

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN



FACULTAD DE MEDICINA ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

TESIS

=====

PREVALENCIA DEL SINDROME BURNOUT Y FACTORES
ASOCIADOS EN ESTUDIANTES DE LA E.A.P. DE MEDICINA
HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN DE
HUANUCO DURANTE EL PERIODO DE AGOSTO A DICIEMBRE DEL
2015

=====

TESISTA:

WILLIAMS ALBERTO MEZA COPELLO

ASESOR:

DR. EDINHO ROLANDO SEGAMA FABIAN

TESIS PARA OBTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO

HUÁNUCO- PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN



FACULTAD DE MEDICINA ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

TESIS

=====

PREVALENCIA DEL SINDROME BURNOUT Y FACTORES
ASOCIADOS EN ESTUDIANTES DE LA E.A.P. DE MEDICINA
HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN DE
HUANUCO DURANTE EL PERIODO DE AGOSTO A DICIEMBRE DEL
2015

=====

TESISTA:
WILLIAMS ALBERTO MEZA COPELLO

ASESOR:
DR. EDINHO ROLANDO SEGAMA FABIAN

TESIS PARA OBTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO

HUÁNUCO- PERÚ

2017

Dedicatoria

A mis padres, hermanos y docentes por el apoyo durante toda mi formación.

Agradecimiento

Este trabajo no sería posible sin el apoyo incondicional de mis padres, docentes, y todas las personas que directa o indirectamente apoyaron a su realización, de mención especial:

- Med. Edinho Segama Fabián.
- Med. Blanca Céspedes Alva.
- Med. David Tello Rojas.
- Antropóloga María Cecilia Galimberti Oliveira.
- Lic. Psicología Milagros Copello Quintana.
- Lic. Psicología Cynthia Ureta Morales.

**PREVALENCIA DEL SINDROME BURNOUT Y FACTORES ASOCIADOS EN
ESTUDIANTES DE LA E.A.P. DE MEDICINA HUMANA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN DE HUÁNUCO**

Resumen

Objetivos: Determinar la frecuencia del Síndrome Burnout y la relación que existe entre esta y diversos factores en los estudiantes de la E.A.P. de Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico de corte transversal donde se incluyó a 301 estudiantes de la E.A.P. Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán en la ciudad de Huánuco.

Resultados: La prevalencia del Síndrome Burnout fue de 45,5%. No hubo diferencias en cuanto al sexo ($p=0,50$) el estado civil ($p=0,82$), sí se encontró diferencia significativa en cuanto a la edad ($p=0,003$), al analizar los diversos factores asociados se encontró diferencias significativas entre el Síndrome Burnout y la cantidad de cursos desaprobados ($p=0,000$), las horas de estudio ($p=0,000$), las horas de sueño ($p=0,000$) y los problemas con los padres ($p=0,000$) o con algún otro familiar ($p=0,000$). **Conclusiones:** Existe una prevalencia que concuerda con estadísticas nacionales y mundiales del Síndrome Burnout. Dentro de los factores asociados estudiados, hubo similitudes y diferencias en relación a estudios nacionales e internacionales debido a la característica multifactorial del síndrome. **Palabras clave.** Síndrome de Burnout, estudiantes de medicina.

**PREVALENCE OF THE BURNOUT SYNDROME AND ASSOCIATED
FACTORS IN MEDICAL STUDENTES FROM THE HERMILIO VALDIZAN
NATIONAL UNIVERSITY HUANUCO**

Abstract

Objectives: Determine the frequency of Burnout Syndrome and relationship between this and several factors in medical students from the Hermilio Valdizan National University. **Materials and methods:** An observational, analytical cross-sectional study which was included taking 301 medical students from the Hermilio Valdizán National University of the city of Huanuco. **Results:** Burnout syndrome prevalence was 45.5%. There were no differences in gender ($p=0.50$) or marital status ($p=0.82$), significant difference was found in terms of age ($p=0.003$), analyzing the associated factors, significant differences were found between the Burnout Syndrome and the amount of unapproved courses ($p=0.000$), study time ($p=0.000$), the sleep ($p=0.000$) and family problems ($p=0.000$). **Conclusions:** There is a prevalence consistent with national and global statistics Burnout Syndrome. Among the associated factors analyzed in this study, there were similarities and differences in relation to national and international studies due to the multifactorial feature of the Burnout syndrome.

Keywords: Burnout síndrome, medical students

INDICE DE CONTENIDOS

Resumen y palabras clave	6
Abstract and keywords	7
Indice	8
Introducción	9
Situación problemática	11
Formulación del problema	14
Capítulo I Marco Teórico	15
1.1. Antecedentes	15
1.2. Síndrome Burnout	19
1.3 Factores de riesgo individuales	24
1.4. Factores de riesgo sociales	27
1.5. Evaluación del Síndrome Burnout	33
1.6. Tratamiento del Síndrome Burnout	38
Capítulo II Metodología	40
2.1. Tipo de investigación	40
2.2. Diseño de investigación	40
2.3. Población y muestra	41
2.4. Hipótesis	43
2.5. Objetivos general y específicos	44
2.6. Variables	46
2.7. Instrumento de recolección de datos	51
2.8. Recojo y procesamiento de datos	53
2.9. Aspectos éticos	54
Capítulo III Resultados	55
Capítulo IV Discusión	59
Conclusiones	63
Recomendaciones	64
Limitaciones	65
Referencias bibliográficas	66
Anexos	73

INTRODUCCIÓN

El Síndrome Burnout es un síndrome de comportamiento multifacético y tridimensional que consiste en respuestas individuales de mala adaptación posteriores a situaciones de estrés prolongado. Las manifestaciones incluyen la indiferencia, el desánimo y la falta de voluntad para iniciar acciones y comportamientos que puedan considerarse como estrategias de afrontamiento diseñados para aliviar esa condición. Por lo tanto, los factores etiológicos potenciales y estresores en curso convergen para generar procesos psicológicos y fisiológicos graduales que se presentan como una falta de deseo de seguir soportando situaciones de estrés (1).

La prevalencia del Síndrome de Burnout varía ampliamente de un país a otro e incluso dentro del mismo territorio nacional que se valore, dependiendo de las características del sistema de salud en que se opera, así como de otros factores organizacionales intrínsecos del hospital que se estudie y de los profesionales de salud en los que se realice (2).

Los estudiantes de medicina pueden tener dificultades más personales (síntomas depresivos y la ideación suicida) debido a una mayor presencia de factores de estrés que afectan el dominio personal (la adaptación al entorno de formación) y también puede luchar con una menor sensación de logro personal ya que tienen menos oportunidades de tener un papel significativo en la prestación de la atención al paciente. Durante las primeras etapas de la carrera de los médicos, persistirán algunos factores de estrés que existían durante la formación universitaria, mientras que otros se resolverán o aparecerán (por ejemplo, la negligencia médica), por lo tanto, los factores de estrés pueden diferir entre las etapas de formación y las de la carrera (3).

Se postula que las demandas interpersonales y la carga de trabajo conllevan al cansancio emocional, esto sumado a la falta de recursos desarrollará: la despersonalización y la baja autorrealización en los pacientes (4).

El Síndrome Burnout es un problema de salud pública que en los últimos años va en aumento y que no sólo repercute en la vida privada del personal de salud, sino también en la calidad asistencial, deteriorando la relación médico-paciente (5).

En la formación universitaria del médico, los últimos años de estudios, en especial el internado, es una de las fases más críticas, es en esta época donde más inciden estresores como: la sobrecarga académica, laboral, el trabajo en turnos, rotaciones sin horario fijo, el trato con pacientes problemáticos, el contacto directo con la enfermedad, el dolor y la muerte, la falta de especificidad en las funciones y tareas académicas y hospitalarias (6).

Las consecuencias de la presencia del Síndrome Burnout en el personal de la salud se traducen en alteraciones emocionales y conductuales (psicosomáticas y sociales), y se puede llegar a un alto nivel de absentismo laboral, tanto por problemas de salud física como psicológica, siendo frecuente la aparición de situaciones depresivas, automedicación, ingesta de psicofármacos y aumento del consumo de tóxicos, alcohol y otras drogas (2), afectando de esta manera la eficacia profesional del médico y, en este caso, del futuro profesional. Es por ello que es importante conocer la prevalencia y los factores asociados del Síndrome Burnout en los alumnos de medicina para prevenir su aparición desde la formación en pregrado.

SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El proceso de deterioro físico y mental de profesionales que trabajan en áreas de la salud ha sido conceptualizado como Síndrome de Burnout o desgaste profesional, el cual explica la respuesta emocional de los profesionales expuestos de manera prolongada a estresores relacionados con el esfuerzo para realizar diversas tareas que compiten en tiempos, asumir un sin número de responsabilidades y responder a presiones organizacionales. El Síndrome Burnout se integra por tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal (7). Las 3 dimensiones de este síndrome son:

- Agotamiento o cansancio emocional: Se refiere a la disminución y/o pérdida de recursos emocionales que sirven para entender la situación emocional de otras personas. Existe fatiga física como psíquica, que desencadena sentimientos de impotencia y desesperanza.
- Despersonalización o deshumanización: Se manifiesta con el desarrollo de sentimientos negativos y actitudes de cinismo hacia sus colegas. Irritabilidad hacia la motivación, se aumentan los automatismos relacionales y la distancia personal.
- Sentimientos de baja o falta de realización personal: Tendencia a evaluar su trabajo negativamente, baja autoestima, incapacidad para soportar la presión e insatisfacción con el rol profesional que conlleva a una pérdida de todo sentimiento de gratificación personal (4).

Durante las primeras etapas de la carrera de los médicos, persistirán algunos factores de estrés (por ejemplo, la muerte y el sufrimiento del paciente,

el equilibrio entre la vida laboral), mientras que otros se resolverán (por ejemplo, los exámenes, las prácticas de anatomía) o desarrollarán (por ejemplo, la negligencia, eventos de la vida personal); por lo tanto, los factores de estrés pueden diferir entre las etapas de formación y las de la carrera en sí. Por ejemplo, los estudiantes de medicina pueden tener dificultades más personales (es decir, los síntomas depresivos y la ideación suicida) debido a una mayor presencia de los factores de estrés que afectan el dominio personal (por ejemplo, la adaptación al entorno de formación) y también puede luchar con una menor sensación de logro personal ya que tienen menos oportunidades de tener un papel significativo en la prestación de la atención al paciente (3).

En un estudio realizado en los E.E.U.U. se reportó que en comparación con los graduados universitarios de edades entre los 22 a 32, los estudiantes de medicina tenían una mayor prevalencia de agotamiento emocional, despersonalización, y desgaste. Los estudiantes de medicina también tenían más probabilidades de presentar síntomas de depresión y tuvieron mayores niveles de fatiga (3).

En un estudio realizado en Portugal se asoció que los estudiantes que reconocieron en el cuestionario sociodemográfico la existencia de un problema significativo presentaron niveles más altos de agotamiento y despersonalización y niveles menores de eficacia profesional. Aquellos que estudiaron entre 4 y 6 horas tenían niveles más altos de agotamiento emocional en comparación con aquellos que estudian entre 1 y 3 horas. Los estudiantes que cursan los años preclínicos (primero, segundo y tercero año), en comparación con los estudiantes de años clínicos (cuarto, quinto y sexto

año), presentan niveles más altos de despersonalización y los niveles más bajos de eficacia profesional. Los estudiantes que perciben dificultades en el logro de las metas establecidas tenían niveles más altos de agotamiento y despersonalización, de los que perciben la facilidad para conseguir los objetivos académicos (8).

En Chile en un estudio en el que participaron un total de 90 estudiantes de medicina se obtuvo que la prevalencia del Síndrome Burnout severo; descrito como agotamiento emocional, despersonalización y realización personal todas en un nivel de alteración también severo, fue de un 13,3%; distribuido en igual proporción según género. Al analizar los componentes se destaca que un 48,8% y un 63,3% presentaron agotamiento emocional y despersonalización respectivamente en grado severo. En cuanto a realización personal un 23,3% presentó este parámetro en grado bajo (9).

En un estudio realizado en el Perú se encontró una prevalencia del Síndrome Burnout de entre el 40% a 60% en estudiantes de Medicina Humana, y se concluye que es necesario que las universidades investiguen sobre este tema para ampliar los hallazgos descriptivos y evaluar la eficacia de estrategias que den solución a este problema (10).

FORMULACION DE PROBLEMA

¿Los problemas familiares, la cantidad de horas de estudio diarias y el semestre académico, están asociados con el Síndrome Burnout en los alumnos de la E.A.P. Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco durante el periodo de agosto a diciembre del 2015?

CAPITULO I MARCO TEORICO

1.1. ANTECEDENTES

En un estudio realizado en los E.E.U.U. se reportó que los estudiantes de medicina y los graduados tuvieron una mayor tendencia de presentar Síndrome Burnout, la prevalencia que se encontró fue del 31% al 49% y que es la época de entrenamiento médico la que parece ser el tiempo pico en el que desarrollaron estrés; aunque el agotamiento, los síntomas depresivos y la ideación suicida repentina fueron comunes tanto durante el entrenamiento médico y los primeros años de la práctica médica (3).

En un estudio realizado en la ciudad de New York se encontró una prevalencia del 71% en estudiantes de medicina que empezaban a cursar el tercer de preparación médica (11). En otro estudio realizado en la ciudad de Texas en el que se incluyó a estudiantes de los tres primeros años de formación médica, se obtuvo que la prevalencia del Síndrome Burnout severo fue aproximadamente 55%, al analizar las dimensiones del síndrome se halló que el porcentaje de estudiantes que reportaron altos niveles de desgaste emocional, despersonalización, y un bajo nivel de realización personal fue de 51,7%; 44% y 52% respectivamente (12).

En un estudio realizado en Portugal se obtuvo los siguientes datos: el grupo de estudiantes que presentaron criterios para el diagnóstico del Síndrome Burnout también presentaron altos niveles de estrés, ansiedad y problemas familiares; al analizar las dimensiones del síndrome se halló: niveles más altos de agotamiento, despersonalización y niveles menores de realización profesional en estudiantes que reconocían la existencia de problemas familiares; en cuanto al estudio de los factores asociados obtuvieron una

asociación entre el Síndrome Burnout y las horas de estudio; y también que los estudiantes de años superiores presentaron una prevalencia más alta (8).

En un estudio realizado en España se encontró una prevalencia del Síndrome Burnout en estudiantes de medicina de 22.6%; en cuanto al análisis de las dimensiones se encontró que la prevalencia de agotamiento, despersonalización y falta de realización personal fue de 17,8%; 10% y 17,8% respectivamente. Al analizar el año académico, se encontró que los estudiantes que cursaban el sexto año tuvieron una prevalencia significativamente mayor del Síndrome Burnout en comparación con los estudiantes de tercer año, además de una mayor prevalencia de agotamiento, despersonalización y falta de realización personal (13).

En un estudio realizado en Turquía se encontró que cerca de la tercera parte de los residentes de un hospital que no cuenta con un departamento de control de tiempo laboral tuvieron Síndrome Burnout y que al menos un sexto de los residentes de los departamentos de medicina interna y pediatría tuvieron criterios de depresión asociado (14).

En cuanto a Latinoamérica, en un estudio llevado a cabo en México se obtuvo una prevalencia del Síndrome Burnout en estudiantes de medicina del 1,64% utilizando la escala de 4 dimensiones (CESQT), sin embargo al analizar las 4 dimensiones que la componen se encontró que la prevalencia de baja ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia y culpa fue de 5%; 74,4%; 13,6% y 9,8% respectivamente (15). En otro estudio también realizado en México en el que se usó una escala unidimensional para los alumnos de medicina del primer al tercer año académico y una escala tridimensional para los alumnos de medicina del cuarto al sexto año; se obtuvo una prevalencia del

Síndrome Burnout del 99,6% en los alumnos de años básicos, y del 100% en los alumnos de años superiores; se analizó también las escalas del Síndrome Burnout obteniéndose que en los alumnos que cursaban los primeros años de formación médica no hubo ningún alumno con Síndrome Burnout severo, mientras que en los alumnos de años superiores se obtuvo que el 8,3% tenía Síndrome Burnout severo (16).

En un estudio realizado en Brasil se encontró que la prevalencia del Síndrome Burnout en estudiantes de medicina fue del 10,3%. La prevalencia fue mayor entre aquellos estudiantes que no tenían confianza en sus habilidades clínicas, los que se sentían incómodos con las actividades de los cursos que cursaban y aquellos que no veían el trabajo como una fuente de placer (17). En otro estudio realizado también en Brasil se obtuvo una prevalencia del Síndrome Burnout en estudiantes de medicina del 20.4%, al analizar las dimensiones: agotamiento, despersonalización y falta de realización personal; se encontró una prevalencia de 3,42%; 1,75% y 4% respectivamente (18).

En un estudio realizado en estudiantes de medicina en el que participaron 90 estudiantes en Chile se observó una mayor prevalencia del Síndrome Burnout en mujeres, estudiantes que cursaban el cuarto año académico, aquellos que no habían reprobado ninguna materia y que vivían con amigos; se obtuvo además que la prevalencia del Síndrome Burnout severo fue de un 13,3%, en este caso no hubo diferencias en cuanto al género; al analizar los 3 dimensiones estudiadas, se destaca que un 48,8% y un 63,3% presentaron agotamiento emocional y despersonalización respectivamente y un 23.3% presentaron un bajo nivel de realización personal (9).

En cuanto al Perú, en un estudio realizado en Lima, en estudiantes de medicina del séptimo año se encontró una prevalencia del Síndrome Burnout del 40,2%; con respecto a las 3 dimensiones estudiadas se encontró que la prevalencia de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal fue de 67,4%; 78% y 37,1% respectivamente (19). En otro estudio realizado en Trujillo, en el que se comparó a estudiantes de medicina humana que empezaban y terminaban el séptimo año de formación académica, se encontró que del total de estudiantes con Síndrome de Burnout severo, el 75% pertenecían al grupo que había concluido el año académico; asimismo, del grupo de estudiantes con Síndrome de Burnout moderado, el 47,5% pertenecían al grupo de que había concluido el séptimo año y 52,7% al grupo de estudiantes que iniciaba el séptimo año. En cuanto al análisis de las 3 dimensiones estudiadas se obtuvo que del total de estudiantes con agotamiento emocional bajo, el 81,5% pertenecían al grupo de estudiantes que habían concluido el año académico; mientras que del total de estudiantes con agotamiento emocional alto, el 64,3% pertenecían a los estudiantes que iniciaban el año; del análisis referido a despersonalización, se aprecia que del total de estudiantes con despersonalización baja, el 71,4% pertenecían al grupo de estudiantes que habían concluido el séptimo año; con respecto a la dimensión realización personal encontramos que en el grupo con realización personal alta el 100% pertenecían al grupo de estudiantes que habían concluido el año académico, por otro lado se observa que del total de estudiantes con un bajo nivel de realización personal el 49,3% pertenecían al grupo que habían concluido el séptimo año académico mientras que el 50,7% pertenecían a los estudiantes que iniciaban dicho año (20).

1.2. SÍNDROME BURNOUT

El agotamiento del trabajo emergió como un concepto importante en la década de los 70s, siendo el término Burnout conceptualizado por Maslach por primera vez en 1976 y capturó algo muy crítico sobre la experiencia de las personas con el trabajo. Ha inspirado a los investigadores para estudiarlo y tratar de entender mejor lo que es y por qué sucede. Ha inspirado a los practicantes a encontrar maneras de lidiar con él, prevenirlo o combatirlo. Por lo tanto, desde el principio, el burnout ha gozado de un reconocimiento conjunto tanto de investigadores como de profesionales como un problema social digno de atención y mejoramiento. Como este reconocimiento se ha extendido a muchos otros países, se ha convertido en un fenómeno de notable importancia mundial (21). Entre 1974 y 1979, de los escritos sobre el Síndrome Burnout sólo Berkeley Planning Associates en 1977 y Maslach y Jackson (1978) exploraron las dimensiones subyacentes del burnout o proporcionaron datos más allá del nivel descriptivo (22).

En un exhaustivo proceso de entrevistas, observación y desarrollo psicométrico, Maslach y sus colegas en 1981 desarrollaron un método para evaluar el Burnout como un constructo multidimensional que iba más allá del mero agotamiento. Al principio, el Burnout se identificaba predominantemente en los trabajadores de las áreas de servicios humanos. En 1996, Maslach definió: "El Burnout es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducción del logro personal que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas de alguna manera". Sin embargo, a fines de la década de 1980, los investigadores y profesionales empezaron a

reconocer que el agotamiento se producía fuera de los servicios humanos, por ejemplo, entre gerentes, empresarios y trabajadores de oficina (21).

Dentro de la tendencia a aplicar el Burnout sólo a profesiones asistenciales, Maslach y Schaufeli intentaron una ampliación del concepto aceptando diversas definiciones en función de algunas características similares, de las que destacan:

1. Predominan más los síntomas mentales o conductuales que los físicos. Entre los síntomas disfóricos se señalan, el cansancio mental o emocional, fatiga y depresión; siendo el principal el cansancio emocional.

2. Los síntomas se manifiestan en personas que no sufrían ninguna psicopatología anteriormente.

3. Se lo clasifica como un síndrome clínico-laboral.

4. Se desencadena por una inadecuada adaptación al trabajo, que conlleva a una disminución del rendimiento laboral junto a la sensación de baja autoestima.

En el lado contrario, los que amplían el síndrome a profesiones no asistenciales defienden que los síntomas del Burnout se pueden observar también en personas que no trabajan en el sector de asistencia social. El síndrome se manifiesta igualmente como un estado de agotamiento emocional, mental y física, que incluye sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo y baja autoestima. Dicho estado estaría causado por una implicación durante un tiempo prolongado en situaciones que son emocionalmente demandantes (23).

Claramente, el Burnout se define como una etapa final, aunque la definición varía según el contexto y las intenciones de los que utilizan el término. Aunque la definición tridimensional ha logrado una aceptación casi universal en la investigación, los psicólogos tienden a considerar el Burnout como un fenómeno continuo, mientras que los médicos tienden a ver el Burnout dicotómicamente. Para los primeros, el agotamiento es una forma de angustia crónica que resulta de un ambiente de trabajo altamente estresante y frustrante, mientras que para los últimos es una condición médica (21).

En general se admite que el Síndrome Burnout es un proceso de respuesta a la experiencia cotidiana de factores estresantes y se desarrolla gradualmente en cuanto a la aparición de rasgos y síntomas (23). Los síntomas se agrupan en 3 categorías:

- Agotamiento o cansancio emocional: Se refiere a la disminución y/o pérdida de recursos emocionales, es decir, los que sirven para entender la situación de otras personas que también tienen emociones y sentimientos que nos pueden transmitir durante la vida laboral. El trabajador desarrolla sentimientos de estar exhausto tanto física como psíquicamente, que ya no puede dar más de sí mismo, siente impotencia y desesperanza.
- Despersonalización o deshumanización: Revela un cambio consistente en el desarrollo de actitudes y respuestas negativas, como insensibilidad y cinismo hacia los “beneficiarios” del servicio, así como por incremento de la irritabilidad hacia la motivación laboral. Este aislamiento y evitación de otras personas se traduce en unas conductas como son: absentismo laboral, ausencia de reuniones, resistencia a

enfrentarse con otros individuos o a atender al público, o en su actitud emocional, que se vuelve fría, distante y despectiva. Estas conductas de endurecimiento afectivo son vistas por los usuarios de manera deshumanizada.

- Sentimientos de falta o baja realización personal: Suponen tendencias con respuestas negativas a la hora de evaluar el propio trabajo, con vivencias de insuficiencia profesional, baja autoestima, evitación de relaciones interpersonales y profesionales, baja productividad e incapacidad para soportar la presión. Son sentimientos complejos de inadecuación personal y profesional, con deterioro progresivo de su capacidad laboral y pérdida de todo sentimiento de gratificación personal con la misma. Esta autoevaluación negativa afecta considerablemente a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas atendidas (4).

Existen una variedad de modelos que tratan de explicar el desarrollo del Síndrome Burnout, aunque ninguno de ellos ha sido absolutamente aceptable y satisfactorio (23).

El desarrollo del Síndrome Burnout consta de tres fases: la primera es la reacción de alarma, en el que se genera un desequilibrio entre recursos y demandas de trabajo; posteriormente, aparece la resistencia, en el que el cuerpo se ajusta al factor de estrés; la tercera fase es la de agotamiento, la continuidad de la tensión y la falta de soluciones activas lleva a cambios de conducta, típicos de un afrontamiento de tipo huidizo y defensivo (4).

En 1982 Cherniss postuló que el síndrome burnout se da como un proceso de adaptación psicológica entre el sujeto estresado y un trabajo

estresante, en el cual el principal precursor es la pérdida de compromiso. El proceso lo describe en tres fases: fase de estrés, fase de agotamiento y fase de afrontamiento defensivo. La fase de estrés consiste en un desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos de los que dispone el individuo para hacer frente a esos acontecimientos. La fase de agotamiento se produce con la respuesta emocional inmediata del sujeto ante dicho desequilibrio, quien presentará sentimientos de preocupación, tensión, ansiedad y fatiga. La fase de afrontamiento implica cambios en la conducta y en la actitud del trabajador, caracterizándose por un trato impersonal, frío y cínico a los pacientes (23).

A pesar de las diversas definiciones presentadas en la literatura, el Síndrome Burnout se ha descrito tradicionalmente como una entidad relativamente uniforme en todos los individuos, con etiologías y síntomas más o menos consistentes. Sin embargo, la experiencia clínica y terapéutica refuta esta hipótesis, resultando en la necesidad de caracterizar los diferentes tipos de este síndrome para ajustar líneas de acción terapéuticas para obtener una mayor efectividad. Farber propuso en 1990 una tipología preliminar con tres perfiles del síndrome: frenético, subestimado, y gastado (24).

El concepto del Síndrome Burnout también se ha aplicado a las personas que participan en actividades tales como la maternidad de tiempo completo y estudios de pregrado / postgrado. Siguiendo la definición del constructo inicial por Christa Maslach y colaboradores, el Síndrome Burnout estudiantil se define generalmente como un síndrome psicológico tridimensional caracterizado por un estado de agotamiento debido a la demanda de las materias académicas, una actitud cínica y desapegada hacia el grado universitario y un sentimiento de baja eficacia y logro académico (25).

1.3. FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES

Según Edelwich y colaboradores en 1980, el Síndrome Burnout aparece cuando el deseo del sujeto de marcar una diferencia en la vida del otro se ve frustrado, ya que las razones por la que las personas se dedican a ayudar a los demás tienen por objeto confirmar su sentido de poder. También señalan que el tener muy alto entusiasmo inicial, baja remuneración económica independientemente del nivel jerárquico y educación, no tener apoyo ni refuerzo en la institución, el uso inadecuado de los recursos, y ser empleado joven son variables que aumentan la probabilidad de desarrollar el Síndrome Burnout (23).

En 2006 Moreno Jiménez y colaboradores indicaron que un amplio número de estudios han mostrado la influencia de la edad en el proceso del Síndrome Burnout; de hecho, se le considera como la variable demográfica que más consistentemente se ha asociado con el desgaste profesional; en efecto, parece que existe una relación inversa entre la edad y los niveles del Síndrome Burnout en los estudios revisados; no obstante, parecen ser preferentemente los años de experiencia en la profesión los que se encuentran asociados al síndrome, lo que facilita la obtención de estrategias de afrontamiento frente a las situaciones de estrés. Respecto del nivel de estudios, hay un escaso número de trabajos centrados en analizar su relación con el desgaste profesional, pero, en general, los resultados apoyan la prevalencia de mayores niveles de Síndrome Burnout en quienes han alcanzado un nivel elevado de estudios, en tanto que muchas investigaciones no aportan resultados concluyentes (26).

Según la revisión de Castañeda Aguilera en 2010, de manera específica, el perfil de riesgo encontrado para los que presentan el Síndrome Burnout se caracteriza por ser mujer, mayor de 40 años, el tener hijos, una antigüedad laboral en la institución mayor de 10 años y estar contratado de manera definitiva, aspectos que desempeñan un papel importante para que se produzca el Síndrome Burnout (27); al igual que en una revisión realizada en España en el que mencionan que las mujeres son más vulnerables al desgaste profesional que los hombres, pero se debe advertir que el análisis de la relación de estas variables se complica por varios factores distorsionadores: por ejemplo, las mujeres pueden estar contratadas en trabajos con baja libertad de decisión a diferencia de los hombres; influyen también las demandas familiares, la educación y los ingresos (23).

La relevancia de las variables personales implican que exista un estilo de conducta ante el estrés, que ha dado lugar a dos explicaciones globales: la "personalidad resistente" de Kobassa y el "sentido de coherencia" de Antonovsky. Entre estos dos modelos:

- Kobassa planteó en 1982 que las dimensiones que constituyen la personalidad resistente son: el compromiso, el control y el reto. El compromiso se refiere a la implicación e identificación personal con lo que se hace, reconociendo los propios valores, las metas que guían a la conducta y la confianza interpersonal con los otros. El sujeto está convencido de que al intervenir provocará un impacto en el curso de los acontecimientos para su propio beneficio, aunque sea parcialmente. El reto implica que el sujeto percibe el cambio como una oportunidad para mejorar la situación actual y/o las propias competencias; es decir que

incluye flexibilidad cognitiva y tolerancia a la ambigüedad. Así pues, este tipo de personalidad utiliza estrategias de afrontamiento eficaces ante el estrés, como la modificación perceptiva de los estresores concibiéndolos como oportunidades, la búsqueda de apoyo social, el desarrollo de estilos de vida saludables, entre otros.

- Antonovsky planteó en 1987 que el “sentido de coherencia”, se basa en los aspectos activos de la conducta que llevan al desarrollo de la salud e implica todos aquellos medios que facilitan la conducta activa y llevan al sujeto a desarrollar acciones adaptativas y positivas frente a los factores de estrés: apoyo social, formación, medios económicos, familia, creencias, etc. Según Antonovsky, el sentido de coherencia no es un rasgo de la personalidad ni un estilo de afrontamiento, sino un conjunto de "competencias básicamente cognitivas que proporcionan una orientación generalizada" (23).

Dichos componentes propuestos por Kobassa y Antonovsky están compuestos por tres dimensiones: comprensibilidad (componente cognitivo), manejabilidad (componente instrumental) y significatividad (componente motivacional). Así también se debe considerar la personalidad, por lo que se habla de personalidad resistente al estrés, si bien el origen se relaciona con el tipo de trabajo, las variables individuales ejercen una fuerte influencia (23).

En 2009, Arango Agudelo en un estudio realizado en estudiantes de medicina realizado en Colombia concluyó que los factores individuales relacionados con el Síndrome Burnout fueron la realización de actividades extracurriculares, acoso laboral, el consumo de sustancias, la presencia de estrés, ansiedad y el riesgo suicida (28).

1.4. FACTORES DE RIESGO SOCIALES

El Síndrome Burnout está relacionado con actividades laborales que vinculan al trabajador y sus servicios directamente con clientes, en condiciones en las cuales el contacto con estos es parte de la naturaleza del trabajo. Suele caracterizarse por horarios de trabajo excesivos, altos niveles de exigencia (muchas veces valorados positivamente desde la óptica laboral) y donde tales características se han convertido en un hábito, generalmente inconsciente, en aras de cumplir las labores asignadas o los objetivos irreales impuestos (29).

Como ya se ha indicado, pueden ser muchos los factores que inciden en este síndrome. Resaltando los siguientes:

- La baja implicación laboral establecida por un determinado modelo organizacional: La satisfacción laboral, es uno de los indicadores más clásicos y al que con mayor frecuencia se recurre cuando se persigue conocer cuál es la actitud general de las personas hacia su vida laboral. De algún modo, las personas, tienen una idea más o menos elaborada de cuál es el tipo de trabajo que les gusta, cómo debería llevarse a cabo, en qué tipo y estilo de institución y con qué condiciones trabajan. De esta manera, las personas pueden comparar su idea de cómo deberían ser las cosas con su realidad presente y cotidiana. De tal comparación surge un juicio y una actitud asociada hacia su trabajo y hacia los demás aspectos importantes de su vida laboral y, en consecuencia, se establece un determinado grado de satisfacción o insatisfacción laboral. Las consecuencias de tal satisfacción o insatisfacción pueden afectar la cantidad y la calidad del trabajo que desempeñan.

- Sobrecarga laboral: Se relaciona con las presiones derivadas del tiempo, no solo en términos de la cantidad de trabajo que deben realizar cada día, sino también en cuanto a la cantidad de tareas que deben llevarse a sus casas, lo cual interfiere en sus vidas privadas.
- Burocratización: Otro aspecto es que realizan su trabajo en organizaciones que responden a un esquema de burocracia profesionalizada. Para ser verdaderamente funcionales, tales burocracias profesionalizadas requieren una serie de condiciones en el ambiente y en el clima organizacional. Respecto al poder y la jerarquización, estas organizaciones demandan una distribución democrática del poder, de forma que el propio profesional ejerza el control sobre su trabajo y las decisiones que le afectan. En tal sentido, se deben evitar las desigualdades en el trato por parte de los administradores, y dejar de lado la libertad de acción con unos sí y con otros no.
- Ambiente laboral: El edificio, las instalaciones y el mobiliario conforman el ámbito dentro del cual se establecen las relaciones en las que se desarrolla el trabajo. Como espacio material, el edificio y sus instalaciones conforman un conjunto de condiciones que pueden afectar la calidad laboral el estrés que desarrolle el trabajador. Por una parte, generan sensaciones de comodidad o incomodidad, seguridad o peligro, potencialidad o carencia y, con ellas, comprometen la posibilidad o dificultad de los sujetos para sentirse, en mayor o menor grado, “predispuestos” frente a las demandas del trabajo por lo que es un factor predisponente (30).

En general, se considera que las relaciones sociales dentro y fuera del lugar de trabajo pueden amortiguar el efecto de los estresores o pueden ser fuentes potenciales de estrés (23).

Consideradas desde la perspectiva individual, las consecuencias del estrés, asociadas al síndrome de Burnout, producen un deterioro en la salud de los profesionales y en sus relaciones interpersonales, tanto dentro como fuera del ámbito laboral. Las principales manifestaciones se centran en la presencia de sentimientos de desgaste, tensión, irascibilidad, nerviosismo, fatiga extrema. Las principales consecuencias del malestar del profesional sobre la personalidad, centradas en su dimensión individual, recorren una amplia escala, que pueden variar tanto en su manifestación como en su intensidad, y se agrupan en:

- Sentimientos de desconcierto e insatisfacción ante los problemas reales.
- Peticiones de traslado o cambio como forma de huir de situaciones conflictivas.
- Desarrollo de esquemas de inhibición como forma de cortar la implicación personal con el trabajo que se realiza.
- Deseo, implícito o manifiesto de abandonar el trabajo.
- Ausentismo laboral, como mecanismo para cortar la tensión acumulada.
- Agotamiento como consecuencia de la tensión acumulada.
- Estrés.
- Ansiedad.

- Depresión.
- Autoculpabilización ante el rendimiento laboral.
- Ansiedad como estado permanente (30).

La mayoría de las consecuencias del Síndrome Burnout son de carácter emocional. Esto se explica según la definición operativa de Maslach, en la que su escala apunta al factor emocional, en general, los relacionados con la depresión, como sentimientos de fracaso, pérdida de autoestima, irritabilidad, disgusto, agresividad (23).

El estrés laboral es causa directa e indirecta en la producción de accidentes de trabajo, así como otros efectos negativos para la salud de los trabajadores, y no digamos de su efecto en la organización laboral o en el contexto social y familiar del sujeto sometido a estrés. En este sentido, se encuentran diferentes efectos por niveles como: efectos subjetivos donde destaca la ansiedad, agresión, apatía, aburrimiento, depresión, fatiga, frustración, sentimientos de culpa, irritabilidad, tristeza, baja autoestima, tensión, nerviosismo y soledad; efectos cognitivos que influyen en la incapacidad de tomar decisiones, de concentrarse, olvidos, resistencia a la crítica; efectos conductuales, fisiológicos, sobre la salud y en la organización donde destaca el ausentismo laboral, relaciones laborales pobres, escasa productividad, altas tasas de accidentes, altas tasas de cambio de trabajo, mal clima en la organización, antagonismo con el trabajo, insatisfacción con el desempeño de tareas (31).

Los síntomas cognitivos han sido menos estudiados, pero son de gran importancia pues en el comienzo del desarrollo del Síndrome Burnout hay una incoherencia entre las expectativas laborales y lo real, lo que lleva a una frustración y depresión de índole cognitiva, que es una de las

características del Síndrome Burnout. También la segunda dimensión que se atribuye al Síndrome Burnout, la despersonalización, tendría alguna relación con lo cognitivo, manifestado por la autocrítica radical, la desvalorización personal que puede conducir al “autosabotaje”, la desconfianza y la desconsideración hacia el trabajo. En cuanto al área conductual, que ha sido menos estudiada, la consecuencia más importante es la despersonalización.

Las consecuencias del síndrome en este aspecto se pueden sintetizar en:

- Pérdida de acción proactiva.
- Las soluciones que llevan al consumo aumentado de estimulantes, abusos de sustancias y, en general, hábitos dañinos para la salud.

La persona llega a manifestar desordenes fisiológicos con síntomas tales como cefaleas, dolores musculares (sobretudo dorsal), dolores de muelas, náuseas, pitidos aurales, hipertensión, úlceras, pérdida de la voz, pérdida de apetito, disfunciones sexuales y problemas de sueño. En general, pueden aparecer y/o aumentar los trastornos psicósomáticos y la fatiga crónica (23).

El Síndrome Burnout es un problema de salud pública; es un factor de riesgo para la hipertensión, los accidentes cardiovasculares y muerte prematura; ya que modula el sistema nervioso autónomo en su conjunto, en particular a nivel cardíaco y vascular. Por lo que es necesaria una mejor evaluación de su impacto sobre la función cardiovascular y su neuroregulación por el sistema nervioso autónomo para optimizar su prevención; En el nivel de prevención primario, en condiciones de trabajo adecuadas con el fin de reducir el impacto de las limitaciones intrínsecas y los objetivos de laborales. El

segundo nivel de prevención, se basa en las estrategias de vigilancia y tratamiento médico de este riesgo y aumentar los recursos individuales para reducir o retardar la progresión de las enfermedades relacionadas con el Síndrome Burnout; la medición de la variabilidad de la frecuencia cardíaca mediante el registro del ECG puede ser una herramienta útil en el diagnóstico. Por último, si estos dos primeros niveles son insuficientes, la prevención terciaria se basa en actuar sobre la incidencia de los paros cardíacos, el suicidio, los trastornos musculoesqueléticos y trastornos cardiovasculares relacionados con este síndrome para facilitar el retorno al trabajo de las personas que han desarrollado los trastornos asociados a este (32).

Las consecuencias del estrés se ven reflejadas por el ausentismo laboral, tardanzas y retraso en el trabajo, poca participación e identificación, así como en los aspectos de la ejecución del trabajo y los aspectos de organización como: cantidad y calidad de la productividad, accidentes y sobreutilización de la iniciativa y creatividad (31).

En otro orden, las consecuencias sociales se relacionan con la organización del trabajo que desarrolla el sujeto, siendo la más importante su reacción tendente al aislamiento y su desprecio de cualquier forma de interacción social. También se ha observado que las personas con altos niveles de Burnout tienen conductas inadecuadas en el hogar como son irritación, disgusto y tensión. Esta situación incide especialmente en el deterioro de las interacciones personales (23).

Tales conductas disruptivas tienen repercusiones no solo en el trabajador, sino también en la institución laboral. Lo cierto es que cuando los

trabajadores comienzan a padecer los síntomas del Síndrome de Burnout, las consecuencias para la institución pueden ser realmente importantes. Las conductas y las actitudes laborales alteradas que presentan los sujetos con Síndrome Burnout, así como el deterioro en la salud física y psíquica, van a incidir directamente en el funcionamiento y rendimiento laboral. Junto a todo lo citado, el discomfort subjetivo que siente la persona afectada conlleva situaciones de conflicto con los compañeros de trabajo, demandas de traslado y, ocasionalmente, cese o separaciones de la práctica profesional. Las graves repercusiones individuales que produce el Síndrome Burnout afectan las instituciones laborales, sobre todo influyen en la deshumanización y en la calidad laboral (30).

1.5. EVALUACION DEL SINDROME BURNOUT

Para la evaluación del Síndrome Burnout se han utilizado distintas técnicas. Al principio, los investigadores utilizaban las observaciones sistemáticas, entrevistas estructuradas y test proyectivos, pero luego se fue dando mayor énfasis a la evaluación mediante cuestionarios o autoinformes; ante un proceso de evaluación con autoinformes es importante tener presente que sus medidas son débiles por sí solas; es decir que se aconseja recabar datos objetivos de otras fuentes para confirmar y ampliar los resultados. La debilidad de los autoinformes tiene relación con la cercanía operacional entre la variable independiente y la variable dependiente postulada. Puede ser tanta dicha cercanía que, incluso, los constructos que se miden se pueden utilizar a veces como causa y otras como consecuencias. Sin embargo, los autoinformes son los instrumentos más utilizados para la evaluación del Burnout (23).

Los estudios de Maslach definieron el Síndrome Burnout aplicándolo a profesionales que trabajaban en el área de servicios humanos y utilizaron un sistema de medida, el Maslach Burnout Inventory (MBI). El MBI es un cuestionario autoadministrado y consta de 22 ítems que recogen respuestas del sujeto con relación a su trabajo sobre sus sentimientos, emociones, pensamientos y conductas. Maslach y Jackson consideran al Burnout un constructo tridimensional, y por ello la escala está dividida en tres subescalas: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, con resultados bajo, medio y alto. Pero también, con esta escala se pueden analizar los resultados en relación con la profesión del sujeto, es decir que hay puntuaciones de corte para distintos grupos: profesores, asistentes sociales, médicos, profesionales de salud mental y otros profesionales (33).

El MBI ha sido validado en múltiples estudios, entre ellos los realizados por:

- Leiter y Schaufeli en 1996 que obtuvieron valores α de Cronbach para las dimensiones eficacia profesional, agotamiento y despersonalización de 0,73; 0,89 y 0,77 respectivamente.
- Schutte y colaboradores en 2000 que obtuvieron valores α de Cronbach para las dimensiones eficacia profesional, agotamiento y despersonalización de 0,83; 0,86 y 0,75 respectivamente.
- Taris y colaboradores en 1999 que obtuvieron valores α de Cronbach para las dimensiones eficacia profesional, agotamiento y despersonalización de 0,69; 0,87 y 0,74 respectivamente.

Aunque los estudios mencionados validan el MBI, estos se realizaron en población de habla inglesa; en el 2002 Gil Monte y colaboradores adaptaron y validaron el MBI para lengua española con un estudio en el que obtuvieron valores α de Cronbach de 0,85 para eficacia profesional; 0,83 para agotamiento y 0,74 para despersonalización (34).

En 2007 Carlotto y colaboradores validaron el MBI en una muestra multifuncional de 655 trabajadores brasileños obteniendo valores α de Cronbach de 0,94 para baja eficacia profesional; 0,85 para agotamiento y 0,65 para despersonalización (35).

Otro cuestionario elaborado en 2006 por Gil Monte en lengua española es el CESQT compuesta por 20 ítems distribuidos en 4 subescalas (ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia, y culpa). Las tres primeras permiten generar una puntuación global. La escala culpa permite diferenciar dos perfiles (con culpa y sin culpa) que se considera dan lugar a consecuencias distintas a nivel psicológico y laboral. Estas subescalas se definen según el constructo original:

- Ilusión por el trabajo: Deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque suponen una fuente de satisfacción personal. El individuo percibe su trabajo como atractivo y alcanzar las metas profesionales es una fuente de realización personal. Incluye un componente de autoeficacia profesional. Los 5 los ítems son positivos por lo que bajas puntuaciones en esta subescala indican alto Síndrome Burnout.

- Desgaste psíquico: Los 4 ítems miden la presencia de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas. Altas puntuaciones indican alto nivel de desgaste psíquico, de agotamiento emocional y físico.

- Indolencia: Los 6 ítems evalúan la presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización (pacientes, alumnos, etc). Aquellos que puntúan alto muestran insensibilidad y no se conmueven ante los problemas de los clientes.

- Culpa: Los 5 ítems informan sobre los sentimientos de culpa que la persona tiene por el comportamiento y las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo, en especial hacia las personas con las que se establecen relaciones laborales.

El resultado se obtiene de promediar las puntuaciones en los 15 ítems las tres primeras subescalas. La puntuación en culpa no contribuye a la puntuación total en el SQT (36).

Este último se ha utilizado en diversos estudios realizados en países de habla hispana: España, Argentina, México y Chile (37).

El proceso de desarrollo del CESQT está muy bien fundamentado a nivel teórico y las evidencias de su buen funcionamiento son amplias y diversas, presentando buenos resultados. Los estudios psicométricos son variados y sus resultados evidencian que el instrumento cumple con las debidas garantías de fiabilidad y validez. Respecto a las relaciones con otras variables, destacar que las correlaciones entre el CESQT y el MBI indican una validez convergente adecuada de la escala (36).

En un estudio donde se evaluó la estructura dimensional del CESQT en una población de estudiantes de medicina peruanos, se obtuvieron valores α de Cronbach de 0,85 para desgaste y 0,80 para ilusión (37).

El enfoque unidimensional se inicia con el trabajo de Pines y colaboradores, y su desarrollo proporcionó una definición de este síndrome mediante un constructo unidimensional: agotamiento emocional. Esta forma de conceptualizar el síndrome de burnout recibió un fuerte impulso con el trabajo de Shirom en 2006, quien realizó una revisión de todos los estudios de validación del Maslach Burnout Inventory, lo que le permitió observar que, de las tres escalas de las que se compone este inventario, es la de agotamiento emocional la que se correlaciona mejor con las variables relacionadas con el trabajo. A partir de dicho estudio se pudo concluir que el contenido central del Síndrome Burnout tiene que ver con una pérdida de las fuentes de energía del sujeto, por lo que se puede definir como una combinación de fatiga física, cansancio emocional y cansancio cognitivo. Esta conceptualización tiene como principal bondad evitar que el concepto se confunda con otros términos ya establecidos en la psicología (38).

Barraza y colaboradores en 2008, crean y validan la Escala Unidimensional de Burnout Estudiantil en un estudio realizado en una muestra de 51 alumnos de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Juárez del Estado de Durango. Ésta consta de 15 reactivos que miden nivel de agotamiento físico, emocional y cognitivo en los estudiantes, respetando el concepto unidimensional del síndrome de burnout, los autores reportan que la escala alcanza un nivel de confiabilidad de 0,86 en alfa de Cronbach y de 0,90 en la confiabilidad por mitades, según la fórmula de Spearman-Brown; además,

mencionan que se obtuvo evidencia fundada en la estructura interna a partir de los procedimientos identificados como validez de consistencia interna y análisis de grupos contrastados. Posteriormente, en el mes de junio de 2009 Barraza y colaboradores realizaron un segundo estudio en 60 alumnos de la Escuela Secundaria Técnica No. 57, ubicada en la colonia Azcapotzalco de la ciudad de Durango, México; en este estudio se obtuvo una confiabilidad de 0,92 en alfa de Cronbach. En 2009 Gutierrez advierte una confiabilidad de 0,86 en alfa de Cronbach (38, 39).

1.6. TRATAMIENTO DEL SINDROME BURNOUT

Los hallazgos de un estudio realizado en 2015, en 265 estudiantes del tercer año de Medicina Humana de Sidney Kimmel Medical College, en un estudio bivariado se demostró una correlación positiva entre la empatía y la realización personal, pero inversamente asociado con la despersonalización (indicador del Síndrome Burnout en el MBI). Puntuaciones altas de optimismo se asociaron con altos puntajes de realización personal y con bajas puntuaciones de agotamiento emocional y despersonalización (40).

Los resultados de las revisiones sistemáticas que evaluaron las estrategias de manejo del estrés entre los médicos generales informaron que la relajación y las habilidades cognitivas y conductuales resultaron útiles. Gardiner y sus colegas evaluaron el efecto de 15 horas de programas de capacitación sobre manejo del estrés en 85 médicos australianos de. Los programas se enfocaron en áreas de reacción al estrés, psicoeducación, técnicas de relajación e intervenciones cognitivas. Los niveles de estrés relacionados con el trabajo de los participantes disminuyeron significativamente, mientras que su bienestar general y su calidad de vida mejoraron durante un período de 12

semanas después del curso. Dos estudios de intervención controlados no aleatorios que incluyeron una conferencia, información de investigación y una discusión en grupo con estudiantes de medicina no produjeron efectos significativos en la depresión, el alcoholismo o el nivel de estrés. Sin embargo, otro ensayo controlado no aleatorio de un curso de meditación basado en la atención plena de 10 sesiones mejoró el estado de ánimo general de los estudiantes de medicina en el grupo de intervención. Skodova demostró un estudio que el entrenamiento sociopsicológico podría disminuir el nivel del Síndrome Burnout e influir positivamente en los factores de la personalidad que son susceptibles entre los estudiantes de medicina (41).

En un estudio cuasiexperimental realizado en 2014 por Rosales y colaboradores se demostró que el masaje tradicional Tailandés tuvo un efecto significativamente estadístico disminuyendo la media de los estudiantes de Medicina Humana diagnosticados con Síndrome Burnout moderado de 54,6 a 38,3 (Burnout leve), lo que representa una mejoría de casi del 30% con respecto a los valores iniciales (42).

CAPITULO II METODOLOGIA

2.1. TIPO DE INVESTIGACION

Se realizó un estudio de nivel relacional. De tipo observacional, prospectivo, transversal, analítico.

- Observacional porque no hubo intervención en ninguna de las variables estudiadas.
- Prospectivo porque se planificó la recolección de datos, siendo estos por tanto de origen primario.
- Transversal porque la recolección de datos se hizo en un solo momento.
- Analítico porque se buscó asociación entre las variables estudiadas.

2.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se diseñó un estudio epidemiológico descriptivo.

- Epidemiológico porque se realizó en una población humana para evaluar eventos de la salud de la misma.
- Descriptivo porque se buscó describir e interpretar la realidad de la población estudiada.

2.3. POBLACION Y MUESTRA

POBLACION DIANA

Población estudiantil de la E.A.P. Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco durante el periodo de agosto a diciembre del 2015.

POBLACION ACCESIBLE

Población estudiantil matriculada en la E.A.P. Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco durante el periodo de agosto a diciembre del 2015.

POBLACION ELEGIBLE

Población estudiantil matriculada en la E.A.P. Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco y que cumpla los criterios de inclusión y exclusión durante el periodo de agosto a diciembre del 2015.

MUESTREO

El estudio realizado fue un censo, por lo que se empleó técnicas de muestreo.

UNIDAD DE ANALISIS

Estudiantes con diagnóstico de Síndrome Burnout de la E.A.P. Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco durante el periodo de agosto a diciembre del 2015.

CRITERIOS DE INCLUSION

Estudiante de la E.A.P. Medicina Humana matriculado en el año curricular 2015.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Estudiante de la E.A.P. Medicina Humana que aunque esté matriculado en el año curricular 2015, no firme el consentimiento informado del cuestionario.

Estudiante de la E.A.P. Medicina Humana que aunque esté matriculado en el año curricular 2015, haya abandonado el semestre académico.

Estudiante de la E.A.P. Medicina Humana que aunque esté matriculado en el año curricular 2015, no se encuentre en la Ciudad de Huánuco.

Estudiante de la E.A.P. Medicina Humana que tenga problemas mentales que le impida resolver la ficha de recolección de datos.

CRITERIOS DE ELIMINACION

Estudiante de la E.A.P. Medicina Humana que aunque esté matriculado en el año curricular 2015, no haya rellenado el cuestionario en su totalidad.

2.4. HIPOTESIS

HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN

El Síndrome Burnout está asociado a los problemas familiares, la cantidad de horas de estudio diarias y el semestre académico, en los alumnos de la E.A.P. Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco durante el periodo de agosto a diciembre del 2015.

HIPOTESIS NULA

El Síndrome Burnout no está asociado a los problemas familiares, la cantidad de horas de estudio diarias y el semestre académico, en los alumnos de la E.A.P. Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco durante el periodo de agosto a diciembre del 2015.

2.5. OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación entre el Síndrome Burnout y los problemas familiares, la cantidad de horas de estudio diarias y el semestre académico, en los alumnos de la E.A.P. Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco durante el periodo de agosto a diciembre del 2015.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Describir la prevalencia del Síndrome Burnout en los alumnos de la E.A.P. Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco durante el periodo de agosto a diciembre del 2015.

Evaluar la relación entre el Síndrome Burnout y los problemas familiares en los alumnos de la E.A.P. Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco durante el periodo de agosto a diciembre del 2015.

Analizar la relación entre el Síndrome Burnout y la cantidad de horas de estudio diarias en los alumnos de la E.A.P. Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco durante el periodo de agosto a diciembre del 2015.

Evaluar la relación entre el Síndrome Burnout y el semestre académico en los alumnos de la E.A.P. Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco durante el periodo de agosto a diciembre del 2015.

Detallar la relación entre el Síndrome Burnout y los factores sociodemográficos en los alumnos de la E.A.P. Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco durante el periodo de agosto a diciembre del 2015.

2.6. VARIABLES

2.6.1. VARIABLE DEPENDIENTE

SINDROME BURNOUT

Definición conceptual: Síndrome de comportamiento multifacético que consiste en respuestas individuales de mala adaptación posteriores a situaciones de estrés prolongado.

Definición operacional: Porcentaje mayor al 25% obtenido al contestar al menos 10 de las 15 preguntas del cuestionario que evalúa esta variable.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Sí-No.

Indicador: Escala unidimensional del burnout estudiantil.

2.6.2. VARIABLES INDEPENDIENTES

PROBLEMAS FAMILIARES

Definición conceptual: Conjunto de hechos o circunstancias que dificultan la convivencia familiar.

Dimensiones: Problema con alguno de los padres. Problema con algún familiar que no sean los padres.

PROBLEMA CON ALGUNO DE LOS PADRES

Definición operacional: Situación en la que discuta o sea golpeado por alguno de sus padres.

Tipo de variable: Cuantitativa.

Escala de medición: De razón.

Categorías: De 0 a más.

Indicador: Instrumento de recolección de datos.

PROBLEMA CON ALGUN FAMILIAR QUE NO SEAN LOS PADRES

Definición operacional: Situación en la que discuta o sea golpeado por algún familiar que no sean sus padres.

Tipo de variable: Cuantitativa.

Escala de medición: De razón.

Categorías: De 0 a más.

Indicador: Instrumento de recolección de datos.

CANTIDAD DE HORAS DE ESTUDIO DIARIAS

Definición conceptual: Unidad de tiempo compuesto de 60 minutos dedicados al estudio.

Definición operacional: Número de horas destinadas al estudio de temas contenidos en la currícula de los cursos matriculados.

Tipo de variable: Cuantitativa.

Escala de medición: De razón.

Categorías: De 0 a más.

Indicador: Instrumento de recolección de datos.

SEMESTRE ACADEMICO

Definición conceptual: Espacio o período de tiempo que dura 6 meses.

Definición operacional: Semestre académico en el que el alumno tenga la mayor cantidad de créditos matriculados.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: Ordinal.

Categorías: Del 1 al 12.

Indicador: Instrumento de recolección de datos.

2.6.3. VARIABLES INTERVINIENTES

EDAD

Definición conceptual: Cantidad de años que ha vivido una persona.

Definición operacional: Cantidad de años cumplidos desde la fecha de nacimiento consignada en el D.N.I.

Tipo de variable: Cuantitativa.

Escala de medición: De intervalo.

Categorías: De 1 a más.

Indicador: Instrumento de recolección de datos.

GENERO

Definición conceptual: Condición orgánica, femenina y masculina.

Definición operacional: Género consignado en el D.N.I.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Masculino-Femenino.

Indicador: Instrumento de recolección de datos.

AÑOS DE CONVIVENCIA CON LOS PADRES

Definición conceptual: Periodos de 12 meses que se vive en compañía de los padres.

Dimensiones: Años de convivencia con ambos padres. Años de convivencia con alguno de los padres.

AÑOS DE CONVIVENCIA CON AMBOS PADRES

Definición operacional: Cantidad de años en los se convive con ambos padres en el mismo hogar.

Tipo de variable: Cuantitativa.

Escala de medición: De razón.

Categorías: De 0 a más.

Indicador: Instrumento de recolección de datos.

AÑOS DE CONVIVENCIA CON ALGUNO DE LOS PADRES

Definición operacional: Cantidad de años en los se convive con alguno de los padres en el mismo hogar.

Tipo de variable: Cuantitativa.

Escala de medición: De razón.

Categorías: De 0 a más.

Indicador: Instrumento de recolección de datos.

AÑOS ACADEMICOS

Definición conceptual: Periodos de 12 meses a contar desde el primer día de clases del semestre en curso.

Definición operacional: Años que estudian en la E.A.P. Medicina Humana desde su primera matrícula. Tomándose en cuenta el año en curso.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: De intervalo.

Categorías: De 1 a más.

Indicador: Instrumento de recolección de datos.

CANTIDAD DE HORAS DE SUEÑO DIARIAS

Definición conceptual: Unidad de tiempo compuesto de 60 minutos dedicadas a dormir.

Definición operacional: Número de horas destinadas a dormir.

Tipo de variable: Cuantitativa.

Escala de medición: De razón.

Categorías: De 0 a más.

Indicador: Instrumento de recolección de datos.

CARACTERISTICAS DEL HOGAR

Definición conceptual: Conjunto de características biológicas, sociales, culturales, económicas que están presentes en la población.

Dimensiones: Tipo de vivienda. Servicios del hogar.

TIPO DE VIVIENDA

Definición operacional: Tipo de propiedad sobre la vivienda habitada.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Propia-Alquilada.

Indicador: Instrumento de recolección de datos.

SERVICIOS DEL HOGAR

Definición operacional: Tipos de servicios básicos con los que se cuenta en el hogar.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Agua-Desagüe-Luz-Teléfono-Internet.

Indicador: Instrumento de recolección de datos.

2.7. DEFINICION OPERATIVA DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se aplicó un instrumento de recolección de datos; que consistía en un cuestionario dirigido a los estudiantes de la E.A.P. Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán; cuya finalidad es diagnosticar el Síndrome Burnout y valorar características asociadas tales como la edad, el género, las características del hogar, las horas de estudio, las horas de sueño, los problemas familiares, el semestre académico, los años académicos cursados y los años de convivencia con los padres; el cual fue validado por juicio de expertos, para lo cual se consultó a una psiquiatra, dos médicos cirujanos y un especialista en metodología.

Se elaboró un cuestionario estructurado, auto desarrollado, con preguntas cerradas y abiertas. El cuestionario presentado constó de 3 partes no delimitadas:

- Datos generales, que incluyen preguntas abiertas sobre edad, y cerradas sobre género y características de la vivienda del paciente (preguntas del 1-4).
- Preguntas abiertas sobre problemas con los padres, los años de convivencia con los padres, horas de estudio al día, horas de sueño, semestre académico, años académicos (preguntas 5-11).
- Presencia del Síndrome Burnout con un cuestionario validado en estudiantes de Medicina Humana en el Perú, la escala unidimensional del burnout estudiantil (12-26).

Escala unidimensional del burnout estudiantil: la escala es autoadministrada y se puede solicitar su llenado de manera individual o colectiva; su resolución no implica más de 10 minutos. Consta de 15 preguntas con respuestas cerradas (nunca, algunas veces, casi siempre, siempre) de acuerdo a la frecuencia con la que siente o percibe lo cuestionado.

Para determinar como válidos los resultados de cada cuestionario, y por lo tanto aceptarlos, se tomó como base la regla de decisión $r > 70\%$ (si el cuestionario fue respondido en un porcentaje mayor al 70%). En ese sentido, se consideró necesario que el cuestionario tenga contestados por lo menos 10 items de los 15 que lo componen, en caso contrario se anuló ese cuestionario. La obtención del índice que permitió su interpretación a partir del cómputo establecido se realizó de la siguiente manera:

- A cada respuesta de la escala se le asignó los siguientes valores: 1 para nunca, 2 para algunas veces, 3 para casi siempre y 4 para siempre.
- Se realizó la sumatoria de puntos obtenidos como variable individual.
- Se transformó el puntaje en porcentaje, a través de regla de tres simple.

Una vez obtenido el porcentaje se interpretó con el siguiente cómputo:

- No presenta Síndrome Burnout: 0%-25%.
- Síndrome Burnout Leve: 26%-50%.
- Síndrome Burnout Moderado: 51%-75%.
- Síndrome Burnout Severo: 76%-100%.

2.8. TECNICAS DE RECOJO Y PROCESAMIENTO DE DATOS

TECNICAS DE RECOJO DE DATOS

Se coordinó previamente con la E.A.P. Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán y con los docentes de los cursos de los semestres en curso para la realización de los cuestionarios. El proceso de recolección de datos se realizó mediante un cuestionario que tuvo una duración para su resolución de 20 minutos en las aulas de la E.A.P. Medicina Humana, antes del inicio de las clases pactadas para el día seleccionado.

PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos recolectados fueron ingresados a una hoja de cálculo en MS – Excel 2010, para ser tabulados. Posteriormente fueron procesados a través del Paquete Estadístico SPSS versión 21.

Se usó el programa SPSS para determinar la relación en que se encuentran el diagnóstico del Síndrome Burnout con los problemas familiares, la cantidad de horas de estudio diarias y el semestre académico mediante las pruebas de t de student, Kruskal Wallis y chi cuadrado.

2.9. ASPECTOS ETICOS

Este estudio fue autorizado para su ejecución por una comisión Ad-hoc designada por la Decanatura de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de la ciudad de Huánuco.

Toda intervención se efectuó después que los sujetos de investigación dieron su libre consentimiento y recibieron la información adecuada con la finalidad y naturaleza del estudio, para lo cual se realizó una ficha de consentimiento informado; el propósito de esta ficha fue proveer a los participantes una clara explicación de su naturaleza, así como su aprobación. También se les informó que todas sus respuestas serán confidenciales y anónimas. Este estudio se clasifica como investigación sin riesgo para los participantes.

Se respetó los principios éticos de respeto a la persona o autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

CAPITULO III RESULTADOS

De los 397 cuestionarios realizados, 51 estudiantes no se encontraban en la ciudad de Huánuco, 15 estudiantes no aceptaron participar en el estudio, 20 cuestionarios fueron rellenados de manera incompleta y 10 cuestionarios tenían errores en el llenado, por lo que fueron eliminados del estudio; quedaron por ende 301 cuestionarios válidos para el estudio.

Se evaluó a 301 estudiantes de la E.A.P. Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, desde el primer semestre al decimosegundo semestre.

Las características epidemiológicas de los estudiantes evaluados se presentan en la tabla 1; donde la media de la edad fue de $22,87 \pm 3,52$ años; la distribución según género fue de 48,2% para las mujeres y 51,8% para los varones; la distribución según el estado civil fue de 96,3% para los solteros, de 1,7% para los convivientes y 2% para los casados; y la media del número de hijos fue de $0,02 \pm 0,14$.

Las características clínicas de los estudiantes evaluados se presentan en la tabla 2; donde se encontró una prevalencia global del Síndrome Burnout de 45,5% (n=137); la prevalencia del Síndrome Burnout leve fue de 27,9% (n=84); la prevalencia del Síndrome Burnout moderado fue de 17,3% (n=52) y la prevalencia del Síndrome Burnout severo fue de 0,3% (n=1). La media de problemas con alguno de los padres fue de $1,88 \pm 2,7$ y la media de problemas con algún otro familiar fue de $1,02 \pm 2,23$. La media de horas de estudio al día fue de $4,8 \pm 1,19$ y la media de horas de sueño al día fue de $6,29 \pm 1,03$. En cuanto al semestre académico este se agrupo según el año académico, resultando que el 29,2% se encontraba cursando el primer año, el 21,3% se

encontraba cursando el segundo año, el 18,3% se encontraba cursando el tercer año, el 18,6% se encontraba cursando el cuarto año y el 12,6% se encontraba cursando el sexto año, en este estudio no participaron los estudiantes del quinto y séptimo año debido a que no se encontraban en la ciudad de Huánuco. La media de la cantidad años que llevaban en la E.A.P. Medicina Humana fue de $4,61 \pm 2,56$. La media de años de convivencia con alguno de los padres fue de $3,36 \pm 2,90$ y la media de convivencia con ambos padres fue de $2,51 \pm 2,99$. En cuanto al tipo de vivienda el 65,4% tenían una vivienda propia mientras que el 34,6% tenían una vivienda alquilada.

En relación a la distribución del Síndrome Burnout de acuerdo al género (gráfico 1); la prevalencia global del Síndrome Burnout en las mujeres fue de 42,8% (n=62), la prevalencia del Síndrome Burnout leve en mujeres fue de 24,8% (n=36), la prevalencia del Síndrome Burnout moderado en mujeres fue de 17,9% (n=26) y la prevalencia del Síndrome Burnout severo en mujeres fue de 0% (n=0); la prevalencia global del Síndrome Burnout en los varones fue de 48,1% (n=75), la prevalencia del Síndrome Burnout leve en varones fue de 30,8% (n=48), la prevalencia del Síndrome Burnout moderado en varones fue de 16,7% (n=26) y la prevalencia del Síndrome Burnout severo en varones fue de 0,6% (n=1).

En relación a la distribución del Síndrome Burnout de acuerdo al semestre académico, esta variable se categorizó según el año académico al que correspondían encontrándose que la prevalencia global del Síndrome Burnout en los estudiantes del primer año fue de 36,4% (n=32), la prevalencia del Síndrome Burnout leve en los estudiantes del primer año fue de 15,9% (n=14), la prevalencia del Síndrome Burnout moderado en los estudiantes del

primer año fue de 20,5% (n=18) y la prevalencia del Síndrome Burnout severo en los estudiantes del primer año fue de 0% (n=0); la prevalencia global del Síndrome Burnout en los estudiantes del segundo año fue de 43,8% (n=28), la prevalencia del Síndrome Burnout leve en los estudiantes del segundo año fue de 28,1% (n=18), la prevalencia del Síndrome Burnout moderado en los estudiantes del segundo año fue de 14,1% (n=9) y la prevalencia del Síndrome Burnout severo en los estudiantes del segundo año fue de 1,6% (n=1); la prevalencia global del Síndrome Burnout en los estudiantes del tercer año fue de 45,4% (n=25), la prevalencia del Síndrome Burnout leve en los estudiantes del tercer año fue de 32,7% (n=18), la prevalencia del Síndrome Burnout moderado en los estudiantes del tercer año fue de 12,7% (n=7) y la prevalencia del Síndrome Burnout severo en los estudiantes del tercer año fue de 0% (n=0); la prevalencia global del Síndrome Burnout en los estudiantes del cuarto año fue de 53,6% (n=30), la prevalencia del Síndrome Burnout leve en los estudiantes del cuarto año fue de 35,7% (n=20), la prevalencia del Síndrome Burnout moderado en los estudiantes del cuarto año fue de 17,9% (n=10) y la prevalencia del Síndrome Burnout severo en los estudiantes del cuarto año fue de 0% (n=0); la prevalencia global del Síndrome Burnout en los estudiantes del sexto año fue de 57,8% (n=22), la prevalencia del Síndrome Burnout leve en los estudiantes del sexto año fue de 36,8% (n=14), la prevalencia del Síndrome Burnout moderado en los estudiantes del sexto año fue de 21% (n=8) y la prevalencia del Síndrome Burnout severo en los estudiantes del sexto año fue de 0% (n=0); como ya se mencionó no se tomó en cuenta los semestres académicos correspondientes al quinto y séptimo año (gráfico 2).

El análisis bivariado se encontró asociación estadísticamente significativa entre el Síndrome Burnout y la edad ($p=0,003$), no siendo así cuando se asoció con el género ($p=0,50$); en cuanto a las variables de interés del estudio se encontró asociación significativamente estadística entre el Síndrome Burnout y los problemas con alguno de los padres ($p=0,00$), problemas con algún otro familiar ($p=0,00$), las horas de estudio al día ($p=0,00$), las horas de sueño al día ($p=0,00$) y la cantidad de años en la E.A.P. Medicina Humana ($p=0,00$); no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el Síndrome Burnout y el semestre académico ($p=0,19$), el tipo de vivienda ($p=0,09$), la cantidad de años de convivencia con ambos padres ($p=0,53$) y la cantidad de años de convivencia con alguno de los padres ($p=0,23$).

CAPITULO IV DISCUSIÓN

El presente estudio se desarrolló en el departamento de Huánuco ubicado en la parte Central Andina del país; abarca las tres cadenas montañosas de los andes septentrionales del Perú y se extiende hasta el río Ucayali; comprende territorio andino desde la región quechua hasta la región puna o jalca, la selva alta o Rupa Rupa y selva baja u Omagua (43). La población estudiada fueron los estudiantes de la E.A.P. Medicina Humana de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán.

Los resultados de este estudio muestran que la prevalencia del Síndrome Burnout fue del 45.5%, similar a lo encontrado; por Paz Peña en un estudio realizado en la ciudad Trujillo, donde encontró una prevalencia del Síndrome Burnout del 40,2%; y a lo encontrado por Dyrbie y colaboradores que encontraron una prevalencia del 35,2% en una universidad de E.E.U.U.; ambos estudios realizados en estudiantes de medicina (3,19); la prevalencia encontrada difiere de los estudios realizados por Mazurkiewickz y colaboradores que encontraron una prevalencia del 71%, por Oliva Costa y colaboradores que hallaron una prevalencia del 10,3%, por Borda Pérez que halló una prevalencia del 9,1% y al estudio realizado por Camacho Avila cuya prevalencia fue de 1,64%; esta última fue la prevalencia más alejada a la hallada en este estudio, todos estas investigaciones fueron realizadas en poblaciones diferentes (2,11,15,17). Estas similitudes y diferencias en cuanto a la prevalencia se pueden explicar debido a la naturaleza multifactorial del Síndrome Burnout, las diferentes poblaciones y las diferentes escalas de medición.

En cuanto a grado de severidad, se encontró que la prevalencia del Síndrome Burnout leve fue de 27,9%; moderado el 17,3% y severo el 0,3%; datos que difieren del estudio realizado por Asencio López en cuanto a los grados leve y moderado y que se asemejan en el grado severo; Asencio López y colaboradores hallaron una prevalencia del Síndrome Burnout leve de 94,1%; moderado de 2,8% y reportaron que el 0% de su población estudiada tenía el grado severo (16); en cuanto a la prevalencia del Síndrome Burnout severo hallada en el presente estudio; esta difiere de lo reportado por Alfaro Toloza y colaboradores que encontraron una prevalencia del 13,3% para este grado de severidad y de lo hallado por Ortega y colaboradores que reportaron una prevalencia del 70% para el Síndrome Burnout severo (7,9). Estas diferencias se pueden explicar en base a las características propias de los estudiantes con Síndrome Burnout en los diferentes estudios señalados.

En este estudio se encontró una asociación significativamente estadística entre el Síndrome Burnout y los problemas con los padres ($p=0,000$) y los problemas con algún otro familiar ($p=0,000$); Pereira y colaboradores también encontraron asociación estadísticamente significativa ($p=0,000$) entre el Síndrome Burnout y el soporte familiar, a su vez Arango Agudelo y colaboradores también encontraron asociación estadísticamente significativa ($p=0,022$) entre este síndrome y la funcionalidad familiar (8,28); a diferencia de Borda Pérez y colaboradores que no encontraron asociación entre el Síndrome Burnout y los problemas familiares (2). Existen más estudios que señalan a los problemas familiares como un factor importante en el desarrollo del Síndrome Burnout lo cual también se demuestra en este estudio, siendo separado en problemas con los padres o algún otro familiar.

Al analizar la cantidad de horas de estudio al día con el Síndrome Burnout se encontró asociación estadísticamente significativa ($p=0,000$) al igual que el estudio de Pereira y colaboradores que encontraron una asociación significativa ($p=0,000$) al asociar estas dos variables (8); y a diferencia del estudio de Estela Villa y colaboradores que no encontró una asociación significativa ($p=0,249$), cabe recalcar que en este último estudio las horas de estudio fue dicotomizado en más de 10 horas y menos de 10 horas (6). Estos resultados demuestran la importancia de esta variable en el desarrollo del Síndrome Burnout en la población estudiada y en estudios a nivel mundial, ya que estas se relacionan directamente con el grado de agotamiento emocional y de realización personal.

En cuanto al análisis del semestre académico y el Síndrome Burnout, no se encontró asociación significativamente estadística ($p=0,19$), al igual a lo encontrado por Alfaro Toloza que en un estudio realizado en Chile no encontró asociación significativa (9), a diferencia de los estudios realizados por Ono Morí y colaboradores que encontraron asociación significativamente estadística ($p<0,05$) entre el Síndrome Burnout y el semestre académico, y por Galán y colaboradores que encontraron asociación significativa ($p<0,001$) al asociar el mencionado síndrome y los semestres académicos del tercer y sexto año académico (13,18). Es posible que la no asociación de esta variable con el Síndrome Burnout en este estudio se deba a que no se agruparon los semestres académicos en: semestres preclínicos y clínicos, ya que las actividades y exigencias entre estos dos son distintas y conllevan un nivel diferente de responsabilidades, por ende con un mayor o menor grado de estrés sobre el estudiante.

En este estudio se encontró asociación significativamente estadística entre la edad y el Síndrome Burnout ($p=0,003$) a diferencia de los estudios de Borda Pérez que no encontró asociación significativa ($p\geq 0,05$) en un estudio realizado en la Universidad del Norte de Colombia, y de Brito Vera que tampoco encontró asociación significativa ($p=0,585$) en un estudio realizado en la Universidad de Cuenca (2,44). En el caso de este estudio la asociación se puede explicar debido a que a mayor cantidad de años que el estudiante pase en la universidad mayor edad y posiblemente estará sometido a una mayor carga de estrés.

Al analizar la asociación entre el Síndrome Burnout y el género no se encontró asociación significativamente estadística ($p=0,50$) al igual que en los estudios de Mazurkiewickz y colaboradores que no encontraron asociación significativa ($p=0,90$) en estudiantes de años preclínicos y de Brito Vera que tampoco encontró asociación significativa ($p=0,36$) en su estudio (11,44); y a diferencia del estudio de Pereira y colaboradores que encontraron asociación significativamente estadística ($p=0,036$) en un estudio realizado en estudiantes de medicina de Portugal (8). En la gran mayoría de investigaciones revisadas en este estudio no se encontró asociación significativa por lo que los resultados se encuentran acorde a las estadísticas mundiales.

CONCLUSIONES

La prevalencia del Síndrome Burnout fue del 45.5%.

Se obtuvo una mayor prevalencia del Síndrome Burnout en los varones que en las mujeres.

Se encontró una mayor prevalencia del Síndrome Burnout en los estudiantes que cursaban el primer año académico.

Hubo una mayor prevalencia del Síndrome Burnout en los estudiantes que tenían una casa propia que en los que alquilaban una.

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el Síndrome Burnout y los problemas con los padres, problemas con algún otro familiar, las horas de estudio al día, las horas de sueño al día, la cantidad de años en la E.A.P. Medicina Humana y la edad.

RECOMENDACIONES

Se sugiere realizar un estudio con diseño de tipo casos y controles para determinar causalidad de las variables asociadas en este estudio.

Se recomienda integrar nuevas variables en futuros estudios; tales como consumo de alcohol, tabaco o algún otro tipo de drogas.

Sería interesante establecer en futuros estudios la asociación entre el Síndrome Burnout y los años académicos preclínicos y clínicos para saber si las actividades y responsabilidades; tales como rotaciones hospitalarias, contacto directo con el paciente, guardias nocturnas, etc; tienen impacto en el desarrollo del Síndrome Burnout.

Se debe enfocar el área de psicología y consejería estudiantil al grupo de estudiantes que presenten los factores asociados en este estudio al Síndrome Burnout a fin de disminuir la prevalencia del mismo.

LIMITACIONES

Las limitaciones identificadas en la ejecución de esta investigación son las siguientes:

- El diseño de investigación que no nos brinda un mayor grado de confiabilidad por ser de tipo transversal y no poseer validez externa.
- La poca información sobre el Síndrome Burnout en una población similar a la del estudio.
- El estudio se limita a una población específica, por lo que los resultados obtenidos no son extrapolables.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ptacek R, Stefano G, Kuzelova H, Raboch J, Harsa P, Kream R. Burnout syndrome in medical professionals: a manifestation of chronic stress with counterintuitive passive characteristics. *Neuroendocrinol Lett* 2013; 34(4): 259–64.
2. Borda Pérez M, Navarro Lechuga E, Aun Aun E, Berdejo Pacheco H, Racedo Rolón K, Ruiz Sará J. Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad. *Salud Uninorte Barranquilla*. 2007; 23(1): 43-51.
3. Dyrbye L, West C, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J et al. Burnout Among U.S. Medical Students, Residents, and Early Career Physicians Relative to the General U.S. Population. *Acad Med*. 2014; 89: 443–51.
4. Comisión Ejecutiva Confederal de la UGT. Guía sobre el síndrome de quemado (burnout). Madrid. Da Vinci, S.A. 2006.
5. Ortega C, Salas R, Correa R. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en el personal sanitario Hospital aquilino tejeira. Febrero-marzo. *Archivos de medicina*. 2011; 7(2): 1-7.
6. Estela-Villa L, Jimenez-Román C, Landeo-Gutiérrez J, Tomateo-Torvisco J, Vega. Dienstmaier J. Prevalencia de síndrome de burnout en alumnos del séptimo año de medicina de una universidad privada de Lima, Perú. *Rev Neuropsiquiatr*. 2010; 73: 147-56.
7. Ortega ME, Ortiz GR, Martínez AJ. Burnout en estudiantes de pregrado de medicina y su relación con variables de personalidad. *Terapia psicológica*. 2014; 32(3): 235-42.

8. Pereira H, Fernandes M, Costa V, Amorim L, La-Rizza F, Hermenegildo R. Burnout in portuguese medical students: coping strategies as a mediating variable. *J Community Medicine and Health Education*. 2014; 4: 1-6.
9. Alfaro-Tolozá P, Olmos de Aguilera R, Fuentealba M, Céspedes-González E. Síndrome de Burnout y factores asociados en estudiantes de una escuela de medicina de Chile. *CIMEL*. 2013; 18(2): 23-6.
10. Luna-Porta L, Mayor-Vega A, Taype-Rondán A. Síndrome de burnout en estudiantes de pregrado de Medicina Humana un problema escasamente estudiado en el Perú. *An Fac med*. 2015; 76(1): 83-4.
11. Mazurkiewickz R, Korenstein D, Fallar R, Ripp J. The prevalence and correlations of medical students burnout in the pre-clinical years: A cross-sectional study. *Psychology, Health & Medicine*. 2012; 17(2): 188-95.
12. Chang E, Eddins-Folensbee F, Coverdale J. Survey of the prevalence of Burnout, stress, depression, and the use of supports by medical students at one school. *Academic Psychiatry* 2012; 36:177–82.
13. Galán F, Sanmartín A, Polo J, Giner L. Burnout risk in medical students in Spain using the Maslach Burnout Inventory-Student Survey. *Int Arch Occup Environ Health*. 2011; 84: 453–9.
14. Yazgan Aksoy D, Durusu Tanriover M, Unal S, Dizdar O, Kalyoncu U, Karakaya J et al. Burnout syndrome during residency in internal medicine and pediatrics in a country without working time directive. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2014; 27(3): 223-30.

15. Camacho-Avila A, Juárez García A, Arias Galicia F. Síndrome de Burnout y factores asociados en médicos estudiantes. *Cienc Trab.* 2010; 12(35): 251-6.
16. Asencio-López L, Almaraz-Celis GD, Carrillo Maciel V, Huerta Valenzuela P, Silva Goytia L, Muñoz Torres M, et al. Burnout syndrome in first to sixth-year medical students at a private university in the north of Mexico: descriptive cross-sectional study. *Medwave.* 2016 Abr;16(3):e6432 doi: 10.5867/medwave.2016.03.6432
17. Oliva Costa EF, Santos AS, Abreu Santos AT, Melo EV, Andrade TM. Burnout Syndrome and associated factors among medical students: a cross-sectional study. *Clinics.* 2012; 67(6): 573-9.
18. Ono Mori M, O Valente TC, C Nascimento LF. Síndrome de Burnout e rendimento acadêmico em estudantes da primeira à quarta série de um curso de graduação em medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2012; 36(4): 536-40.
19. Paz Peña MI. Comparación de la prevalencia del síndrome de burnout en los estudiantes del internado médico de los Hospitales nivel III de Trujillo; 2013. [Tesis para optar el grado de médico-cirujano]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2014.
20. Jaime Cárdenas CC. Síndrome de Burnout en internos de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo 2013-2014. [Tesis para optar el grado de médico-cirujano]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
21. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International.* 2009; 14(3): 204-20.

22. Perlman B, Hartman EA. Burnout summary and future research. Wiskonsil. National Inst. of Mental Health. 1981.
23. Martinez Perez, A. El Síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. 2010; 112: 1-39.
24. Montero-Marín J, García-Campayo J. A newer and broader definition of burnout: Validation of the Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ-36). BMC Public Health. 2010; 302: 1-10.
25. Maroco J, Duarte Bonini Campos JA. Defining the student burnout construct: a structural analysis from three burnout inventories. Psychological Reports: Human Resources & Marketing. 2012; 111(3): 814-30.
26. Moreno Jiménez B, Meda Lara MR, Rodríguez Muñoz A, Palomera Chavez A, Morales Loo MM. El síndrome burnout en una muestra de psicólogos mexicanos prevalencia y factores sociodeográficos asociados. Psicología y Salud. 2006; 16(1): 5-13.
27. Castañeda Aguilera E, García de Alba García JE. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. Rev. Colomb. Psiquiat. 2010; 39(1): 67-84.
28. Arango Agudelo S, Castaño Castrillón JJ, Henao Restrepo CJ, Jiménez Aguilar DP, López Henao AF, Páez Cala ML. Síndrome de Burnout, y factores asociados en estudiantes de I a X semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales (Colombia) 2009. Universidad de Manizales Facultad de Medicina Centro de Investigaciones. 2010 Jun: 1-20.

29. Forbes Alvarez R. El síndrome burnout síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. CEGESTI. 2011; 160: 1-4.
30. León León G. Los profesionales de secundaria, como factores de riesgo en el síndrome burnout. Revista electrónica Educare. 2011; 15(1): 177-91.
31. Mamani Encalada A, Obando Zegarra R, Uribe Malca AM, Vivanco Tello M. Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencias. Rev Per Obst Enf. 2007; 3(1): 50-7.
32. Coursoux P, Lehucher-Michel MP, Marchetti H, Chaumet G, Delliaux S. Syndrome de burnout un vrai facteur de risque cardiovasculaire. Presse Med. 2012; 41: 1056–63.
33. Cango Cango CL. Síndrome de burnout como factor de riesgo para desarrollar hipertensión en los docentes del Instituto Tecnológico Superior “Daniel Alvarez Burneo”, Colegio “La Inmaculada” y Colegio Experimental “Bernardo Valdivieso”, de la Ciudad de Loja. [Tesis para optar el grado de médico general]. Loja: Universidad Nacional de Loja; 2014.
34. Gil-Monte PR. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. Salud Pública de México. 2002; 44(1): 33-40.
35. Carlotto MS, Câmara SG. Propriedades psicométricas do Maslach Burnout Inventory em uma amostra multifuncional. Estudos de Psicologia Campinas. 2007; 24(3): 325-32.
36. Evaluación del Cuestionario CESQT. Consejo General de la Psicología España. Madrid. 1-15.

37. Cáceres-Mejía B, Roca-Quicaño R, Torres MF, Pavic-Espinoza I, Mezones-Holguin E, Fiestas F. Análisis factorial del «Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo» en estudiantes de medicina peruanos. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2013.06.002>
38. Rosales Ricardo Y, Rosales Paneque F. Burnout estudiantil universitario. Conceptualización y estudio. *Salud Mental*. 2013; 36: 337-45.
39. Barraza Macías A. Validación psicométrica de la escala unidimensional del burnout estudiantil. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. 2011; 13(2): 51-74.
40. Hojat M, Vergare M, Isenberg G, Cohen M, Spandorfer J. Underlying construct of empathy, optimism, and burnout in medical students. *International Journal of Medical Education*. 2015; 6:12-6.
41. Romani M, Ashkar K. Burnout among physicians. *Libian Journal of Medicine*. 2014; 9: 23-9.
42. Rosales Ricardo Y, Cruz Torres W, De La Cruz Mora O, Santos Velásquez JL, Nápoles Riaño R. Síndrome de burnout moderado en estudiantes y su tratamiento con masaje tradicional tailandés. *CCM*. 2014; 18(2): 203-13.
43. Plan Estratégico Institucional 2012-2016. Gobierno Regional de Huánuco. Huánuco. 2012.

44. Brito Vera JP, Cabrera Medina HR, Cedillo Bailón JP. Prevalencia y factores influyentes del síndrome burnout en internos y residentes de los hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga, Cuenca–Ecuador, Enero-Julio 2011. [Tesis para optar el grado de médico]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2012.

ANEXOS

Tabla 1. Características demográficas de los estudiantes de la E.A.P. Medicina Humana

Características	Media	Frecuencia	Porcentaje
Edad	22,87 ± 3,52		
Género			
Mujer		145	48,2
Varón		156	51,8
Estado civil			
Soltero		290	96,3
Conviviente		5	1,7
Casado		6	2
Número de hijos	0,02 ± 0,14		

Tabla 2. Características clínicas de los estudiantes de la E.A.P. Medicina Humana

Características	Media	Frecuencia	Porcentaje
Síndrome Burnout			
Sin síndrome Burnout		164	54,5
Síndrome Burnout leve		84	27,9
Síndrome Burnout moderado		52	17,3
Síndrome Burnout severo		1	0,3
Problemas con alguno de los padres	1,88 ± 2,7		
Problemas con algún otro familiar	1,02 ± 2,23		
Horas de estudio	4,80 ± 1,19		
Año académico			
Primer año		88	29,2
Segundo año		64	21,3
Tercer año		55	18,3
Cuarto año		56	18,6
Sexto año		38	12,6
Horas de sueño	6,29 ± 1,03		
Años en la E.A.P.	4,61 ± 2,56		
Años de convivencia con alguno de los padres	3,36 ± 2,90		
Años de convivencia con ambos padres	2,51 ± 2,99		
Tipo de vivienda			
Propia		197	65,4
Alquilada		104	34,6
Teléfono en casa			
Sí		200	66,4
No		101	33,6
Internet en casa			
Sí		269	89,4
No		32	10,6
Cursos desaprobados	3,40 ± 1,87		

Tabla 3. Análisis bivariado de Síndrome Burnout en los estudiantes de La E.A.P. Medicina Humana

Características	Síndrome Burnout								X ²	p	IC95%		
	No		Leve		Moderado		Severo				Inf	;	Sup
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%					
Edad (x + DS)	(22,27+3,61)		(23,74 ± 3,09)		(23,38 ± 3,59)		22		14,16 *	0,003	0,000	0,016	
Género									2,34	0,50	0,445	0,558	
Varón	81	26,9	48	15,9	26	8,6	1	0,3					
Mujer	83	27,6	36	12	26	8,6	0	0					
Estado civil									2,87	0,82	0,546	0,657	
Soltero	156	51,8	83	27,6	50	16,6	1	0,3					
Conviviente	3	1	1	0,3	1	0,3	0	0					
Casado	5	1,7	0	0	1	0,3	0	0					
Número de hijos (x + DS)	(0,02+0,13)		(0,01+0,10)		(0,04+0,19)		0		1,23 *	0,74	0,635	0,740	
Problemas con alguno de los padres (x + DS)	(0,72+1,69)		(2,36+2,59)		(4,56+3,25)		18		94,83 *	0,00	0,000	0,010	
Problemas con algún otro familiar (x + DS)	(0,61+1,27)		(1,23+2,18)		(2,88+3,74)		2		33,65 *	0,00	0,00	0,010	
Horas de estudio (x + DS)	(5,46+0,83)		(4,88+1,03)		(4,75+0,96)		3		39,69 *	0,00	0,000	0,010	
Año académico									16,01	0,19	0,097	0,175	
Primer año	56	18,6	14	4,7	18	6	0	0					
Segundo año	36	12	18	6	9	3	1	0,3					
Tercer año	30	10	18	6	7	2,3	0	0					
Cuarto año	26	8,6	20	6,6	10	3,3	0	0					
Sexto año	16	9,8	14	16,7	8	15,4	0	0					
Horas de sueño (x + DS)	(5,97+0,89)		(6,58+0,96)		(6,60+0,86)		8		32,97 *	0,00	0,000	0,010	
Años en la E.A.P. Medicina Humana (x + DS)	(3,98+2,41)		(5,62+2,40)		(4,98+2,74)		4		24,55 *	0,00	0,000	0,010	
Años de convivencia con alguno de los padres (x + DS)	(2,99+2,65)		(3,93+3,25)		(3,60+2,98)		4		4,23 *	0,23	0,139	0,226	
Años de convivencia con ambos padres (x + DS)	(2,30+2,74)		(3,02+3,37)		(2,40+3,06)		0		2,19 *	0,53	0,472	0,585	
Tipo de vivienda									6,29	0,09	0,049	0,110	
Propia	114	37,9	46	15,3	36	12	1	0,3					
Alquilada	50	16,6	38	12,6	16	5,3	0	0					
Cursos desaprobados (x + DS)	(2,86+1,75)		(3,73+1,37)		(4,52+2,31)		5		27,41 *	0,00	0,000	0,010	

* Kruskal Wallis

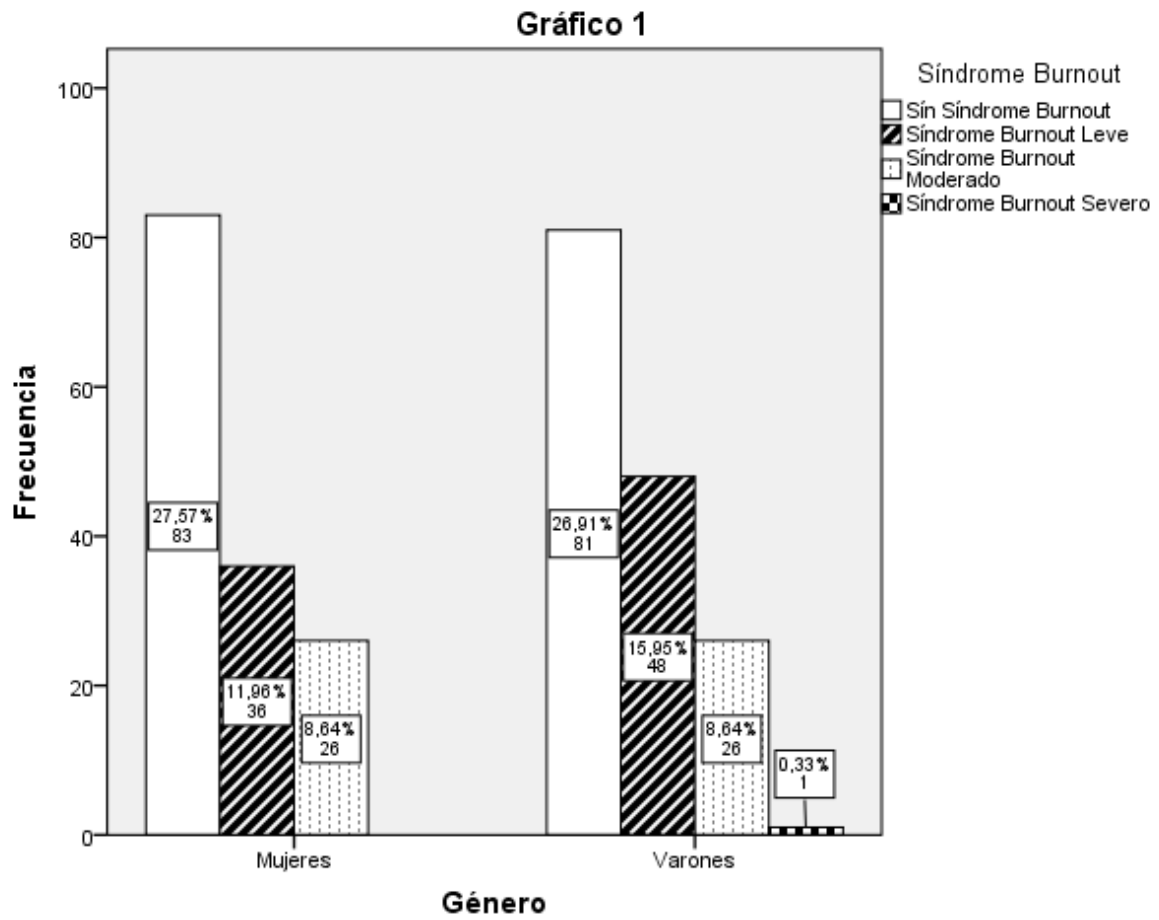


Gráfico1. Distribución de los grados del Síndrome Burnout por género.

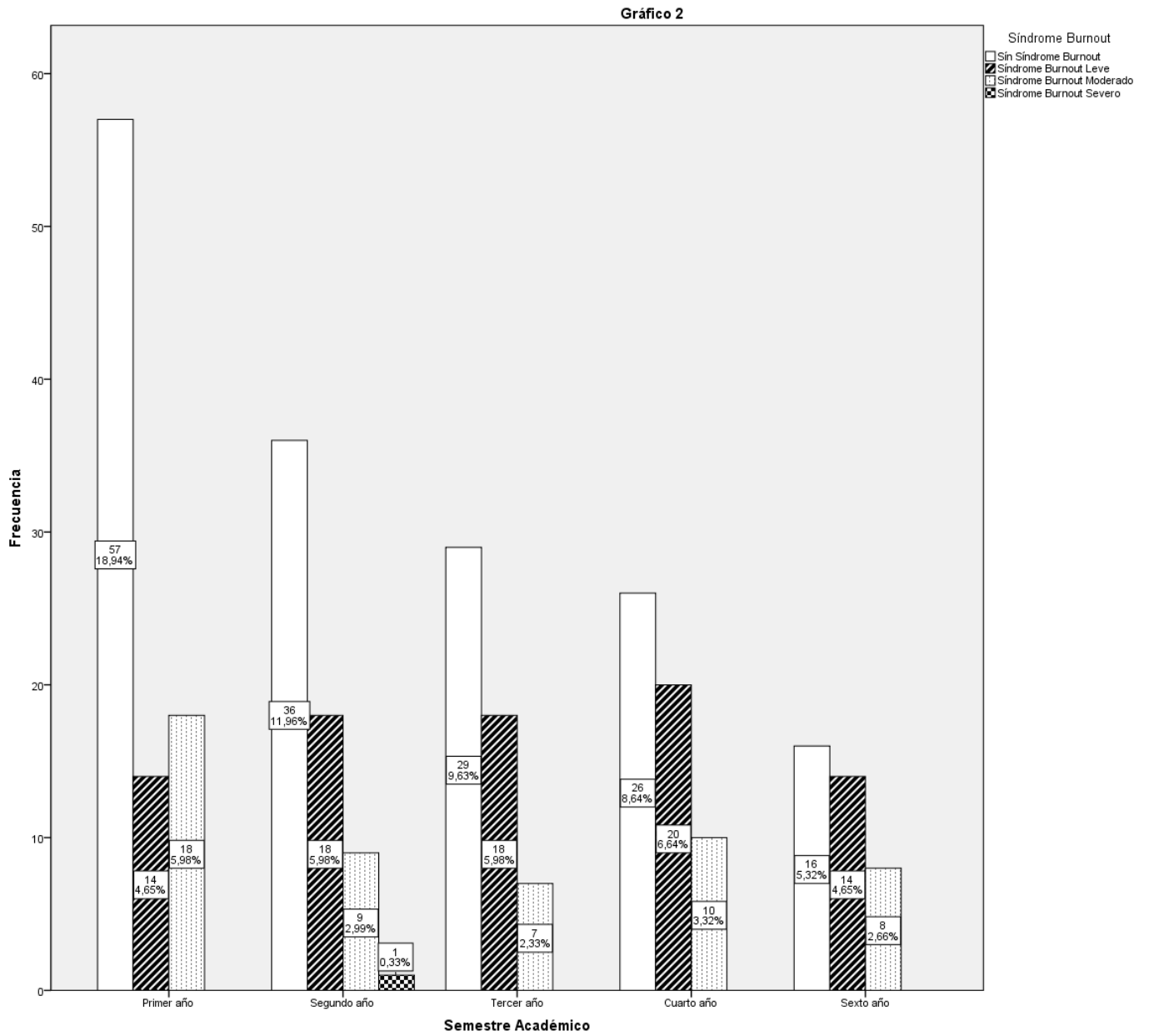


Gráfico 2. Distribución de los grados del Síndrome Burnout por semestre académico.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“PREVALENCIA DEL SÍNDROME BURNOUT Y FACTORES ASOCIADOS EN ESTUDIANTES DE LA E.A.P. MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN DE HUÁNUCO DURANTE EL PERIODO DE AGOSTO A DICIEMBRE DEL 2015”

FECHA: ____/____/____

CÓDIGO DE FICHA: _____

SEDE: E.A.P. MEDICINA HUMANA

INVESTIGADOR: Meza Copello, Williams A.

INSTRUCCIONES: Destacando la importancia de la veracidad de la respuesta, de que es confidencial y que se le agradece su colaboración respondiendo cada ítem. La ficha se llena marcando con una “X” en los casilleros en blanco o escribiendo lo que se solicite, según sea el caso. En lo posible se solicita evitar dejar espacios en blanco. Si alguna información no existe, use el razonamiento más lógico para llenar el dato solicitado.

I. FILIACIÓN:

1. ¿Cuál es su edad?

.....

2. Marque, ¿cuál es su género?

Masculino	<input type="checkbox"/>
Femenino	<input type="checkbox"/>

3. Marque, la vivienda que ocupa su hogar es:

Alquilada	<input type="checkbox"/>
Propia	<input type="checkbox"/>

4. Marque los servicios con los que cuenta en su hogar.

Agua	<input type="checkbox"/>
Desagüe	<input type="checkbox"/>
Luz	<input type="checkbox"/>
Teléfono	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>

5. Desde su ingreso a la E.A.P. Medicina Humana, ¿ha pasado por una situación en la que discuta o haya sido golpeado por alguno de sus padres? Mencione cuantas veces al año.

.....

6. Desde su ingreso a la E.A.P. Medicina Humana, ¿ha pasado por una situación en la que discuta o haya sido golpeado por algún otro miembro de su familia? Mencione cuantas veces al año.

.....

7. Desde su ingreso a la E.A.P. Medicina Humana, ¿cuántos años vivió o vive con uno o ambos padres? En caso de no haber vivido ningún año, coloque 0.

Uno de los padres	
Ambos padres	

8. ¿Cuántas horas al día le dedica al aprendizaje de temas contenidos en los cursos en los que está inscrito en el presente semestre? No cuente las horas que pasa en clases.

.....

9. ¿Cuántas horas al día duerme sin que haya interrupciones antes de haber alcanzado las 3 horas consecutivas de sueño?

.....

10. ¿Cuál es el semestre académico en el que se inscribió que tiene más créditos?

.....

11. Desde su ingreso a la E.A.P. Medicina Humana, ¿cuántos años hasta la fecha han pasado? Cuente como 1 año el presente año en curso.

.....

II. SÍNDROME BURNOUT

A continuación hay algunas afirmaciones en relación a su situación estudiantil y sobre las consecuencias que se derivan de esa relación para usted como estudiante y como persona. Piense con qué frecuencia le surgen a usted esas ideas o con qué frecuencia las siente, teniendo en cuenta la escala que se le presenta a continuación.

	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
12. El tener que asistir diariamente a clases me cansa				
13. Mis problemas universitarios me deprimen fácilmente				
14. Durante las clases me siento somnoliento				
15. Creo que estudiar hace que me sienta agotado				
16. Cada vez me es más difícil concentrarme en las clases				
17. Me desilusionan mis estudios				
18. Antes de terminar mi horario de clases ya me siento cansado				
19. No me interesa asistir a clases				
20. Cada vez me cuesta más trabajo ponerle atención al profesor				
21. El asistir a clases se me hace aburrido				
22. Siento que estudiar me está desgastando físicamente				
23. Cada vez me siento más frustrado por ir a la universidad				
24. No creo terminar con éxito mis estudios				
25. Siento que tengo más problemas para recordar lo que estudio				
26. Creo que estudiar me está desgastando emocionalmente				