niveles de exigencias deficientes.
Categoría: Medicina R₃ Código ambiente de trabajo Texto	Propiedades
Estoy deseando terminar, voy a hacer una	Falta de disciplina.

<p>subespecialidad Aquí el trabajo se ha puesto muy pesado, bueno ya estoy terminando. El ambiente de trabajo: antes era arbitrario, pero había disciplina y ahorita hay desorden.</p>	<p>Desorden.</p>
<p>Con los R1 y R2 muy bien con los otros R3 es nula, porque se las echaron al hombro,, porque no estudian, se van a dormir y dejan pegado a los R1 (solos), cosas que tanto habíamos criticado cuando estábamos abajo</p>	<p>. Conflictos interpersonales entre los R3. Decidía</p>
<p>Triste, cuando hay una cosa falta otra cosa. La semana pasada no hubo exámenes de laboratorio y los familiares los tuvieron que pagar en la calle. A veces no hay para resolver nada. Todo es pura clínica para hacer los diagnóstico.</p>	<p>Triste. Falta de recursos para realizar exámenes. Falta de exámenes de laboratorio. No hay insumos para resolver nada ocasionalmente. Diagnósticos por clínica. Falta de exámenes diagnósticos.</p>
<p>Los Rx. ni se diga, ahorita (desde hace dos semanas pusieron un aparato ultra plus pero los técnicos se han acostumbrados a no trabajar durante tantos años que dañan el aparato para seguir en lo mismo, o buscan cualquier excusa.</p>	<p>Falta de funcionamiento de Rx. Por decidía e irresponsabilidad de los técnicos. Saboteo.</p>
<p>No hay Anatomía patológica, eso es absurdo. Falta un Tomógrafo, Ecografía, este es un hospital tipo 4 que debía tenerlo. Esto me genera estrés</p>	<p>Falta de anatomía patológica. Falta de equipos diagnósticos: tomógrafos, cecógrafo Estresante.</p>
<p>Hay pacientes que mueren a mengua por falta de diagnóstico y tratamiento. No hay Eco, no hay Endoscopia</p>	<p>Escasez de recursos</p>
<p>He visto morir pacientes sangrando por falta de un Endoscopia para el diagnóstico y tratamiento</p>	<p>Muerte de pacientes. Muerte por falta de equipos diagnóstico. Muerte por falta de tratamiento. Falta de equipos diagnósticos y de tratamiento</p>
<p>Imagínese para celebrar el día del niño ,desde el día anterior estaba un gentío preparado la fiesta, vino hasta los artistas de Venevisión, gastaron una millonada, yo no lo entiendo de que le vale a los niños una gran fiesta el día del niño si al día siguiente se van a morir por falta de</p>	<p>Falta de jerarquización de los recursos. Fiestas en lugar de recursos terapéuticos.</p>
<p>Ni contar con la propaganda del aumento de sueldo de los médicos, todo escándalo, con un aumento que no alcanza, el sueldo no alcanza, uno se decepciona. Solo en el pago del carro son 900 bs. Sin contar el seguro, yo tengo hijos, como. Y solo llega el aumento a 1300.bollivares. A veces me pregunto ¿En qué pensaba</p>	<p>Inconformidad con la remuneración en comparación con otros profesionales</p>

yo cuando decidí estudiar medicina? Mi mama es Educadora y mi hermana vive mejor, tiene vacaciones en diciembre, carnaval, semana santa, Mi hermana es abogada y gana y vive bien. Esto no lo puedo entender.	
No cuento apoyo en cuanto a todo: Deberían hablar periódicamente con nosotros, saber que pensamos, que creemos o sentimos, no hay comunicación, deberían oír nuestras sugerencias	Falta de apoyo institucional. Ausencia de comunicación con los residentes de postgrado.
Categoría: Cuidados Intensivos Código Ambiente de trabajo Texto	Propiedades
Aquí es otro mundo, el ambiente ni se diga, hasta las enfermeras me marginaban, me ignoraban, yo me sentía mal, sobre todo el personal de la mañana.	Hostil Rechazo Temor
Interrumpe un adjunto la conversación y le reclama como manejó unas interconsulta, los errores cometidos, y los riesgos médicos legales. Y le ordena escribir nuevamente el informe, le recuerda la posibilidad de ir a Tocuyito por mala práctica. Y le dice como el abogado que lo va a meter preso va a dar el veredicto.	Acoso psicológico. Amenaza
Durante la revista los residentes comentan que la emergencia está colapsada, las camas agotadas, los pacientes en camillas atravesadas en medio de la sala de emergencia, “todo agotado”	Colapsada Caos. Inoperante
En el fondo el ruido de los ventiladores, las alarmas, la conversación del personal de enfermería, el timbre de la puerta, los adjuntos que llegan”	Ambiente de trabajo inadecuado.
Con cara de tristeza dice: Lega un paciente irrecuperable y lo ingresan y allá abajo tengo un paciente recuperable y aquí los que 2 ingresados son irrecuperables desde su ingreso. Siento mucha depresión, esto me afecta mucho., me pregunto: ¿será que voy en la dirección correcta?	Criterios de ingresos. Inapropiados. Tristeza. Dilemas
Pasan interconsulta de paciente con sida, en su fase final, ¿Qué voy hacer con este paciente acá?, yo siento que no puedo y como el personal sabía que había un paciente de alta, el personal empezó a reclamar que sacara el de alta e ingresar a este, (familia de una enfermera) las enfermeras me amenazaron que iban a ir a la prensa. Luego vino el Doctor X, a exigirme que le ingresara directamente a su hijo, que estaba enfermo, me amenazó con mi jefe, yo le explique los canales regulares. Mi sorpresa es que ingresan al paciente directo, por autorización del jefe sin informarme.	Presión entorno laboral (Enfermeras, médicos) Violación de normativas
Entonces todo familiar de enfermera, medico, hay que aceptarlo sin criterio y violando los canales regulares., ahora los criterios han cambiado. Llega un momento que uno no sabe cómo hacer las cosas: predomina el tráfico de influencias: Es hijo de un doctor, enfermera, etc. La medicina no es igualitaria, aquí el trato de los	Tráfico de influencias Escasez de recursos.

pacientes no es el mismo. Ahora resuelvo lo que pueda, no hay electrocardiograma, y eso no le importa a nadie, hay que mandar los exámenes prioritarios a la calle.	
Consideran los problemas medico legales, por mala praxis en estas condiciones.	Temor a las demandas legales
El jueves no operaron al paciente y vino el director a reclamar porque no lo habían operado. Se queja de la mala atención de los médicos interconsultantes y las continuas llamadas del director. “ la política es una cosa seria”	Presión laboral del Director y entorno
Ni contar con mi primera guardia, tenía miedo, por las interconsultas, y cuando me vi en la necesidad de realizar una vía central, yo sentía que me moría. Me temblaban las piernas, las manos, era mi primer procedimiento de este tipo, y me sentí peor, cuando falle en el intento.	Inseguridad falta de experiencia Temor al fracaso.
Refiere mucho malestar por el ingreso de un paciente de un centro privado, muy grave, sin referencias, exámenes, ni antecedentes, no enviaron informe médico. “Me sentí muy mal, no sabía qué hacer. “ la paciente murió”	deficiente sin exámenes Sin informe médico.
Categoría: Medicina Interna (R2) Código Ambiente de trabajo Texto	Propiedades
Creí que iba a ser diferente cuando yo estudiaba medicina era diferente, había respeto hacia los especialista, se respetaba la jerarquía, y había respeto entre los R3.	Hostil Irrespeto a los superiores y compañeros de estudios.
Ahorita no respetan a los profesores, discuten y se descalifican, Pelean delante de los pacientes y sus familiares, antes no era así.	Discusiones y descalificación de los profesores hasta delante de los familiares.
Ahorita no respetan a los adjuntos, a sus compañeros ni cumplen las normas	Incumplimiento de normas
Ahora llegan tarde, no les importa nada porque las recriminaciones son para los R1, no hay consideración con los R1.	Incumplimiento en el horario. Desconsideración y recriminación con los R1
¿Sientes apoyo de tus compañeros? Apoyo de los R1, apoyo parcial de los R3 y los R2 es variable. Hay enemistad entre los R3, si uno le pregunta a otro R3 que no es del equipo se forma un rollo, si estas en el grupo contrario.	Apoyo de los R1 , Parcial de los R3 Y R2 Relaciones interpersonales disfuncionales entre los R3.Discordia entre los R3. Conflictos entre los grupos de guardia.
Hay muchos problemas personales, ¿es una locura la emergencia	Predominio de problemas personales. ¿es una locura la emergencia
Como está Rx? Hoy no hay, siempre se daña la maquina, otras por falta	Falta de Rx.: Por equipo dañado o falta de material.

de material.	
¿Equipos diagnósticos? No tenemos electrocardiograma en el hospital, como no hay electrocardiograma, cuando llega un infarto se refiere.	Falta de equipos diagnósticos: Electrocardiograma Referencia de pacientes por falta de equipos.
Ahora todo es una imposición, no hay derecho a postguardia. No hay respeto, te insultan delante de los familiares del paciente, no hay respeto, no hay mística, muy feo Los jefes castigan las faltas pero no cumplen ellos, llegan tarde, hay muchas cosas que no funcionan.	Impositivo Irrespeto delante de los pacientes y familiares de estos Hostil. Sin mística Castigo por faltas, No se educa con ejemplo.
¿Tráfico de influencia? Bueno si, imagínese que ahorita tenemos una paciente diabética, sin patología, sin indicación ninguna de hospitalización e ingresa por orden de la dirección (Por escrito) y todo porque es hermana de un magistrado de la corte suprema de justicia, mientras le consiguen un asilo. Y de otros servicios por comodidad pasan los pacientes para acá y no vienen a verlos.	Uso indebido de las instituciones de salud, salud por parte de la Dirección del Hospital. Influencia de los magistrados de la corte. Discriminación con los ancianos.
Categoría: Medicina Interna (R2) Código Praxis medica Texto	Propiedades
¿Porque decidiste por el postgrado de medicina? Por experiencia en la especialidad, ya tengo 2 años de residencia en medicina y siempre me gustó la clínica.	Gusto por la medicina interna. Experiencia en la especialidad
Los pacientes se están tratando con pura clínica. ¿Los exámenes de laboratorio? Crisis! La semana pasada no había reactivo para hacer los exámenes de laboratorio,	Falta de exámenes de laboratorio y equipos diagnósticos. Crisis
El trabajo no es igual, después de una guardia tormentosa, no hay postguardia y de paso nos tenemos que quedar el día que amanecemos, hasta las 3pm, trabajando, para luego ir a clase.	Guardia tormentosa Sobrecarga laboral Trabajo prolongado ininterrumpido
Categoría: Medicina Interna (R2) Código Praxis docente Texto	Propiedades
¿Y la docencia como está? Estamos bien, si hay cumplimiento de las clases. A veces no se dan cuenta de la gran carga asistencial y entonces tenemos varias clases al mismo día, revista, presentación de casos	Falta de coordinación de la docencia por parte de los profesores. Sobrecarga docente. Sobrecarga asistencial
¿Y el cumplimiento por parte de los residentes? No hay, no hay responsabilidad de los residentes que no van, llegan tarde	Falta de compromiso y responsabilidad con la docencia
Categoría: Medicina Interna (R2) Código Apoyo institucional Texto	Propiedades
Apoyo de la UC? No tenemos ningún apoyo. A veces inician clase y no nos avisan, falta comunicación y	Ausencia de apoyo Incomunicación e

coordinación.	incoordinación
Categoría: Obstetricia (R2) Código Ambiente de trabajo Texto	Propiedades
Aquí estamos estresados, no hay quirófano., imagínese lo que pasó, se metieron a operar una emergencia y dejaron encendida una lámpara de rayos ultravioleta y todo el personal de quirófano tuvieron quemadura de cornea: Cirujanos, obstetra, enfermeras, camareras y anestesiólogo., están de reposo	Estresante Ausencia de quirófano operativo. Accidentes laborales en el personal médico y paramédico por decidía.
Las relaciones de trabajo son en equipo, hay compañerismo, soy muy tranquila, a veces inconvenientes de trabajos por complicaciones de los pacientes y cuidado.	Trabajo en equipo. Compañerismo. Recriminación por descuido en la praxis medica
¿Cómo son las condiciones del hospital? No hay sala de parto adecuada, solo 2 camas de parto y una cama para atender parto.	Falta de recursos Inadecuado. Sala de parto inadecuada E insuficiente
¿Si dos mujeres se le presenta el parto al mismo tiempo? Una pare en la cama.	Atención obstétrica restringida por falta de instalaciones adecuadas.
No hay quirófano disponible, antes se operaba sin aire acondicionado los quirófanos las que no se podían referir	Falta de quirófano con aire acondicionado. Atención de emergencias absoluta
El sábado llegó una emergencia absoluta y no se podía operar porque el quirófano estaba ocupado por una emergencia de cirugía (Tiroteado) , era un embarazo múltiple, la paciente hipertensa grave, bueno y la tuvimos que atender en sala de parto, por vía vaginal, rogando a dios que no hiciera un ACV	Emergencia absoluta Quirófano no disponible. Embarazo múltiple Paciente hipertensa. Atención inadecuada. Riesgo elevado. Complicaciones y muerte.
No se puede atender más de un parto ni se pueden ingresar pacientes que ameriten observación, ni inducción de parto. Ya que una inducción mínimo son 6 horas y no se puede ocupar la cama y, si falla la inducción hay que operar y no se puede,	Atención médica restringida. No ingreso de pacientes que ameriten observación. Imposibilidad de intervención ante complicaciones de las pacientes.
No se puede atender más de un parto ni se pueden ingresar pacientes que ameriten observación, ni inducción de parto. Ya que una inducción mínimo son 6 horas y no se puede ocupar la cama y, si falla la inducción hay que operar y no se puede,	Atención médica restringida. No ingreso de pacientes que ameriten observación. Imposibilidad de intervención ante complicaciones de las pacientes.
¿Material médico quirúrgico? Hay porque no se usa, faltan récipes, papelería, usamos material de reciclaje para hacer las indicaciones	Déficit de papelería. Ausencia de récipes médicos
No se están haciendo Ecografías. El eco estaba dañado, lo repararon, pero no hay ambiente adecuado para colocarlo. El ecógrafo es un equipo indispensable día a	Deficiencia de equipos diagnósticos. Falta de Ecografía

día, Es un recurso diagnóstico en obstetricia	
¿Y laboratorio como está? Bueno lo exámenes se pueden hacer un día sí y el otro no, hay días en que no hay nada y si lo amerita hay que mandarlo a hacer en privado	Realización de exámenes de laboratorio de forma irregular
¿Y Rx? No hay problemas en el día , en la noche el personal técnico no viene	Estudios de Rx. inoperantes en las noches. Ausencia del personal técnico
¿Tráfico de influencias? De la Dirección del Hospital, cuando referimos pacientes por las condiciones de trabajo y van a la dirección, Hay que hacerlo aunque no se pueda, dicen que es orden de arriba. En estos días nos obligaron a operar a una paciente y se complico toda y los familiares estaban arrepentidos por eso, pero nos echaron la culpa.	Tráfico de influencia por parte de la dirección del Hospital. Presión laboral Falta de respeto al personal médico. No se respetan los criterios de los médicos. Falta de sinceridad con la problemática hospitalaria por parte de directiva
Categoría: Obstetricia Código Apoyo institucional Texto	Propiedades
Siente apoyo del IVSS? Aquí si hablas te botan, un día vino la prensa y los dejamos pasar, y tomaron represalias y la Dra. X la mandaron a tomar antioxidantes, que no tenía memoria. A partir de allí nos han perseguido. Control estricto de horario, pase de lista. Universidad de Carabobo ¿Y la Universidad? Se hace la vista gorda, nunca participa, no hay apoyo, no existimos. Indiferencia total. No tenemos problemas con las comisiones coordinadoras. En cuanto a las clases, pero no nos apoyan, nos dejan a la deriva	Hostil Intimidación Irrespeto al personal médico. Acoso a los residentes. Control de horario Indiferencia Ausencia de apoyo Abandono y falta de apoyo de las comisiones coordinadoras
Categoría: Obstetricia Código Praxis Medica Texto	Propiedades
¿Que expectativas tienes? Me veo trabajando, atendiendo partos, cesáreas, tratando de hacerlo bien	Buen desempeño profesional como obstetra, atendiendo bien (partos, cesáreas, partos, cesáreas)
Se están refiriendo todas las pacientes, excepto las que verdaderamente no se pueden referir y se le explica al familiar todos los riesgos que están asumiendo	Referencia de pacientes a otros centros hospitalarios. Emergencias absolutas previo consentimiento informado
El equipo de colposcopia no se usa en la consulta de ginecología, solo se toma la muestra y se envía a privado a procesar.	Falta de colposcopia
No hay test de reactividad fetal, aparato dañado desde	Falta de equipo de reactividad

hace un año.	fetal
Categoría: Obstetricia Código Condiciones Laborales Texto	Propiedades
El salario no equivale al trabajo y responsabilidad, un diputado, o empleado de PDV ganan más de 20 millones, y a nosotros no subieron el 30% que ya se lo comió la inflación (2.800), no alcanzan, no podemos dar inicial de casa, o carro y somos médicos, en cambio los cubanos ganan 6 millones.	Inconformidad con el salario. Salario medico no acorde con otras profesiones.
Categoría: Traumatología Código Ambiente de trabajo Texto	Propiedades
Bueno si, sin embargo falta material de síntesis, fijadores, es decir equipos de choque inmediato para estabilizar las fracturas.	Ausencia de material de síntesis. Fijadores. Déficit de equipos para resolver emergencias de inmediato. Material para estabilizar las facturas.
Bueno, exámenes de laboratorio, intermitente los de rutina, hay ciertos exámenes que no se hacen por ejemplo Bacteriología, y siempre hay que mandarlos a centros privados	Discontinuidad en los exámenes de rutina. Ausencia de exámenes especiales (Bacteriología).
Rx., Normalmente no hay, cuando no es por una cosa es por otra.	Estudios radiológicos deficientes por múltiples causas
Categoría: Traumatología Código Praxis médica Texto	Propiedades
Muchas veces solo, no hay adjunto a cuerpo presente y cuando hay una emergencia que resolver muchas veces se hace aquí abajo en la emergencia, cuando debieran hacerse en quirófano, lo hace los R3. A veces llamamos por teléfono al adjunto cuando el caso amerita discusión.	Ausencia de adjuntos durante la guardia. Resolución de las emergencias en sitio inadecuados Discusión telefónica de casos muy grave
Miedo con los Traumatismos craneoencefálicos graves y niños, cuando aquí no se hace un estudio y hay que mandarlo hacer a otro centro. No poder resolver los casos	Miedo en casos muy graves y niños. Incertidumbre por referencia a otros centros los casos graves por falta de exámenes.
Bueno en el caso de ellos es distinto, porque el tercer año es de práctica de casos importantes y ahorita no los tienen por falta quirófano. También a veces la condición medica los pacientes y la falta de tomografía.	Falta de quirófanos. Falta de equipos diagnósticos(Falta de tomografía)
Categoría: Traumatología Código Praxis docente	Propiedades

Texto	
Bueno estoy en primer año, si resuelvo casos sencillos. Además mi papa es traumatólogo y a veces lo ayudo en las operaciones aprendo con el	Enseñanza del padre. Aprendizaje del padre Resolución de casos sencillos.
Bueno yo estoy en el primer año y lo q no sé, le pregunto al R” y R3, ellos me apoyan. Recibimos clases con regularidad	Apoyo en el aprendizaje por los residentes de mayor jerarquía. Docencia con regularidad

3.3.1.3 BÚSQUEDA DE LA ESENCIA Y ESTRUCTURA

FASE 3: BÚSQUEDA DE LA ESENCIA Y ESTRUCTURA

1. CATEGORÍA EMERGENCIA
Ambiente laboral de la emergencia
No sirve, es inadecuado hay carencia de recursos humanos y materiales por una gerencia
Para evitar la sobrecarga laboral la responsabilidad debe ser compartida
La gerencia ineficiente genera escasez de recursos.
En la emergencia los residentes tienen sobrecarga laboral y escasez de recursos lo cual puede incidir en una praxis médica de calidad
Las condiciones de caos a nivel de la emergencia hace que los residentes no se enamoren de la especialidad
Praxis Docente.
La forma no tangible, como se cumple la docencia, en esa área
2. CATEGORIA CIRUGIA
Apoyo institucional
La universidad debe apoyar a los postgrados
La UC debe prestar igual atención al pre y postgrado
El IVSS solo le interesa que los residentes trabajen, sin contar con la calidad del mismo, no cumple con el compromiso de formar recursos humanos altamente calificados
Praxis médica se debe hacer con conocimiento, conciencia, responsabilidad y para realizar las intervenciones quirúrgicas con criterios diagnósticos, y ética, para minimizar los errores
En la praxis médica debe ser sin presiones laborales, predominando los criterios clínicos, apoyados con los exámenes paraclínicos y debe tomarse en cuenta la opinión del residente tratante.
En la praxis médica debe ser sin presiones laborales, predominando los criterios clínicos, apoyados con los exámenes paraclínicos y debe tomarse en cuenta la opinión del residente tratante.
En la praxis médica deben predominar los criterios médicos y la ética
El médico debe contar con los recursos para el manejo oportuno de las patologías para tener seguridad
Ambiente de trabajo debe estar bien dotado de acuerdo a los estándares internacionales establecidos, para atender todas las patologías (Emergencias y electivas).
No debe existir hostilidad por parte de las autoridades del IVSS, ante los reclamos de los residentes por la escasez de recursos diagnósticos, terapéuticos, e inadecuadas condiciones de trabajo.
No debe existir discriminación en la atención de los pacientes.
Ambiente de trabajo debe ser sin angustias y sin estrés
La guardia le genera estrés por casos complicados
No debe existir discriminación en la atención de los pacientes.
Deben las condiciones para el desempeño profesional, cumplirse con las normas establecidas a nivel internacional, que garanticen un ambiente grato, y cónsono con las necesidades.
Deben las condiciones para el desempeño profesional, cumplirse con las normas

establecidas a nivel internacional, que garanticen un ambiente grato, y cónsono con las necesidades
3. CATEGORIA MEDICINA(R₃)
Medicina praxis medica
Para el desempeño profesional hay que estar motivado y tener conocimiento
No deben haber errores por decidía.
La praxis médica debe ser con ética, conocimiento y conciencia
Deben impartir conocimiento y apoyar a R1 y R2 cuando lo ameriten
En la praxis médica debe existir compromiso, responsabilidad y hacer las cosas formalmente establecidas completas, de acuerdo a los estándares de calidad. Debe estar dotada el área de trabajo para el manejo de todas las patologías
Praxis docente debe ser coordinada, supervisada además el docente debe estar pendiente por el proceso de aprendizaje.
La praxis docente los profesores deben ser responsable por impartir sus clases y deben cumplir el programa y culminación del trabajo de grado
La praxis docente los profesores debe ser responsable por impartir sus clases y deben cumplir el programa y culminación del trabajo de grado.
LA Praxis docente debe existir estrategias docentes que garanticen la calidad del aprendizaje y no se debe limitar al cumplimiento del periodo.
En la praxis docente debe haber supervisión, niveles de exigencias que garanticen el cimiento.
Ambiente de trabajo
El concepto de ambiente aceptable Se caracteriza por disciplina y orden
Los residentes de mayor jerarquía (R3), deben estar apoyando y supervisando a los de menor jerarquía.
El ambiente de trabajo debe estar bien dotado, que no falten los recursos para la praxis médica.
No debe existir la decidía en el manejo de los equipos
Todos los hospitales tipo cuatro deben tener todos los servicios: Anatomía, Patológica, Tomógrafo, Ecografía, para los estándares internacionales establecidos
En el ambiente de trabajo existe escasez de recursos, por falta de equipos diagnósticos y terapéuticos fallecen los pacientes, por lo tanto los centros de salud deben estar bien dotados.
Manejo de recursos. Utilización racional de los recursos.
El concepto de ambiente aceptable Se caracteriza por disciplina y orden
Los residentes de mayor jerarquía (R3), deben estar apoyando y supervisando a los de menor jerarquía.
El ambiente de trabajo debe estar bien dotado, que no falten los recursos para la praxis médica.
No debe existir la decidía en el manejo de los equipos
Todos los hospitales tipo cuatro deben tener todos los servicios: Anatomía, Patológica, Tomógrafo, Ecografía, para los estándares internacionales establecidos
En el ambiente de trabajo existe escasez de recursos, por falta de equipos diagnósticos y terapéuticos fallecen los pacientes, por lo tanto los centros de salud deben estar bien dotados.
Manejo de recursos.

Utilización racional de los recursos.
Los médicos deben tener una remuneración acorde con su profesión y responsabilidad
Apoyo institucional deben tomar en cuenta la opinión, sus creencias, sus sentimientos de los participantes de postgrado.
4. CATEGORIA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
Ambiente de trabajo en uci
Las referencias de pacientes de otras instituciones son inadecuadas
El ambiente de trabajo en la UCI es hostil y genera temor
Ambiente no grato
La emergencia está colapsada y genera caos
Ambiente trabajo ruidoso
Anarquía por abuso de autoridad y predominio de intereses personales sobre los colectivos.
Presión laboral y violación de las normativas
Medicina no igualitaria
Van desde la comprensión, compasión hasta la tristeza y depresión.
Praxis medica
Sin interrupción inoportuna
El desempeño profesional produce temor a las demandas medico legales
En la UCI el desempeño profesional está afectado por interés político.
En los residentes la falta de experiencia en el desempeño profesional produce Temor al fracaso.
5. CATEGORIA MEDICINA INTERNA (R₂)
Ambiente de trabajo
El postgrado de medicina debe existir respeto a la jerarquía y entre los residentes sin embargo existe irrespeto a la jerarquía, discordia e incumplimiento de las normas
El postgrado de medicina debe existir respeto a la jerarquía y entre los residentes sin embargo existe irrespeto a la jerarquía, discordia e incumplimiento de las normas
El residente de postgrado de mayor nivel debe ser puntual, considerado, y tener trato humano para los R1. Sin embargo aquí predomina el incumplimiento de los horarios de clase, desconsideración y recriminación para los R1
Debe existir cordialidad, buenas relaciones y apoyo entre los diferentes equipos de guardia
Debe existir cordialidad, buenas relaciones y apoyo entre los diferentes equipos de guardia.
El equipo de Rx. debe estar siempre operativo, debe existir material suficiente.
Deben existir equipos de electrocardiograma en todo el hospital que garanticen la atención médica.
En el ambiente laboral debe existir mística, respeto y predicar con el ejemplo.
Debe existir un uso racional y adecuado de los recursos por parte de los Directivos. Debe predominar la equidad y criterios de ingreso de pacientes.
Praxis medica
Para hacer el postgrado de medicina interna, hay que gustarle y tener conocimiento en la especialidad
Deben existir todos los equipos médicos y los servicios de laboratorio continuamente que garanticen una adecuada Praxis medica
Deben disfrutar el descanso después de una guardia, debe existir equilibrio en las actividades asistenciales.

Praxis docente
Debe existir coordinación entre las actividades asistenciales y las actividades académicas.
Debe existir compromiso y responsabilidad con la actividades docente por parte de los residentes.
Apoyo institucional
Ausencia de apoyo
Incomunicación e incoordinación
Temor al fracaso en su desempeño profesional.
El desempeño profesional produce temor a las demandas medico legales
Desempeño afectado por interés político.
6. CATEGORIA OBSTETRICIA
El ambiente de trabajo debería se apacible, tranquilo y cuidadoso por el cumplimiento de las normativas de seguridad laboral, En este centro el ambiente de trabajo es estresante y existen accidentes laborales por decidía.
Durante el desempeño profesional, debe trabajarse en equipo, con compañerismo realizando el trabajo cuidadosamente para evitar complicaciones
En este hospital el ambiente de trabajo es inadecuado y falta de recursos, debe existir una sala de parto que cumpla con las normas establecidas para una atención obstétrica de calidad.
El ambiente de trabajo no es adecuado y debe tener las condiciones que garanticen una atención de calidad
El ambiente de trabajo no es adecuado y debe tener las condiciones que garanticen una atención de calidad
El ambiente de trabajo no es adecuado y debe tener las condiciones que garanticen una atención de calidad
El ambiente de trabajo no es adecuado y debe tener las condiciones que garanticen una atención de calidad
El ambiente de trabajo no es adecuado y debe tener las condiciones que garanticen una atención de calidad
En este hospital no hay recursos para la praxis médica, pero debe contar con material de papelería y récipes para las indicaciones médicas.
Si estamos en contra de las autoridades nos acosan., debe existir libertad de expresión y respeto por el personal médico sin antagonismo
No hay recursos ni ambiente adecuado, el ambiente de trabajo debe ser adecuado y estar dotado con los equipos y material diagnósticos y terapéuticos necesarios para la práctica diaria en las pacientes obstétricas y garantizar un mantenimiento adecuado de los mismos.
El laboratorio del hospital no funciona adecuadamente, el debe garantizar diariamente todos los exámenes necesarios para el diagnostico y tratamiento de las pacientes obstétricas. laboratorio
El servicio de Rx. funciona irregularmente, cuando debe estar garantizada la presencia del técnico de Rx., en horarios diurnos y nocturnos.
Presión laboral por parte de la dirección del hospital que obliga a los médicos a realizar la praxis médica a pesar de no existir las condiciones aun cuando debe existir equidad y ética con la atención de los pacientes.
Apoyo institucional
Debe existir apoyo, participación y preocupación por los postgrados
Condiciones laborales
El médico está mal remunerado a pesar de su alta responsabilidad y desempeño al igual que otras profesiones sin discriminación política ni ideológica.

Praxis medica
El ejercicio de la especialidad debe hacerse con calidad.
Existe muy poco trabajo, el hospital, debería estar funcionando adecuadamente que permita atender a todos los pacientes a fin de incrementar la praxis médica necesaria para la formación de los especialistas...
No hay condiciones para atender las pacientes.
La praxis médica en obstetricia no es adecuada
La praxis médica en obstetricia no es adecuada
7. CATEGORIA TRAUMATOLOGIA
Praxis docente
Yo aprendo con mi padre lo que no me enseñan en el postgrado
Apoyo docente por parte de los residentes de mayor jerarquía.
Ambiente de trabajo
Ausencia de material de síntesis. Fijadores. Déficit de equipos para resolver emergencias de inmediato. Material para estabilizar las facturas.
Discontinuidad en los exámenes de rutina. Ausencia de exámenes especiales (Bacteriología).
Estudios radiológicos deficientes por múltiples causas
Praxis medica
Los especialistas deben hacer guardias a cuerpo presente para una praxis médica de calidad.
El desconocimiento del manejo de la situación por falta de recursos y orientación
Los residentes del último año de formación tienen una praxis médica deficiente por falta de quirófano y equipos diagnósticos.

3.3.1.4 BÚSQUEDA DE LA SIGNIFICACIÓN

FASE 4: BÚSQUEDA DE LA SIGNIFICACIÓN

Noemas en los médicos residentes de los postgrados clínicos

En la búsqueda de la significación exploramos el contenido de la conciencia de los sujetos de estudio. Estos contenidos se denominan noemas. El noema es como el blanco de la intencionalidad noética. El noema posee también una cierta, materia, el llamado núcleo noemático, pero no se trata de la “capa hilética, sino de una especie de “contenido ideal“. [Ferraz Fayos, Antonio: *Subir: El realismo radical*. Madrid: Cincel, 1987, p. 239].

En resumen como producto de la reflexión y el análisis durante esta fase de investigación se pudo contrastar las noemas surgidos durante esta etapa investigativa en los residentes de los postgrados clínicos de medicina interna, Traumatología, Cirugía, obstetricia y cuidados intensivos.

Significados (Noemas)

Los residentes del postgrado de medicina interna:

Las largas jornadas de trabajo, guardias estresantes, la atención de los pacientes con escasez de recursos diagnósticos terapéuticos, sobrecarga laboral, Todo estas circunstancias, pudiera generar estrés, que afecte el ejercicio de su praxis médica y formación académica.

De acuerdo a sus noemas, éstos son los aspectos que deben estar presente para hacer el postgrado de medicina interna:

-Gusto por la medicina interna y tener conocimiento en la especialidad
Respeto.

Coordinación entre las actividades asistenciales y la actividad académica.

Apoyar la jerarquía y entre los residentes. Sin embargo no existe respeto a la jerarquía, cordialidad y cumplimiento de las normas.

El residente de postgrado de mayor nivel debe ser puntual, considerado, y tener trato humano para los R1

Debe predominar el cumplimiento de los horarios de clase, consideración y no recriminación para los R1.

Apoyo, coordinación y comunicación por parte de la Universidad con los residentes.

Deben estar dotados de todos los equipos médicos y los servicios de laboratorio indispensables que garanticen una adecuada praxis médica.

Disfrutar el descanso después de una guardia.

Equilibrio en las actividades asistenciales.

En el ambiente laboral debe existir mística, respeto y predicar con el ejemplo.

Un uso racional y adecuado de los recursos por parte de los Directivos.

Predominar la equidad y criterios de ingreso de pacientes. Sin embargo en el ambiente laboral de los residentes de medicina interna ocurre todo lo contrario, lo cual genera un conflicto o choque entre sus noemas y el ambiente de trabajo.

Apoyo entre los residentes, trabajo en equipo.

Cordialidad, buenas relaciones y apoyo entre los diferentes equipos de guardia.

Compromiso y responsabilidad con la actividades docente por parte de los residentes.

El equipo de diagnóstico deben estar siempre operativos, debe existir material suficiente en todo el hospital que garanticen la atención médica.

Apoyo, coordinación y comunicación por parte de la Universidad con los residentes. Hospital Residentes de tercer año de Medicina-

El ambiente de trabajo debe existir orden y disciplina.

Los residentes de mayor jerarquía deben apoyar a los de menor jerarquía

Debe estar bien dotado que no falten recursos diagnósticos y terapéuticos para la praxis médica, que garanticen el éxito en el manejo de los pacientes.

Todos los hospitales tipo cuatro deben tener todos los servicios: Anatomía, Patológica, Tomógrafo, Ecografía, para los estándares internacionales establecidos.

No debe existir deficiencia en el manejo de los equipos por parte del personal asistencial y técnico y buena remuneración para evitar conflictos por falta de beneficios.

2. Residentes de tercer año de cirugía: esta fase es un momento apto para proporcionar al médico habilidades, destrezas y recursos que le permitan no sólo desempeñar una excelente praxis sino poder controlar los niveles de estrés a los que se ve sometido en el ejercicio de su profesión.

No debe existir:

Discriminación en la atención de los pacientes.

El desempeño profesional debe cumplirse con las normas establecidas a nivel internacional, que garanticen un ambiente grato, y cónsono con las necesidades.

El médico debe contar con los recursos para los manejos oportunos de la patología que le de seguridad durante su desempeño.

Desigualdad en la atención de los pacientes

No debe existir hostilidad por parte de las autoridades del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), ante los reclamos de los residentes por la escasez de recursos diagnósticos, terapéuticos, e inadecuadas condiciones de trabajo.

La guardia no debería generar estrés por casos complicados.

Estar bien dotado de acuerdo a los estándares internacionales establecidos, para atender todas las patologías (Emergencias y electivas): Sin embargo en el ambiente de trabajo existe un choque entre el ser y el deber ser. Residentes de Traumatología: En su ambiente de trabajo enfrenta diferentes dimensiones que integran la complejidad de los problemas quirúrgicos del trauma y la cirugía ortopédica, esto implica, que el ambiente de trabajo debe estar dotado de material médico quirúrgico, equipos diagnóstico y terapéuticos, con una gerencia eficiente que supervise y garantice el funcionamiento hospitalario que permita una atención adecuada, eficiente y oportuna a los pacientes, en este hospital hay deficiencia de material médico quirúrgico y equipos diagnósticos y terapéuticos, con mal funcionamiento de los servicios diagnósticos auxiliares radiología desarrollando su trabajo con alto nivel de humanismo, ético y visión futurista y laboratorio que hacen que la atención medica sea cada día más precaria.

Ambiente de Trabajo en la Unidad de cuidados intensivos (UCI)

El residente de Medicina crítica de enfrenta el uso de la tecnología, la práctica de procedimientos invasivos, luchar con la muerte y desarrollar su trabajo con alto nivel de humanismo, ético y visión futurista, siendo imperativo que el ambiente de trabajo debe caracterizarse por:

Un ambiente de trabajo con ausencia de acoso psicológico y amenazas.

El ambiente de trabajo en la Unidad de cuidados intensivos (UCI), no debe ser hostil ni genera temor.

No debe existir escasez de recursos

Debe ser adecuado.

No debe existir tráfico de influencias.

Ausencia de presión laboral y violación de las normativas.

No debe existir tráfico de influencias del personal, médico, enfermería

Ambiente de trabajo en emergencia:

El Ambiente laboral en emergencia debe ser adecuado

No deben existir deficiencias de material diagnóstico y terapéutico

Debe existir responsabilidad compartida

Existir sensibilidad por parte del personal de enfermería,

Los residentes No deben tener sobrecarga laboral

El Caos a nivel de la emergencia, incide en una praxis médica deficiente por parte de los residentes, cuando debería estar dotado de todos los recursos humanos y materiales de acuerdo a los estándares internacionales que garanticen una labor docente asistencial con disposición todo esto unido a desmotivación de los médicos, genera activación del cerebro reptil, cuando el docente le dice: no sirves, no pasas, y el límbico en vez de despertar amor se despierta desprecio por la especialidad.

Ambiente de trabajo en obstetricia

Estos médicos llevan a cabo su ejercicio laboral principalmente entre sala de parto, admisión y quirófano, que son lugares aislados del ambiente externo debido al riesgo de elementos bacteriano y la condiciones propias de la

paciente obstétrica que manejan, enfrentando la responsabilidad en la atención del binomio madre-hijo .por lo cual el ambiente de trabajo debería ser:

El ambiente debería ser apacible, tranquilo y cuidadoso por el cumplimiento de las normativas de seguridad laboral, En este centro el ambiente de trabajo es estresante y existen accidentes laborales por decidía.

Durante el desempeño profesional, debe trabajarse en equipo, con compañerismo realizando el trabajo cuidadosamente para evitar complicaciones

Debe existir libertad de expresión y respeto por el personal médico sin antagonismo.

En este hospital el ambiente de trabajo es inadecuado y falta de recursos, debe existir una sala de parto que cumpla con las normas establecidas para una atención obstétrica de calidad.

El ambiente de trabajo no es adecuado y debe tener las condiciones que garanticen una atención de calidad.

En este hospital no hay recursos para la praxis médica, pero debe contar con material de papelería y récipes para las indicaciones médicas.

Si se está en contra de las autoridades nos acosan, No hay recursos ni ambiente adecuado, el ambiente de trabajo debe ser adecuado y estar dotado con los equipos y material diagnósticos y terapéuticos necesarios para la práctica diaria en las pacientes obstétricas y garantizar un mantenimiento adecuado de los mismos.

El laboratorio del hospital no funciona adecuadamente, el debe garantizar diariamente todos los exámenes necesarios para el diagnóstico y tratamiento de las pacientes obstétricas.

El servicio de Rx. funciona irregularmente, cuando debe estar garantizada la presencia del técnico de Rx., en horarios diurnos y nocturnos. Presión laboral por parte de la dirección del hospital que obliga a los médicos a realizar la praxis médica a pesar de no existir las condiciones aun cuando debe existir equidad y ética con la atención de los pacientes.

SIGNIFICACIÓN DEL APOYO INSTITUCIONAL

Las instituciones responsables de la formación de los residentes de los postgrados clínicos de la Facultad de Ciencias de la Salud del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde, (HUAL), descuidan su misión en la formación del recurso humano de los postgrados clínicos de medicina, cirugía, obstetricia, anestesiología, pediatría y medicina crítica. El instituto Venezolano de los Seguros Sociales, se dedican a velar por la cantidad de trabajo que realizan los residentes haciendo caso omiso a la calidad, Por otra parte la Universidad de Carabobo tiene una comunicación deficiente con estos postgrados, lo cual influye en la coordinación y supervisión de los mismos.

SIGNIFICACIÓN DE LA PRAXIS DOCENTE

Si la supervisión y la coordinación no es adecuada la praxis docente se manifiesta por bajo nivel de exigencia, cooperación y docencia entre los residentes de mayor jerarquía, todo esto produce sobrecarga laboral, a esto se suma la escasez de recursos.

Praxis docente en traumatología:

La praxis docente en los postgrados clínicos se realiza con poco nivel de exigencia, no se cumple con lo establecido en el diseño curricular. Es importante destacar el apoyo en el aprendizaje que deben realizar los especialistas durante las guardias a fin de garantizar el aprendizaje y la sobrecarga laboral.

Praxis docente en UCI:

La praxis docente en los residentes del postgrado de medicina crítica está limitada por la escasez de recursos, lo cual incide en el cumplimiento de lo establecido en el diseño curricular.

Praxis docente en el servicio de emergencia

Hay falta de recursos humanos, materiales, recursos diagnósticos y terapéuticos a nivel de las emergencias, Esta condición de caos a nivel de la emergencia hace que los residentes no se enamoren de la especialidad dificultando la praxis docente.

Praxis docente en el servicio medicina:

El ejercicio de la praxis docente en medicina está limitado por la falta de coordinación, supervisión, responsabilidad, niveles de exigencias y estrategias docentes que garanticen la calidad del aprendizaje y cumplimiento del diseño curricular.

Praxis docente en el servicio obstetricia

En esta organización de salud el aprendizaje es difícil dado por la escasez de recursos y el caos reinante en el ambiente laboral, los residentes no se acercan a sus compañeros para aprender de ellos, sino que aprende de sus propios errores, rechaza la experiencia de los demás. Adquieren poca retroalimentación (feedback) en su desempeño, no existe coordinación, supervisión, responsabilidad y niveles de exigencia, todo esto coincide con los síntomas de una organización enferma.

La escasez de recursos para el ejercicio de la labor docente hace que la condición de caos a nivel de la emergencia los residentes no se enamoren de la especialidad,

SIGNIFICACION DE LA PRAXIS MÉDICA DE LAS ESPECIALIDADES

Práxis médica en los residentes de la emergencia

Durante el desempeño profesional de los residentes de los postgrados clínicos en su etapa de formación, tienen a nivel de la emergencia del hospital una sobrecarga laboral y una escasez de recursos que no garantizan una praxis médica de calidad. Esta debería ser ejercida con ética, conocimiento, valores, responsabilidad, compromiso, y hay que estar motivado, sin decidía, cumplir con las normas formalmente establecida, de acuerdo a los estándares de calidad establecidos.

Práxis médica en los residentes de las especialidades cirugía general:

Al analizar la praxis médica se puede ver los síntomas de una organización enfermiza dado por : una praxis médica inadecuada, el personal se retira o se inculpan mutuamente, generalmente, el conflicto es ocultado y manejado por políticas de la jefatura o de otros artificios , o hay interminables e irreconciliables argumentos. A pesar de de la escasez de ambientes adecuados, dotación de materiales médicos y equipos diagnósticos para el desempeño profesional eficiente y oportuno, el IVSS(Gerencia) no hace nada para evitarlo ocultando y encubriendo los errores y problemas que habitualmente existe, la inconformidad por una praxis médica de calidad es vista con malos ojos, cuando el desempeño profesional debería estar garantizado por un ambiente adecuado y una dotación de acuerdo a los estándares internacionales que permitan un

desempeño profesional de los residentes de postgrado con conocimiento, conciencia, responsabilidad, con criterios diagnósticos, ética, minimizar los errores y con la asesoría de los especialistas.

La praxis médica en los residentes de tercer año (R₃) de medicina

Esta presenta síntomas de una organización enfermiza ya que existe un bajo grado de colaboración, no hay mucha disposición a prestar ayuda, la ayuda mutua es deficiente, y cuando compiten entre sí lo hacen en grado máximo para obtener metas personales, desconfían de los motivos entre ellos y hablan mal del otro y el jefe permite todo esto, La praxis médica debe ser ejercida con ética, conocimiento, valores, con responsabilidad, compromiso, con motivación, sin decidía, y cumplir con la normas formalmente establecidas, de acuerdo con los estándares de calidad establecidas.

La praxis médica en los residentes de obstetricia:

El desempeño profesional de los residentes de gineco-obstetricia está limitada por la falta de quirófanos, de equipos diagnósticos, presión laboral y funcionamiento inadecuado de los servicios auxiliares: Rx., laboratorio, incumplimiento de las normas de bioseguridad, agravado por la falta de apoyo institucional y baja remuneración salarial.

El ambiente de trabajo es estresante, acoso, y la presión laboral por parte de la dirección del hospital, obliga a los médicos a realizar la praxis médica a pesar de no existir las condiciones olvidando la equidad y ética con la atención de los pacientes.

Es un ambiente inadecuado, no se cumplen con las normas de bioseguridad, no hay recursos ni ambiente adecuado. El ambiente de trabajo debe ser adecuado y estar dotado con los equipos y material diagnósticos y terapéuticos necesarios para la práctica diaria. Es decir debe existir una gerencia eficiente que coordine, supervise y garantice una atención de calidad, respetuosa de la libertad de expresión y respeto a los médicos sin antagonismos políticos.

La praxis médica en los residentes de traumatología:

La praxis médica en traumatología se caracteriza por falta de insumos, equipos diagnósticos y terapéuticos, fallas en el cumplimiento, ausencia de especialistas a cuerpo presente durante las guardias que apoyen a los residentes en la resolución adecuada y oportuna de las emergencias, ya que para resolver las emergencia a nivel de quirófano de acuerdo al reglamento el especialista debe estar presente en el hospital. No cumpliéndose con los niveles de exigencias establecidos en el diseño curricular.

La praxis médica en los residentes de la unidad de cuidados intensivos (UCI)

La presión laboral, la falta de experiencia en el desempeño profesional en los residentes de UCI, y la dotación deficiente, genera inseguridad, temor al fracaso y a las demandas médico legales, además de sufrir presión laboral.

La praxis médica en los R₂ medicina:

Para realizar una praxis médica de calidad durante la realización de los postgrados hay que tener gusto por la especialidad, tener conocimiento, y contar con todos los equipos y servicios operativos, disfrutar del descanso

postguardia y la existencia de equilibrio entre las actividades asistenciales y académicas.

SIGIFICACIÓN DE LA CATEGORÍA AMBIENTE DE TRABAJO

Ambiente de trabajo en los residentes de tercer año de medicina.

El ambiente de trabajo en los R-3 de medicina está caracterizado por una dotación deficiente, existe escasez de recursos diagnósticos y terapéuticos que no garantizan el éxito en el manejo de los pacientes. Existe decidía en el manejo de los equipos diagnósticos por parte del personal de esas áreas, falta de disciplina y orden, no existe apoyo de los residentes de mayor jerarquía con los de niveles inferiores, y la remuneración no está acorde con su profesión y responsabilidad.

Ambiente de trabajo en los residentes de primer año de Traumatología:

El ambiente de trabajo en traumatología se caracteriza por falta de insumos, existe deficiencia en la dotación de material médico quirúrgico, equipos diagnósticos y terapéuticos, con mal funcionamiento de los servicios diagnósticos auxiliares como radiología y laboratorio, lo cual hace que la atención médica sea cada día más precaria. Y falta de especialistas a cuerpo presente.

Ambiente de trabajo en los residentes del postgrado de medicina crítica:

En el ambiente de trabajo hay acoso psicológico y amenazas. El ambiente de trabajo en la UCI es inadecuado, con escasez de recursos, hostil, genera temor. La presión laboral, violación de las normativas, administrativo y el tráfico de influencias del personal, medico, enfermería.

Ambiente de trabajo en el servicio de emergencia:

El ambiente laboral es, inadecuado, deficiente, no existe responsabilidad compartida, donde la insensibilidad por parte del personal de enfermería, la

desmotivación, la sobrecarga laboral y el caos imperan en el ambiente de trabajo. Esta gerencia deficiente hace que los residentes se exasperen. Incidiendo esto en una praxis médica deficiente por parte de los residentes, cuando debería estar dotado de todos los recursos humanos y materiales de acuerdo a los estándares internacionales que garanticen una labor docente asistencial con calidad.

Ambiente de trabajo en los residentes de postgrado de segundo año de medicina

Hay escasez de recursos materiales, diagnósticos y terapéuticos. Existe irrespeto a la jerarquía, discordia e incumplimiento de las normas, aquí predomina el incumplimiento de los horarios de clase, desconsideración y recriminación para los R1. Ausencia de apoyo entre los residentes y trabajo en equipo. No existe coordinación entre las actividades asistenciales y la actividad académica. Ausencia de cordialidad, buenas relaciones y apoyo entre los diferentes equipos de guardia. Ausencia de descanso después de una guardia, no existe equilibrio en las actividades asistenciales y académicas

Ambiente de trabajo en los residentes de cirugía

Este es un ambiente inadecuado, que no cumple con a los estándares internacionales establecidos, para atender todas las patologías (Emergencias y electica), esto no le permite al médico contar con todos los recursos para el manejo oportuno y adecuado de los pacientes, en un ambiente de trabajo, armonioso, tranquilo, sin angustias donde no exista discriminación de ningún tipo.

SIGNIFICACIÓN DE LA CATEGORÍA APOYO INSTITUCIONAL

Categoría apoyo institucional en los residentes de tercer año de medicina

Las instituciones formadoras de postgrados clínicos deben tomar en cuenta la opinión, las creencias, y los sentimientos de los participantes de postgrado.

Categoría apoyo institucional en los residentes de segundo año de medicina

Los residentes del segundo año de medicina interna sienten que existe ausencia de apoyo por parte de las instituciones responsables de los postgrados clínicos y falta de comunicación e incoordinación.

Categoría apoyo institucional en los residentes de segundo año de medicina

No existe apoyo, participación y preocupación por los postgrados.

FASE 5: INTERPRETACIÓN DEL FENÓMENO:

EL AMBIENTE DE TRABAJO

Ambiente laboral en el servicio de emergencia

Es inadecuado, deficiente, no existe responsabilidad compartida, insensibilidad por parte del personal de enfermería, la desmotivación, la sobrecarga laboral y el caos imperan en el ambiente de trabajo, esta gerencia deficiente hace que los residentes se exasperen. Incidiendo esto en una praxis docente deficiente por parte de los residentes, cuando debería estar dotado de todos los recursos humanos y materiales de acuerdo a los estándares internacionales que garanticen una labor docente asistencial con calidad.

El ambiente de trabajo en residentes de cirugía:

En este ambiente laboral predomina la hostilidad, decidía. Estrés, discriminación, tráfico de influencias la escasez de recursos, ambiente inadecuado todo esto genera estrés que lleva a los residentes a un agotamiento físico y mental. El ambiente de trabajo debe estar dotado de acuerdo a los estándares internacionales establecidos, para atender todas las patologías (Emergencia y electivas), esto le permitirá al médico contar con todos los recursos para el manejo oportuno de los pacientes., en un ambiente de trabajo, armonioso, tranquilo, sin angustias ni estrés donde no existan discriminaciones de ningún tipo.

Ambiente de trabajo en traumatología

Deficiente dotación de material médico quirúrgico y equipos para resolver los casos de emergencias adecuadamente. En este Hospital no existe material para realizar un trabajo de calidad.

El ambiente de trabajo en UCI

Es inadecuado, hostil, hay escasez de recursos, acoso psicológico, tráfico de influencias y violación de las normativas de parte del personal, y en la emergencia existe escasez de recurso, colapso y caos.

Ambiente de trabajo en obstetricia

El ambiente de trabajo en obstetricia es estresante, hay acoso, y Presión laboral por parte de la dirección del hospital que obliga a los médicos a realizar la praxis médica a pesar de no existir las condiciones olvidando la equidad y ética con la atención de los pacientes un ambiente inadecuado, no cumple con las normas de bioseguridad No hay recursos ni ambiente adecuado, el ambiente de trabajo debe ser adecuado y estar dotado con los equipos y material diagnósticos y terapéuticos necesarios para la práctica diaria. Es decir debe existir una gerencia eficiente que coordine, supervise y garantice una atención de calidad, respetuosa de la libertad de expresión y respeto de los médicos sin antagonismos políticos.

Ambiente de trabajo de los residentes de medicina

El residente de medicina ejerce sus labores docentes asistenciales en un ambiente estresante, existe hacinamiento: pacientes hospitalizados en camilla, y

sillas, personal de enfermería deficiente, donde existe falta de recursos para realizar una atención adecuada y oportuna al paciente (equipos médicos diagnósticos y terapéuticos, exámenes de laboratorio, falta de insumos y exámenes elementales de laboratorio) lo cual los obliga a los residentes a realizar diagnósticos a los pacientes, solo en base a la clínica que presenta el paciente, existe desorden y la falta de disciplina, predominan los conflictos interpersonales entre los residentes, existe la desconfianza, los residentes de mayor jerarquía no apoyan entre sí. Ante esta situación en algunas oportunidades se producen fallecimientos de pacientes por falta de exámenes diagnósticos y recursos terapéuticos.

Ambiente de trabajo de los residentes de medicina R₃

No existe orden y disciplina, donde los residentes de mayor jerarquía apoyen a los de menor jerarquía, dotación insuficiente faltan recursos diagnósticos y terapéuticos para la praxis médica, que garanticen el éxito en el manejo de los pacientes. En este hospital tipo cuatro no cuenta con los servicios de Anatomía Patológica, Tomógrafo, Ecografía, para los estándares internacionales establecidos. No debe existir desconfianza en el manejo de los equipos y buena remuneración que evite conflictos por falta de beneficios.

Ambiente de trabajo R₂ de medicina

El ambiente de trabajo es hostil y no existe respeto con los superiores y compañeros de estudios.

En el postgrado de medicina no existe respeto a la jerarquía y entre los residentes sin embargo existe discordia e incumplimiento de las normas.

El residente de postgrado de mayor nivel debe ser puntual, considerado, y tener trato humano para los R1. Sin embargo aquí predomina el incumplimiento de los horarios de clase, desconsideración y recriminación para los R1.

No existe cordialidad, buenas relaciones y apoyo entre los diferentes equipos de guardia y no se cumple con el ejemplo lo que se predica.

No existe un uso racional y adecuado de los recursos por parte de los Directivos. No predominio de la equidad y criterios de ingreso de pacientes.

Ambiente de Trabajo en UCI:

En el ambiente de trabajo hay acoso psicológico y amenazas. El ambiente de trabajo en la UCI es hostil y genera temor. Inadecuado. Tráfico de influencias. Presión laboral y violación de las normativas. Tráfico de influencias del personal, medico, enfermería y escasez de recursos colapso y caos.

PRAXIS MÉDICA

La praxis médica de los residentes de postgrado se realiza en un ambiente laboral con muchas deficiencias humanas y materiales, escasez de material y equipos diagnóstico, sobrecarga laboral, que no garantizan una praxis médica de calidad, cuando ésta debería ser ejercida con **debe** contar con la asesoría del especialista, que permita realizar la praxis médica con conocimiento, conciencia, responsabilidad, compromiso, con criterios diagnósticos, ética, sin errores, que le permitan cumplir con las normas formalmente establecida, de acuerdo a los estándares de calidad establecidos.

En un estudio realizado por la Fundación Galatea a la población de médicos internos y residentes (MIR), señala que un 30% de los médicos residentes estarían en situación de riesgo psicológico. Este estudio, que coincide con otros realizados, indica que el nivel de estrés entre los profesionales de la salud, es superior al del resto de la población, que se sitúa alrededor del 18%. Del estudio se desprende que el 32% de los residentes se encuentran por encima del límite, esta cifra aumentaba hasta el 42% el primer año de residencia para estabilizarse en un 30% en los años siguientes.

Un entorno profesional competente, tanto en los aspectos técnicos como en los estilos relacionales, es un factor básico en la formación así como un protector del estrés. “La residencia es un momento idóneo para proporcionar al médico habilidades y recursos que le permitan no sólo desempeñar una excelente praxis sino poder controlar los niveles de estrés a los que se ve sometido en el

ejercicio de su profesión”, puntualiza el Dr. Manuel Carmona, vocal de formación del médico residente y/o posgrado de la OMC.

En algunos casos, “la incorporación al periodo de residencia puede dar lugar a situaciones de malestar importantes que interfieren en el seguimiento de la formación y también pueden actuar como desencadenante o acelerador de una psicopatología que estaba latente en el individuo”, explica el Dr. Collazos, en relación a la praxis médica (2008).

El deber ético de No-Discriminación existe en cabeza de los médicos mucho antes que la irrupción de los Derechos Humanos en el Contexto internacional. El Juramento Médico (en su actual fórmula: Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (1948), le prescribe al médico “*no permitir jamás que entre el deber y el enfermo se interpongan consideraciones de religión, de nacionalidad, de raza, de partido o de clase.*”

Idéntico principio filosófico contiene la Declaración de Principios Éticos de Médicos del Mercosur (1995), que considera a “la medicina como una disciplina al servicio de la salud del ser humano y de la colectividad, debiendo ser ejercidas *sin discriminación de cualquier naturaleza*”, ya que “es derecho del paciente decidir libremente sobre la ejecución de prácticas diagnósticas o terapéuticas siéndole asegurados todos los recursos de la ciencia médica donde sea atendida, *sin discriminación de ninguna naturaleza*”. Néstor Alberto Garay (2000).

Un médico, en su quehacer diario, puede tener conocimiento de instalaciones inadecuadas en el hospital, falta de condiciones sanitarias en quirófanos, falta del personal mínimo para realizar tareas, mala praxis reiteradas, facultativos con problemas de salud que no deben seguir ejerciendo, abusos de poder por parte de las jefaturas, desaparición misteriosa de documentación clínica, y otras mil cosas. Nada de esto se denuncia porque luego vienen las represalias al denunciante. Quien denuncia, está marcado. Se da cuenta de que no tiene tantos amigos como creía en el hospital. Si su contrato es temporal, no se le renueva.

Las directrices de las instituciones dispensadoras de salud en Venezuela actualmente exigen: "mantener la debida reserva y confidencialidad de la información relativa a los centros y a los usuarios", tipificando el incumplimiento como falta muy grave, sancionable con suspensión de funciones. Se entiende que haya que guardar la reserva debida acerca de los pacientes, pero hacerlo sobre el centro implica una mordaza que impide denunciar de forma efectiva las deficiencias del mismo. Así, para empezar, la amenaza de la sanción administrativa (y muy seria) pende sobre cualquiera que denuncie cualquier irregularidad, con independencia de que ésta sea cierta.

Praxis médica a nivel de la emergencia

La praxis médica de los residentes es deficiente, no existe responsabilidad compartida, donde hay insensibilidad por parte del personal de enfermería, desmotivación y sobrecarga laboral de los residentes. Caos.

Inciendo esto en una praxis docente deficiente por parte de los residentes. En el estudio realizado por D'Anello S; Marcano E, y Guerra J. (2003), en el factor de interferencia en el desempeño de funciones encontraron que el grupo de estudiantes que labora en el área de emergencia presentó mayores índices de estrés.

Los residentes a nivel de la emergencia del hospital tienen una sobrecarga laboral y una escasez de recursos que no garantizan una praxis médica de calidad, cuando ésta debería ser ejercida con ética, conocimiento, valores, responsabilidad, compromiso, y hay que estar motivado, sin decidía, cumplir con las normas formalmente establecida, de acuerdo a los estándares de calidad establecidos.

Práxis médica en cirugía:

El desempeño profesional de los residentes de postgrado debe contar con la asesoría del especialista, que permita realizar la praxis médica con conocimiento, conciencia, responsabilidad, con criterios diagnósticos, ética y sin errores.

Praxis médica en traumatología

En los servicios de traumatología los especialistas a deben hacer guardia cuerpo presente que permitan apoyar a los residentes en la resolución adecuada de las emergencia. En esta especialidad los especialistas realizan guardia a disponibilidad y el reglamento de quirófano establece que para el uso de quirófano de estar presente el especialista en el hospital y debe contar con todos los

recursos para una praxis médica con estándares de calidad, evitando la impotencia y el estrés por carencia de insumos, y que permita cumplir con la formación de los residentes de acuerdo con los niveles de exigencias establecidos para cada nivel del diseño curricular. Ante esta situación los residentes durante la realización de sus guardias se ven impedidos de resolver una emergencia de inmediato por esta limitante, así como adquirir los conocimientos adecuados ante estas circunstancias.

Praxis médica en obstetricia

El desempeño profesional de los residentes de gineco-obstetricia está limitada por la falta de quirófanos, de equipos diagnósticos, presión laboral y funcionamiento inadecuado de los servicios auxiliares: Rx, laboratorio, incumplimiento de las normas de bioseguridad, agravado por la falta de apoyo institucional y baja remuneración salarial.

Praxis médica en residentes medicina de tercer año

La praxis médica debe ser ejercida con ética, conocimiento, valores, con responsabilidad, compromiso, hay que estar motivado, sin decidía, y cumplir con la normas formalmente establecidas, de acuerdo con los estándares de calidad establecidas. Esta institución, presenta síntomas de una organización enfermiza ya existe un bajo grado de colaboración, no hay mucha disposición a prestar ayuda, la ayuda mutua es deficiente, y cuando compiten entre sí lo hacen en grado máximo para obtener metas personales, desconfían de los motivos entre ellos y hablan mal del otro y el jefe permite todo esto.

Praxis médica en residentes de segundo año de medicina

Para realizar una praxis médica de calidad durante la realización de los postgrados hay que tener gusto por la especialidad, tener conocimiento y contar con todos los equipos y servicios operativos, disfrutar del descanso postguardia y la existencia de equilibrio entre las actividades asistenciales.

Praxis médica en UCI

La falta de experiencia le genera inseguridad, temor al fracaso y a las demandas médico legales además de sufrir presión laboral”.

Las referencias de pacientes de otras instituciones son deficientes.

Desempeño afectado por interés político

Temor al fracaso en su desempeño profesional.

PRAXIS DOCENTE

“El docente de este siglo no sólo debe saber ser, hacer y estar, sino que debe saber reaprender y sobre todo aprender lo que no sabe que ignora.” Anónimo

La experiencia del PAIME (Programa de Atención Integral al Médico Enfermo) ha puesto de manifiesto las dificultades que estas situaciones conllevan para los responsables de la formación del residente. El tutor como profesional que está cerca del residente y responsable de seguir su proceso de aprendizaje es el receptor de sus problemas o inquietudes, más allá de las puramente técnicas. En algunos casos, la valoración de la situación y la toma de decisiones no son sencillas, y puede incluso que el tutor se sienta desbordado de su ámbito competencial. Esta figura debe tener en cuenta que su función, entre otras, es reforzar positivamente determinadas decisiones, asesorar en la elección de la formación complementaria y, en especial, sobre las guardias (<http://cgcom.org/tutoresmir> 2008).

Praxis docente en emergencia

La escasez de recursos diagnósticos y terapéuticos en la emergencia del hospital, y el caos reinante hace que la praxis docente sea deficiente.

Praxis docente en traumatología

El aprendizaje en los médicos residentes de los postgrados clínicos debe realizarse de acuerdo al nivel de exigencia establecido en el diseño curricular,

También es importante destacar el apoyo en el aprendizaje que deben realizar los residentes de mayor jerarquía a los que están iniciado, a fin de evitar la sobrecarga laboral.

Praxis docente en medicina R₃ (Residente tercer año)

La falta de coordinación, supervisión, responsabilidad, carencia niveles de exigencias y estrategias docentes no garantizan la calidad del aprendizaje y el cumplimiento con el diseño curricular.

Praxis docente medicina R₂ (Residente segundo año)

En la praxis docente no existe compromiso, responsabilidad y coordinación entre las actividades asistenciales y las académicas, por parte de los docentes y residentes.

APOYO INSTITUCIONAL

Apoyo institucional residentes de cirugía

La Universidad d Carabobo: existe desatención y falta de interés por el desarrollo de los postgrados clínicos. No hay un apoyo académico adecuado por parte de la UC.

La universidad debe apoyar a los postgrado La UC debe prestar igual atención al pre y postgrado

El instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS): Desviación del programa docente por parte del IVSS.

El IVSS, no sólo debe interesarse por la cantidad de trabajo que realizan los residentes, sino también por la calidad del mismo, cumpliendo con el compromiso establecido por ambas instituciones de formar recursos humanos altamente calificados.

Apoyo institucional obstetricia

La Universidad de Carabobo (UC)

Indiferencia

Ausencia de apoyo

Abandono y falta de apoyo de las comisiones coordinadoras

Condiciones laborales: Inconformidad con el salario.

Salario médico no acorde con otras profesiones.

Apoyo institucional medicina:

Falta de apoyo institucional.

Ausencia de comunicación con los residentes de postgrado.

Apoyo institucional deben tomar en cuenta la opinión de los residentes, sus creencias, inquietudes en relación a las actividades docentes asistenciales.

Vivencias en residentes de UCI

Las vivencias de los residentes están cargadas de tristeza, angustia, depresión, solidaridad, comprensión y presión por parte de los familiares.

3.2.2 GENERACIÓN DE LA CATEGORÍA CENTRAL

En el segundo momento de la investigación se presentaron varias tendencias conceptuales: el ambiente laboral, la praxis médica, la praxis docente, apoyo institucional, y postgrados la búsqueda de la categoría central para generar una teoría preliminar, articulada con la información recabada, a través de la comparación análisis y contraste. Surge un concepto a través del el cual puede interconectar cada una de las partes que conforman el fenómeno de estudio. Se genero una aproximación teórica, enfocado hacia el ambiente laboral, el cual pasó a ser el eje o categoría central. Producto del análisis sistemático y reflexión de los datos de las entrevista a profundidad y haciendo abstracciones de cualquier juicio de valor que pudiera influir en la interpretación, esta metodología permitió ver y seleccionar con claridad la categoría central de esta investigación. Esta emerge del muestreo y las interrogantes alrededor del problema emergen y guían hacia la concepción teórica: *Ambiente laboral*, intentando construir una teoría, acorde con el estrés y el desgaste profesional crónico, producto de una red de interrelaciones del médico con su ambiente laboral, su mismidad, su alteridad y sus noemas en este momento de crisis sociopolítica que viven nuestro país, donde la salud no ha escapado de esta crisis.

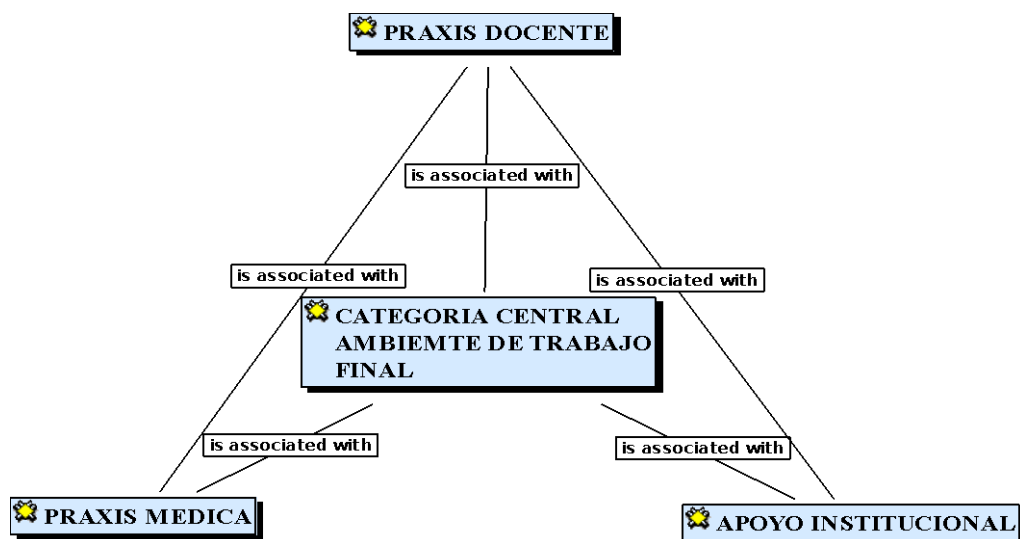
Entorno laboral:

Cuando el estudiante de Medicina termina la carrera y comienza la residencia se encuentra con otra realidad muy distinta a los libros. El médico no está lo suficientemente preparado y necesita habilidades, desconocen cómo es la

comunicación. Para enmarcarlo dentro de las categorías conceptuales, que no son otra cosa más, que la concepción personal de cada sujeto sobre el mundo.

Esta categoría central: ambiente laboral refiere la forma como los médicos residentes interactúan con el ambiente laboral, durante el proceso de su formación como especialistas, esto implica la concepción del mundo, su postura, estilo de comunicación, sus valores, ejercicio de la praxis médica, normativas institucionales, de ejercicio de la autoridad, posiciones políticas y el impacto que tiene esto sobre los médicos y su entorno.

El ambiente de trabajo debe estar dotado de acuerdo a los estándares internacionales establecidos, para atender todas las patologías (Emergencias y electivas), esto le permitirá al médico contar con todos los recursos para el manejo oportuno de los pacientes, en un ambiente de trabajo, armonioso, tranquilo, sin angustias y menos estrés donde no existan discriminaciones de ningún tipo. Ver figura 1



El ambiente de trabajo medicina:

En el ambiente de trabajo debe existir orden y disciplina, donde los residentes de mayor jerarquía apoyen a los de menor jerarquía, debe estar bien dotado que no falten recursos diagnósticos y terapéuticos para la praxis médica, que garanticen el éxito en el manejo de los pacientes. Todos los hospitales tipo cuatro deben tener todos los servicios: Anatomía, Patológica, Tomógrafo, Ecografía, para los estándares internacionales establecidos. No debe existir deficiencia en el manejo de los equipos y buena remuneración que evite conflictos por falta de beneficios.

Ambiente de Trabajo en cuidados intensivos (UCI):

En el ambiente de trabajo hay acoso psicológico y amenazas. El ambiente de trabajo en la UCI es hostil y genera temor. Inadecuado. Tráfico de influencias. Presión laboral y violación de las normativas. Tráfico de influencias del personal, médico, enfermería y escasez de recursos.

Ambiente de trabajo en emergencia:

La emergencia está colapsada y genera caos.

“El ambiente de trabajo en la emergencia es inadecuado, hostil, hay escasez de recursos, acoso psicológico, tráfico de influencias y violación de las normativas de parte del personal, y en la emergencia existe escasez de recurso, colapso y caos.

El segundo momento de esta investigación la fenomenología orientó hacia la comprensión del mundo que rodea a los actores, definiendo el

pensamiento o percepción del hombre en con su entorno a fin de descubrir los significados que la gente tiene de los fenómeno.

.

CAPITULO IV

“Si encuentro a alguien capaz de ver las cosas en su multiplicidad y en su unidad, ése es el hombre al que yo busco como a un Dios”.
Platón

CONSTRUYENDO UNA TEORÍA

Einstein solía decir:”La ciencia consiste en crear teorías “, pero una teoría es un modo nuevo de ver las cosas, y puede haber muchos modos diferentes de verlas.

Esta investigación está enmarcada dentro del paradigma de la complejidad; la cual comprende dos momentos: el primer momento empírico analítico y otro momento fenomenológico. El primer momento permitió evaluar los niveles de estrés y el desgaste profesional crónico en los residentes.

Comparación

La reactividad al estrés ha sido definido como “un conjunto de pautas de respuestas neurovegetativas, cognitivas, conductuales y emocionales características del individuo, ante situaciones de estrés o tensión nerviosa, considerándose que las variables propias del individuo y del estado en que se encuentra en el momento de responder a situaciones estresantes, son las que podrían determinar de forma directa la respuesta del organismo a dichas situaciones”.(González de Rivera, Henry M, De la Cuevas 1981,1992).

Esta conceptualización está enmarcada dentro de la perspectiva desde la perspectiva empírica, que clasifica los factores de estrés en tres dimensiones:

1) Factores externos en las que se engloban todas aquellas las variables del ambiente susceptibles de alterar el equilibrio del medio interno o sobrecargar los mecanismos de defensa y regulación homeostática del organismo.

2) Factores internos, constituidos por variables propias del individuo, directamente relacionadas con la respuesta al estrés y con la adaptación, defensa y neutralización de los factores externos de estrés.

3) Factores moduladores, constituidos por las variables tanto del ambiente como del individuo.

La interacción de estas variables, modula, condicionan o modifican la respuesta al estrés. Este desajuste presente entre la persona, el puesto de trabajo y la propia organización. Los pudiera llevar a un estrés laboral. El concepto de

estrés laboral, según aparece en los documentos divulgativos del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, dependiente del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (1997). Desde una perspectiva integradora, se define como “la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un individuo que intenta adaptarse y ajustarse a presiones internas y externas” y posiblemente a un estrés psicológico. El cual es descrito por Lazarus (1984) como una relación particular entre una persona y su ambiente, la cual es evaluada por la persona como una imposición o exigencia o como algo que excede sus recursos, poniendo en peligro su bienestar. En estas relaciones laborales o psicosociales disfuncionales se podría generar un estrés psicosocial. Éste se produce por la conjunción de tres grandes grupos de variables: Los estresantes propios del medio, o factores externos de estrés; los propios del individuo o factores internos de estrés; y los factores moduladores, que no están directamente relacionados ni con la inducción ni con la respuesta de estrés, pero que lo condicionan. (Levi 1972), pudiendo esta situación llevar a los médicos residentes a enfermarse. También González de Rivera al definir la ley general al estrés establece la relación del ambiente y sujeto: *“Cuando la influencia del ambiente supera o no alcanza las cotas en las que el organismo responde con máxima eficiencia, éste percibe la situación como peligrosa o desagradable, desencadenándose una reacción de lucha-huida, y/o una reacción de estrés, con hipersecreción de catecolaminas y de cortisol.*

Fue precisamente, en el estudio realizado por D'Anello S; Marcano E, y Guerra J. (2003), donde se observó que el factor de Interferencia en el desempeño de funciones encontraron diferencias entre los grupos. Específicamente, el grupo

de estudiantes que labora en el área de emergencia fue el que presentó mayores índices de estrés. En la actualidad el estrés se tiende a considerarse como una interacción en la que hay que tener en cuenta la respuesta de estrés, la cual es definida como la activación fisiológica y cognitiva excepcional que prepara al organismo para afrontar una demanda del medio (externo e interno). (Labrador 1992). Éstas demandas ante *la situación de estrés, parece que en este sentido, el Burnout tendría que ver como una respuesta al estrés que se da en el contexto laboral concreto* (Álvarez y Fernández, 1991); Pines 1998; Gil-Montes y Peiró, 1997), ya que mientras el estrés es experimentado por todo el mundo, el burnout es experimentado por aquellas personas que tienen una motivación, expectativas y objetivos elevados. De acuerdo con el modelo conceptual de (Trucco, Valenzuela y col, 1999) definen el estrés como “el conjunto de procesos y respuestas fisiológicas, emocionales y conductuales ante situaciones que son percibidas e interpretadas por el individuo como amenaza o peligro, ya sea para su integridad biológica o psicológica. Siendo el personal de salud uno de los grupos ocupacionales en los que se ha descrito riesgos significativos de estrés ocupacional es el personal de instituciones de salud. Y, cuando evoluciona crónicamente, puede provocar el cuadro de agotamiento emocional, distanciamiento afectivo, trato despersonalizado y a un sentimiento general de ausencia de logros personales que se ha denominado “burnout,” cuadro que, junto con significar un menoscabo del bienestar de la persona, se traduce en pérdida de productividad para la organización, que estas personas sin estas motivaciones iniciales experimentarían estrés laboral, pero no burnout, las medidas

inadecuadas de afrontamiento hacia el estrés manifiesta el individuo, pudiendo ocasionar en el sujeto un agotamiento emocional, con actitudes negativas hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol. Es más frecuente que esta respuesta ocurra en los profesionales de la salud y, en las organizaciones de servicios ya que exigen entrega, compromiso, perfección, exigencia y servicio a los que trabajan en contacto directo con los usuarios de los servicios, se presenta en el trabajador, de manera gradual y continuada, de por lo menos 6 meses de exposición según opina Capilla (2000). En el ambiente de salud se ha encontrado que en ocasiones la interacción con pacientes, familiares y con los mismos miembros del personal constituye una fuente de estrés para el personal médico. Otras fuente dentro del ámbito organizacional los estresores más citados en la literatura (ver Moreno-Jiménez y Peñacoba 1997) ha sido, el conflicto de roles, entendido como la coexistencia de exigencias opuestas. Otras causas de estrés reportadas en los servicios de salud son:” la infrautilización de las habilidades, presión económica, la preocupación y el miedo a la mala práctica, la interferencia laboral con la vida familiar y las prácticas administrativas” (Moreno y Peñacoba 1997). Estas contingencias (situaciones inesperadas) conflicto de roles de difícil conciliación, requeridas en la realización del trabajo. También es importante destacar los estudios realizados por Corredon (1998) quien concluye en su estudio que los estresores de categoría laboral ocuparon el primer lugar, destacándose en nivel institucional (ambiente físico y la tecnología), similar a los encontrados en esta investigación en la cual se reporta ambiente de trabajo inadecuado y escasez de recursos diagnósticos y terapéuticos

Este estresor se expresa en el área de salud de diferentes maneras. Socialmente se le exige al médico la máxima competencia en el ejercicio de sus funciones, sin embargo, las necesidades urgentes de los pacientes, la competencia profesional, el cumplimiento de las responsabilidades civiles y sociales y, la disponibilidad de la familia del enfermo, tienden a generar situaciones conflictivas. Otras veces las prioridades del equipo de salud no coinciden, especialmente entre enfermeras, médicos y los gerentes. Como podemos ver este ambiente de trabajo tiene todas los síntomas que reflejan el estado de una organización enfermizada por escasez de recursos, que se manifiesta por la “poca inversión del trabajo del personal en los objetivos organizacionales, excepto por parte de la alta gerencia. En el hospital la gente ve que las cosas van mal y no hace nada por evitarlo. Los errores y los problemas son habitualmente ocultados y encubiertos por los jefes. El personal habla de los problemas y errores en los pasillos y oficina con personas no implicadas en ellos, la inconformidad es vista con malos ojos, la alta gerencia controla el mayor número de decisiones, además el personal se queja de las decisiones irracionales de los gerentes. En el caso de los residentes de postgrados, sus juicios no son tomados en cuenta, fuera de los límites de su trabajo, sus necesidades y sus sentimientos son considerados asuntos ajenos. En este ambiente de trabajo la gente se siente sola y existe una solapada corriente de miedo, no siente el ambiente agradable y los residentes resignados se comen sus propias frustraciones.

En resumen para la salud de la organización hospitalaria sus integrantes deberán reflexionar sobre el sentido que debe tener de su propia identidad:

Hospital Universitario”, con su misión y visión apropiada acorde con las necesidades. El ambiente de trabajo debería estar dotado de acuerdo a los estándares internacionales establecidos, para atender todas las patologías (emergencias y electivas), esto permite al médico contar con todos los recursos para el manejo oportuno de los pacientes., en un ambiente de trabajo, armonioso, tranquilo, sin angustias ni estrés donde no existan discriminaciones de ningún tipo.

En este sentido las investigaciones realizadas por Revericky y Gershon señalan (1996) que el medio ambiente organizacional tiene una influencia directa sobre la percepción del estrés, en especial factores como el clima organizacional, soporte del grupo, estilo de supervisión y calidad de relaciones con los supervisores, así como la estructura organizacional.

En este mismo orden de ideas los estudios realizados por Gary I Nelson identifican los cuatro rasgos críticos en una institución que determinan el desempeño:

1. Toma de decisiones: quién las hace y cómo las hace
2. Procesos de información: la forma que mide el desarrollo y cómo transfiere el conocimiento.
3. La motivación: incentivos y desarrollo profesional.
4. La estructura: quién ocupa el lugar en el organigrama

La combinación de estos cuatro rasgos críticos en la institución determina su desempeño:

“La combinación de estos rasgos críticos conforma el ADN organizacional de las instituciones, que al igual que el biológico en las personas, determina su comportamiento. Si el ADN organizacional no está bien constituido, el rendimiento es pobre o nulo”

Los resultados del primer momento de esta investigación mostraron nivel moderado de estrés y desgaste profesional crónico. Sin embargo estos datos al ser contrastados con la parte fenomenológica de los sujetos de estudio nos permitirán comprender la esencia y la visión que cada uno de los sujetos investigados y su relación al entorno. En el estudio empírico analítico, se muestran una arista inconclusa del estrés y el desgaste profesional crónico. Siendo el personal de salud uno de los grupos ocupacionales en los que se ha descrito riesgos significativos de estrés ocupacional, en el personal de instituciones de salud. Y, cuando evoluciona crónicamente, puede provocar el cuadro de agotamiento emocional, distanciamiento afectivo, trato despersonalizado y un sentimiento general de ausencia de logros personales que se ha denominado “burnout.” En este estudio los residentes de los postgrados clínicos no escapan de esta situación presentando niveles moderados de desgaste profesional crónico, y al relacionar resultados del momento cuantitativo con los resultados del momento fenomenológico podemos observar que el ambiente laboral ocupa un papel preponderante con los niveles de estrés y el desgaste profesional crónico. En el

momento cuantitativo posiblemente producto de un ambiente laboral inadecuado, deficiente, donde no existe responsabilidad compartida, además de la insensibilidad por parte del personal de enfermería, la desmotivación, la sobrecarga laboral y el caos imperante en el ambiente de trabajo, esta gerencia deficiente hace que los residentes se exasperen.

En los residentes de cirugía el estrés y el desgaste profesional se ubicó en un nivel moderado, predominando la hostilidad, decidía, estrés, discriminación, tráfico de influencias, escasez de recursos y un ambiente inadecuado.

Todo esto genera estrés mantenido que lleva a los residentes a un agotamiento físico y mental. Del análisis porcentual de los resultados del IRE global por especialidades y sexo (Tabla 5) se desprende que el mayor porcentaje de IRE global se observó en los residentes de cirugía y medicina. El agotamiento emocional se ubicó en el nivel más alto, 83,33 por ciento (sexo femenino), y en el nivel medio el 60 por ciento correspondió al sexo masculino.

Teorización

Este momento fenomenológico está orientado a generar una aproximación teórica, sumergiéndome en el mundo de la complejidad, y tomando como referencia la Teoría de los sistemas de Lutmann donde incorpora los conceptos de temporalidad, contingencia y caos. Bajo esta concepción sistemas psíquicos, biológicos y sociales están interconectados, y se observan así mismo y entre sí. El concepto de temporalidad en la conciencia de los residentes es una

forma de trance, que los ubica en un espacio y tiempo determinado. La contingencia: corresponden a las diferentes situaciones tales como ambiente inadecuado, escasez de recursos, decidía, la gerencia autoritaria y la política patológica. El caos surge como producto de estas relaciones. Lo tetralógico se manifiesta por: la organización, del orden, desorden e interacción ente ellos. Se intentó realizar ciencia interpretativa, que de acuerdo a Heidegger quien define el análisis de cualquier acción humana como: “una ciencia interpretativa en busca de significados”.

Muchos se encuentran con el choque entre sus valores vocacionales (Noemas) y la gestión de la institución. . La residencia es un periodo de aprendizaje, proclive al estrés, que puede afectar al proceso de formación .Para entender se somete a consideración el concepto de noema y noesis y destacar las noemas de los residentes producto de las entrevistas en profundidad.

Al analizar y codificar el ambiente de trabajo: predomina la hostilidad, decidía. el desorden, la indisciplina, estrés, discriminación, tráfico de influencias, la escasez de recursos diagnósticos y terapéuticos, ambientes de trabajo inadecuado, todo esto hace que se cumpla desde el punto de vista empírico analítico la *ley general del estrés*: que pudiera lleva a los residentes a un agotamiento físico y mental. Y desde el punto de vista fenomenológico conflictos entre las noemas de los residentes y su entorno laboral, este conflicto genera un caos, que genera estrés y al mantener en el tiempo produce desgaste profesional crónico.

Al explorar los significados sobre el medio ambiente laboral de residentes de postgrados podemos constatar que sus noemas contrastan con el ambiente laboral donde realizan su formación como especialistas, lo cual hace que entren en conflictos sus noemas, con las del ambiente laboral, esto va a provocar un desacoplamiento estructural que los lleva al estrés y desgaste profesional moderado.

La sociedad es un sistema cuyas estructuras son decisivas para vivir y actuar con sentido, es decir una unidad global organizada, de interrelaciones entre elementos acciones e individuos.

El médico para reducir este mundo tan complejo que le ha tocado desempeñarse rutinariamente, tiene la intencionalidad de utilizar como principio el acoplamiento estructural. El médico se ubica en el centro de sus problemas y procesa los acontecimientos de su mundo laboral. Allí intenta buscar un acoplamiento estructural interno, externo, tratando de establecer una relación concordante entre su propia complejidad, con el ambiente (estrés, afrontamiento). Es decir interrelación de sus noemas con las del entorno. Se va adaptando a las circunstancias.

En la medida que el acoplamiento estructural no se produce entraría en conflicto en una parálisis paradigmática (están cerrados en sus noemas y solo existe información. Las contingencias que corresponden a las diferentes situaciones tales como ambiente inadecuado, escasez de recursos diagnósticos y terapéuticos, decidía, la gerencia autoritaria, tráfico de influencias, sobrecarga y presión laboral, violación de las normativas, política patológica, Esto produce

un desacoplamiento estructural generando estrés por falta de respuesta al acoplamiento estructural que se manifiesta a través del lenguaje (sistema social y conciencia). En la medida que acoplamiento estructural no se produce estaríamos en una parálisis paradigmática. Si están cerrados en sus noemas solo existe información.

El desacoplamiento de los noemas: sociedad-Individuo, llevan al caos, éste genera el estrés que los lleva a un desgaste profesional. *Por lo que podemos definir el estrés como una falta de respuesta al acoplamiento estructural a través del lenguaje (sistema social y conciencia.). El estrés es una respuesta al desacoplamiento estructural por problemas de comunicación de los médicos como sistema. Las interrelaciones desorganizadas, caóticas entre elementos, acciones e individuo y su entorno desorganizado y caótico, si este desacoplamiento se mantiene en el tiempo podría llevar a los médicos a un desgaste profesional crónico.*

El desacoplamiento estructural de las noemas (sociedad- individuo) llevan al caos, en respuesta al caos se genera estrés que los lleva a un desgaste profesional crónico. Representación gráfica de la teoría (figura 2)

Desgaste Profesional Crónico en los Médicos residentes de los Postgrados Clínicos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UC

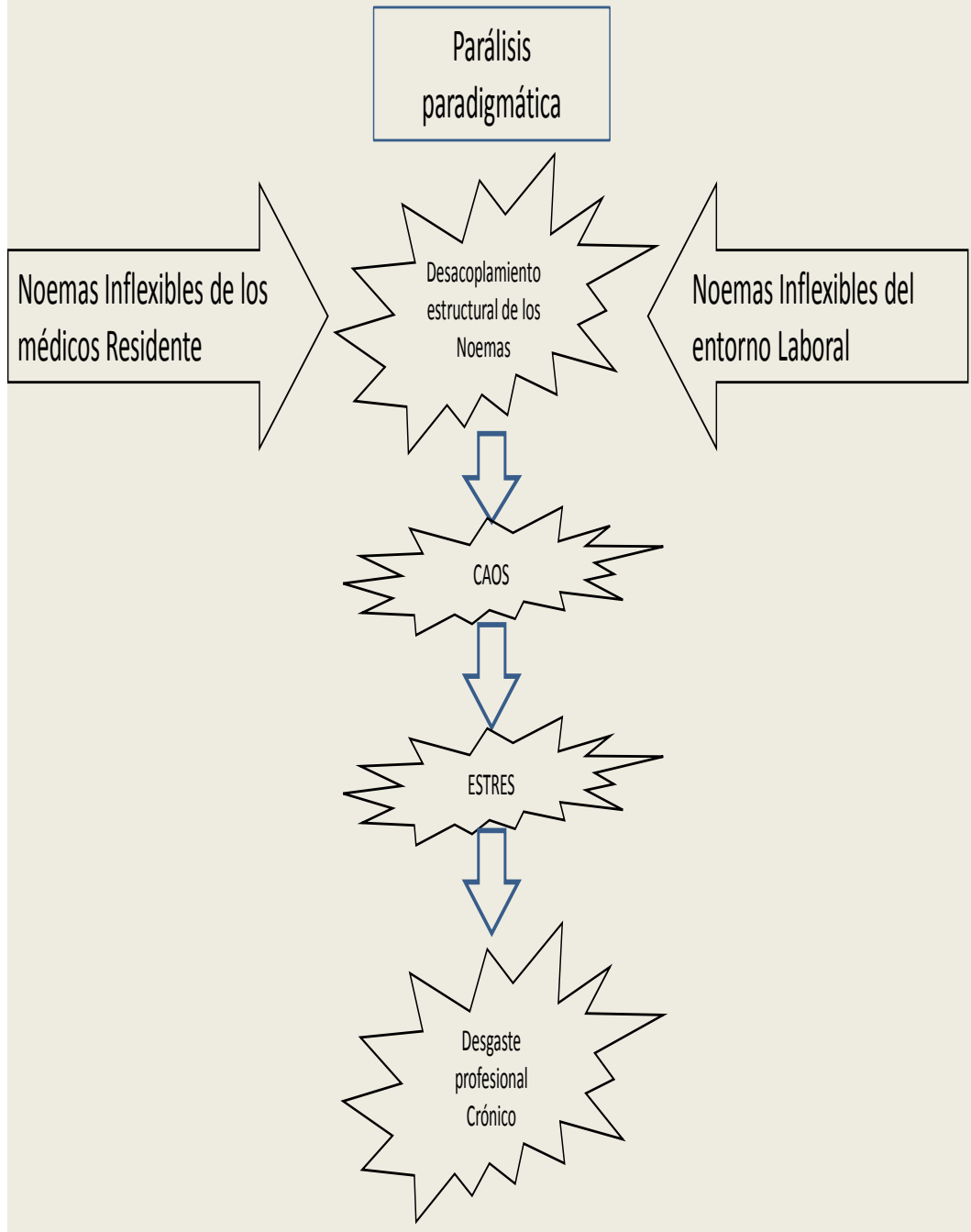


Fig., 2 REPRESENTACION DE LA TEORIA

CONCLUSIÓN

Una vez reflexionado, analizado sistemáticamente los hallazgos surgidos en los diferentes elementos investigados, el significado o naturaleza del estudio, y el análisis del entorno que lo rodea a los médicos de los postgrados clínicos, surge esta teoría:

“El desgaste profesional crónico en los residentes de postgrado es el producto del desacoplamiento estructural de los noemas orientados por una parálisis paradigmática entre los médicos residentes y su entorno laboral, generándose en primera instancia caos, y por ende estrés. Cabe señalar que en algunos casos el concepto de temporalidad contribuye al afrontamiento. Para el estudio y la reconstrucción de esta realidad fenoménica es importante tomar en cuenta estos elementos a fin de buscar soluciones más idóneas para la transformación de la situación en beneficio de una atención médica de calidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Albaladejo, R; Villanueva, R; Ortega, P; y Col. (2004) Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un Hospital de Madrid. Rev. Española de Salud Pública. Vol. 78:505-16.
- Alarcón, J; Vaz, F; & Guisado, J. (2001). Análisis del Síndrome de Burnout. Psicopatología, estilos de afrontamiento y clima social Rev. Psiquiatría (I). Facultad de Medicina. Barna., 28,358-381.
- Aldana Livianos, De las Cuevas Castrasana, C y Rojo Moreno L. Desgaste profesional del psiquiatra: resultados de una muestra entre profesionales. Acta Española de Psiquiatría. 27 (5) :305-309.
- Alvarez, E; Fernandez, L. (1991). El síndrome Burnout o desgaste profesional (I) Revisión de estudios. Rev. Asoc. Española de Neuropsiquiatría. 11: 257-265.
- Alarcón, FJ. Vaz, JA. Guisado. (2001) Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna. Vol. 28 (6), 358-381.
- Alterio, G. (2002) Niveles de Estres Laboral, Factores condicionantes y estrategias de afrontamiento en Estudiantes de Postgrado. Decanato de Medicina Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado. Barquisimeto. Estado Lara.
- Aranda, M; Pando, M^a G; Aranda, J; Salazar; G; y Torres, M. (2004). Síndrome de burnout y apoyo social en los médicos familiares de base del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Guadalajara Rev. Psiquiatría Fac. Méd. Barna. Vol. 31(4): 142-150.
- Aranaz, J., Mira, J.Y Rodríguez, J. (1987). La satisfacción de los profesionales como un aspecto más del control de calidad en los hospitales. Rev. Todo Hospital, 47:53-60.
- Arnold, M. (1960). Emotion and Personality. Columbia University. Press. New York.

- Benítez, H; De las Cuevas, C; Rodríguez, F. y col, (1989). Estudio Psicopatológico comparativo en estudiantes universitarios. Acta Luso Esp. Neurología Psiquiátrica; Vol.17.6 (373-376).
- Behavioral Science Task of the National Advisory Mental Health Council, (1995). "Basic behavioral science research of mental health: A national investment." American psychologist, Vol. 50, pp. 485-495.
- Boff, L(2004) El águila y la gallina. Una metáfora de la condición humana. 3ª Edición. Buenos aires: Bonum.
- Bulle, M; Buller, D; Castillo, L; Solas, O; Martínez, J; Pérez, M.; J (1996) Tipología de médicos de atención primaria en relación con su ejercicio profesional. Comunicación presentada en el Congreso Internacional de Medicina familiar y Comunitaria. Granada.
- Buller M.; Buller, D.; (1987). Physicians' communication style and patient satisfaction. J Health Soc Beha; Vol. 28: 375-388.
- Cannon. (1935) W: Stresses and Strains of Homeostasis. Am. J. Med. Sci, 189:1-14.
- Capilla, P.R. (2000). El Síndrome de Burnout o de desgaste profesional. [Revista Fundación Facultad de Medicina.1334]. Consultado en julio 2006 en la World Wide Web: <http://www.elformomedico.com>.
- Carrasco Ortiz, M; Sánchez Moral, V y col. (2003). Listado de Síntomas SCL-90-R: Análisis de su comportamiento en una muestra clínica. Vol. 2, n 2,149-161.
- Cebria, J.; Segura, J.; Crobellas, S, Sosa, P y col. (2001). Grupo comunicación y salud Facultad de Psicología de Blanquera, Barcelona, Rasgos de Personalidad y Burnout en médicos de familia. Rev. Atención Primaria Vol. 27; 459-68.
- Cebria, J. (2003). [Commentary: chronic distress and worker burnout: hypotheses about causes and classification]. Atención. Primaria. Vol. 31(9):572-574.
- Cebrià, J; Cebrià, C; Palma, J; Segura, R; Gracia, J; y cols. (2006), El entrenamiento en habilidades de comunicación podría ser un factor

preventivo del síndrome de burnout en médicos de familia. Rev. Psiquiatría Fac. Med Barna.; 33(1):34-40.

Carrasco; Sánchez; Ciccotelli y cols. (2003). Listado de síntomas SCL-90-R: Análisis de su comportamiento en una muestra clínica. Acción Psicológica. Vol. 2, n.º 2, 149-161.

Cooper, C; Rout, U; Faraghe, B. (1989). Mental health, job satisfaction and job stress among general practitioners. British Medical Journal Vol.298: 366-370/40: 470-478.

Cordero Segura, Rosa (2005). Estrés laboral en los residentes de postgrados de puericultura y pediatría en el Hospital Universitario Pediátrico "Agustín Zubillaga de Barquisimeto- Estado Lara. Tesis de grado.

Corredon (1998). Nivel de Estrés en los médicos residentes y adjuntos de anestesiología del Hospital Universitario José María Pineda. Trabajo de Grado, Barquisimeto estado Lara.

Curiel García, J.A; Rodríguez Morán, M; Guerrero Romero, F. (2006). Síndrome de agotamiento profesional en personal de atención a la salud. Rev. Med. Inst Mex. Seguro. Vol.44 (3): 221-26.

Cherniss C. (1980). Professional burnout in human service organizations. New York: Praeger.

Cherniss (1983). Staff Burnout: Job Stress en the Human Services. London: Sage Publications.

Cherniss, C. (1990). Natural recovery from burnout: Results of 10-years follow-up study. Journal of health and Human Resources Administration, Vol. 13, 132-154.

D'anello, S; Marceno y Guerra, J. (2003). Medula. Rev. de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Vol. 9 N° 1-4.

De las Cuevas, C; González de Rivera, J.L; De la Fuente, J.A; Alviani, M; Ruiz-Benítez, A. (1997). [Burnout and reacción to stress]. Rev. Med Univ. Navarra.; Vol. 41,10-18.

- De Las Cuevas, C y González de Rivera, J.L (1991), Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general. *Anales de Psiquiatría*, Vol. 7, 93-96.
- Díaz y Cols. (1996). Nivel de Estrés Laboral en Residentes de Postgrados del Hospital Central Universitario José María Pineda y algunos factores condicionantes. Barquisimeto estado Lara. Trabajo de Grado. Decanato de Medicina Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado.
- Díaz de León Ponce Et al. (2003). La problemática de la medicina crítica en México. *Rev. Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*. Vol.17 (1):28-33.
- Decker, P; Borgen; F. (1993). Dimensions of work appraisal: Stress, strain, coping, job satisfaction, and negative affectivity. *Journal of Counseling Psychology*.
- De las Cuevas, C; Gonzales de Rivera, J L; De la Fuente, J A; Alviani y col. (1997). Burnout y Reactividad al estrés. *Rev. de Medicina de la Universidad de Navarra*. 41,10-18.
- Derogatis, L.R (1983). Administration, scoring and procedures. Manual I for the revised version of the SCL-90. Baltimore, Clinical Sychometric Research.
- Delgado y col (2004). Síndrome de Burnout. Incidencia en Pediatras de Hospitales Públicos en Venezuela. Estudio Multicéntrico.
- De Sahagún Lucas. (1996). Dimensiones del hombre. *Antropología filosófica*. Ediciones Sígueme. Salamanca. 120-124.
- Engel, G (1962). *Development in Health and Disease Psychological*: Saunders. Philadelphia.
- Farber, B.A. (1983) *Stress and Burnout in the Human Service Professions*. General Psychology Press. New York: Pergamon.
- Ferraz Fayos, A (1987) *Zubiri: El realismo radical*. Madrid, Cincel, 239.
- Flores Lozano, J.A. (2003). Mental del Medico: Prevención y control del Burnout *Salud Global*. Año III. Vol.2:2-7.

- Freudenberger, H (1980) Staff burn-out. *Journal of Social Issues*; Garnès, F .Estudio de las fuentes de estrés laboral en médicos residentes. 30,156-159.
- Garay, N:A. (2000). Los derechos humanos en el contexto de la praxis médica. [Curso en línea] Consultado el día 10 de abril 2007, World Wide Web: www.muerte.bioetica.org.
- Gary, L. N; y Bruce, A. P. (2008). Rasgos críticos en la organización empresarial que determinan su desempeño. El camino de regreso. Consultado en diciembre 2008. World Wide Web: <http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/centrosalud9/568572.pdf>.
- Garnès, F. Estudio de las fuentes de estrés laboral en médicos residentes. Consultado en noviembre 2007. World Wide Web: <http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/centrosalud9/568-572.pdf>.
- Gil-Monte, P. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad de bienestar. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. y Peiró, J.M^a. (1996). Un estudio sobre antecedentes significativos del "síndrome de quemarse por el trabajo" ("burnout") en trabajadores de centros ocupacionales para discapacitados psíquicos. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 12 (1), 67-80.
- Gil-Monte, P. y Peiró, J.M^a. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P. y Peiró, J.M^a. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, Vol. 15, nº2, 261-268.
- Gil Monte, P; Peiró, J.Ma. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el mbi-hss en España. *Rev. de Psicología Del Trabajo y de las Organizaciones*. 16, 2: 135-149.
- Golembiewski. (1983). Burnout as a problem at work: Mapping its degree, duration and consequences. *Journal of Managerial issues*. Vol. 1, 86-97.

- González de Rivera, J.L; Morera, A, Sanchis, P y Sánchez, A (1983). La reactividad al estrés: Valores medios en estudiantes de medicina. *Psiquis.* 4:198-201.
- Gonzales de Rivera, J.L; Rodríguez Pulido (1993). *El método Epidemiológico en Salud Mental.* Barcelona: Manson-Salvat. Primera edición.
- González de Rivera y Revuelta. (2003). *Medicina Psicosomática.* Ed. ADES. Tercera Edición.
- González de Rivera, J.L; (1981). *Entrés Reactivity Patterns.* Artículo presentado en VI Congreso del International Collage of Psychosomatic Medicine. Montreal.
- González de Rivera J.L; De Las Cuevas C, Rodríguez M, (2002). *Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogartis, L. Adaptación Española.* Madrid: TEA.
- Gómez Esteban R. (2000). *Las ansiedades del Medico frente a la muerte.* *Psiquiatría Pública.* Vol.12.
- Greenglass E, Noguchi K. 1996. *Longevity, gender and health: A psychocultural perspective.* *Journal of American College Health* Vol. 31, 214-221.
- Groenewegen PP, Hutten JBF (1991). *Workload and job satisfaction among general practitioners: a review of the literature.* *Soc Sci Med.* Vol. 32, 1111-1119.
- Guevara, C; Guevara D y Herrera. (2004). *Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes.* *Hospital Universitario del Valle. Del Cali* 002. *Colombia Médica.* Editora médica del Valle. Vol. 35 N°4; 173-178.
- Hamberger, L;Stone, G. (1983). *Burnout prevention for human service professionals.* *Journal of Holistic Medicine* Vol. 5, 149-162.
- Heidegger M. (1980). *Ser y tiempo.* FCE. México. D.F.
- Howie, J.G.R; Topton, J.L; Heaney, DJ; Porter, A.M.(1992) *Attitudes to medical care, the organization of work, and stress among general practitioners.* *Br J Gen Pract.* Vol. 42: 181-185.
- Hussererl, E. (1995). *Investigaciones lógicas.* Barcelona. Ed. Atalaya. 12.

- Revista del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Prevención, trabajo y salud (2001) El estrés laboral,; una perspectiva individual y colectiva ISSN 1575-1392, Nº 13, págs. 18-38.
- Iwama, G.K.(1998).Stress in fish. En: Csermely, P. Ed: Stress of Life: From molecules to man. Ann. N.Y. Acad. Sci, 851:304-310.
- Labrador, F.J (1992). Evaluación psicológica del estrés laboral. Consultado en Octubre 2006WorldWide Web: www.ucm.es/info/seas/estres_lab/evaluac.htm.
- Labrador, F; (1992). El Estrés. Ediciones Temas de Hoy
- Labrador, F: J y Crespo (1993) Estrés. Madrid: Eudema.
- Lazarus, R. (1968.). Emotion and Adaptation: Conceptual and empirical relations. En: Arnold W. (Ed). Nebraska Symposium on Motivation. University of Nebraska Press. Nebraska. U. S. A.
- Lazarus y Folkman, (1998). Estrés y Procesos Cognitivos. Editorial Martínez Roca. Barcelona. España.
- Lazarus, R.S; & Folkman, S. (1986). El Estrés y Procesos Cognitivos. Barcelona: Editorial Martínez Roca. (V.O.: 1984).
- Leiter, M.P; Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment. J Org Behav; 9: 297-308.
- Levi, L. (1972) Stress and distress in response to psychosocial stimuli..Pergamon Press, 1972.
- López Aguilar y Cols (2001) Evaluación de la salud mental de los médicos residentes de Postgrado de Medicina de la Universidad Autónoma de Honduras. Rev. POST UNAH. Vol. 6 (1).
- Loría Castellanos, J. y Guzmán Hernández. (2006) Síndrome de desgaste profesional en personal médico (adscrito y residentes de la especialidad de urgencias) de un servicio de urgencias de la ciudad de México. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias. 5(3).
- Lucas, J de S (1996). Las dimensiones del hombre. Ediciones Sígueme. Salamanca.

- Luhmann, Niklas. 1998. Complejidad y modernidad de la unidad a la diferencia. Trotta, Barcelona. 128-139
- Mc Cue,JD. (1982).The effects of stress on physicians and their medical practice. N Engl J Med. Vol.306, 458-463.
- Martínez, M. (1994).La investigación cualitativa e etnográfica en educación. Manual teórico-práctico. 2ª Edición. México: Trillas.77.
- Maslach, C, & Jackson, S.E. (1981). Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C y Jackson, S. E. (1986). Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Edi.TEA
- Maslach, C; Schaufeli, W.B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. En Schaufeli WB; Maslach, C. ed. Professional burnout: Recent developments in theory and research. Taylor & Francis: Londres 1-16.
- Maslach, C, Jackson, S.E, Leiter, M.P. (1996). Maslach Burnout Inventory Manual. 30 editions. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Melville, A. (1980). Job satisfaction in general practice: implications for prescribing. Soc. Sci Med. Vol. 14, 495-499.
- Mingote Adán JC, Pérez Corral F. (1999). El estrés del médico, manual de autoayuda. Madrid: Díaz de Santos.
- Mingote Adán y Moreno Jiménez. (2004). Desgaste profesional y la salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas preventivas. Medicina clínica, Vol. 123, N° 07,265-270.
- Mira, J.J; et al. (1994). Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del sistema público de salud. Atención Primaria, Vol. 14 N° 10, 1135-1140.
- Mira, J.J; Llinás, G; Gil, V; Orozco, D; Palazón; I; Vitaller, J. (1998). Validación de un instrumento para identificar estilos de práctica profesional del médico de Atención Primaria. Vol. 21, 14-22.
- Molina, Tivizay; Méndez, María; Manzanilla, Tivizay; y col. (2006) Estrés y Síntomas en Personal de Salud del Hospital Universitario de Los Andes. Trabajo de Grado, Universidad de los Andes, Mérida-Venezuela

- Moreno-Jiménez, B; Peñacoba, C. (1999). El estrés asistencial en los servicios de salud. En: Simón MA Ed. Manual de Psicología de la Salud. Biblioteca. Nuevo. Madrid.
- Morera, A; Fernández, L; Valenciano, R; Sánchez, A y cols. (1990). Reactividad al Estrés y personalidad. Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna; Vol.17 N°4, 155-158.
- Morín, E. (1996). Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa.
- Morín, E. (1999). El Método. La naturaleza de la naturaleza. Ediciones Cátedra, S.A.
- Morín, E. (2000). El paradigma perdido. Ensayo de Bioantropología, Ed.6, 20-29
- Ordenes D, Nadia. (2004) Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río. Rev. chil. Pediatría. Vol.75, N° 5,449-454.
- Peiro, J.M; Prieto, F. (1996). Tratado de Psicología del Trabajo. Síntesis Psicología, Vol. I y II.
- Peiró, J. (1992) Desgaste Psíquico en el Trabajo: El Síndrome de Quemarse. S. Psicológica. España.
- Peiró, J; et al. (1998). El cuestionario de Satisfacción Laboral de profesionales de La salud de equipos de atención primaria. Rev. Psicología de la Salud.
- Pines, A; Maslach, C (1978). Characteristics of Staff burnout in mental health settings. Hosp. Community Psychiatry. Vol. 29 N° 4, 233-7.
- Prieto y col. (2002). Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. Atención primaria, Vol. 29 N°59, 294-302.
- Prigogine, I (1996): El fin de la certidumbre, Andrés Bello Santiago de Chile. 108.
- Prigogine, I (1996). El tiempo y el devenir, Gedisa, 174
- Revista Asociación Médica Argentina (2005) Burn-out un enfoque desde Psicopatología. Referencias a estudios en Oncología. 20-36
- Rahe, R.H. y Arthur, R J. (1978). Life Change and Illness Studies: Past History and future Directions. Journal of Human Stress Vol. 4, 3-15.

- Richardsen y Burke. (1991). Occupational stress and job satisfaction among physicians: sex differences. *Social Sciences Medical* Vol.33, 1179-1187.
- Rodríguez-Abuin, M.J (1999) Estrés y Psicopatología en Población Normal, trastornos médico-funcionales y enfermos psiquiátricos. Tesis Doctoral, Departamento de Psicología Clínica y de la Salud, Universidad Complutense de Madrid.
- Taylor, S.J y Bogdan R (1996). Introducción a los métodos cualitativos de Investigación. Ed. Paidós Ibérica, S. A.
- Trucco, B; Valenzuela, A; y Trucco, H. (1999). Estrés ocupacional en personal de salud. *Rev. Med, Chile*, Vol. 127 N°12, 1453-1461.
- Selye, H. (1936). Syndrome produced by diverse nocivous agents. *Nature*, 138:22-49.
- Ugas Fermín Gabriel. (2006). La complejidad un modo de pensar. Ed. del Taller, 23-36
- Valenzuela, Viviane Sandra. (2005). Burnout en personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, vol. 5 N° 1, 56-63.
- Valliant, G; y col. (1972) Some Psychological Vulnerabilities of Physicians. *N. Engl. J. Med*; Vol.287, 372-375.
- Valdez Díaz M y Cols. (2003) Reactividad al estrés en funcionarios de la administración Pública: Estudio sobre la estabilidad de respuesta. *Rev. Psiquis* Vol. 24 N°2, 70-79.
- Villasana, P. (1998) Estudio Sistémico Interpretativo del Devenir Histórico de la Participación Comunitaria en Salud en Venezuela. Proyecto de grado, Universidad de los Andes. Mérida. Venezuela.
- Villasana, P. (2003). Una aproximación a la noción de salud desde los postulados de la Epistemología de la complejidad de Edgar Morín. Tesis Doctoral, Universidad de Carabobo.
- Archivos venezolanos de Psiquiatría y Neurología. (2004). Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de medicina del área básica y clínica, su relación con

el índice de lateralización hemisférica cerebral y el rendimiento académico. Vol. 50 N°103. 1999-2000.

Revista de la Asociación Médica Argentina. (1998). Conferencia pronunciada en la inauguración de las actividades de la Sociedad Argentina de Antropología Médica y Medicina Antropológica, Vol. 111, 3.

Revista Asociación Médica Argentina. (2005). Burn-out un enfoque desde Psicopatología. Referencias a estudios en Oncología.

Selye, H. (1993). History of stress concept. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds). Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects. Ed.2. Nueva York: TheFree Press, A Division of Macmillan.

Strauss, A y Corbín J. (2002). Bases de la Investigación Cualitativa. Editorial Universidad de Antioquia. 10-112.

Whitley, A.(1994) Work-related stress and depression among practicing emergency physicians. Ann Emerg. Med. Vol. 23, 1068-1071

ANEXOS

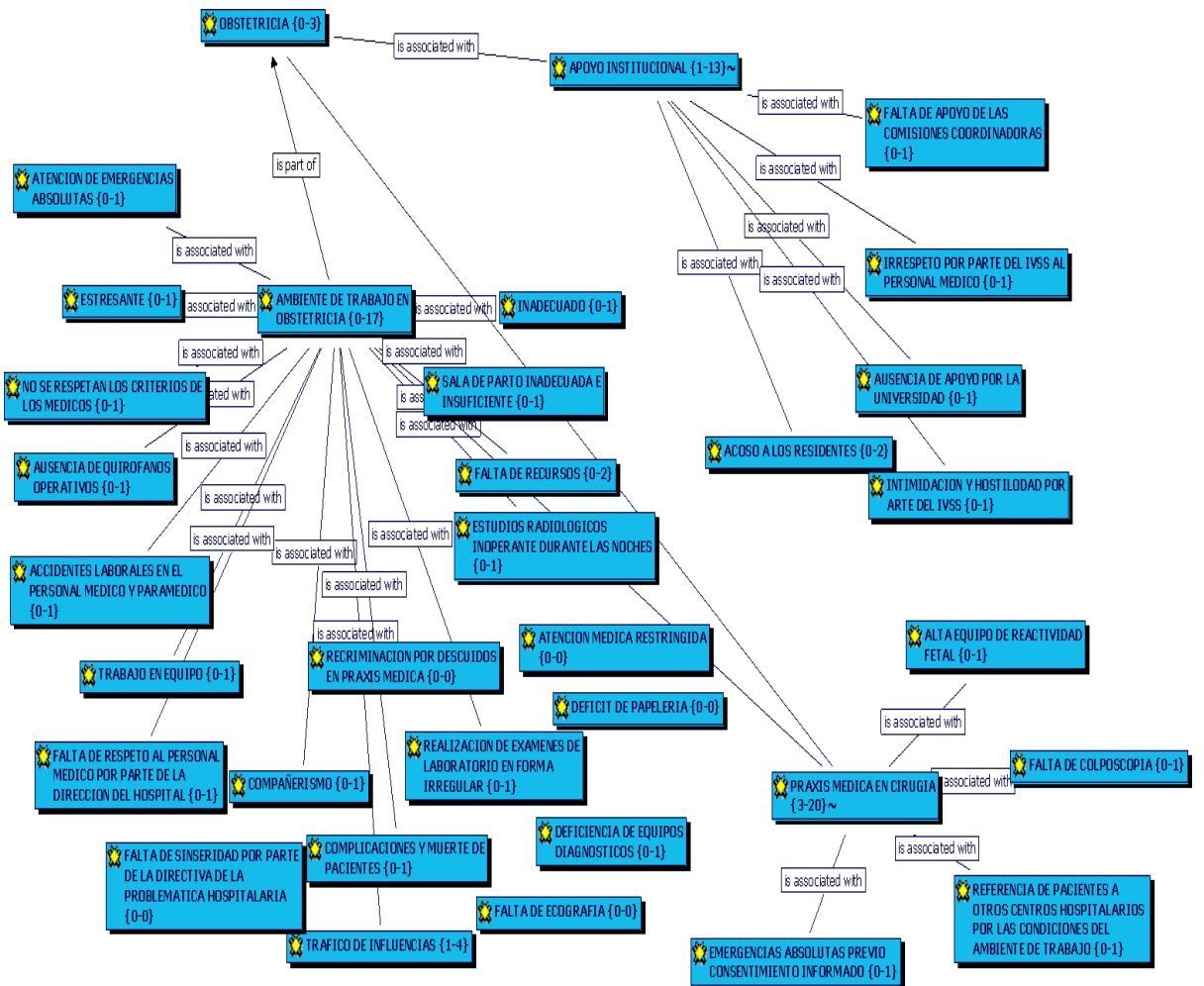
En estos anexos se presentan a continuación:

1.-Representación grafica de códigos, propiedades, categorías, Categoría central y resultados, para lo cual se utilizó el Atlasti.

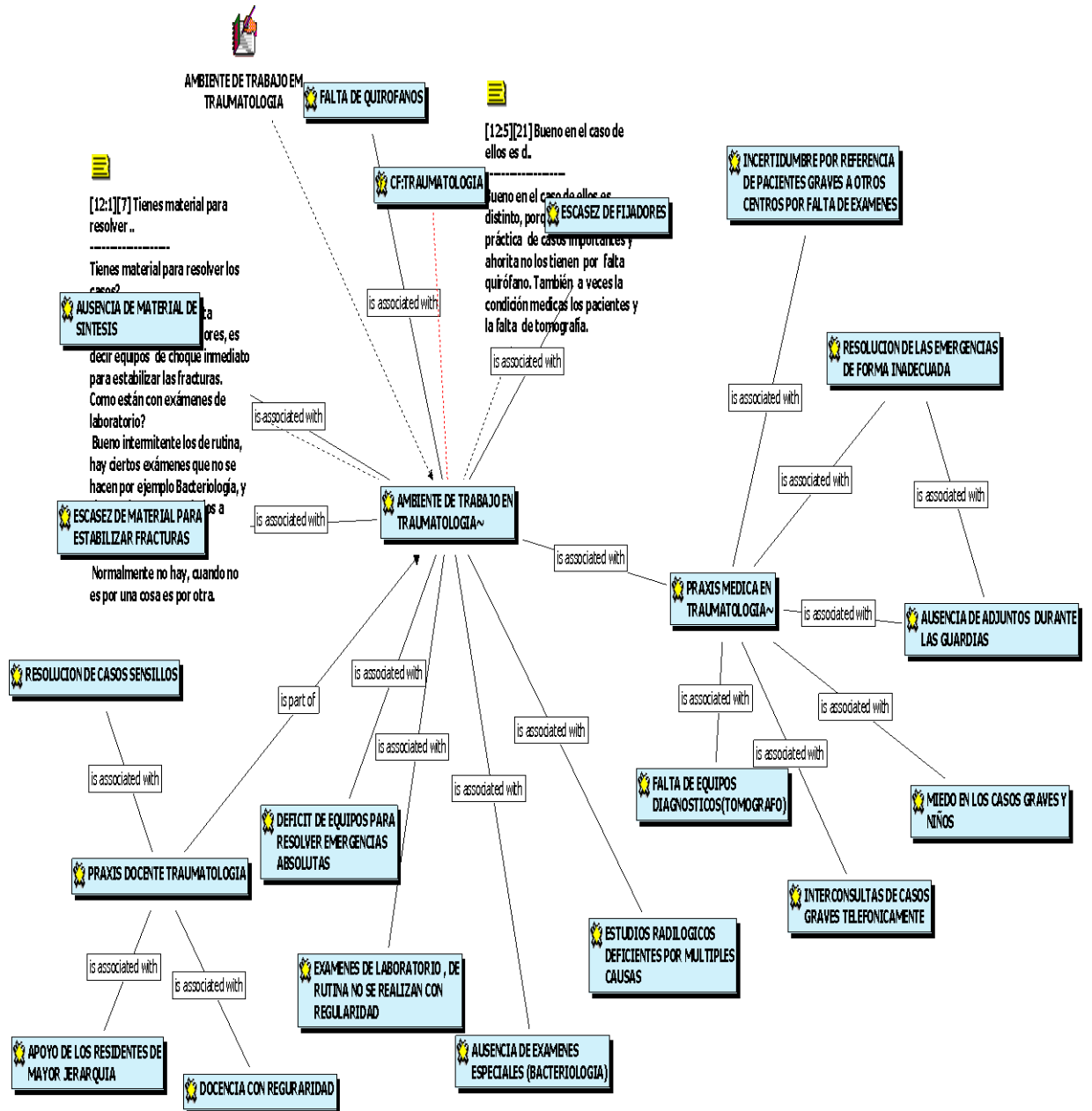
2.-Entrevistas realizadas

3.- Los instrumentos utilizados en esta investigación. Para evaluar la reactividad al estrés se utilizó el cuestionario IRE-32(González de Rivera 1.990, para evaluar la sintomatología psicopatológica la versión española de González de Rivera y col., y el MBI de Maslach Inventory-

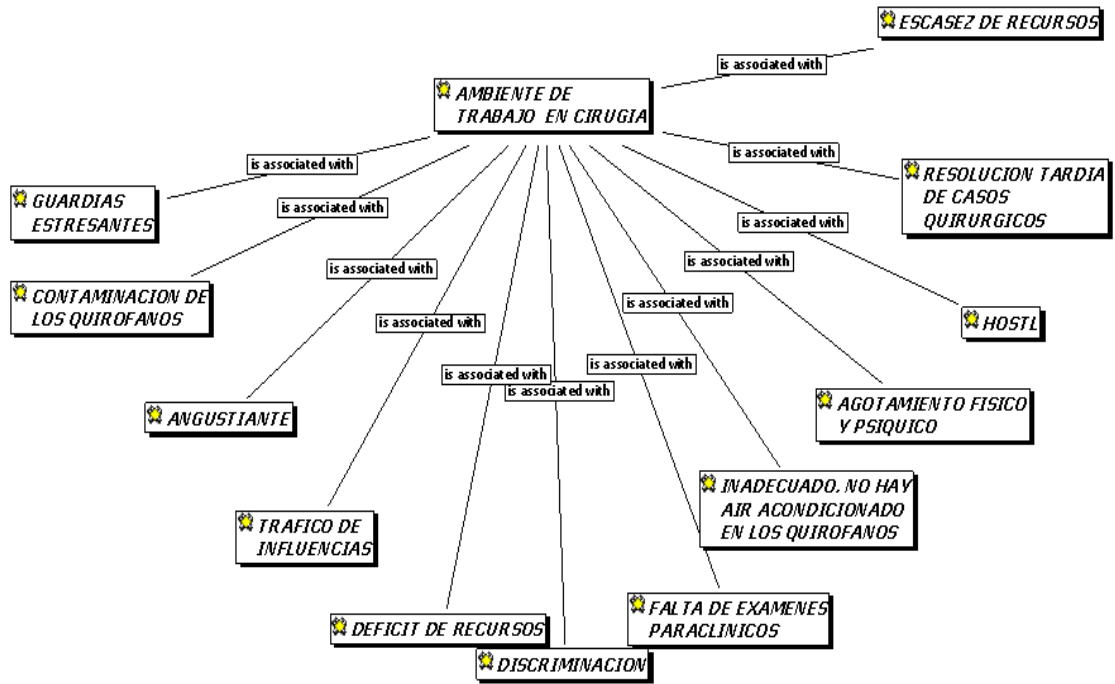
CATEGORIA AMBIENTE DE TRABAJO EN OBSTETRICIA



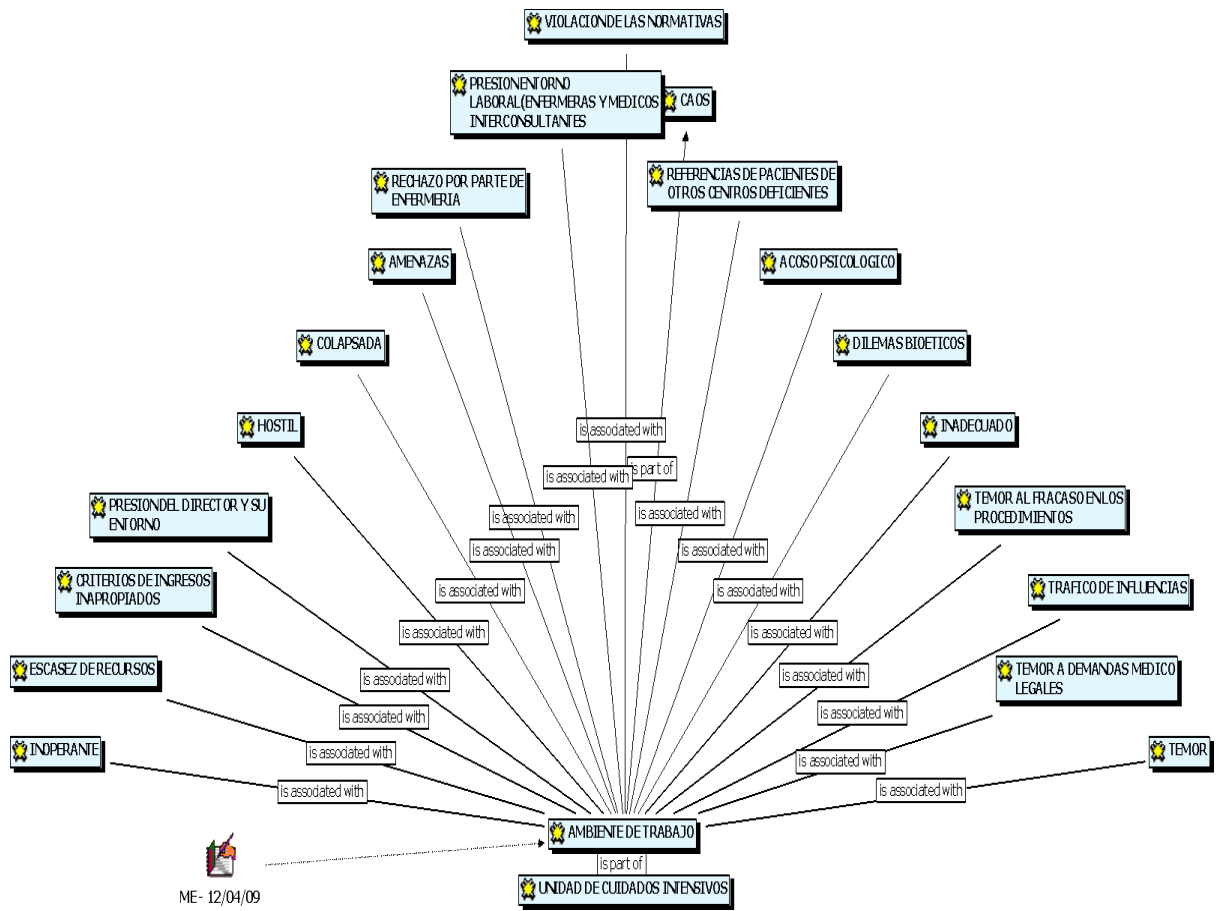
AMBIENTE DE TRABAJO EN TRAUMATOLOGIA

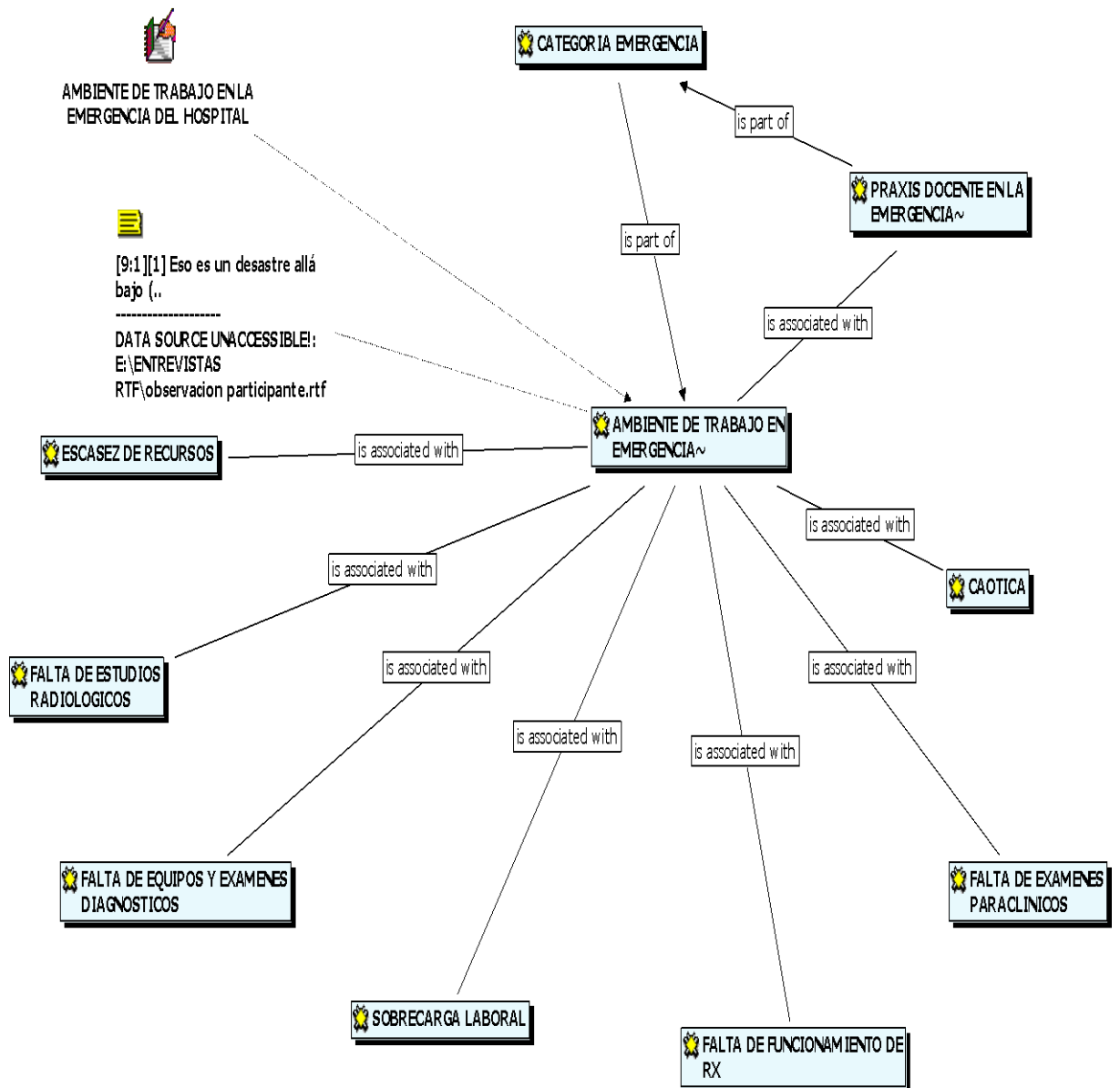


AMBIENTE DE TRABAJO DE LOS RESIDENTES DE POSTGRADO EN CIRUGIA

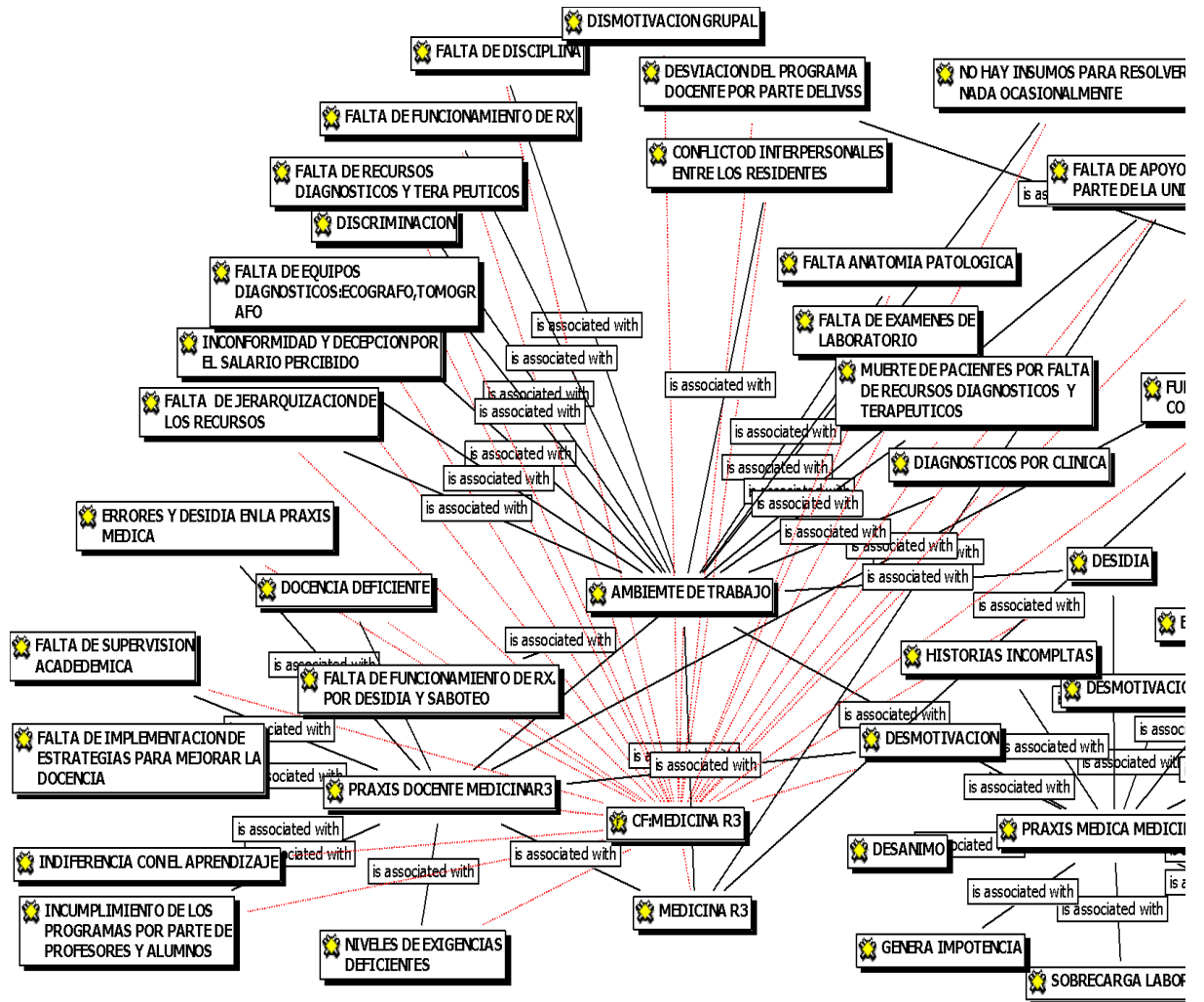


AMBIENTE DE TRABAJO EN CUIDADOS INTENSIVOS





AMBIENTE DE TRABAJO EN LOS RESIDENTES DE LOS POSTGRADOS CLINICOS
EN EMERGENCIA



Fecha: 07-07-08

ENTREVISTA R Cirugía

Como te sientes en el postgrado ahorita:

La falta de quirófano hace que me sienta inseguro por falta de manejo quirúrgico de las patologías.

¿Que quieres decir con la falta de manejo?

Cada vez que llega un paciente uno se angustia, no tenemos los recursos para resolverlos, hay que enviar a la calle los exámenes, a l paciente para hacerle exámenes y si viene, el manejo es tardío, aparte del problema del quirófano. La emergencia la manejamos solo, sin asesoría, el adjunto de guardia se va a costar y me dice: estoy en el cuarto por si acaso. (Con sus excepciones) muy pocas.

¿Cómo son tus relaciones interpersonales? (personal enfermería, médicos .etc.):

Con enfermería hay confianza y hacen caso. Pero toda la responsabilidad). Es mía porque los R1 y R2, no están capacitados. Toda la responsabilidad la tengo yo: Interconsulta, ver y resolver los pacientes ingresados y las emergencias, decidir las conductas en paciente graves, hablar con los especialistas interconsultantes, con los familiares, subir a quirófano.

¿Sientes apoyo de la institución?

Nos sentimos abandonados por la Universidad, siento que la UC. Presta más atención a pregrado y somos unos sacas trabajo (empleados).

Cuando vino la prensa a ver la problemática la directora se molesto porque contradecíamos sus versiones.

Y nos dijo:"

"Ahora van a trabajar más horas quirúrgicas, abandona a su suerte los postgrados.

¿Y el IVSS? Dice estar haciendo el intento pero todo sigue igual, para el seguro solo importa: "sacar trabajo".

" Pero en un quirófano portátil, que solo se puede operar hernias, que no aprendemos nada. Vino la prensa y hablamos de las condiciones del hospital: Quirófanos sin aire acondicionado, Cuando vino la prensa a ver la problemática del hospital por la toma de los pacientes por no estar operando, cuando ella (la Directora), daba una versión no cierta y nosotros aclarábamos eso le molesto y la reacción de la dirección fue:"ahora van a trabajar más horas quirúrgicas", pero en un quirófano portátil, que solo se puede operar hernias, que no estamos aprendiendo nada.

Si yo fuera R1 ya hubiera renunciado. Ahorita no hay nada, solo atender en la emergencia pasar consulta y lo único que operamos es tiroteados que no se pueden referir, en unos quirófanos sin aire acondicionados en medio de un calor horrible.

El conflicto de la crisis del hospital se agrava por el cierre de las puerta del hospital por los pacientes en espera de intervención electivas, viene la prensa y hablamos de las condiciones del hospital: Hospital contaminado, no hay aire acondicionado en los quirófanos. No hay exámenes de laboratorios indispensables para el diagnostico, sala de parto es horrible (Es solo una sala sin aire acondicionado, con ventanas y con solo una mesa ginecológica para atender las pacientes.

¿Cómo son tus relaciones con los demás residentes?

Bueno a la hora de la entrega de la guardia se presentan críticas, por no operar el

paciente que tenía criterio para ello y dejar correr la arruga para que lo resolviera la guardia siguiente. Entregan muchos pacientes sin resolver quirúrgicamente, la entrega es caótica porque entregan los pacientes mal: Historias incompletas, diagnósticos que no concuerdan, no se operan emergencias por causas injustificadas (flojera), y pregunto ¿será Miedo por falta de conocimiento? Sonríe. ¡ Es posible!.

¿Cómo te sientes al terminar una guardia?

Me siento agotado, física y psíquicamente, pero tranquilo por entregar.

¿Al recibir la guardia?

Al recibir la guardia siento estrés, antes era muy angustiante, siempre me dejaban el peor paciente para mi guardia (casos complicados y graves).

¿Todo esto repercute en tu vida personal? A veces uno se lleva el trabajo a la casa, si tuve un mal día, no tengo tiempo de hablar con mi esposa (también residente del postgrado de pediatría), es poco el tiempo de compartir en pareja. A veces mi esposa se pone irritada.

¿Por qué escogiste hacer cirugía?

Porque me gusta la parte de resultados inmediatos, pero siento que no estoy resolviendo nada.: “estamos de naufrago”.

¿Porque naufrago? Estamos, venimos y no salimos del hospital, no operamos, no resolvemos, estamos estancados en la parte quirúrgica y académicamente (no hay clases).

¿Esa situación que te genera?

Me genera deseos de no venir al hospital, por falta de motivación, hay muchos días que no me provoca venir al hospital.

¿Que haces para no sentirte, así?

Me meto en internet, leo libros, trato de sacarles el máximo a los pacientes.

¿Cómo ves tu vida hoy?

Siento que no estoy preparado para salir a ejercer como especialista, el tercer año que es para realizar cirugías mayores y mejorar la técnica, no he hecho nada, ya que con los quirófanos cerrados por falta de aire acondicionado, solo operamos tiroteados y estrictas emergencia.

¿Cómo están los exámenes de laboratorio para los pacientes?

Bueno si tienes suerte te hacen hematología completa, ahora si eres familiar de bioanalista, recomendado del director o algún jefe te hacen mucho mas.

¿Y de material médico quirúrgico? Bueno como no estamos casi operando.

¿Hay RX para los pacientes? Ni me lo pregunte, en estos día había un paciente grave, y empezaron las presiones de los jefes médicos de medicina que había que operar a un señor, porque en la RX de abdomen había un hemoperitoneo, que había que opéralo ya que el examen clínico me decía que operarlo, yo no quería operarlo, era mi guardia, pedí una Rx abdomen control, y no la pudieron hacer porque no había en el hospital, mi jefe de guardia ante tantas presiones me dijo que tenía que operarlo, y cuando lo abrí el paciente no tenía nada quirúrgico, era una patología médica, y (con cara de mucha tristeza y bajando el tono de su voz) me dijo adivine que pasó el paciente se murió antes de 24 horas. ¿Ud. Sabe una cosa? La Rx de abdomen, que nunca vi era de otro paciente.

En mi servicio cuando hay un paciente grave que operar los adjuntos lo evalúan y lo van dejando. ¿Corren la arruga?, Y me respondió: si, no operan nunca y cuando el paciente se agrava que hay que operarlo, lo opera el otro servicio y pierdo de operar el caso.

Aunque yo a veces pienso que lo mejor muchas veces es no operar, ya que en las condiciones de contaminación de quirófano por el exceso de calor, a pesar de los antibióticos el paciente se muere igualito.

Así que solo estoy operando las estrictas emergencias.

¿Cómo te sientes al salir de quirófano?

Agotado, uno suda tanto allá adentro (la ropa quirúrgica, la luz de las lámparas) que a la tercera o cuarta emergencia uno sale muerto, agotado, deshidratado de tanto sudar, y lo que quiere es cerrar los ojos e irse.

24 julio 2008

Entrevista R3M

Como te sientes en tu postgrado?

Estoy deseando terminar voy a hacer una subespecialidad.

¿Por qué apurada?

Aquí el trabajo se ha puesto muy pesado, bueno ya estoy terminando.

¿Por qué pesado?

Por el ambiente de trabajo.

Antes era arbitrario, pero había disciplina, ahorita el desorden

¿Cómo desorden?

No hay reuniones, las comisiones coordinadoras estaban pendiente de todo, la tesis, las clases, que aprendiéramos, había mucha supervisión.

Todos se graduaban con sus tesis, ahorita imagínese que tengo materias de segundo año que no he visto, sin contar con las de tercero ahorita hay que sabanear a los profesores para que nos den las clases.

No están motivado para ello, hay que perseguirlos hasta 2 meses para dar clases, hay decidía por parte de los docentes.

Eso me produce desagrado, mis compañeros están muy desanimados, ya solo cuentan los días de irse, no les importa si aprenden o no solo les importa terminar e irse. No les importa que no sepan nada. Yo me siento desmotivada por falta de interés de sus compañeros.

¿Sientes apoyo de la UC? No siento apoyo en cuanto a todo: Deberían hablar periódicamente con nosotros, saber que pensamos, que creemos o sentimos, no hay comunicación, deberían oír nuestras sugerencias.

Hay carencias de docencia en nemonología, y a pesar de que en el González Plaza hay excelentes Neumonólogos, no nos permiten ir allá, como lo hacen en otros postgrados

. A H (una residente) la hicieron renunciar por falta de rendimiento (nivel académico). Había supervisión, ahorita, no importa eso solo que cumplan los

años.

Hay que ver los errores que comenten los R₂, hace 2 semanas se murió una paciente con un infarto, de 46 años por decidía en el tratamiento. Ahorita los R1 saben más que los R², el conocimiento es deficiente por falta de supervisión académica. **Esto me genera estrés**, convulsiono (se ríe y me dice son convulsiones generalizadas, jajá). Porque no puede haber tanta ignorancia, me da miedo pensar que un familiar mío venga enfermo y caiga en esas manos. Esto hace que tenga más trabajo, tratando de corregir todos los errores que cometen.

No hay niveles de exigencias y supervisión. No dan la talla resolviendo los casos (los residentes de las otras especialidades también).

Estos residentes no le ponen empeño a lo que hacen, todo lo hacen por real.

¿Cómo son tus relaciones con tus compañeros de postgrados?

Con los R1 y R2 muy bien con los otros R3 es nula, porque se las echaron al hombro,, porque no estudian, se van a dormir y dejan pegado a los R1 (solos), cosas que tanto habíamos criticado cuando estábamos abajo.

No dan la cara en la sala, si su trabajo en sala es supervisar: no revisan y es criticable porque no le dan conocimiento a los otros (R1 Y R2).

Para los adjuntos hay que ser un mamarracho, a todo hay que decir amén, no discuten los criterios diagnósticos. Los residentes no se actualizan, no estudian.

Nos dejamos impregnar por la ignorancia. Para los R1 no hay compromiso, no se comparten las tareas. En la entrega de guardia el R3 le importa poco como entreguen la guardia, con: Historias incompletas, mal hechas, diagnósticos equivocados, y de paso le dejan toda la responsabilidad al R!

¿Cómo están los exámenes diagnósticos para el paciente?

Triste, cuando hay una cosa falta otra cosa. La semana pasada no hubo exámenes de laboratorio y los familiares los tuvieron que pagar en la calle. A veces no hay

para resolver nada. Todo es pura clínica para hacer los diagnósticos.

Los Rx ni se diga, ahorita desde hace dos semanas pusieron un aparato ultra plus pero los técnicos se han acostumbrados a no trabajar durante tantos años que dañan el aparato para seguir en lo mismo, o buscan cualquier excusa.

No hay Anatomía patológica, eso es absurdo.

Falta un Tomógrafo, Ecografía, este es un hospital tipo 4 que debía tenerlo. Esto me genera estrés.

Hay tráfico de influencias?

Ni se diga muchos intereses políticos. Hay momentos en que no hay nada y llega alguien del partido, familiar de los directivos o del personal de confianza y aparece todo. El hijo de Pedro o de Juan tiene los mismos derechos y no es así. Aquí todos debían tener prioridades sin discriminación.

Cuando llega un paciente con un infarto el diagnóstico y el tratamiento es parcial, no hay estreptoquinasa. Esto me genera mucha impotencia.

Los especialistas como se portan, hay apoyo? Eso es relativo alguno que otro comprenden la situación y me dan ánimo cuando me siento en crisis

Hay pacientes que mueren a mengua por falta de diagnóstico y tratamiento No hay Eco, no hay Endoscopia. He visto morir pacientes sangrando por falta de un Endoscopia para el diagnóstico y tratamiento. Imagínese para celebrar el día del niño desde el día anterior estaba un gentío preparado la fiesta, vino hasta los artistas de Venevisión, gastaron una millonada, yo no lo entiendo de que le vale a los niños una gran fiesta el día del niño si al día siguiente se van a morir por falta de antibióticos o un examen..

Ni contar con la propaganda del aumento de sueldo de los médicos, todo escándalo, con un aumento que no alcanza, el sueldo no alcanza, uno se decepciona. Solo en el pago del carro son 900 bs. Sin contar el seguro, yo tengo hijos, como. y solo llega el aumento a 1300 bolívares. A veces me pregunto? ¿En qué pensaba yo cuando decidí estudiar medicina? Mi mamá es Educadora gana

mejor, tiene vacaciones en diciembre, carnaval, semana santa, Mi hermana es abogada y gana y vive bien. Esto no lo puedo

Entrevista:

INFORMANTE DE TRAUMATOLOGIA. 24-08-2008

Como te sientes trabajando aquí?

Bien. Estoy empezando y tengo 2 años para aprender

¿Sientes que estas aprendiendo

Bueno estoy en primer año, si resuelvo casos sencillos. Además mi papa es traumatólogo y a veces lo ayudo en las operaciones aprendo con él.

Tienes material para resolver los casos?

Bueno si, sin embargo falta material de síntesis, fijadores, es decir equipos de choque inmediato para estabilizar las fracturas.

Como están con exámenes de laboratorio?

Bueno intermitente los de rutina, hay ciertos exámenes que no se hacen por ejemplo Bacteriología, y siempre hay que mandarlos a centros privados.

RX como están?

Normalmente no hay, cuando no es por una cosa es por otra.

¿Cómo trabajas, tienes apoyo?

Muchas veces solo , no hay adjunto a cuerpo presente y cuando hay una emergencia que resolver muchas veces se hace aquí abajo en la emergencia, cuando debieran hacerse en quirófano, lo hace los R3. A Veces llamamos por teléfono al adjunto cuando el caso amerita discusión.

¿Sientes miedo durante tu trabajo?

Con los Traumatismos craneoencefálicos graves y niños, cuando aquí no se hace

un estudio y hay que mandarlo hacer a otro centro.

No poder resolver los casos.

¿Sientes apoyo :

Bueno yo estoy en el primer año y lo q no se, le pregunto al R” y R3, ellos me apoyan.

¿Y los R3 como se sienten?

Bueno en el caso de ellos es distinto, porque el tercer año es de práctica de casos importantes y ahorita no los tienen por falta quirófano. También a veces la condición medicas los pacientes y la falta de tomografía.

Entrevista RESIDENTE DE OBSTETRICIA. 5-08-08

¿Cómo estás?

Aquí estamos estresados. No hay quirófano.

Habían dejado encendida una lámpara de rayos ultravioleta imagínese lo que pasó, se metieron a operar una emergencia y dejaron encendida una lámpara de rayos ultravioleta y todo el personal de quirófano tuvieron quemadura de cornea: Cirujanos, obstetra, enfermeras, camareras y anestesiólogo., están de reposo.

Porque te decidiste por obstetricia?

Más completa, tiene todas las especialidades.

Que expectativas tienes?

Me veo trabajando, atendiendo partos, cesáreas, tratando de hacerlo bien.

Como son tus relaciones con los compañeros?

Las relaciones de trabajo son en equipo, hay compañerismo, soy muy tranquila, a veces inconvenientes de trabajos por complicaciones de los pacientes y cuidado.

¿Cómo está el trabajo? Muy poco por las condiciones del hospital, se ingresa lo que se puede, no estamos trabajando lo que debíamos-

¿Cómo son las condiciones del hospital?

No hay sala de parto adecuada, solo 2 camas de parto y una cama para atender parto.

¿Si dos mujeres se le presenta el parto al mismo tiempo? Una parte en la cama.

.No hay quirófano disponible, antes se operaba sin aire acondicionado los quirófanos las que no se podían referir.

El sábado llegó una emergencia absoluta y no se podía operar porque el quirófano estaba ocupado por una emergencia de cirugía (Tiroteado), era un embarazo múltiple, la paciente hipertensa grave, bueno y la tuvimos que atender en sala de parto, por vía vaginal, rogando a dios que no hiciera un ACV.

No se puede atender más de un parto ni se pueden ingresar pacientes que ameriten observación, ni inducción de parto. Ya que una inducción mínimo son 6 horas y no se puede ocupar la cama y, si falla la inducción hay que operar y no se puede.

Se están refiriendo todas las pacientes, excepto las que verdaderamente no se pueden referir y se le explica al familiar todos los riesgos que están asumiendo

No se están haciendo Ecografías. El eco estaba dañado, lo repararon, pero no hay ambiente adecuado para colocarlo. El ecógrafo es un equipo indispensable día a día, Es un recurso diagnóstico en obstetricia.

El equipo de colposcopia no se usa en la consulta de ginecología, solo se toma la muestra y se envía a privado a procesar.

No hay test de reactividad fetal, aparato dañado desde hace un año.

¿Y laboratorio como está?

Bueno lo exámenes se pueden hacer un día si y el otro no, hay días en que no hay nada y si lo amerita hay que mandarlo a hacer en privado.

¿Y RX? No hay problemas en el día, en la noche el personal técnico no viene.

Ahorita estamos refiriendo casi todos los pacientes, excepto los que verdaderamente no se pueden referir. Y se le explica al familiar todos los riesgos que están asumiendo..

Material médico quirúrgico?

Hay porque no se usa, falta récipes, papelería, usamos papel de reciclaje para hacer las indicaciones.

Siente apoyo del IVSS?

Aquí si hablas te botan, un día vino la prensa y los dejamos pasar y tomaron represalias, y a la Dra. X la mandaron a tomar antioxidantes, que no tenía memoria. A partir de allí nos han perseguido. Control estricto de horario, pase de lista.

¿Y la Universidad?

Se hace la vista gorda, nunca participa, no hay apoyo, no existimos. Indiferencia total.

No tenemos problemas con las comisiones coordinadoras. En cuanto a las clases, pero no nos apoyan, nos dejan a la deriva.

¿Tráfico de influencias?

De la Dirección del Hospital, cuando referimos pacientes por las condiciones de trabajo y van a la dirección, Hay que hacerlo aunque no se pueda, dicen que es orden de arriba. En estos días nos obligaron a operar a una paciente y se complico toda y los familiares estaban arrepentidos por eso, pero nos echaron la culpa.

¿Qué opinan de los salarios?

El salario no equivale al trabajo y responsabilidad, un diputado, o empleado de PDV ganan mas de 20 millones, y a nosotros no subieron el 30% que ya se lo

comió la inflación(2.800), no alcanzan, no podemos dar inicial de casa, o carro y somos médicos, en cambio los cubanos ganan 6 millones.

Informante UCI

Marzo 2008

Aquí es otro mundo, el ambiente ni se diga, hasta las enfermeras me marginaban, me ignoraban, yo me sentía mal, sobre todo el personal de la mañana.

Ni contar con mi primera guardia, tenía miedo, por las interconsultas, y cuando me vi en la necesidad de realizar una vía central, yo sentía que me moría. Me temblaban las piernas, las manos, era mi primer procedimiento de este tipo, y me sentí peor, cuando falle en el intento.

Interrumpe un adjunto la conversación y le reclama como manejó unas interconsulta, los erros cometidos, y los riesgos médicos legales. Y le ordena escribir nuevamente el informe, le recuerda la posibilidad de ir a Tocuyito por mala práctica. Y le dice como el abogado que lo va a meter preso va a dar el veredicto.

Durante la revista los residentes comentan que la emergencia está colapsada, las camas agotadas, los pacientes en camillas atravesadas en medio de la sala de emergencia, “todo agotado. En el fondo el ruido de los ventiladores, las alarmas, la conversación del personal de enfermería , el timbre de la puerta, los adjuntos que llegan”.

Con cara de tristeza dice: Lega un paciente irrecuperable y lo ingresan y allá abajo tengo un paciente recuperable y aquí los que 2 ingresados son irrecuperables desde su ingreso. Siento mucha depresión, esto me afecta mucho., me pregunto: ¿será que voy en la dirección correcta?

Pasan interconsulta de paciente con sida, en su fase final, ¿Qué voy hacer con este paciente acá?, yo siento que no puedo y como el personal sabía que había un paciente de alta, el personal empezó a reclamar que sacara el de alta e ingresar a este,(familia de una enfermera) las enfermeras me amenazaron que iban a ir a la

prensa. Luego vino el Doctor X, a exigirme que le ingresara directamente a su hijo, que estaba enfermo, me amenazó con mi jefe, yo le explique los canales regulares. Mi sorpresa es que ingresan al paciente directo, por autorización de la jefe sin informarme.

Entonces todo familiar de enfermera, medico, hay que aceptarlo sin criterio y violando los canales regulares., ahora los criterios han cambiado. Llega un momento que uno no sabe cómo hacer las cosas: predomina el tráfico de influencias: Es hijo de un doctor, enfermera, etc. La medicina no es igualitaria, aquí el trato de los pacientes no es el mismo.

Ahora resuelvo lo que pueda, no hay electrocardiograma y esto no le importa a nadie, hay que mandar los exámenes prioritarios a la calle.

Refiere preocupación por paciente que convulsionó durante la guardia. Describe la angustia y el sufrimiento de los familiares del paciente, y tristeza por el cuadro social de la familia (Lloraba la esposa y el padre de ésta, un señor invalido en silla de ruedas.

Consideran los problemas medico legales, por mala praxis en estas condiciones.

El jueves no operaron al paciente y vino el director a reclamar porque no lo habían operado.

Se queja de la mala atención de los médicos interconsultantes y las continuas llamadas del director. “

“la política es una cosa seria”.

Mientras esto sucede la enfermera interrumpe en tres oportunidades, para decirle al médico que quiere hablar con él en relación su familiar.

Refiere mucho malestar por el ingreso de un paciente de un centro privado, muy grave, sin referencias, exámenes, ni antecedentes, no enviaron informe médico. “Me sentí muy mal, no sabía qué hacer. “La paciente murió”.

Ahora resuelvo lo que pueda, no hay electrocardiograma, y eso no le importa a nadie, hay que mandar los exámenes prioritarios a la calle. (Exámenes de laboratorio, tomografía, ecografía, bacteriología).

INFORMANTE MEDICINA R2 -12-08-08

Porque decidiste por el postgrado de medicina?

Por experiencia en la especialidad, ya tengo 2 años de residencia en medicina y siempre me gustó la clínica.

Crees que estas realizando tus sueños?

Creí que iba a ser diferente cuando yo estudiaba medicina era diferente había respeto hacia los especialistas, se respetaba la jerarquía, y había respeto entre los R3. Ahorita no respetan a los profesores, discuten y se descalifican, pelean delante de los pacientes y sus familiares, antes no era así. Ahorita no respetan a los adjuntos, a sus compañeros ni cumplen las normas, ahora llegan tarde, no les importa nada porque las recriminaciones son para los R1, no hay consideración con los R1.

Sientes apoyo de tus compañeros?

Apoyo de los R1, apoyo parcial de los R3 y los R2 es variable.

¿Cómo son las relaciones interpersonales?

Hay enemistad entre los R3, si uno le pregunta a otro R3 que no es del equipo se forma un rollo, si estas en el grupo contrario.

Hay muchos problemas personales, ¡es una locura la emergencia!.

¿Y la docencia como está? Estamos bien, si hay cumplimiento de las clases. A veces no se dan cuenta de la gran carga asistencial y entonces tenemos varias clases al mismo día, revista, presentación de los casos.

¿ El cumplimiento por parte de los residentes? No hay, no hay responsabilidad de los residentes que no van, llegan tarde.

Como está Rx?

Hoy no hay, siempre se daña la maquina, otras por falta de material.

¿Equipos diagnósticos?

No tenemos electrocardiograma en el hospital, como no hay electrocardiograma, cuando llega un infarto se refiere.

Apoyo de la UC?

No tenemos ningún apoyo. A veces inician clase y no nos avisan, falta comunicación y coordinación.

Los pacientes se están tratando con pura clínica.

¿Los exámenes de laboratorio?

Crisis! La semana pasada no había reactivo para hacer los exámenes de laboratorio,

El trabajo no es igual, después de una guardia tormentosa, no hay postguardia y de paso nos tenemos que quedar el día que amanecemos, hasta las 3pm, trabajando, para luego ir a clase.

Ahora todo es una imposición, no hay derecho a postguardia. No hay respeto, te insultan delante de los familiares del paciente, no hay respeto, no hay mística, muy feo.

Los jefes castigan las faltas pero no cumplen ellos, llegan tarde, hay muchas cosas que no funcionan.

¿Tráfico de influencia?

Bueno si, imagínese que ahorita tenemos una paciente diabética, sin patología, sin indicación ninguna de hospitalización e ingresa por orden de la dirección (Por escrito) y todo porque es hermana de un magistrado de la corte suprema de justicia, mientras le consiguen un asilo. Y de otros servicios por comodidad pasan los pacientes para acá y no vienen a verlos.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted es invitado a participar voluntariamente en este estudio, sin ofrecerle incentivo de ningún tipo; es libre de aceptar o rechazar. Usted deberá responder estos cuestionarios, cuyos resultados que serán manejados confidencialmente ya que se evaluara: síndrome de desgaste profesional, Índice de reactividad al estrés, Desgaste profesional crónico y trastornos psicopatológicos. Su respuesta se mantendrá en absoluta reserva;

Yo:

Acepto libre a participar en este estudio previa información del mismo.

Lugar: _____

Fecha de la autorización: _____

Firma

INDICE DE REACTIVIDAD AL ESTRÉS.

El estrés es una respuesta automática del organismo ante situaciones que exigen mayor esfuerzo de lo ordinario. Cada persona tiene reacciones características ante el estrés y algunas se enumeran en la lista siguiente. Por favor Marca la respuesta con una **X**, que le parecen más próxima a su forma habitual de reaccionar en situaciones de estrés o tensión nerviosa. *Gracias por tu participación en el estudio*

Valores:

0	Nada
1	Un Poco
2	Moderadamente
3	Bastante
4	Mucho o exageradamente

Nº		0	1	2	3	4
1	Inquietud, incapacidad de relajarme y estar tranquilo					
2	Pérdida de apetito					
3	Descentrarme del problema y pensar en otra cosa					
4	Ganas de suspirar, opresión en el pecho sensación de ahogo					
5	Palpitaciones taquicardia					
6	Sentimientos de depresión y tristeza					
7	Mayor necesidad de comer, aumento de petito					
8	Temblores, tics o calambres musculares					
9	Aumento de actividad					
10	Náuseas, mareos, inestabilidad					
11	Esfuerzo por razonar y mantener la calma					
12	Hormigueo o adormecimiento en la manos, cara, etc.					
13	Molestias digestivas, dolor abdominal, etc.					
14	Dolor de cabeza					
15	Entusiasmo, mayor energía o disfrutar la situación					
16	Disminuir la actividad					
17	Pérdida del apetito sexual o dificultad sexuales					
18	Tendencia a echar la culpa a alguien o algo					
19	Somnolencia o mayor necesidad de dormir					
20	Aprensión, sensación de estar poniéndome enfermo					
21	Agotamiento o excesivo fatiga					
22	Micción frecuente					
23	Rascarme. Morderme las uñas, frotarme, etc.					
24	Sentimientos de agresividad o aumento de irritabilidad					
25	Diarrea					
26	Beber, fumar o tomar algo (chicle, pastillas, etc.)					
27	Necesidad de estar solo sin que nadie me moleste					
28	Aumento del apetito sexual					
29	Ansiedad, mayor predisposición a miedos, temores etc.					
30	Tendencia a comprobar repetidamente si todo está bien					
31	Mayor dificultad en dormir					
32	Necesidad de estar acompañado y de ser aconsejado					

ESCALA DE MASLACH

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana
Y tengo que ir a trabajar
4. Comprendo fácilmente a mis 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 los demás
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 alguno de sus problemas

Esta escala tiene una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad,

- 0 = Nunca
- 1 = Pocas veces al año o menos
- 2 = Una vez al mes o menos
- 3 = Unas pocas veces al mes o menos
- 4 = Una vez a la semana
- 5 = Pocas veces a la semana
- 6 = Todos los días

CORRECCION:

Preguntas correspondientes a cada escala:

Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22.

Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

Existen tres Subescalas bien definidas, que se describen a continuación:

1. Subescala de agotamiento emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54

2. Subescala de despersonalización o inhibición empática. Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30

3. Subescala de realización personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48

Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome.

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin Responder

PREGUNTAS	NADA	MUY POCO	POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Dolores de cabeza					
2. Nerviosismo.					
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.					
4. Sensación de mareo o desmayo.					
5. Falta de interés en relaciones sexuales.					
6. Criticar a los demás.					
7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.					
8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.					
9. Tener dificultad para memorizar cosas.					
10. Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.					
11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a.					
12. Dolores en el pecho.					
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.					
14. Sentirme con muy pocas energías.					
15. Pensar en quitarme la vida.					
16. Escuchar voces que otras personas no oyen.					
17. Temblores en mi cuerpo.					
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.					
19. No tener ganas de comer.					
20. Llorar por cualquier cosa.					

21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.					
22. Sentirme atrapada/o o encerrado/a.					
23. Asustarme de repente sin razón alguna.					
24. Explotar y no poder controlarme.					
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.					
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.					
27. Dolores en la espalda.					
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.					
29. Sentirme solo/a.					
30. Sentirme triste.					
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.					
32. No tener interés por nada.					
33. Tener miedos.					
34. Sentirme herido en mis sentimientos.					
35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.					
36. Sentir que no me comprenden.					
37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.					
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.					
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					
40. Náuseas o dolor de estómago.					
41. Sentirme inferior a los demás.					
42. Calambres en manos, brazos o piernas.					
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.					
44. Tener problemas para dormirme.					
45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.					

46. Tener dificultades para tomar decisiones.					
47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.					
48. Tener dificultades para respirar bien.					
49. Ataques de frío o de calor.					
50 Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.					
51. Sentir que mi mente queda en blanco.					
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
53. Tener un nudo en la garganta.					
54. Perder las esperanzas en el futuro.					
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.					
56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.					
57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a					
58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados					
59. Pensar que me estoy por morir.					
60. Comer demasiado.					
61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.					
62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.					
63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.					
64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.					
65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.					
66. Dormir con problemas, muy inquieto/a.					
67. Necesitar romper o destrozar cosas.					
68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.					
69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.					
70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.					
71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.					

72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.					
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.					
74. Meterme muy seguido en discusiones.					
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.					
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.					
77. Sentirme solo/a aún estando con gente.					
78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.					
79. Sentirme un/a inútil.					
80. Sentir que algo malo me va a pasar.					
81. Gritar o tirar cosas.					
82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.					
83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.					
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.					
85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.					
86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.					
87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.					
88. Sentirme alejado/a de las demás personas.					
89. Sentirme culpable.					
90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					

INSTRUMENTO

Escala Socioeconómica

Edad: _____ Sexo: _____

Estado Civil: Soltero: _____ Casado: _____ Viudo: _____ Divorciado: _____ Concubinato: _____

Zona residencial donde habita: _____

Servicio al que pertenece: _____

Categoría de cargo:

1. Residente (Indique Nivel) _____ 2. Especialista: _____

3. cargo administrativo: _____

4. ejerce privado No: _____ Si: _____ (Cuántas horas semanales dedica al ejercicio privado: _____)

5. actividad docente No: _____ Si: _____ (Cuántas horas semanales dedica a la docencia: _____)

Antigüedad profesional (años de graduado) _____

Cuántos años tiene con el cargo actual: _____

Cuál es su carga horaria:

4horas _____ 6horas _____ 8horas _____ Dedicación exclusiva _____

Realiza guardias Si _____ No _____ Frecuencia a la semana _____

Número de residentes por guardias _____

Tiene Hijos: Si _____ No _____ Cuantos: _____

Trabaja su Esposa: Si _____ No _____

Cuántas personas dependen de su ingreso mensual _____

Posee Vivienda Si _____ No _____

Propia _____ Alquilada _____ Prestada _____ Hipotecada _____

Ingreso Mensual:

Menos de 500 mil Bs. _____ 500 mil a 1 millón Bs. _____ 1millón a 1.500.000Bs _____ mas 1.500.000Bs _____

Posee vehículo propio Si _____ No _____

Usa transporte público Si _____ No _____ Otros: _____

Que hace en su tiempo libre:

Estudiar: _____ oír música: _____ Leer: _____ deporte: _____ Compartir con familia/amigos: _____ ir al cine: _____ salir de compra: _____ contribuir e