

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



“Síndrome de Burnout y grado de ansiedad percibido en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana y su relación con el número de intentos fallidos, Arequipa 2017”

Tesis presentada por la bachiller:

Claudia Verónica Castelo Cataldo

Para obtener por el Título Profesional de Médico

Cirujano

Asesor: Dr. Ervis Alvarado Dueñas

AREQUIPA – PERU

2017

DEDICATORIA

A Dios por permitirme llegar hasta donde estoy el día de hoy, guiándome en cada paso que daba, dándome la fortaleza para seguir adelante cada día.

A mis padres que son mi ejemplo a seguir, las personas que me impulsan en ser mejor cada día y las personas que más amo en este mundo, gracias a que siempre estuvieron presentes en cada logro que conseguí a lo largo de esta maravillosa carrera, brindándome todo su apoyo y comprensión, sin perder la fe ni la esperanza de ver a su hija médico, gracias por todos esos años que me tuvieron paciencia.

A mi hermana, mi mejor amiga la cual siempre estuvo apoyándome en los momentos que más necesite, y por la cual trato de esforzarme al máximo para ser su ejemplo a seguir.

A Rubén Rodríguez Vega que siempre estuvo a mi lado a lo largo de estos años, brindándome su apoyo incondicionalmente, siempre impulsándome para ser mejor en cada instante, guiándome con sus consejos, animándome el día a día, dándome fuerzas para mirar siempre adelante.

A todos mis seres queridos: mis abuelos, mis tíos, primos, amigos gracias por todo.

EPIGRAFE

"Sueña cuando acaba el día,
Sueña y tus sueños podrían hacerse realidad,
Las cosas nunca son tan malas como parecen,
Así que sueña, sueña, sueña."

Escritor y compositor Estadounidense Johnny Mercer.



ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VII
INTRODUCCIÓN.....	09
CAPITULO I: MATERIALES Y MÉTODOS.....	11
CAPITULO II: RESULTADOS.....	19
CAPITULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	48
CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
ANEXOS:	
ANEXO Nº 1: PROYECTO DE TESIS.....	67
ANEXO Nº 2: MATRIZ DE DATOS.....	144

RESUMEN

El presente trabajo de investigación pretendió determinar la frecuencia y asociación entre el Síndrome de Burnout, grado de ansiedad percibida y número de intentos fallidos en postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana.

Se realizó una investigación observacional, descriptiva, transversal y de correlación. Para ello se encuestó a 200 postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana de las academias pre-universitarias “Alexander Fleming, Mendel y Bryce”, aplicando una ficha de recolección de datos, Escala Unidimensional para el Síndrome de Burnout estudiantil y la Escala de Zung para el grado de Ansiedad. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva y se asocian variables mediante prueba chi cuadrado.

Encontrando que un 90% son portadores de Síndrome de Burnout, la mayoría de los cuales corresponde a Burnout “Leve”, el 55% son portadores de ansiedad en su mayor parte Ansiedad “Mínima”, se encontró relación entre Síndrome de Burnout y ansiedad y que no hubo relación entre el número de intentos para postular y mayor incidencia en Burnout o ansiedad.

Concluyendo se vio que no existe relación estadística significativa entre número de intentos fallidos y Síndrome de Burnout y/o ansiedad en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana ($p > 0.05$), por

tanto no se comprobó la hipótesis de investigación. Si se encontró una relación entre Síndrome de Burnout y Ansiedad.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de Burnout, Ansiedad, Intentos fallidos,



ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the frequency and association between Burnout Syndrome, degree of perceived anxiety and number of failed attempts in postulants to the career of Human Medicine.

MATERIALS AND METHODS: Corresponds to an observational, descriptive, transverse and correlation research. As a result, 200 postulants to the Human Medicine career of the pre-university academies "Alexander Fleming, Mendel and Bryce" were applied, applying a data collection form, One-Dimensional Scale for Student Burnout Syndrome and the Scale of Zung for the degree of Anxiety. Results are shown using descriptive statistics and variables are associated with chi-square test.

RESULTS: It was found that 90% are carriers of Burnout Syndrome, the majority of which correspond to Burnout "Leve", 55% are carriers of anxiety in their majority, part of "Minimal" Anxiety, Burnout and anxiety, and that there was no relationship between the number of attempts to postulate and greater incidence in Burnout or anxiety.

CONCLUSIONS: There was no statistically significant relationship between the number of failed attempts and Burnout Syndrome and / or anxiety in career applicants to Human Medicine ($p > 0.05$), thus disproving the research hypothesis. But if a relationship between Burnout Syndrome and Anxiety was found.

KEY WORDS: Burnout Syndrome, Anxiety, Failed Attempts,

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la globalización genera una alta competitividad en todos los aspectos de la vida, a ello no escapa la educación. En nuestro país hay una gran desigualdad en el acceso a una educación de calidad, existe una desconexión entre lo que se enseña en los colegios y las academias pre universitarias.

El grado de dificultad para ingresar a la carrera de Medicina es mayor, se requiere obtener los más altos puntajes. Y varios postulantes requieren de más de un intento para conseguirlo.

En la carrera de Medicina, desde que se postula a la universidad y luego en los estudios en la facultad y el posterior ejercicio de la profesión se inicia una vida llena de estudios que requieren una continua preparación y luego en el ejercicio de la profesión convivir con las enfermedades el dolor y la muerte de los pacientes, se requiere un salud mental integra para afrontar con éxito todas estas demandas.

Estudios indican que existe Burnout académico y ansiedad en los estudiantes de carreras de alta exigencia como Medicina. Ambos alteran el nivel de respuesta del individuo influyen negativamente en el rendimiento académico, disminuye la calificación de los exámenes y abandono del aula antes de dar el examen. Pero son pocos los estudios en postulantes a la universidad.

El trabajo se efectuó para conocer la presencia de Burnout académico y ansiedad en postulantes a medicina. Esto nos permite desarrollar a los

trabajadores del ámbito de Salud instrumentos que nos permitan visualizar objetivamente estos problemas y plantear alternativas pertinentes que aporten a su solución.

Se sugiere continuar efectuando estudios para conocer mejor la salud psicosocial de los estudiantes, para que las instituciones educativas y de salud lleven a cabo estrategias y programas de prevención y control de estos problemas.





CAPÍTULO I

MATERIALES Y MÉTODOS

CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnica, instrumento y materiales de verificación

a) Técnica:

En la presente investigación se aplicó la técnica de las encuestas.

b) Instrumento:

Los participantes de este estudio se sometieron a tres tipos de encuestas autoaplicadas:

- **Encuesta de variables sociodemográficas** (ANEXO 1) referida a datos de: edad, género, y número de postulaciones a la carrera profesional de Medicina Humana.
- **Escala Unidimensional de Burnout estudiantil** (ANEXO 2) Esta escala consta de 15 ítems. A cada una de las posibles respuestas de la escala se le asignaron los siguientes valores: 1 para nunca, 2 para algunas veces, 3 para casi siempre y 4 para siempre. Se obtuvo la media en cada ítem y posteriormente se obtuvo la media general de toda la escala.

Se transformó la media general en porcentaje; esto se puede realizar a través de regla de tres simple o multiplicando la media obtenida por 25.

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

Nivel	Porcentaje de presencia
No presenta	0 a 25%
Leve	26% a 50%
Moderado	51% a 75%
Profundo	76% a 100%

- Escala de Ansiedad de Zung (ANEXO 3)** Esta escala de evaluación de la ansiedad de ZUNG (EAA) comprende un cuestionario de 20 informes o relatos, cada uno referido a manifestaciones características de ansiedad, como síntomas o signos. En el formato del cuestionario hay 4 columnas en blanco encabezadas por “Nunca casi nunca”, “A veces”, “Con bastante frecuencia” y “Siempre o casi siempre”. Se le da a la persona la lista de frases y se le pide que coloque una marca en el recuadro que considere más aplicable a su caso, de acuerdo a como se ha sentido la última semana.

Índice EAA	Equivalencia Clínica
Menos de 45	Dentro de límites normales. No hay ansiedad presente.
45-59	Presencia de ansiedad mínima.
60-74	Presencia de ansiedad marcada.
75 a más	Presencia de ansiedad en grado máximo

c) Materiales:

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial:

El presente estudio se realizó en las Academias Pre-universitarias “Alexander Fleming”, “Mendel” y “Bryce” de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal:

El estudio se realizó en forma coyuntural durante el periodo del mes de Febrero 2017

2.3. Unidades de estudio:

Postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana

a. **Población:** Todos los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana de las Academias Pre-universitarias “Alexander Fleming”, “Mendel” y “Bryce” en número de 200, entrevistados durante el periodo de estudio.

b. **Muestra:** se consideró una muestra de 200 postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana.

c. Criterios de selección:

c.1 Criterios de Inclusión:

Postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana.

c.2 Criterios de Exclusión:

Postulantes a otras carreras profesionales.

3. Tipo de investigación: Se trata de un estudio de campo.

4. Nivel de investigación: Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal.

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización

Se realizó las coordinaciones con la Dirección de las Academias Pre-universitarias “Alexander Fleming”, “Mendel” y “Bryce” para obtener la autorización para la realización del estudio. Se aplicó, una vez concluida la recolección de datos, éstos se organizaron en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

5.2. Validación de los instrumentos

Escala de Zung

Zung en 1965 valida las escalas, tanto de la Autoevaluación de la Ansiedad como de la Autoevaluación de la Depresión, aplicándolas en primer lugar a un grupo de pacientes de consultorios externos en el Duke Psychiatry Hospital con diagnóstico de depresión, ansiedad y otros desórdenes de la personalidad.

Los diagnósticos fueron establecidos separadamente por otros clínicos obteniendo puntuaciones con escalas psicométricas estándar antes de la aplicación de ambas escalas.

En todos los pacientes se encontró una alta correlación entre las puntuaciones obtenidas y las recogidas con otras pruebas, se encontró asimismo diferencias significativas en relación con la edad, nivel educacional e ingresos económicos.

En 1968 se realizó la validación transcultural aplicando las escalas en Japón, Inglaterra, Checoslovaquia, Australia, Alemania y Suiza.

Las autoevaluaciones en dichos países eran comparables, encontrando que existen diferencias entre un grupo de pacientes con diagnóstico de

ansiedad aparente y pacientes ansiosos. Zung afirma que la ansiedad es relativamente independiente de los factores de edad, educación y situación social, a la vez que plantea las siguientes conclusiones:

- Generalmente los pacientes hospitalizados están más deprimidos que los pacientes externos por lo que sus índices son mayores.
- Los pacientes pueden tener varios diagnósticos, al mismo tiempo pueden presentar ansiedad y depresión simultáneamente. Por lo tanto un diagnóstico inicial de ansiedad no elimina la posibilidad de que esté deprimido.
- Los índices de las personas normales tienden a ser mayores en los de más edad y en los más jóvenes, pero en su promedio siempre es menor de 50. (24)

Escala Unidimensional de Burnout Estudiantil

Para establecer la validez de la escala, se utilizaron los procedimientos alfa de Cronbach (Muñiz, 2003) y la confiabilidad por mitades según la fórmula Spearman-Brown para Unequal-Length (Cozby, 2005).

En ambos casos, los procedimientos remiten a medidas de consistencia interna del procedimiento de medición del instrumento. Los resultados se muestran en la tabla 2.

Para complementar dichos resultados, se alcanzó el nivel de confiabilidad de la escala exclusivamente con el procedimiento alfa de Cronbach, en caso de eliminar alguno de los ítems que la integran. Los resultados obtenidos se ilustran en la tabla 3.

Tabla 2. Confiabilidad de la EUBE

<i>Procedimiento</i>	<i>Conf.</i>
Alfa de Cronbach	.91
Por mitades	.89

Tabla 3. Confiabilidad de la escala en caso de eliminar algún ítem

<i>Ítems</i>	\diamond
1 Tener que asistir diariamente a clases me cansa.	.90
2 Mis problemas escolares me deprimen fácilmente.	.91
3 Durante las clases me siento somnoliento.	.90
4 Creo que estudiar hace que me sienta agotado.	.90
5 Cada vez me es más difícil concentrarme en las clases.	.90
6 Me desilusionan mis estudios.	.90
7 Antes de terminar mi horario de clases ya me siento cansado.	.90
8 No me interesa asistir a clases.	.90
9 Cada vez me cuesta más trabajo ponerle atención al maestro.	.90
10 Asistir a clases se me hace aburrido.	.90
11 Siento que estudiar me está desgastando físicamente.	.90
12 Cada vez me siento más frustrado por ir a la escuela.	.90
13 No creo terminar con éxito mis estudios.	.91
14 Siento que tengo más problemas para recordar lo que estudio.	.90
15 Creo que estudiar me está desgastando emocionalmente.	.90

Como puede desprenderse, la escala revela mayoritariamente una tendencia a la baja en caso de eliminarse alguno de los ítems que la integran y en ninguno de los casos logra incrementarse el índice de confiabilidad, por lo que puede afirmarse que el alfa de Cronbach global no se modifica al eliminar alguno de los ítems. (27)

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Recolección:

La recolección de datos se realizó previa autorización para la aplicación del instrumento.

b) Plan de Procesamiento:

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

c) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2017).

d) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

e) Plan de Recuento:

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

f) Plan de análisis:

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. La asociación entre variables se evaluó con prueba chi cuadrado. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2017 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.22.0.



CAPÍTULO II

RESULTADOS

Síndrome de Burnout y grado de ansiedad percibido en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana y su relación con el número de intentos fallidos, Arequipa 2017

Tabla N°1

Distribución de postulantes de Medicina Humana según el sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	105	52.5
Femenino	95	47.5
Total	200	100

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

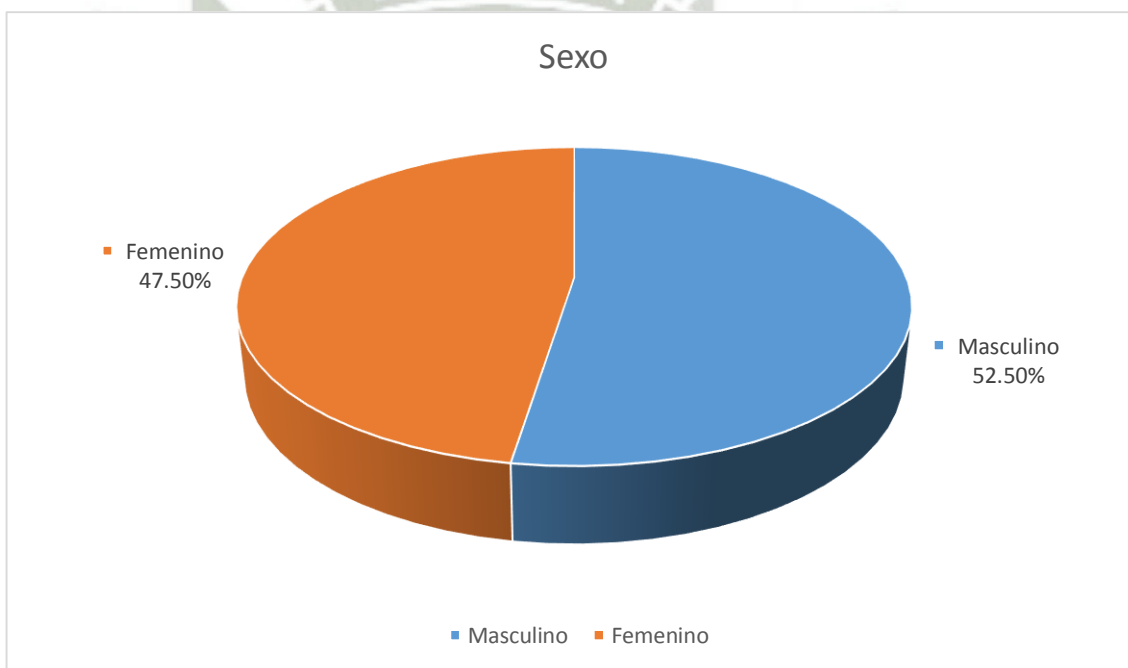
INTERPRETACIÓN:

Según el sexo, la mayoría de los postulante a la carrera Profesional de Medicina Humana fueron de sexo masculino con el 52.5% y el resto de sexo femenino con el 47.5%.

Síndrome de Burnout y grado de ansiedad percibido en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana y su relación con el número de intentos fallidos, Arequipa 2017

Grafico 1

Distribución de postulantes de Medicina Humana según el sexo



Síndrome de Burnout y grado de ansiedad percibido en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana y su relación con el número de intentos fallidos, Arequipa 2017

Tabla 2

Distribución de postulantes de Medicina Humana según la edad

Edad (años)	Frecuencia	Porcentaje
15	6	3.0
16	33	16.5
17	77	38.5
18	60	30.0
19	15	7.5
20	3	1.5
21	4	2.0
22	2	1.0
Total	200	100.0

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

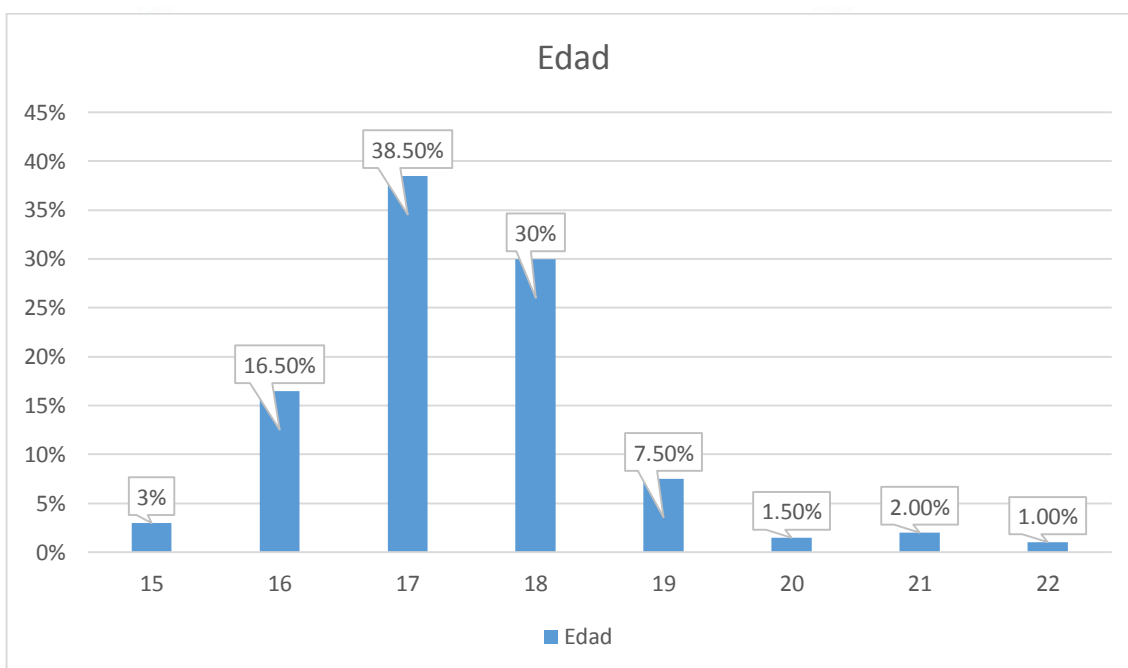
INTERPRETACIÓN

De acuerdo a la edad, se encontró que los postulantes de 17 años son el grupo más numeroso con un 38.5%. Y el grupo menos numeroso corresponde a los postulantes de 22 con un 1%.

Síndrome de Burnout y grado de ansiedad percibido en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana y su relación con el número de intentos fallidos, Arequipa 2017

Gráfico 2

Distribución de postulantes de Medicina Humana según la edad



Síndrome de Burnout y grado de ansiedad percibido en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana y su relación con el número de intentos fallidos, Arequipa 2017

Tabla 3

Distribución de postulantes de Medicina Humana según el número de intentos fallidos

Número de intentos fallidos	Frecuencia	Porcentaje
0	29	14.5
1	46	23.0
2	49	24.5
3	33	16.5
4	19	9.5
5	10	5.0
6 a más	14	7.0
Total	200	100.0

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

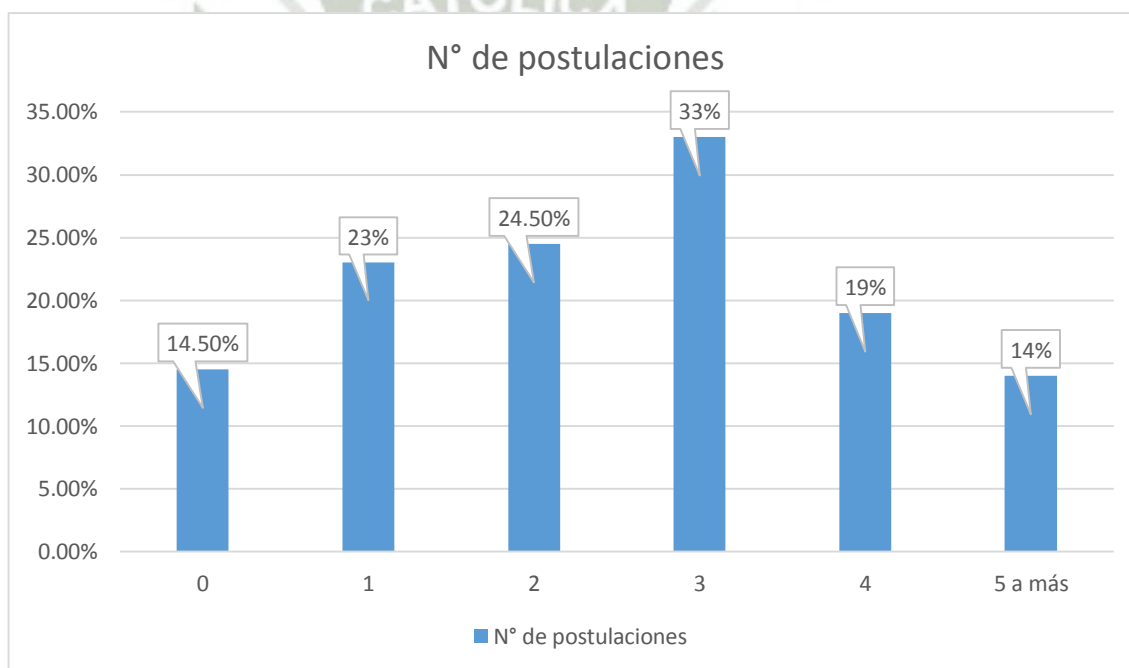
INTERPRETACIÓN

De acuerdo al número de intentos fallidos se encontró que los postulantes a la carrera Profesional de Medicina Humana en su mayoría tienen más de un intento. Siendo el grupo con mayor porcentaje el de 2 intentos, que representan el 24.5% seguido por el de 1 intento con el 23%.

Síndrome de Burnout y grado de ansiedad percibido en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana y su relación con el número de intentos fallidos, Arequipa 2017

Gráfico 3

Distribución de postulantes de Medicina Humana según el número de postulaciones



Síndrome de Burnout y grado de ansiedad percibido en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana y su relación con el número de intentos fallidos, Arequipa 2017

Tabla 4

Distribución de postulantes de Medicina Humana según el nivel de Síndrome de Burnout

Grados de Sd de Burnout	Frecuencia	Porcentaje
No presenta	20	10
Leve	156	78
Moderado	24	12
Profundo	0	0
Total	200	100

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

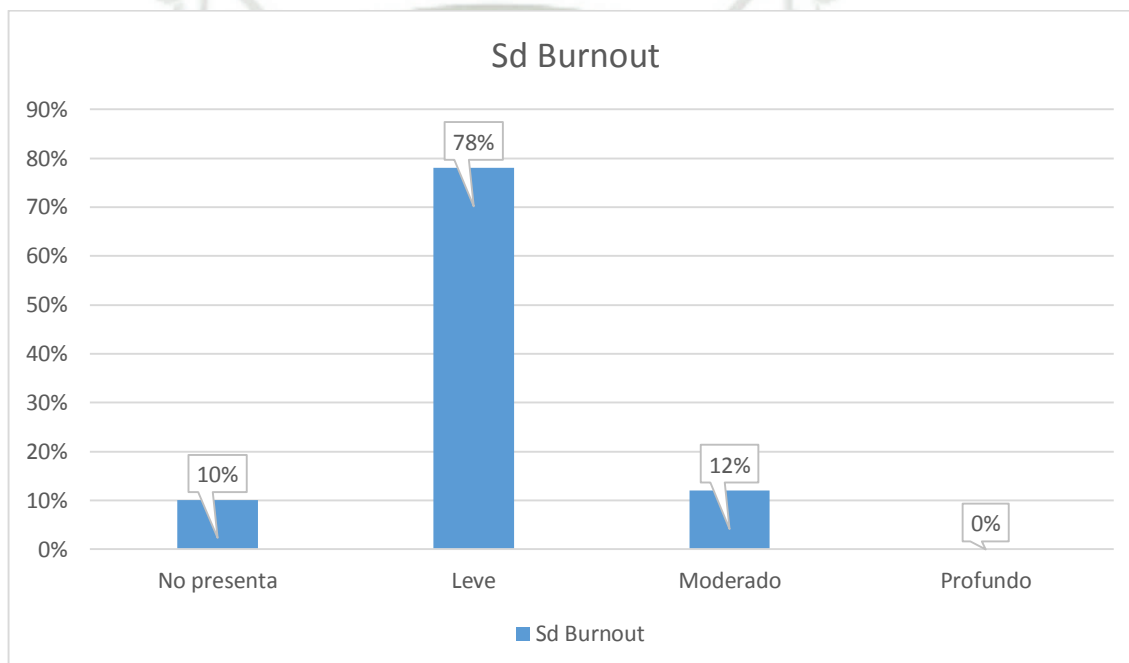
INTERPRETACIÓN

Los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana que no presentan Síndrome de Burnout son el 10%, mientras los que presentan Síndrome de Burnout son el 90% y de estos el 78% presentan Síndrome de Burnout Leve y el 12% presentan Síndrome de Burnout Moderado. Ninguno presentó Síndrome de Burnout Profundo.

Síndrome de Burnout y grado de ansiedad percibido en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana y su relación con el número de intentos fallidos, Arequipa 2017

Gráfico 4

Distribución de postulantes de Medicina Humana según el nivel de Síndrome de Burnout



Síndrome de Burnout y grado de ansiedad percibido en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana y su relación con el número de intentos fallidos, Arequipa 2017

Tabla 5

Distribución de postulantes de Medicina Humana según el grado de ansiedad percibida

Grado de ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Normal	90	45
Mínima	96	48
Marcada	14	7
Máxima	0	0
Total	200	100

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

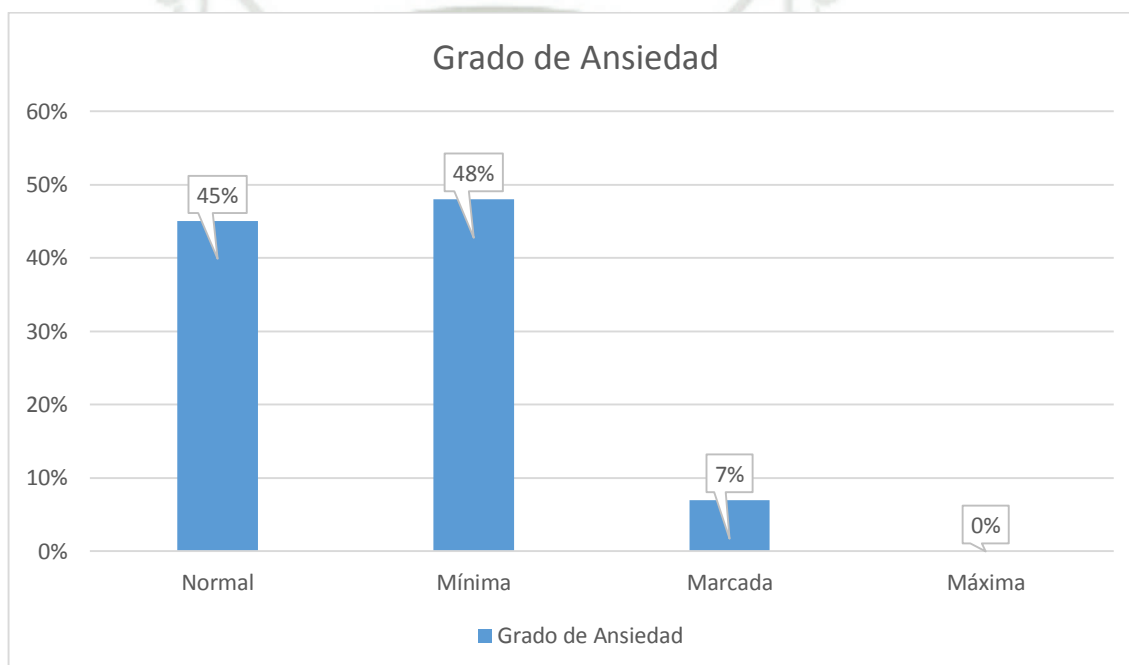
INTERPRETACIÓN

Se encontró que los postulantes a la carrera Profesional de Medicina Humana en su mayoría presentan Ansiedad que representa el 55%, y de estos el 48% presentó Ansiedad Mínima y el 7% presentó Ansiedad Marcada. Ninguno presentó Ansiedad Máxima. Y el 45% no presentó Ansiedad.

Síndrome de Burnout y grado de ansiedad percibido en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana y su relación con el número de intentos fallidos, Arequipa 2017

Gráfico 5

Distribución de postulantes de Medicina Humana según el grado de ansiedad percibida



Síndrome de Burnout y grado de ansiedad percibido en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana y su relación con el número de intentos fallidos, Arequipa 2017

Tabla 6

Relación entre Sexo y número de Postulaciones

Número de postulaciones	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
0	18	9	11	5.5	29	14.5
1	26	13	20	10	46	23
2	26	13	23	11.5	49	24.5
3	19	9.5	14	7	33	16.5
4	5	2.5	14	7	19	9.5
5	6	3	4	2	10	5
Más de 5	5	2.5	9	4.5	14	7
Total	105	52.5	95	47.5	200	100

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

INTERPRETACIÓN

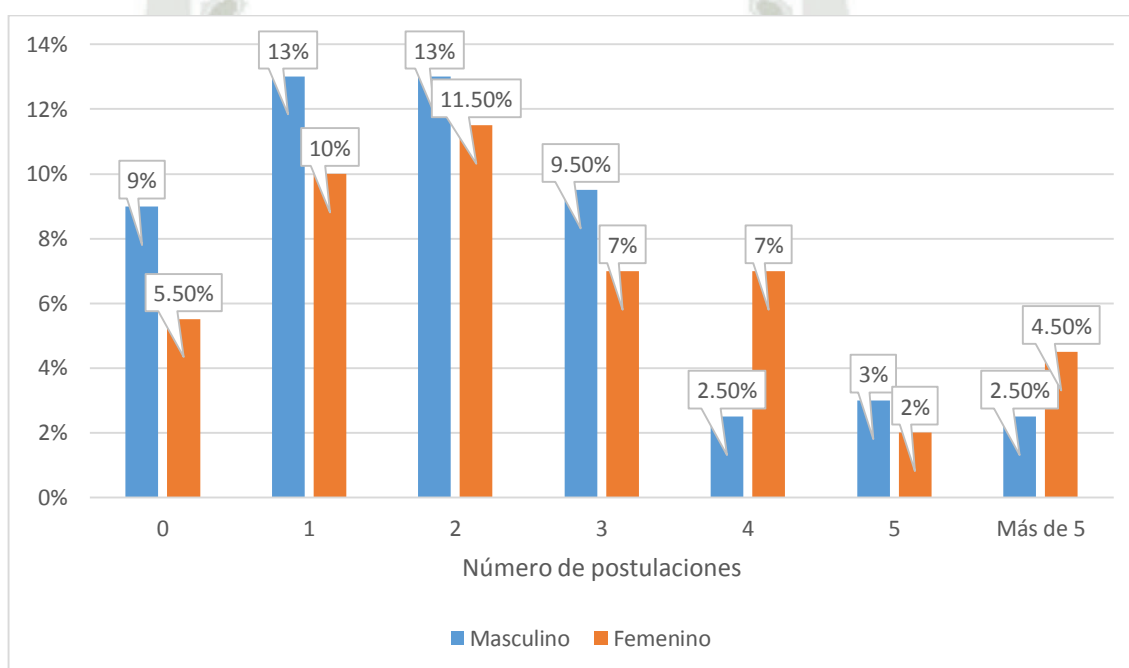
De acuerdo al sexo de los postulantes y el número de postulaciones se encontró que en el sexo masculino el número de postulaciones prevalente fue de 1 y 2 oportunidades cada uno con el 13%; y en el sexo femenino también se encontró que el número de postulaciones prevalente fue de 1 y 2 oportunidades con 10% y 11.5% respectivamente.

De acuerdo a la prueba de X^2 se determinó que las variables no dependen entre sí (P calculada = 0.18865) ($P > 0.05$) ($X^2 = 8.74138$) (X^2 crítico = 12.5916)

Síndrome de Burnout y grado de ansiedad percibido en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana y su relación con el número de intentos fallidos, Arequipa 2017

Gráfico 6

Relación entre Sexo y número de Postulaciones



Síndrome de Burnout y grado de ansiedad percibido en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana y su relación con el número de intentos fallidos, Arequipa 2017

Tabla 7
Relación entre Edad y número de Intentos Fallidos

Número de postulaciones	Edad																Total	
	15		16		17		18		19		20		21		22			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	6	3	12	6	7	3.5	2	1	1	0.5	0	0	1	0.5	0	0	29	14.5
1	0	0	14	7	23	11.5	8	4	0	0	0	0	1	0.5	0	0	46	23
2	0	0	4	2	19	9.5	19	9.5	5	2.5	2	1	0	0	0	0	49	24.5
3	0	0	1	0.5	18	9	14	7	0	0	0	0	0	0	0	0	33	16.5
4	0	0	1	0.5	5	2.5	7	3.5	5	2.5	1	0.5	0	0	0	0	19	9.5
5	0	0	0	0	1	0.5	4	2	3	1.5	0	0	1	0.5	1	0.5	10	5
Más de 5	0	0	1	0.5	4	2	6	3	1	0.5	0	0	1	0.5	1	0.5	14	7
Total	6	3	33	16.5	77	38.5	60	30	15	7.5	3	1.5	4	2	2	1	200	100

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

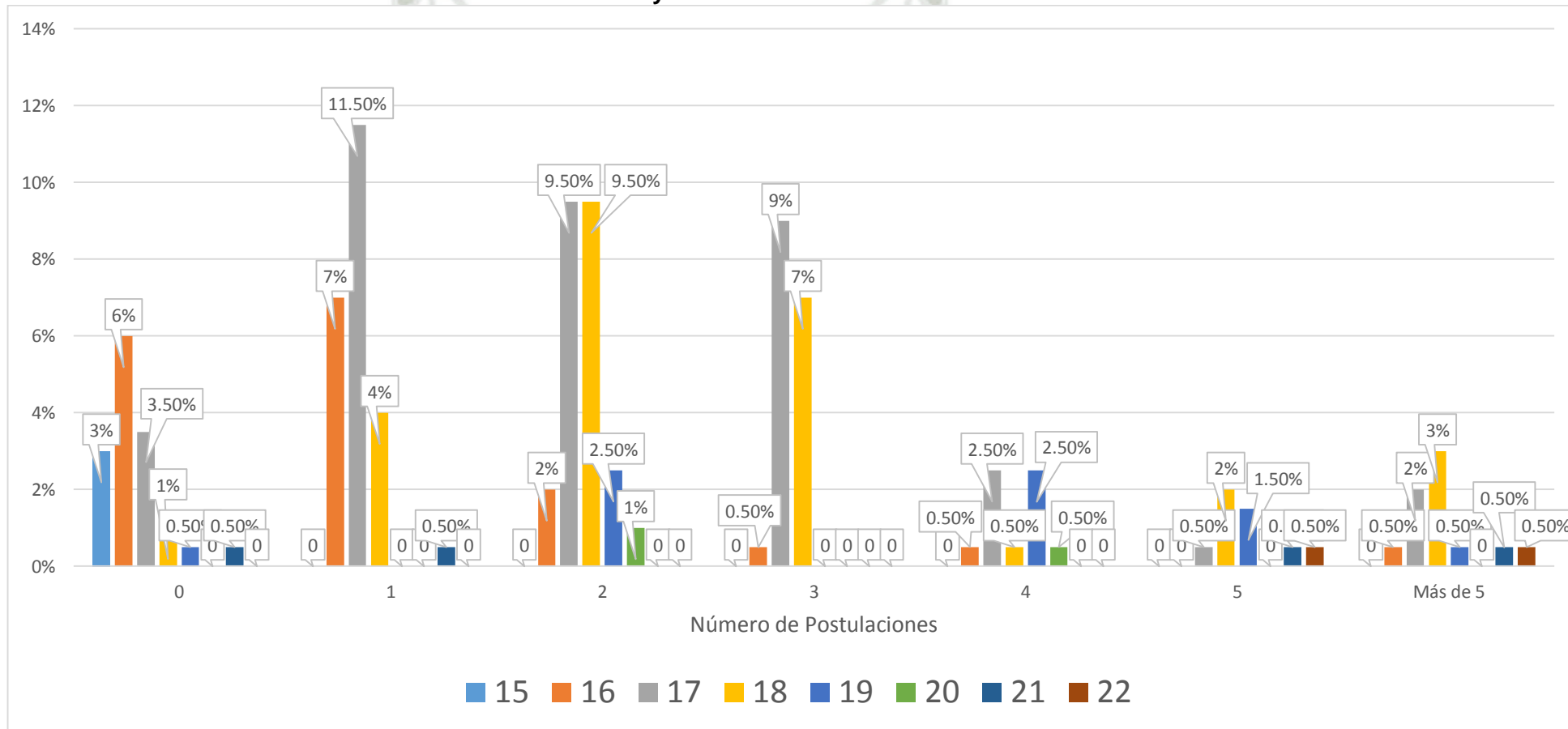
INTERPRETACIÓN

Se encontró que existe una relación significativa entre la edad y el número de intentos fallidos siendo los postulantes más jóvenes los que tienen un menor número de intentos y los de mayor edad, tienen mayor número de intentos. De acuerdo a la prueba de X^2 se determinó que las variables dependen entre sí, con resultados de ($X^2=132.9433.$) (X^2 crítico 58.12404) ($P<0.05$).

Síndrome de Burnout y grado de ansiedad percibido en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana y su relación con el número de intentos fallidos, Arequipa 2017

Gráfico 7

Relación entre Edad y número de Intentos Fallidos



Síndrome de Burnout y grado de ansiedad percibido en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana y su relación con el número de intentos fallidos, Arequipa 2017

Tabla 8

Relación entre Sexo y Síndrome de Burnout

Sd de Burnout	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
No presenta	11	5.5	9	4.5	20	10
Leve	86	43	70	35	156	78
Moderado	8	4	16	8	24	12
Profundo	0	0	0	0	0	0
Total	105	52.5	95	47.5	200	100

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

INTERPRETACIÓN

De acuerdo al sexo de los postulantes y la presencia del Sd. de Burnout se encontró que en el sexo masculino es más prevalente la presencia del Sd. de Burnout Leve con 43% y en el sexo femenino el mismo hallazgo pero con el 35%.

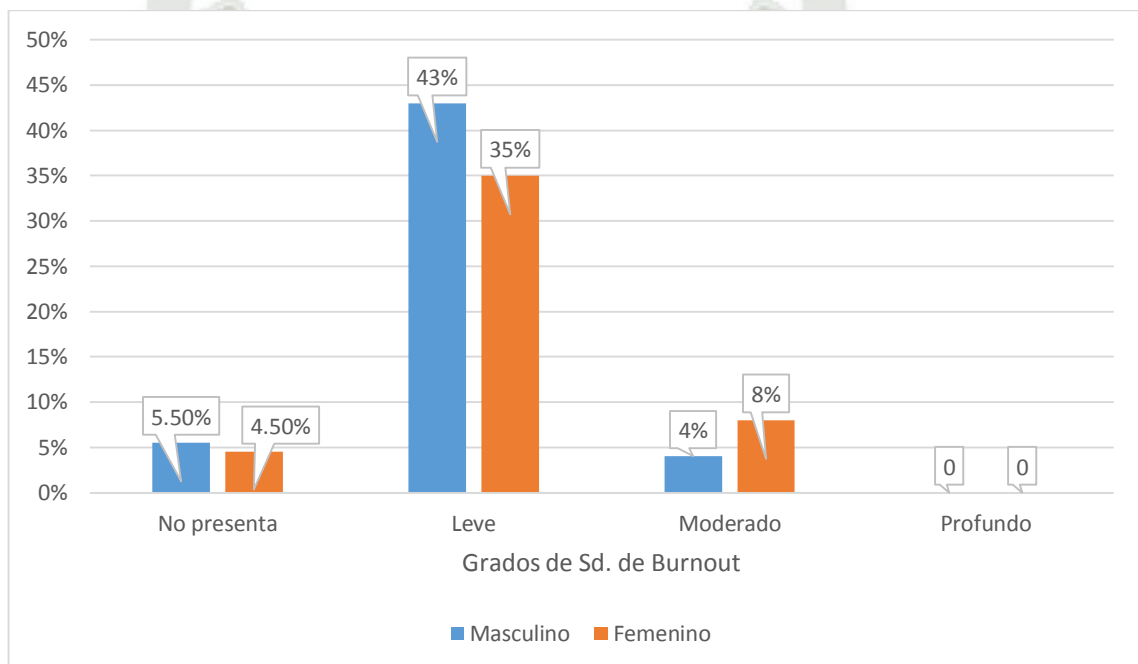
De acuerdo a la prueba de X^2 se determinó que las variables no dependen entre sí, con resultados de ($X^2=4.01774$.) (X^2 crítico 7.81473)

(P= 0.25956) (P>0.05).

Síndrome de Burnout y grado de ansiedad percibido en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana y su relación con el número de intentos fallidos, Arequipa 2017

Gráfico 8

Relación entre Sexo y Síndrome de Burnout



Síndrome de Burnout y grado de ansiedad percibido en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana y su relación con el número de intentos fallidos, Arequipa 2017

Tabla 9
Relación entre Edad y Síndrome de Burnout

Sd de Burnout	Edad																Total	
	15		16		17		18		19		20		21		22			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No presenta	0	0	5	2.5	8	4	5	2.5	1	0.5	0	0	1	0.5	0	0	20	10
Leve	6	3	22	11	60	30	51	25.5	11	5.5	3	1.5	2	1	1	0.5	156	78
Moderado	0	0	6	3	9	4.5	4	2	3	1.5	0	0	1	0.5	1	0.5	24	12
Profundo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	6	3	33	16.5	77	38.5	60	30	15	7.5	3	1.5	4	2	2	1	200	100

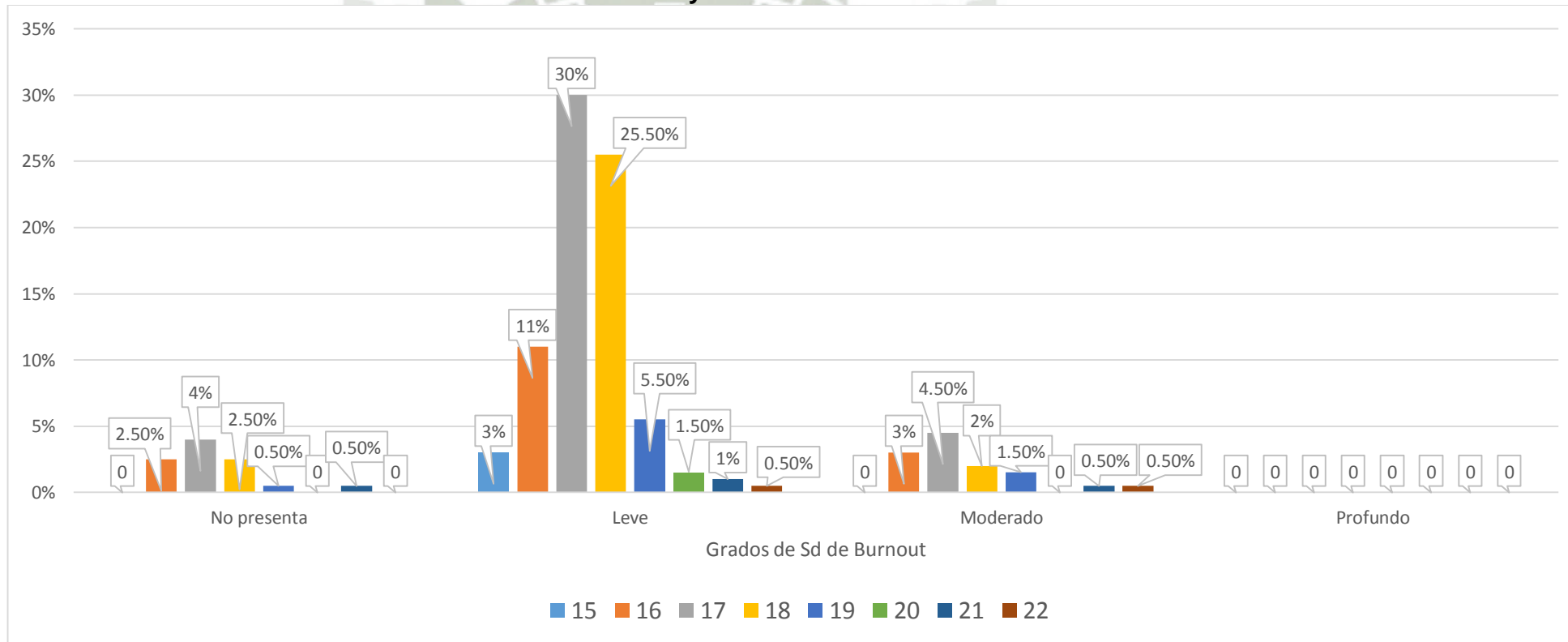
Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

INTERPRETACIÓN

Se encontró relación entre la edad y el Síndrome de Burnout entre los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana. Debido a que los postulantes de mayor edad con 20, 21 y 22 presentan casi en su totalidad Sd de Burnout con 100%, 75% y 100% respectivamente. De acuerdo a la prueba de X^2 se determinó que las variables dependen entre sí ($X^2=40.67396$). (X^2 critico 32.67057) ($P = 0.006151$) ($P<0.05$).

Síndrome de Burnout y grado de ansiedad percibido en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana y su relación con el número de intentos fallidos, Arequipa 2017

Gráfico 9
Relación entre Edad y Síndrome de Burnout



Síndrome de Burnout y grado de ansiedad percibido en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana y su relación con el número de intentos fallidos, Arequipa 2017

Tabla 10

Relación entre Edad y Grado de Ansiedad

Grado de Ansiedad	Edad																Total	
	15		16		17		18		19		20		21		22			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Normal	4	2	15	7.5	33	16.5	24	12	8	4	2	1	3	1.5	1	0.5	90	45
Mínima	2	1	16	8	38	19	33	16.5	5	2.5	1	0.5	1	0.5	0	0	96	48
Marcada	0	0	2	1	6	3	3	1.5	2	1	1	0.5	0	0	0	0	14	7
Máxima	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	6	3	33	16.5	77	38.5	60	30	15	7.5	4	2	4	2	1	0.5	200	100

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

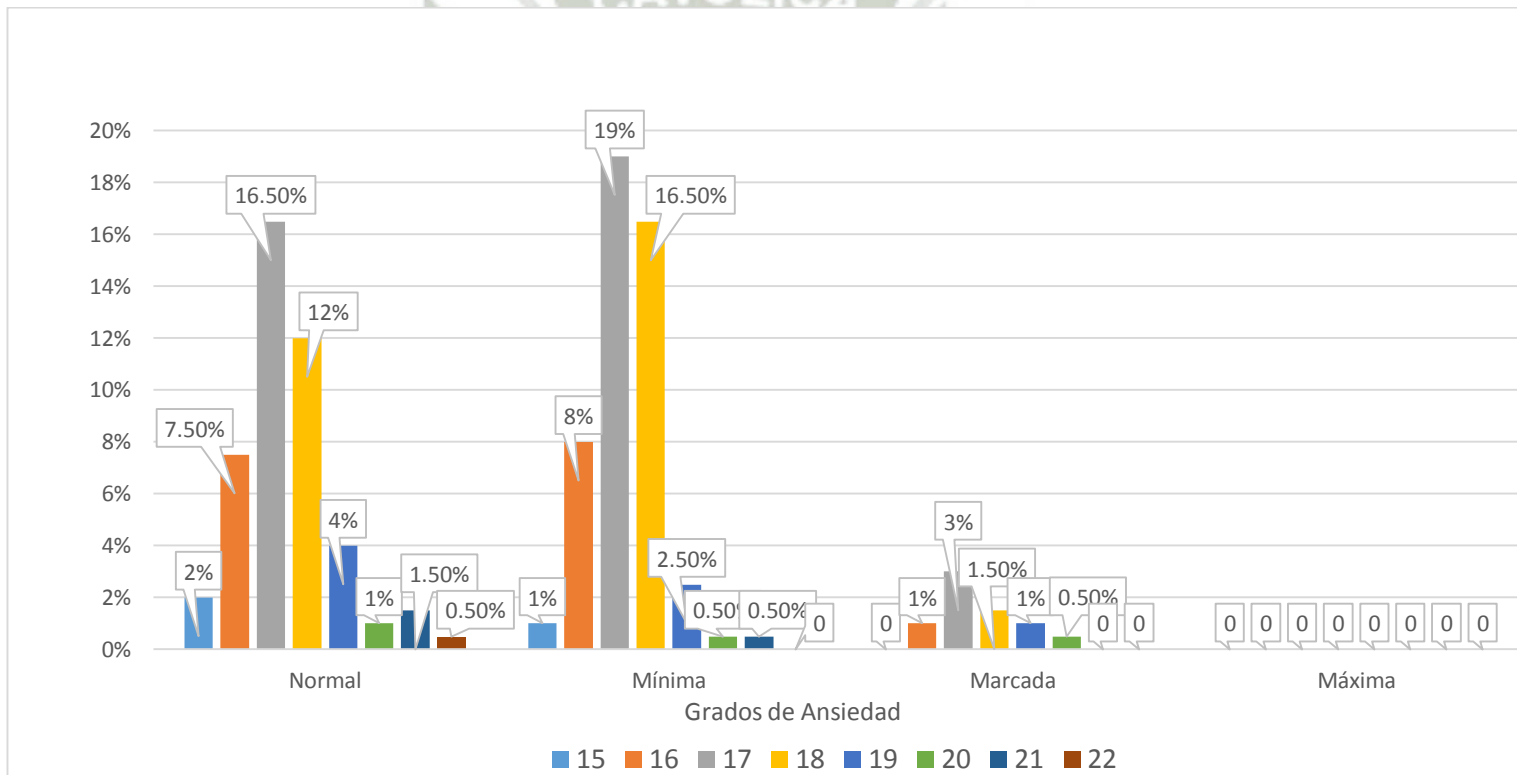
INTERPRETACIÓN

No se encontró relación entre la edad y el Grado de Ansiedad entre los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana.

De acuerdo a la prueba de X^2 se determinó que las variables no dependen entre sí ($X^2=9.645876.$) (X^2 crítico 32.67057) ($P=0.983154$) ($P>0.05$)

Síndrome de Burnout y grado de ansiedad percibido en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana y su relación con el número de intentos fallidos, Arequipa 2017

Gráfico 10
Relación entre Edad y Grado de Ansiedad



Síndrome de Burnout y grado de ansiedad percibido en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana y su relación con el número de intentos fallidos, Arequipa 2017

Tabla 11

Relación entre Sexo y Grado de Ansiedad

Grado de Ansiedad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Normal	50	25	40	20	90	45
Mínima	50	25	46	23	96	48
Marcada	5	2.5	9	4.5	14	7
Máxima	0	0	0	0	0	0
Total	105	52.5	95	47.5	200	100

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

INTERPRETACIÓN

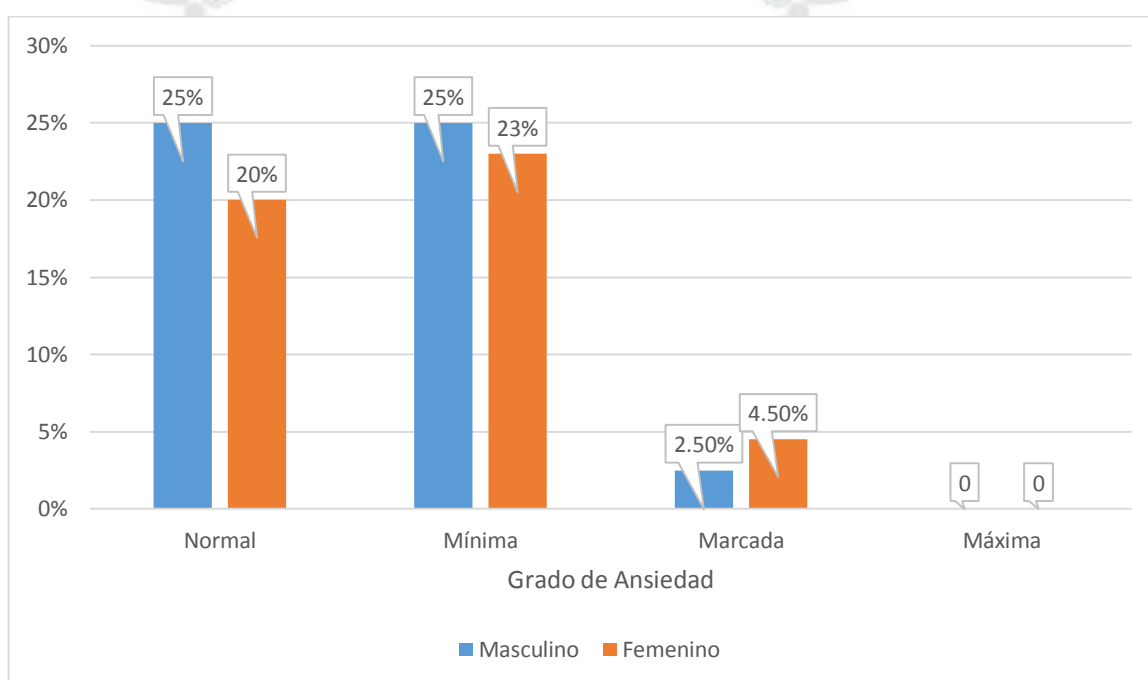
De acuerdo a la relación entre sexo y el grado de Ansiedad se encontró que en el sexo masculino el Grado de Ansiedad prevalente fue Mínima con el 25%; y en el sexo femenino también se encontró el mismo Grado de Ansiedad con 23%.

De acuerdo a la prueba de X^2 se determinó que las variables no dependen entre sí ($P=0.58802$) ($P>0.05$)

Síndrome de Burnout y grado de ansiedad percibido en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana y su relación con el número de intentos fallidos, Arequipa 2017

Gráfico 11

Relación entre Sexo y Grado de Ansiedad



Síndrome de Burnout y grado de ansiedad percibido en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana y su relación con el número de intentos fallidos, Arequipa 2017

Tabla 12

Asociación entre Síndrome de Burnout y el grado de ansiedad percibido en postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana

Grado de Ansiedad	Sd de Burnout								Total	
	No presenta		Leve		Moderado		Profundo		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Normal	15	7.5	73	36.5	2	1	0	0	90	45
Mínima	4	2	80	40	12	6	0	0	96	48
Marcada	1	0.5	3	1.5	10	5	0	0	14	7
Máxima	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	20	10	156	78	24	12	0	0	200	100

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

INTERPRETACIÓN

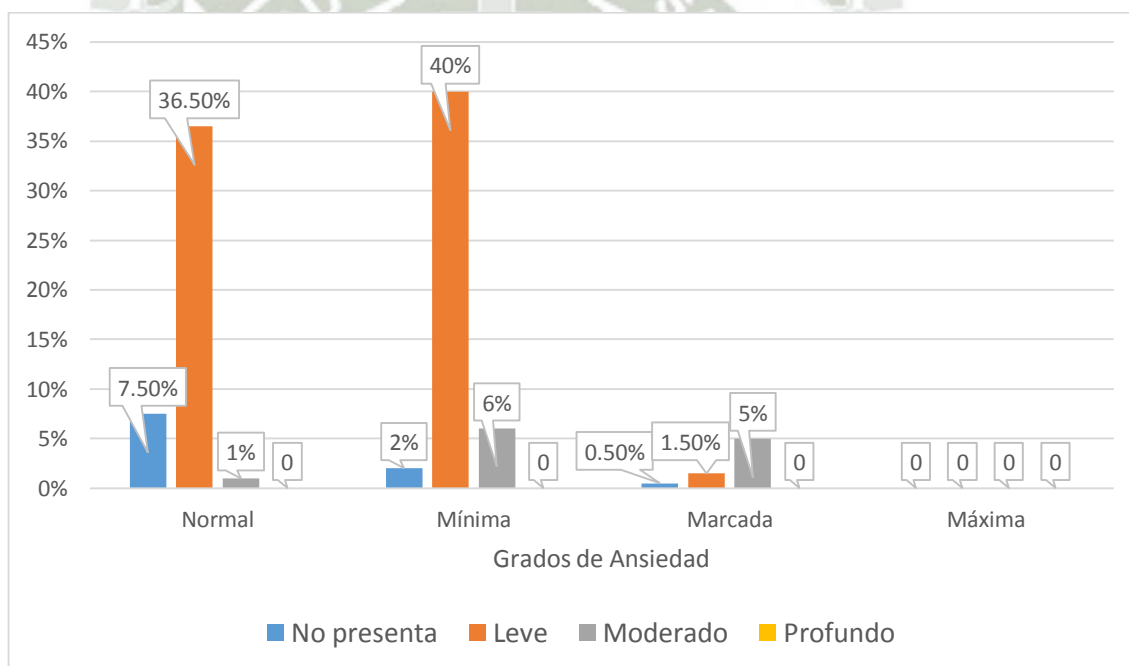
Se encontró que si existe relación entre los postulantes a la Carrera profesional de Medicina Humana entre el Síndrome de Burnout y el Grado de Ansiedad percibido. El mayor porcentaje de estos casos corresponde a los que son portadores de un Síndrome de Burnout “Leve” y Ansiedad “Mínima” con un 40%.

De acuerdo a la prueba de X^2 se determinó que las variables dependen entre sí ($P < 0.05$) ($X^2 = 61.98107$) (X^2 crítico = 16.91898)

Síndrome de Burnout y grado de ansiedad percibido en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana y su relación con el número de intentos fallidos, Arequipa 2017

Gráfico 12

Asociación entre Síndrome de Burnout y el grado de ansiedad percibido en postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana



Síndrome de Burnout y grado de ansiedad percibido en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana y su relación con el número de intentos fallidos, Arequipa 2017

Tabla 13

Relación entre Síndrome de Burnout y número de intentos fallidos, en postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana.

Número de intentos fallidos	Sd de Burnout								Total	
	No presenta		Leve		Moderado		Profundo		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
0	2	1	25	12.5	2	1	0	0	29	14.5
1	7	3.5	35	17.5	4	2	0	0	46	23
2	5	2.5	41	20.5	3	1.5	0	0	49	24.5
3	3	1.5	25	12.5	5	2.5	0	0	33	16.5
4	3	1.5	13	6.5	3	1.5	0	0	19	9.5
5	0	0	9	4.5	1	0.5	0	0	10	5
Más de 5	0	0	8	4	6	3	0	0	14	7
Total	20	10	156	78	24	12	0	0	200	100

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

INTERPRETACIÓN

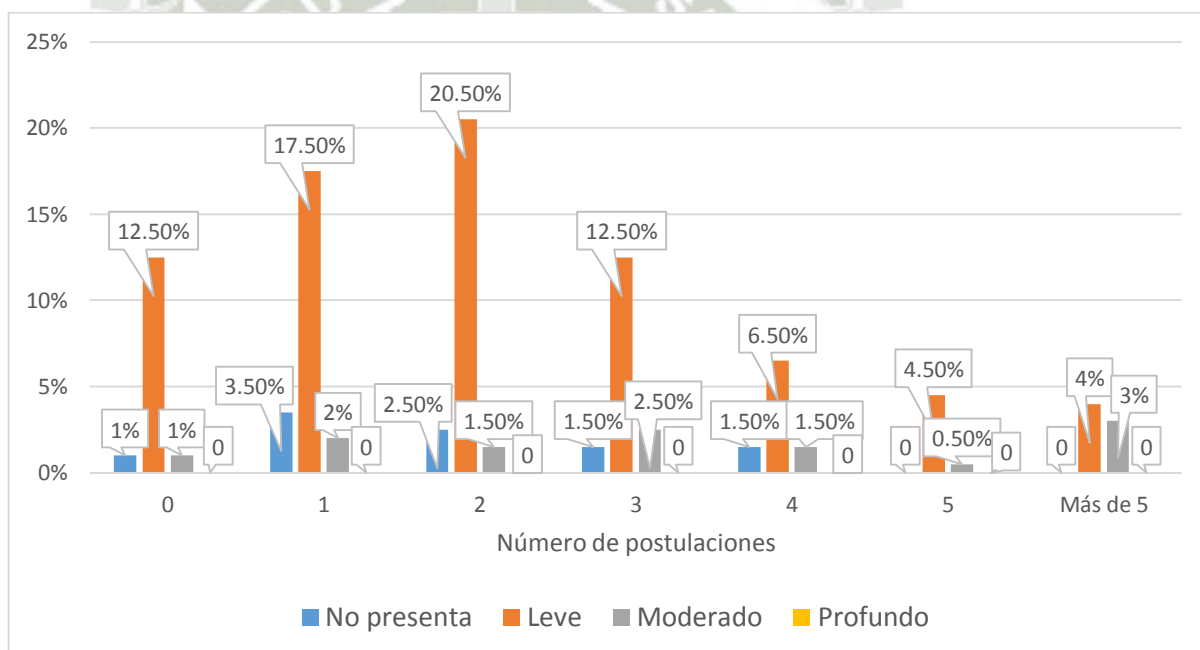
En los postulantes a la carrera profesional de medicina humana no se encontró una relación entre el número de intentos fallidos y el Síndrome de Burnout.

De acuerdo a la prueba de X^2 se determinó que las variables no dependen entre sí, con resultados de $X^2 = 20.38304$, X^2 crítico= 28.8693 (P= 0.311672) (P>0.05).

Síndrome de Burnout y grado de ansiedad percibido en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana y su relación con el número de intentos fallidos, Arequipa 2017

Gráfico 13

Relación entre Síndrome de Burnout y número de intentos fallidos, en postulantes a la carrera profesional de medicina humana Arequipa 2017.



Síndrome de Burnout y grado de ansiedad percibido en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana y su relación con el número de intentos fallidos, Arequipa 2017

Tabla 14

Relación entre grado de Ansiedad percibida y número de intentos fallidos, en postulantes a la carrera profesional de medicina.

Número de Postulaciones	Grado de Ansiedad								Total	
	Normal		Mínima		Marcada		Máxima		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
0	15	7.5	14	7	0	0	0	0	29	14.5
1	20	10	24	12	2	1	0	0	46	23
2	24	12	23	11.5	2	1	0	0	49	24.5
3	16	8	15	7.5	2	1	0	0	33	16.5
4	9	4.5	7	3.5	3	1.5	0	0	19	9.5
5	5	2.5	4	2	1	0.5	0	0	10	5
Más de 5	1	0.5	9	4.5	4	2.5	0	0	14	7
Total	90	45	96	48	14	7	0	0	200	100

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

INTERPRETACIÓN

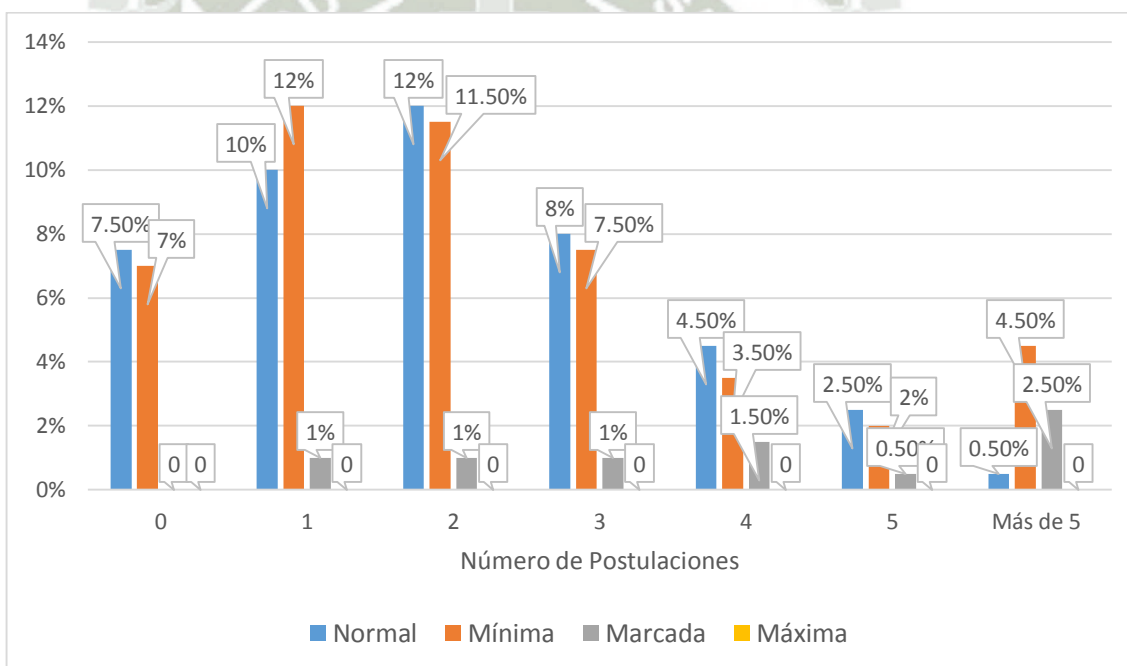
En los postulantes a la carrera profesional de medicina humana no se encontró una relación entre el número de intentos fallidos y el Grado de Ansiedad.

De acuerdo a la prueba de X^2 se determinó que las variables no dependen entre sí, con resultados de $X^2 = 21.39973$, X^2 crítico= 28.8693 (P=0.259528) (P>0.05).

Síndrome de Burnout y grado de ansiedad percibido en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana y su relación con el número de intentos fallidos, Arequipa 2017

Gráfico 14

Relación entre grado de Ansiedad percibida y número de intentos fallidos, en postulantes a la carrera profesional de medicina humana Arequipa 2017.





CAPÍTULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIO

DISCUSION

El hallazgo fundamental del presente trabajo de investigación es que existe una relación estadísticamente significativa entre el Síndrome de Burnout y el grado de Ansiedad ($p < 0.05$).

De acuerdo a la tabla 1 según la distribución del sexo en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana, el sexo con mayor prevalencia en el estudio es el masculino con un porcentaje de 52.5% frente a un 47.5% femenino; hallazgo que difiere con un estudio realizado en el 2012 por Hilda Chávez Chacaltana, José Chávez Zamora, sobre ansiedad en estudiantes pre-universitarios, donde el sexo con mayor prevalencia fue el femenino con un 58.64% frente a un 41.38% de sexo masculino (29). Otro estudio realizado por Arango Agudelo, Santiago; Castaño Castrillón, José Jaime sobre Síndrome de Burnout, y factores asociados en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales (Colombia). 2009, mostró mayor prevalencia por el sexo femenino con un 60.9% frente a un 39.1% de sexo masculino (10). La diferencia encontrada podría deberse a que en estos trabajos no se consideró exclusivamente a postulantes a Medicina.

De acuerdo a la tabla 2 según la distribución de la edad en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana se tomaron las edades entre 15 a 22 años, siendo las edades con mayor prevalencia en el estudio entre los 16 y 18 años con un porcentaje de 84% estos hallazgos concuerdan con el estudio de Hilda Chávez, Eduardo Ruelas sobre la ansiedad ante los exámenes en los estudiantes de un Centro

Preuniversitario en las que se tomaron edades que fluctúan entre los 14 y 32 años, siendo mayor la prevalencia entre las edades de 15 y 22 años (29). Esto se debe a que la mayoría de postulantes oscilan entre estas edades.

En cuanto a la tabla N°3 se muestran que los que se presentan por primera vez a la carrera Profesional de Medicina Humana tienen una frecuencia de 29%, los que postularon 1 vez tienen una frecuencia de 46%, los que postularon 2 veces tienen una frecuencia de 49%, los que postularon 3 veces tienen una frecuencia de 33%, los que postularon 4 veces tienen una frecuencia de 19%, los que postularon 5 veces tienen una frecuencia de 10%, y los que postularon >5 veces tienen una frecuencia de 14%. No hay estudios similares para comparar estos resultados. La alta exigencia en el examen de ingreso condiciona que se tenga que efectuar varios intentos para ingresar. Como el estudio se efectuó en el mes de febrero, la mayoría de postulantes ya rindió por lo menos 2 exámenes este año, por lo que encontramos mayor frecuencia en los que postularon 2 veces.

En cuanto a la tabla y gráfico N°4 se muestran las dimensiones del Síndrome de Burnout, evaluadas por la Escala Unidimensional para el Síndrome de Burnout estudiantil en la cual se encontró que el 90% de los postulantes presentan Síndrome de Burnout y de estos el 78% presentan el Sd. De Burnout "Leve", seguido por un 12% que tienen Sd. De Burnout "Moderado" y un 0% que presentan Sd. De Burnout "profundo". En el estudio de Arango Agudelo, Santiago; Castaño Castrillón realizado a

estudiantes de I a X semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales, se evidenció un 34% de Sd. De Burnout evaluados por el cuestionario MBI-HSS donde se encontró frecuencias máximas por componente agotamiento alto 42.3%, eficacia alta 39% y cinismo bajo 35.7% (10). Otro estudio realizado por Christian R. Mejía, Mario J. Valladares-Garrido realizado en siete facultades de medicina peruanas se evidencio que el 45% presentaron Sd. de Burnout (28). Lo cual discrepa con nuestros resultados, Otro estudio efectuado en Cuba por Yuri Rosales estudio el Síndrome de Burnout en estudiantes de Medicina, aplicó la escala unidimensional (EUBE) encontrando Burnout leve en mujeres 25%, Burnout moderado en mujeres 10%; Burnout leve en varones 24%, y Burnout moderado en varones 1% (30). Sin embargo no se puede realizar una comparación significativa ya que no se encontraron estudios realizados en postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana y además emplearon diferentes cuestionarios.

En la tabla N° 5 según el grado de ansiedad percibida se evidenció que el 55% de los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana presentan Ansiedad, evaluadas por la Escala de Zung en la cual se encontró que el 47% presentaron una ansiedad mínima, el 8% presentaron una ansiedad marcada, el 0% ansiedad máxima y 45% no presentaron ansiedad, comparado con el estudio realizado por Hilda Chávez Chacaltana, José Chávez Zamora dirigido a preuniversitarios a diferentes facultades, evaluada por el Inventario de Autoevaluación sobre Ansiedad ante los exámenes–IDASE donde se encontró que el 27% de

presenta un nivel alto de ansiedad ante los exámenes, mientras que el 33.38% y 39.63% posee un nivel bajo y moderado, respectivamente (10). Se puede evidenciar que el grado de ansiedad es significativo en los alumnos postulantes a la universidad, sin embargo no es mayor la prevalencia de ansiedad en alumnos postulantes a la facultad de Medicina Humana.

En la tabla N° 6 Se encontró que en el sexo masculino el número de postulaciones prevalente fue de 1 y 2 oportunidades cada uno con el 13%; y en el sexo femenino también se encontró que el número de postulaciones prevalente fue de 1 y 2 oportunidades con 10% y 11.5% respectivamente. Por lo que podemos decir que no se encontró una relación significativa entre ellos ($P > 0.05$). Y no existen estudios para realizar una comparación significativa entre estos.

De acuerdo a la tabla N°7 que Relaciona la Edad y número de Postulaciones. Se encontró que existe una relación significativa entre la edad y el número de intentos fallidos con una ($P < 0.05$), siendo los postulantes más jóvenes los que tienen un menor número de intentos y los de mayor edad, tienen mayor número de intentos. Sin embargo no se encontró estudios similares con los cuales se pueda efectuar una comparación.

En cuanto a la influencia del sexo en la presencia de Burnout, la Tabla N°8 muestran que el sexo no influye de manera significativa en el Burnout ($p > 0,05$). Se encontró que en el sexo masculino es más prevalente la presencia del Sd. de Burnout Leve con 43% y en el sexo femenino el miso

hallazgo pero con el 35%. En comparación con el estudio realizado por Huaco Cano, Cecilia en residentes del HRHD en el que no se encontró una influencia significativa en el sexo sobre el Síndrome de Burnout siendo mayor en el sexo femenino (11). Otro estudio realizado por Christian R. Mejia, Mario J. Valladares-Garrido en siete facultades de medicina peruana tampoco se encontró influencia significativa en el sexo sobre el burnout, siendo mayor en el sexo masculino (28). Al parecer no existiría relación entre estas variables ya que en ninguno de los estudios mencionados se encontró una relación significativa.

En cuanto a la influencia de la edad con la presencia de Síndrome de Burnout, la Tabla N°9 mostró influencia significativa ($p < 0,05$), Debido a que los postulantes de mayor edad con 20, 21 y 22 presentan casi en su totalidad Sd de Burnout con 100%, 75% y 100% respectivamente. El estudio realizado por Christian R. Mejia, Mario J. Valladares-Garrido se encontró mayor prevalencia entre las edades de 21 y 22 años (28). Estos hallazgos son similares a los encontrados en nuestro estudio, puede deberse a que estos postulantes estuvieron sometidos durante más tiempo a factores estresantes como por ejemplo ya encontrarse trabajando, tener familia, o estar estudiando otra carrera, en comparación a los más jóvenes que no cuentan con estos factores estresantes, y esto les genera mayor predisposición a presentar Sd. De Burnout.

En cuanto a la influencia de la edad con el grado de Ansiedad, la Tabla N°10 no mostró influencia significativa ($p > 0,05$), sin embargo se encontró mayor prevalencia en las edades de 17 y 18 años con porcentajes de

38.5% y 30% respectivamente. En el estudio realizado por Hilda Chávez Chacaltana, José Chávez Zamora sobre Ansiedad ante los exámenes en los estudiantes de un Centro Preuniversitario, no mostró influencia significativa ($p > 0,05$), sin embargo se encontró en la que la mayor prevalencia de edades oscila entre los 15 y los 22 años (29). De acuerdo a la base genética de la ansiedad a medida que avanza la edad puede haber mayor prevalencia en el sexo femenino, sin embargo no se ha encontrado esto en ningún estudio.

En cuanto a la influencia del sexo relacionado con el grado de Ansiedad, la Tabla N°11 muestran que el sexo no influyó de manera significativa en el burnout ($p > 0,05$) siendo indistinta la prevalencia entre ambos sexos. En el estudio realizado por Hilda Chávez Chacaltana, José Chávez Zamora no se encontró una influencia significativa en el sexo sobre el grado de Ansiedad sin embargo, siendo mayor en el sexo femenino (29) Al parecer no existiría relación entre estas variables ya que en ninguno de los estudios mencionados se encontró una relación significativa.

De acuerdo a la tabla N° 12 que muestra la asociación entre Síndrome de Burnout y el grado de Ansiedad percibido en postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana, las variables dependen entre si e influyen significativamente ($p < 0,05$). Sobre todo se relaciona el grado de Ansiedad mínima con el síndrome de Burnout Leve con un porcentaje de 40%. En el estudio de Huaco Cano, Cecilia: Trastornos emocionales, perfiles de personalidad y variables sociodemográficas y laborales en residentes con síndrome de burnout se encontraron proporciones

estadísticamente similares de Burnout entre residentes con problemas de ansiedad, sin embargo sin influencia significativa ($p > 0,05$) (11). El estudio guarda similitud con nuestra variable de ansiedad, mientras que en cuanto al Síndrome de Burnout es mayor durante los primeros años de residencia. Otro estudio realizado por M^a Loreto Tarraga Marcos, Prof. Juan Pedro Serrano Selva sobre el estado de Ansiedad y Burnout en trabajadores sanitarios de Albacete, las variables dependen entre si e influyen significativamente ($p < 0,05$) (7). Por tanto podemos ver en los resultados que las cifras de prevalencia encontradas tanto en Ansiedad, como en Burnout son tan altas como podría esperarse en el Personal Sanitario valorado. Este estudio concluye con mucha similitud que el nuestro sin embargo no se puede realizar una comparación significativa debido a que dicho estudio es en personal sanitario y nuestro estudio es en postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana. La ansiedad y el Síndrome de Burnout comparten muchos rasgos clínicos y factores predisponentes, es lógico que en los estudios se encuentre relación entre ambos.

En la tabla N°13 sobre la relación entre Síndrome de Burnout y número de intentos fallidos, en postulantes a la carrera profesional de medicina humana no se encontró una relación significativa. ($p > 0.05$). No hay estudios previos para comparar estos hallazgos. No se confirmó la hipótesis de este trabajo. Se creía que a mayor número de intentos fallidos debería haber mayor incidencia de Burnout, pero no fue así. Podría deberse al hecho que al tener más experiencia con exámenes

previos, hay más seguridad y confianza en dar mejores exámenes, otra razón puede ser que al estar muy próximo el examen, varios estudiantes no acuden a la academia y estudian en casa.

En la tabla y gráfico 14 sobre la ansiedad y número de intentos fallidos en postulantes a la carrera de medicina humana, no se encontró una relación significativa ($p > 0.05$). No existen estudios para comparar. No se cumplió la hipótesis que afirmaba podría haber mayor ansiedad a mayor número de intentos fallidos.



CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Primera. Se encontró que la mayoría de los postulantes a la Carrera Profesional de Medicina Humana tiene el Síndrome de Burnout, expresado en grado Leve preferentemente y menos en Moderado.

Segunda. El 55% de los postulantes a la Carrera Profesional de Medicina Humana tienen algún grado de Ansiedad, de los cuales casi el 50% tienen Ansiedad “Mínima”, y 7% Ansiedad Marcada.

Tercera.- Existe una relación entre Síndrome Burnout y Grado de Ansiedad en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana

Cuarta.- No se evidencia relación significativa entre el número de intentos fallidos y el Síndrome Burnout.

Quinta.- No existe relación significativa entre el número de intentos fallidos y el Grado de Ansiedad.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a los Directores de las Academias Pre-universitarias, brindar a todos los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana asesoría psicológica dirigida al diagnóstico y tratamiento oportuno de Ansiedad y Síndrome de Burnout.
2. Se sugiere a la Universidad Católica de Santa María realizar más estudios enfatizados en los temas descritos para poder realizar una comparación significativa sobre estos ya que no existen muchos estudios sobre los temas descritos.
3. Se recomienda a la Gerencia de Salud coordinar con el Sector Educación la realización de actividades preventivas promocionales respecto a la salud mental de los estudiantes pre-universitarios.

Bibliografía Básica

1. Toro RJ, Yepes LE, Palacio CA, Tellez JE. Fundamentos de Medicina: Psiquiatría 5 ed. Corporación para Investigaciones Biologicas; 2010.Cap.32 p.401-415.
2. Asociación Americana de Psiquiatría, guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V. Arlington VA Asociación Americana de Psiquiatría 2013. Sección 2 p. 129-144.
3. Sadock BJ, Sadock VA. Sinopsis de Psiquiatría 10 ed. Wolters Kluver (NY): Lippincot Williams&Wilkins Publishers; 2009. Cap.16 p.579-587
4. Raul Carrillo Esper, Carla Gómez Hernández, Isis Espinoza de los Monteros Estrada. Medicina Interna de México Artículo de revisión Síndrome de burnout en la práctica médica Volumen 28, núm. 6, noviembre-diciembre, 2012 p. 580-581
5. Manuel Pastrana Casado, José Manuel Guerrero Mantel. Guía de prevención de riesgos psicosociales en el trabajo. 2009. UGT Andalucía p. 39-44. Disponible en: http://portal.ugt.org/saludlaboral/publicaciones_new/files_riesgospsicosocialesand/publication.pdf
6. Martínez Pérez, Anabella. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. nº 112. Septiembre. 2010. Disponible en:

<http://pendientedemigracion.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/P>

DFs/Anbelacop.pdf

7. M^a Loreto Tarraga Marcos, Prof. Juan Pedro Serrano Selva. Estado de Ansiedad y Burnout en trabajadores sanitarios de Albacete. JONNPR. 2016;1(3):100-106
8. Claudia Mariela Nieves, Bernardo J Gandini, Rita Graciela Vera, Graciela Mercado, Mirta Negrete. Revista Argentina de Medicina: Desgaste profesional (burnout), trastornos de ansiedad y depresión en docentes y alumnos de la Universidad Nacional de la Rioja sede Chamental, la Rioja. Vol. 4, núm. 10 (2016). Disponible en: <http://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/79>
9. Guillermo Morales; Luis M. Gallego; David Rotger. La Incidencia y Relaciones de la Ansiedad y el Burnout en los Profesionales de Intervención en Crisis y Servicios Sociales. INTERPSIQUIS. 2004. Disponible en: <http://www.cop.es/colegiados/B-00722/La%20incidencia%20y%20relaciones%20de%20la%20ansiedad%20y%20el%20Burnout.htm>
10. Arango Agudelo, Santiago; Castaño Castrillón, José Jaime; Henao Restrepo, Carlos Jader; Jiménez Aguilar. 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. Disponible en: <http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/handle/6789/870>

11. Huaco Cano, Cecilia. Trastornos emocionales, perfiles de personalidad y variables sociodemográficas y laborales en residentes con síndrome de burnout que trabajan en el Hospital Regional Honorio Delgado-2016. Disponible en: http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCSM_b568547d9dd969c6a82d47ce4c94c1e5
12. Walter Lizandro Arias Gallegos, Agueda Muñoz del Carpio Toia Síndrome de burnout en personal de enfermería de Arequipa Rev Cubana Salud Pública. 2016. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/214/21447534010.pdf>
13. Barron, R. Psicopatología del Niño y del Adolescente. 4 ed. Ediciones Piramide. 2007. Cap 6, Cap 6. p.157-161; Cap 7 p.199-204
14. Soutullo, C., Mardomingo, MJ. Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente. Editorial Medica Panamericana; 2010. Cap. 6 p.95-110
15. Manassis, K. Bradley, SJ. The development of child Anxiety disorders: Toward and integrated model. J Applied Develop Psychology, 1994; 15:345-366
16. Ahola K. "Occupational burnout and health", Finnish Institute of occupational Health Helsinki, Finland, 2007
17. Gonzalves J. Aizpiri J., Barbado A., Cañones P., Fernández A., Rodríguez J. De La Serna I., Solla J., "Síndrome de Burnout en el

- médico general”, *Habilidades en Salud Mental*, Vol. 43, 278-273, 2002.
18. Karina Rondon Delgado *Relación entre la inteligencia emocional Síndrome de Burnout en internos de medicina del hospital regional Honorio delgado Espinoza* 2011. Disponible en: <http://biblio.unsa.edu.pe/biomed/ten.pdf>
19. Moreno A, Latorre I, De Miquela J, Campillo A, Sáez J, Aguayo J, L, “Sociedad y cirugía. Burnout y cirujanos”, *Cir Esp*. 2008; 83(3):24-118.
20. Álvarez E, Fernández L, “El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional: revisión de estudios”, *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. Vol. XI, N.o 39, 1991. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prevalencia-del-sindrome-burnout-o-14973>.
21. Castillo S, “El síndrome de "BurnOut" o síndrome de agotamiento profesional”, *Med. leg. Costa Rica* Vol. 17 N.2, 2001. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152001000100004
22. Gil Monte P. R, “Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals”, *Rev Salud Public*, 2005; 39(1): 1-8
23. Víctor Manuel Velasco Rodríguez, Sonia Plutarca Córdova Estrada, Gerardo Suárez Alemán. *Revista Iberoamericana De*

Psicosomática Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5 c. Med.
Psicosom- 2014.

24. Ricardo Gabriel García de la Cruz Nivel de ansiedad según la
Escala de Zung en los pacientes que acuden a la consulta de
emergencia del Hospital Regional de Loreto Julio-Septiembre
2013. Disponible en:

<http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/146/1/TESIS%20RICARDO%20GABRIEL%20GARC%C3%8DA%20DE%20LA%20CRUZ.pdf>

25. Miquel Tortella-Feliu. Síndrome de desgaste estudiantil (Burnout)
y su asociación con ansiedad y depresión en alumnos de una
Escuela de Enfermería 2007. 23 páginas.

26. Antonio Cano Vindel. Criterios diagnósticos de los trastornos de
ansiedad CIE-10. Disponible en:

http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/ta/diag/cie_10.htm

27. Arturo Barraza Macías. Validación psicométrica de la escala
unidimensional del burnout estudiantil, Revista Intercontinental de
Psicología y Educación, vol. 13, núm. 2, julio-diciembre, 2011, pp.
51-74. Disponible en:

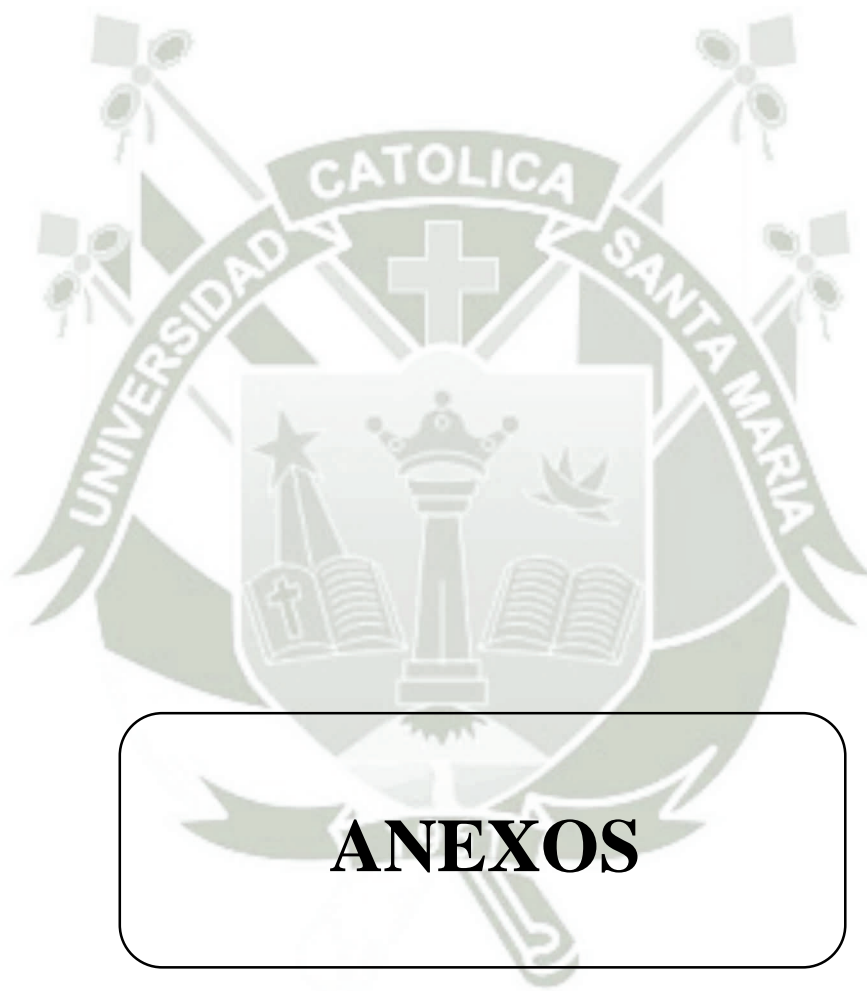
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80220774004>

28. Christian R. Mejia, Mario J. Valladares-Garrido, Lincolth Talledo-
Ulfe, Karina Sánchez-Arteaga. Síndrome de Burnout y factores
asociados en estudiantes de medicina. Estudio multicéntrico en
siete facultades de medicina peruanas. Rev. chil. neuro-psiquiatr.

vol.54 no.3 Santiago set. 2016. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272016000300005

29. Hilda Chávez, José Chávez Z., Eduardo Ruelas S. Ansiedad ante los exámenes en los estudiantes del Centro Preuniversitario - UNMSM ciclo 2012-I. Revista De Investigación En Psicología - VOL.17,N.º2. pp. 187 – 201. Disponible en:
<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/11266/10108>.

30. Yuri Rosales Ricardo. Estudio Unidimensional del Síndrome de Burnout en Estudiantes de Medicina de Holguín. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria 2012. pp. 795-803. Disponible en:
<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16574/16414>





ANEXO N° 1

PROYECTO DE TESIS

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



“Síndrome de Burnout y grado de ansiedad percibido en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana y su relación con el número de intentos fallidos, Arequipa 2017”

Autor: Claudia Verónica Castelo Cataldo

Proyecto de Investigación Para obtener por el
Título Profesional de Médico Cirujano

Asesor:

Dr. Ervis Alvarado

Arequipa – Perú

2017

I. PREÁMBULO

La Ansiedad puede considerarse como una respuesta normal y adaptativa a un estímulo amenazante que se acompaña de una respuesta somática y autonómica aumentada, mediada por los sistemas simpático y parasimpático.

El Burnout es un síndrome de estrés crónico, que afecta a personas que se caracterizan por una atención intensa y prolongada a personas que están en una situación de necesidad o dependencia. Aparece en profesionales que prestan ayuda al público (sanitario y educador sobre todo).

El Burnout académico es la tensión producida en el ámbito educativo. El adiestramiento en actividades de aprendizaje y la lucha por la superación académica son fuentes de estrés que sugieren mecanismos de adaptación para su manejo. Las situaciones de stress académico que se han reportado como más frecuentes son: Presentar un examen escrito, esperar los resultados del examen, excesiva cantidad para estudiar, falta de tiempo para estudiar, entrar y salir de clase cuando la clase ya empezó

La población sujeta de nuestro estudio son jóvenes, que postulan a la carrera profesional de Medicina Humana, siendo el grado de dificultad para ingresar muy alto, deben alcanzarse los mayores puntajes, rindiendo un examen casi perfecto. Por ello es altamente probable que dichos jóvenes tengan alto grado de ansiedad y desarrollo de este Síndrome.

La ansiedad y el Burnout están íntimamente relacionados, incluso en el diagnóstico diferencial de Burnout hay que efectuarlo con la ansiedad. Estudios efectuados demuestran prevalencia de ambas entidades en poblaciones susceptibles. El burnout y la ansiedad del profesional pueden influenciar negativamente la adecuación de la toma de decisiones.

Sin embargo, los estudios epidemiológicos demuestran una cruel paradoja. Al mismo tiempo que avanzan nuestros conocimientos y mejora la eficacia de los medios de tratamiento, se constata que un alto porcentaje de las personas que padecen trastornos emocionales no son identificados y, por consiguiente, no reciben tratamiento adecuado ni se benefician de los avances de la investigación en este campo.

Por ello es importante efectuar más estudios para conocer la prevalencia de estas patologías, sus relaciones en las poblaciones susceptibles.

PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es la frecuencia y asociación entre el Síndrome de Burnout y el grado de ansiedad percibido en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana y su relación con la frecuencia de intentos fallidos, Arequipa 2017?

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

a) Área del Conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Trastorno de ansiedad
Enfermedades emergentes de salud mental

b) Análisis u operacionalización de variables e indicadores

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR	ESCALA
Síndrome de Burnout	Escala Unidimensional para Burnout Académico	No presenta Leve Moderado Profundo	Ordinal
Grado de ansiedad	Escala de evaluación de ansiedad Zung	Sin ansiedad Ansiedad mínima Ansiedad severa Ansiedad máxima	Ordinal
Postulantes a la facultad de Medicina Humana	Edad Sexo Número de postulaciones		Nominal

c) Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es la frecuencia del Síndrome de Burnout en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana, Arequipa 2017?
2. ¿Cuál es el grado de ansiedad percibida en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana, Arequipa 2017?
3. ¿Cuál es la asociación entre el Síndrome de Burnout y el grado de ansiedad percibido en los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana, Arequipa 2017?
4. ¿Cuál es la relación entre el Síndrome de Burnout y el número de intentos fallidos en postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana, Arequipa 2017?
5. ¿Cuál es la relación entre el grado de Ansiedad percibido y el número de intentos fallidos de los postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana, Arequipa 2017?

d) Tipo de investigación:

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal y de correlación.

1.2. Justificación del problema

El presente trabajo de investigación se justifica por las siguientes razones:

Originalidad: En la revisión de antecedentes investigativos, no se encontró estudio que relacionara las variables estudiadas en este proyecto de investigación.

Relevancia Científica: el trastorno de ansiedad y el síndrome de burnout han incrementado su prevalencia en la población. Hay amplios conocimientos sobre la neurofisiología de la ansiedad, en burnout falta ampliar estos conocimientos.

Relevancia Social: las personas con ansiedad y burnout tienen serios problemas de adaptación y solución de los problemas. Su rendimiento académico y/o laboral es pobre lo que genera graves problemas en el ámbito social.

Relevancia Contemporánea: el mundo actual exige una alta competitividad y hay muchos estresores que influyen en la presentación de trastornos psicológicos, urge ampliar los conocimientos de estos para su adecuado control.

Por todo ello se justifica la realización del presente estudio.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 Ansiedad

2.1.1 Definición de Ansiedad

La descripción de los trastornos de ansiedad data desde épocas bíblicas. Burton a mediados del siglo XIX empieza a darle importancia al síntoma de forma independiente, así la taquicardia correspondía a una afección del corazón o la taquipnea de los pulmones. A finales de este mismo siglo Freud agrupa los síntomas de irritabilidad general, ansiedad anticipatoria y síntomas somáticos (cardiovasculares, respiratorios autonómicos), cuyo origen podía ser hereditario o sexual y formula la neurosis de ansiedad.

(1)

Todo el mundo experimenta ansiedad que se caracteriza la mayoría de veces por una sensación difusa, desagradable y vaga, a menudo acompañada de síntomas vegetativos como cefalea, diaforesis, taquicardia, opresión torácica, malestar epigástrico e inquietud y que se manifiesta por la incapacidad de estar sentado o de pie durante mucho tiempo.(1)

La ansiedad es una señal de alerta advierte de un peligro inminente, y permite al individuo adoptar medidas para afrontar una amenaza. El miedo es una señal de alerta análoga, pero debe diferenciarse de la ansiedad: el primero es una respuesta a una amenaza conocida, externa, definida o no conflictiva; la segunda es una respuesta a una amenaza desconocida, interna, vaga o conflictiva. (1)

La ansiedad puede considerarse como una respuesta normal y adaptativa a un estímulo amenazante que se acompaña de una respuesta somática y autonómica aumentada, mediada por los sistemas simpático y parasimpático. (3)

La ansiedad y los miedos son fenómenos universales que forman parte del entramado del desarrollo humano. Así el miedo a la separación, la timidez social, el miedo al fracaso, el miedo a la oscuridad, a los animales o a los malos sueños forman parte de los problemas cotidianos en la infancia y la adolescencia. (13)

Mientras que el miedo es un sentimiento producido por un peligro presente en inminente y por lo tanto se encuentra estrechamente ligado a los estímulos que lo generan, la ansiedad se refiere a la anticipación de un peligro venidero, indefinible e imprevisible, siendo la causa más vaga y menos comprensible. En este sentido la ansiedad ha sido definida como miedo sin objeto, mientras que el miedo es considerado como la ansiedad ante un estímulo determinado. (13)

Tanto el termino ansiedad como el de angustia derivan de la misma raíz indogermánica, *angh*, que significa “malestar, estrechez o constricción”. Posteriormente la influencia latina separo la *anxietas* del *angor*, distinción que recogio la psiquiatría francesa, diferenciando *anxiété*, referida a un malestar anímico o del espíritu, de *angoisse*, referida a constricción epigástrica con dificultades respiratorias e inquietud. Por su parte la tradición psiquiátrica española adopto también la distinción entre ansiedad,

en la que predomina un componente psíquico, y angustia en la que predomina un componente somático.(13)

Aunque la ansiedad tiene una función activadora que facilita la capacidad de respuesta del individuo ante los peligros, cuando esta es excesiva en intensidad, frecuencia o duración, o aparece asociada a estímulos que no representan una amenaza real para el organismo, produce alteraciones en el funcionamiento del sujeto y se considera patológica. Es en este caso cuando hablamos de los trastornos de Ansiedad.(13)

2.1.2 Según la CIE X la ansiedad se clasifica en: (26)

F40 Trastornos de ansiedad fóbica

F40.0 Agorafobia.

F40.1 Fobias sociales.

F40.2 Fobias específicas (aisladas).

F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica.

F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación.

F41 Otros trastornos de ansiedad.

F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.

F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo.

F41.3 Otro trastorno mixto de ansiedad.

F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados.

F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación.

F40.0 Agorafobia

El término "agorafobia" se utiliza aquí con un sentido más amplio que el original y que el utilizado aún en algunos países. Se incluyen en él no sólo los temores a lugares abiertos, sino también otros relacionados con ellos, como temores a las multitudes y a la dificultad para poder escapar inmediatamente a un lugar seguro (por lo general el hogar). El término abarca un conjunto de fobias relacionadas entre sí, a veces solapadas, entre ellos temores a salir del hogar, a entrar en tiendas o almacenes, a las multitudes, a los lugares públicos y a viajar solo en trenes, autobuses o aviones. Aunque la gravedad de la ansiedad y la intensidad de la conducta de evitación son variables, éste es el más incapacitante de los trastornos fóbicos y algunos individuos llegan a quedar completamente confinados en su casa. A muchos enfermos les aterra pensar en la posibilidad de poder desmayarse o quedarse solos, sin ayuda, en público. La vivencia de la falta de una salida inmediata es uno de los rasgos clave de muchas de las situaciones que inducen la agorafobia. La mayor parte de los afectados son mujeres y el trastorno comienza en general al principio de la vida adulta. Están presentes a menudo síntomas depresivos y obsesivos y fobias sociales, pero no predominan en el cuadro clínico. En ausencia de un tratamiento efectivo la agorafobia suele cronificarse, aunque su intensidad puede ser fluctuante.

F40.1 Fobias sociales

Las fobias sociales suelen comenzar en la adolescencia y giran en torno al miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes) y suelen llevar

a evitar situaciones sociales determinadas. Al contrario que la mayoría de las fobias, las fobias sociales se presentan con igual frecuencia en varones y en mujeres. Algunas de las fobias sociales son restringidas (por ejemplo, a comer en público, a hablar en público o a encuentros con el sexo contrario), otras son difusas y abarcan casi todas las situaciones sociales fuera del círculo familiar. El temor a vomitar en público puede ser importante. El contacto visual directo puede ser particularmente molesto en determinadas culturas. Las fobias sociales suelen acompañarse de una baja estimación de sí mismo y de miedo a las críticas. Puede manifestarse como preocupación a ruborizarse, a tener temblor de manos, náuseas o necesidad imperiosa de micción y a veces la persona está convencida de que el problema primario es alguna de estas manifestaciones secundarias de su ansiedad. Los síntomas pueden desembocar en crisis de pánico. La conducta de evitación suele ser intensa y en los casos extremos puede llevar a un aislamiento social casi absoluto.

F40.2 Fobias específicas (aisladas)

Fobias restringidas a situaciones muy específicas tales como a la proximidad de animales determinados, las alturas, los truenos, la oscuridad, a viajar en avión, a los espacios cerrados, a tener que utilizar urinarios públicos, a ingerir ciertos alimentos, a acudir al dentista, a la visión de sangre o de heridas o al contagio de enfermedades concretas. Aunque la situación desencadenante sea muy específica y concreta, su presencia puede producir pánico como en la agorafobia y en las fobias

sociales. Las fobias específicas suelen presentarse por primera vez en la infancia o al comienzo de la vida adulta y, si no son tratadas, pueden persistir durante décadas. El grado de incapacidad que producen depende de lo fácil que sea para el enfermo evitar la situación fóbica. El temor a la situación fóbica tiende a ser estable, al contrario de lo que sucede en la agorafobia. Son ejemplos de objetos fóbicos el temor a las radiaciones, a las infecciones venéreas y más recientemente al sida.

F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica

F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación

Incluye:

Fobia sin especificación.

Estado fóbico sin especificar.

F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)

Su característica esencial es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares. Son por tanto imprevisibles. Como en otros trastornos de ansiedad, los síntomas predominantes varían de un caso a otro, pero es frecuente la aparición repentina de palpaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización). Casi constantemente hay un temor secundario a morir, a perder el control o a enloquecer. Cada crisis suele durar sólo unos minutos, pero también puede persistir más tiempo. Tanto

la frecuencia como el curso del trastorno, que predomina en mujeres, son bastante variables. A menudo el miedo y los síntomas vegetativos del ataque van creciendo de tal manera que los que los padecen terminan por salir, escapar, de donde se encuentran. Si esto tiene lugar en una situación concreta, por ejemplo, en un autobús o en una multitud, como consecuencia el enfermo puede en el futuro tratar de evitar esa situación. Del mismo modo, frecuentes e imprevisibles ataques de pánico llevan a tener miedo a estar sólo o a ir a sitios públicos. Un ataque de pánico a menudo se sigue de un miedo persistente a tener otro ataque de pánico.

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante"). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo

Están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica. Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos, estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual deben recogerse ambos trastornos y no debería usarse esta categoría. Si por razones prácticas de codificación sólo puede hacerse un diagnóstico, debe darse prioridad al de depresión. Algunos síntomas vegetativos (temblor, palpitaciones, sequedad de boca, molestias epigástricas, etc.) deben estar presentes aunque sólo sea de un modo intermitente. No debe utilizarse esta categoría si sólo aparecen preocupaciones respecto a estos síntomas vegetativos. Si síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno se presentan estrechamente relacionados con cambios biográficos significativos o acontecimientos vitales estresantes, debe utilizarse la categoría F43.2, trastornos de adaptación.

F41.3 Otros trastornos mixtos de ansiedad

Trastornos en los que se satisfagan las pautas de trastorno de ansiedad generalizada (F41.1), y que tengan además características destacadas (a menudo de corta duración) de otros trastornos de F40-F48, aunque no se satisfagan las pautas completas de este trastorno adicional. Los ejemplos más frecuentes son: trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-); trastornos disociativos (F44.-); trastornos de somatización (F45.0); trastorno

somatomorfo indiferenciado (F45.1) y trastorno hipocondriaco (F45.2). Si los síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno aparecen en estrecha asociación con cambios significativos de la vida o acontecimientos vitales estresantes entonces se utiliza la categoría F43.2, trastornos de adaptación.

F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados

Incluye: Ansiedad histérica.

F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación

Incluye: Ansiedad sin especificación.

2.1.3 Etiopatogenia de la Ansiedad

En la etiopatogenia de la ansiedad y sus trastornos relacionados, intervienen factores genéticos, neuroquímicos, anatómicos, temperamentales y ambientales. Clásicamente y desde el punto de vista psicoanalítico, la ansiedad se concebía como un síntoma resultante de los conflictos inconscientes, derivados del impulso básico sexual y agresivo. Bowlby enfatiza la importancia del “apego” del niño y el adolescente a su madre. La teoría de Mahler de la “separación-individuación” puso de manifiesto que la ansiedad podía estar relacionada con la dificultad para manejar los miedos por la separación de la madre, el miedo de fusión con la madre y no poder ser autónomo. (14)

Si estos miedos precoces no se resuelven adecuadamente pueden mantener la ansiedad por separación y que esta continúe hasta la vida adulta.(14)

Las teorías conductuales de la ansiedad sugieren que los estímulos actúan sobre el niño o el adolescente provocando conductas innatas a partir de las cuales se aprenden o condicionan conductas más complejas.

(14)

La aparición de cogniciones inadecuadas (ideas e interpretaciones inadecuadas, exageraciones y sobrevaloración de las amenazas del medio) también tienen un papel importante en el desarrollo de los trastornos de ansiedad. Las disposiciones cognitivas juegan un papel importante en la etiopatogenia, pero debido a que se desconoce como se modifican las funciones cognitivas durante los procesos madurativos, su valoración es más difícil y, además todavía no está demostrado si son causa o resultado de la aparición de ansiedad. (14)

2.1.3.1 Factores Genéticos

Existen importantes datos que avalan la existencia de un componente genético en la etiología de la ansiedad. Se ha descrito que los trastornos de ansiedad son más frecuentes en niños y adolescentes cuyos padres sufren de ansiedad, ya que el componente genético puede llegar a explicar hasta un tercio de la varianza de las muestras con trastorno de ansiedad. La contribución genética parece ser mayor a medida que aumenta la edad en las adolescentes mujeres.(14)

Además de un factor genético común para la ansiedad y sus trastornos, que estaría relacionado con una especial reactividad al estrés, existen factores genéticos específicos para cada uno de los trastornos de ansiedad.(14)

2.1.3.2 Factores conductuales

La presencia de inhibición conductual como característica temperamental es un factor que aumenta la vulnerabilidad para sufrir ansiedad y varias modalidades de miedo. La inhibición conductual se define como la presencia de ciertos rasgos biológicos que predisponen a reaccionar con inhibición y retraimiento cuando el niño o el adolescente son expuestos a determinadas situaciones o experiencias de carácter ambiental o social. Se ha encontrado que alrededor del 10-20% de los niños nacen con esta predisposición (14).

Manassis y Bradley (1994) describen un modelo integrador de todas estas teorías en el que sugieren que para se desarrolle un trastorno de ansiedad se necesita la actuación secuencial de algunos factores, que se comienza con una predisposición genética (inhibición temperamental) ligada a determinadas circunstancias ansiógenas y modificaciones proteicas (proteómica). Estas conducen a una inhibición conductual y a la creación de lazos inseguros entre madre e hijo debido a la alta reactividad del niño y a la ausencia de facilidades para calmarse, lo que disminuye las posibilidades de establecer relaciones sociales adecuadas.(15)

2.1.3.3 Factores Neuroquímicos y Técnicas de Imagen

Las técnicas de imagen permiten identificar las estructuras cerebrales implicadas en los trastornos de ansiedad. Ya con anterioridad las investigaciones con modelos animales subrayaron el papel fundamental del sistema límbico, el tálamo, el hipotálamo en la génesis de las emociones con un lugar destacado para la amígdala. Es bastante

probable que exista una correlación entre los distintos tipos de ansiedad y las estructuras cerebrales correspondientes. La ansiedad anticipatoria se correlaciona con el sistema límbico. (14)

La corteza prefrontal y la amígdala juegan un papel clave en los estados emocionales y en el proceso de toma de decisiones. La lesión de la amígdala impide relacionar los hechos concretos con las emociones correspondientes, mientras que la lesión de la corteza prefrontal ventromedial impide prever las consecuencias de las decisiones que se toman y las implicancias sociales que se tienen.(14)

Los estímulos del medio exterior, sean estresantes, neutros o placenteros, llegan al tálamo tras pasar el filtro de la formación reticular y desde allí se dirigen a la corteza cerebral donde tiene lugar un proceso de percepción y análisis de información. Allí la información se relaciona con experiencias previas y vivencias internas, se sintetizan todos los datos disponibles y se emite una respuesta que se traduce en una conducta. Esta información o parte de la misma se almacenara en la memoria, y se recordara cuando surjan acontecimientos en el futuro, bien como señal de alarma de una experiencia angustiosa que se tuvo, o bien como una experiencia que se rememora con agrado y placer. De este modo tiene lugar un proceso de aprendizaje de las respuestas ansiosas, en el que intervienen los neurotransmisores serotonina, ácido glutámico, ácido gamma-aminobutírico (GABA) y noradrenalina, y en el que se activan genes específicos que, a su vez regulan la síntesis de proteínas que son imprescindibles para el aprendizaje.(14)

Ante situaciones de miedo o amenazantes, tiene lugar un aumento de glutamato, y un descenso del GABA, mientras que la serotonina produce el efecto contrario. De ahí la acción terapéutica de los fármacos serotoninérgicos en los trastornos de ansiedad. Las neuronas serotoninérgicas ejercen una acción inhibitoria de las neuronas noradrenérgicas, que tienen un papel en el desencadenamiento de la ansiedad y de su mantenimiento.(14)

2.1.4 Sintomatología de la Ansiedad

La experiencia de la ansiedad tiene dos componentes: la consciencia de la sensaciones fisiológicas (palpitaciones y diaforesis) y la de estar nervioso o asustado. Un sentimiento de vergüenza puede aumentar la ansiedad (“los demás se darán cuenta de que estoy asustado”). Muchos individuos se sorprenden al averiguar que los demás no perciben su ansiedad o que, si lo hacen, no aprecian su intensidad. (3)

Además de los efectos motores y viscerales, la ansiedad afecta al pensamiento, a la percepción y al aprendizaje. Tiende a producir confusión y distorsiones de la percepción, no solo del tiempo y del espacio, sino también de los individuos y del significado de los acontecimientos. Estas distorsiones pueden interferir en el aprendizaje, deteriorar la concentración y la memoria, así como la capacidad para relacionar un ítem con otro(es decir, para establecer asociaciones). (3)

Los individuos ansiosos probablemente seleccionan ciertas cosas en su entorno y descuidan otras en su esfuerzo por demostrar su justificación al considerar que la situación causa miedo. Si justifican falsamente su

temor, aumentan la ansiedad por la respuesta selectiva y establecen un círculo vicioso de ansiedad, percepción distorsionada y aumento de la ansiedad. Si se tranquilizan a sí mismos alternativamente mediante el pensamiento selectivo, puede reducirse la ansiedad adecuada y pueden descuidarse de tomar las precauciones necesarias. (3)

Las manifestaciones clínicas de la ansiedad varían en función de la edad y del desarrollo cognoscitivo y emocional de cada niño y adolescente y, además pueden afectar a todos los sistemas y órganos corporales. La inquietud motriz, los trastornos del sueño, la pérdida de apetito y el llanto inmotivado son síntomas típicos de los niños pequeños. (14)

A medida que se desarrolla el lenguaje y la capacidad para expresar las emociones y los sentimientos, se añade la expresión verbal de la angustia, los miedos y los temores. La dificultad para prestar atención y concentrarse, los problemas de memoria y la lentitud del pensamiento son síntomas ya típicos de la etapa escolar, mientras que los sentimientos de despersonalización son propios de la adolescencia. (14)

La despersonalización implica un sentimiento de extrañeza con el propio yo, como si el adolescente se sintiera vacío. Con la desrealización el mundo circulante se percibe como si no existiera, como si no fuera real y no tuviera vida. Otras veces la ansiedad se manifiesta como una intensa sensación de temor y aprensión ante acontecimientos desgraciados que todavía no han sucedido y que no tienen fundamento: temor a la muerte del padre o de la madre, pánico a hacer daño a un ser querido (como clavarle un cuchillo), miedo a que le pueda suceder algo horrible a la

madre mientras el niño o el adolescente está en la escuela, pavor a perder el control y cometer una locura como tirarse por la ventana, etc. En ocasiones se trata de dudas incontenibles acerca de si se ha hecho algo bien o mal, o de escrúpulos de conciencia que se convierten en ideas repetitivas y obsesivas siempre presentes.(14)

En la vertiente motriz la ansiedad se manifiesta a través de inquietud, desasosiego, temblor o imposibilidad de mantenerse sentado. Más raramente se produce inhibición motriz (dificultades para hablar o moverse). Los síntomas somáticos de la ansiedad pueden afectar prácticamente a todos los órganos y sistemas (cardiovascular, digestivo, piel, endocrino y neuro vegetativo).(14)

La frecuencia cardiaca se acelera, disminuye el flujo sanguíneo periférico, se producen modificaciones en el electroencefalograma y aparece sudoración, palidez y temblor. (14)

2.2 Síndrome de Burnout

2.2.1 Definición

El desgaste profesional que sufren los trabajadores y trabajadoras de los servicios a personas, debido a unas condiciones de trabajo que exigen altas demandas sociales. (5)

Se podría hablar de un estrés (distrés) de carácter crónico que daría lugar a un proceso que se desarrolla de manera progresiva debido a la utilización de estrategias poco funcionales y que evoluciona hasta llegar a un estado disfórico en el que se instalan la desesperanza, la impotencia y

el cansancio. (17, 18) El SB es considerado como un desequilibrio entre las demandas del medio o de la propia persona y su capacidad de respuesta ante el estrés laboral. (19)

2.2.2 Historia

El término “burnout”, que traducido al castellano significa “estar quemado”, fue utilizado por primera vez en el ámbito científico en el año 1974 (20), por el psicoanalista Herbert J. Freudenberg, quien introdujo el término para referirse a los problemas de fatiga y cansancio profesional de los empleados de los servicios socio-sanitarios. Freudenberg basó sus observaciones en los voluntarios de Instituciones de Salud sin fines de lucro (Free Clinics) que estaban en contacto directo con indigentes y toxicómanos. Determinó que después de 1 a 3 años de realizar sus labores sufrían una pérdida de energía, para luego llegar al agotamiento y desmotivación. El tipo de trabajo que estas personas realizaban se caracterizaba por una falta de horario fijo, un número de horas muy alto, tener una paga muy escasa y un contexto social muy exigente, llegar al agotamiento y desmotivación. El tipo de trabajo que estas personas realizaban se caracterizaba por una falta de horario fijo, un número de horas muy alto, tener una paga muy escasa y un contexto social muy exigente, habitualmente tenso y comprometido. Este autor describió a estas personas como “menos sensibles, poco comprensivas y agresivas en su relación con los pacientes, incluso dándoles un trato distante y cínico” (20). Les caracterizó como “sujetos que muestran una actitud de desilusión por el trabajo, que se irritan rápidamente y experimentan

sentimientos de frustración frecuentemente, se enfadan y desarrollan actitudes suspicaces rayando incluso la paranoia.”(21)

Fue Christina Maslach, una psicóloga estadounidense, quién dio a conocer la palabra “Burnout” de forma pública en el año de 1977, dentro del Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos. Ella usó esta expresión para referirse al hecho de que después de meses o años de dedicación, los trabajadores de los servicios humanos acababan "quemándose". Después de varios años de estudio en trabajos empíricos y científicos, Christina Maslach y su colaboradora Susan Jackson, en el año de 1981, conceptualizaron finalmente el Síndrome de Burnout y lo definieron como “cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso”. Según las autoras el SB se manifiesta por una triada de síntomas: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. En el mismo año desarrollaron un cuestionario denominado MaslachBurnoutInventory (MBI), compuesto por las tres dimensiones mencionadas anteriormente. (21)

2.2.3 Fases del proceso de “Burnout”

- Fase inicial, de entusiasmo.

Ante el nuevo puesto de trabajo se experimenta entusiasmo, gran energía y se dan expectativas positivas. No importa alargar la jornada laboral. (5)

- Fase de estancamiento.

No se cumplen las expectativas profesionales. Se empiezan a valorar las contraprestaciones del trabajo, percibiendo que la relación entre el esfuerzo y la recompensa no es equilibrada. En esta fase tiene lugar un desequilibrio entre las demandas y los recursos (estrés), por tanto, definitoria de un problema de estrés psicosocial. (5)

- Fase de frustración.

En esta fase, el trabajo carece de sentido, cualquier cosa irrita y provoca conflictos en el grupo de trabajo. La salud puede empezar a fallar y aparecer problemas emocionales, fisiológicos y conductuales. (5)

- Fase de apatía.

En esta fase se suceden una serie de cambios actitudinales y conductuales, como la tendencia a tratar a los clientes de forma distanciada y mecánica, la anteposición cínica de la satisfacción de las propias necesidades al mejor servicio al cliente y por un afrontamiento defensivo-evitativo de las tareas estresantes y de retirada personal. Estos son mecanismos de defensa de los individuos. (5)

- Fase de quemado.

Colapso emocional y cognitivo fundamentalmente, con importantes consecuencias para la salud. Además, puede obligar al trabajador/a a dejar el empleo y arrastrarle a una vida profesional de frustración e insatisfacción. (5)

2.2.4 Clínica

Los síntomas del burnout son muy complejos, después de todo, el síndrome se ha descrito en alrededor de 60 profesiones y grupos poblacionales. Lo que puede observarse de manera subjetiva es lo siguiente:

1. Psiquiátricas. Deterioro progresivo y encubierto de la persona, como depresión y ansiedad crónicas, trastornos del carácter, suicidio, disfunciones familiares graves (violencia) y adicciones (incluida la adicción al trabajo). (4)
2. Somáticas. Cuadro de estrés con expresiones variadas de tipo muscular, endócrino, nervioso, circulatorio y otros cuadros psicósomáticos. (4)
3. Organizacionales. Deterioro en las relaciones laborales que provoca distintos tipos de efectos, como el empobrecimiento del desarrollo profesional, rivalidad, individualismo, fallas operativas reiteradas, desmotivación e inconformismo. (4)

En la actividad profesional pueden tener las siguientes conductas:

1. Ausencia de compromiso emocional: la pérdida de contacto relacional puede manifestarse en un trato distante, mal manejo de la información y falta de respuesta a las emociones del otro. (4)
2. Disociación instrumental extrema: se expresa en conductas automáticas y rígidas, como: comunicación unidireccional, exceso de pedido de estudios, repetición de discursos automatizados, uso exclusivo de lenguaje técnico e intervenciones innecesarias. (4)

3. Embotamiento y negación: la falta de conciencia del propio estado de agotamiento e irritación constante se manifiesta con conductas interpersonales oposicionistas, actitudes descalificadoras intervenciones hiper-críticas y carencia de registro de autocrítica. (4)

4. Impulsividad: la persona pasa a la acción a través de conductas reactivas de enojo, confrontaciones reiteradas con colegas, pacientes y maltrato al personal paramédico. (4)

5. Desmotivación: se asocia con la pérdida de autorrealización y baja autoestima, que puede traducirse en falta de sostén de los tratamientos, falta de iniciativa y constancia en las tareas de equipo, ausencias, impuntualidad y poca participación o no inclusión en proyectos. (4)

2.2.5 Tipos de variables que intervienen en la aparición Síndrome de Burnout (5)

A) Variables Organizacionales

Entre estas variables podemos distinguir:

- Dinámica del trabajo: Interacciones mal conducidas, planteamientos directivos descendentes poco claros, mal establecimiento de los roles a desempeñar.
- Inadecuación profesional: No adaptarse el perfil profesional y personal del individuo al perfil del puesto de trabajo que se desempeña, no tanto por sí mismo como por el hecho de tener que seguir trabajando en un puesto para el que objetivamente no está adecuado profesionalmente.

- Sobrecarga de trabajo: Referida a las exigencias del trabajo que sobrepasan lo racionalmente aceptable y que suelen ir acompañadas de exceso de tareas que no son agradables.
- Infracarga de trabajo: La infracarga propicia caer en un alto grado de separación con la realidad, provocando el “autismo” del trabajador/a.
- Los contenidos: Relacionados con la variedad de tareas, el grado de retroalimentación, la identidad de las mismas, la realización.
- Ambiente físico de trabajo: El nivel de ruido que se debe soportar, las vibraciones, las características de la iluminación, así como la temperatura y las condiciones higiénicas del lugar de trabajo y la disponibilidad de espacio físico para desempeñar las tareas. . Los turnos de trabajo: Y más concretamente el trabajo nocturno como variable que incide en el síndrome.
- Conflicto y ambigüedad de rol: Conflicto entre exigencias que resultan contradictorias y/o grado de incertidumbre que el sujeto que desempeña un rol tiene respecto al mismo.
- Estresores relacionados con las nuevas tecnologías.
- Estructura organizacional.
- Estresores económicos: Cuando existe inseguridad económica aumenta la vulnerabilidad al Burnout.
- Desafío en el trabajo: Tener que estar continuamente demostrando la capacidad para desarrollar adecuadamente el desempeño

laboral supone un desafío, y a más desafío, más Burnout, en concreto, mayor despersonalización y menor realización personal.

- El clima organizativo: Participación en la toma de decisiones, autonomía en el trabajo, compromiso con el trabajo y relaciones con los compañeros/as. (5)

2.2.6 Diagnóstico

La realización de un diagnóstico adecuado requiere la identificación de los síntomas, determinar su proceso de aparición, diferenciar este fenómeno de otros procesos similares y evaluar la intensidad o frecuencia con que el individuo presenta los síntomas. Es importante también determinar cuáles son las fuentes de estrés que han dado lugar a la aparición de estos síntomas. Por lo tanto, su diagnóstico se basará en una serie de procedimientos cualitativos y cuantitativos. Los procedimientos cualitativos consisten en la realización de entrevistas al trabajador basadas en sus experiencias personales con respecto a sus emociones, relaciones interpersonales y desempeño laboral. Los procedimientos cuantitativos consisten en la aplicación de escalas psicométricas para determinar el grado de incidencia de la patología y los antecedentes más relevantes que originaron el desarrollo de la misma. (4)

2.2.6 .1 Diagnóstico del Síndrome de Burnout según el DSM V

Se incluye al SB dentro de “trastornos adaptativos”, cuya característica fundamental es el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresor psicosocial identificable. Uno de los criterios diagnósticos es que los síntomas tienen que

presentarse durante los tres meses siguientes al estresor y deben resolverse dentro de los seis meses que siguen a la desaparición del estresor o de sus consecuencias. El estresor puede ser un acontecimiento simple o deberse a factores múltiples y puede ser recurrente o continuo.

(26) Los síntomas de un trastorno adaptativo pueden ser agudos (menos de 3 meses) o crónicos (más de 6 meses). Por lo tanto el SB según la evaluación del DSM IV es: F43.9: Trastorno Adaptativo no especificado crónico.

2.2.7 Prevención y Tratamiento

La intervención se debe dirigir prioritariamente a modificar las condiciones de trabajo con la participación de los profesionales, ya que, como se ha concluido anteriormente, el entorno laboral y las condiciones de trabajo son los principales factores que intervienen en la etiología del SB. Conjuntamente, es importante reforzar a los trabajadores de habilidades y destrezas necesarias a la hora de ejercer su actividad laboral.

La formación es un elemento clave en la prevención del SB. El desequilibrio entre lo que los clientes y la organización esperan de los trabajadores y la falta de capacidad del trabajador para dar respuesta a esas expectativas, van a estar vinculados con el origen del SB. Las estrategias de intervención se han estructurado en tres niveles: el nivel organizacional, el nivel interpersonal y el nivel individual. Es importante también mencionar que debería haber una intervención desde la administración, dotando de los recursos necesarios para el desempeño adecuado de la actividad laboral. (19)

2.2.8 Estrategias Organizacionales:

En el caso de los médicos y profesionales de salud que trabajan en hospitales, la Dirección debería desarrollar programas de prevención dirigidos a manejar el ambiente y el clima hospitalario, puesto que los desencadenantes del SB son estresores percibidos con carácter crónico, cuyas variables están relacionadas con el puesto laboral y disfunciones en el desempeño de roles. El objetivo de la intervención es diseñar y fomentar unas condiciones de trabajo que lleven a los miembros de la organización a comprometerse con su rol y su cargo. Estos se consiguen mediante el diseño de un entorno laboral en el que:

- La carga de trabajo sea adecuada y no sobrepase sus capacidades.
- Los individuos perciban que tienen autonomía y control sobre su actividad laboral.
- Las recompensas y el reconocimiento vayan acorde a su esfuerzo.
- Exista sensación de pertenencia a un grupo.
- La política organizacional sea clara, justa y equitativa.
- Se realice un trabajo significativo para el individuo (12)

Estrategias Personales

Las estrategias de afrontamiento de control o centradas en el problema previenen el SB porque aumentan los sentimientos de realización personal en el trabajo, mientras que las de escape/evitación y centradas en la emoción facilitan su aparición. Las técnicas para la adquisición de estas estrategias pueden ser dirigidas al entrenamiento en habilidades (como resolución de problemas, asertividad, manejo del tiempo,

comunicación y relaciones sociales, cambios en el estilo de vida y otras habilidades para cambiar las demandas del entorno) o al manejo de las emociones (incluyen las habilidades para la expresión de las emociones, manejo de sentimientos de culpa, relajación, etc.)(22)

2.2.9 Burnout Académico

Se empezó a estudiar el síndrome en el ámbito académico estudiantil de pregrado, y surge de la presunción de que los estudiantes universitarios, al igual que cualquier profesional, enfrentan presiones y sobrecargas propias de la labor académica. Bresó (2008) señala que los estudiantes, al igual que cualquier trabajador, mantienen una relación de compensación directa e indirecta con la institución universitaria, evidenciada en apoyos económicos, becas, reconocimientos o premios. Esta presunción permite investigar las respuestas del individuo ante la tensión y sus implicaciones en su sensación de bienestar frente a los estudios. La operacionalización del Burnout académico ha sido posible a partir de la estandarización del MBI-GS en estudiantes universitarios, lo cual dio origen al cuestionario Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) de Schaufeli et al. (2002). Su aplicación demostró la presencia de una proporción importante de jóvenes que reflejan agotamiento por las demandas del estudio, además de actitudes de desinterés, autosabotaje frente a las actividades académicas y dudas acerca del valor del estudio

(cinismo) y sentimiento de incompetencia como estudiantes (autoeficacia).

(30)

El Burnout Académico se define como un estado de agotamiento físico, emocional y cognitivo por el involucramiento prolongado a situaciones generadoras de estrés y que tiene un impacto importante en la población estudiantil mundial. Hasta el momento, el estudio del síndrome de Burnout en estudiantes universitarios se ha realizado de la misma forma que en muestras estudiantiles de nivel medio, medio superior y de post grado, definiéndose los cuatro como Burnout estudiantil. También el término de Burnout académico o universitario se ha utilizado para estudiar a estudiantes y profesores de las universidades y estudiantes de posgrado sin una distinción clara entre ellos (30).

Sintomatología del Síndrome

Según varios estudios las manifestaciones más comunes de Burnout en estudiantes son: (30).

- Agotamiento físico y mental.
- Abandono de los estudios.
- Disminución del rendimiento académico.

Estas manifestaciones se pueden dividir en tres grupos fundamentales:

Psicosomáticas: Alteraciones cardiovasculares (taquicardia, HTA), fatiga crónica, cefaleas, alteraciones gastrointestinales, dolores abdominales y musculares, alteraciones respiratorias y del sueño, alteraciones dermatológicas y menstruales.

Conductuales: Abuso de fármacos, alcohol y tabaco, ausentismo a clases, malas conductas alimentarias, incapacidad de relajarse.

Emocionales: Impaciencia, deseos de abandonar los estudios, irritabilidad, dificultad para concentrarse debido a la ansiedad experimentada, depresión, baja autoestima, falta de motivación.

Esta sintomatología es un cuadro inequívoco de un gran estado de estrés psicosomático, que puede traer graves consecuencias para la integridad no sólo psicológica sino también física de los estudiantes.

Elementos causales de esta situación:

- Las altas exigencias planteadas.
- Las dificultades materiales que se afrontan aun con la ayuda institucional.
- La condición física y los estados de salud.
- Los estilos de vida.
- Las características de personalidad.
- Nivel o clasificación del Sistema Nervioso.
- Las motivaciones o razones por las que realiza sus estudios superiores.

Diagnóstico diferencial: Se debe hacer con:

1. Estrés general: El estrés es un proceso psicológico que conlleva efectos positivos y negativos, mientras que el Burnout sólo hace referencia a efectos negativos para el sujeto y su entorno. Así también, es evidente que el estrés general se puede experimentar en todos los ámbitos posibles del ser humano a diferencia del SB que es un síndrome exclusivo del contexto laboral.

2. Fatiga física: Para diferenciar la fatiga física del síndrome de Burnout se considera el proceso de recuperación, ya que el Burnout se caracteriza por una recuperación lenta y acompañada de sentimientos profundos de fracaso, mientras que en la fatiga física la recuperación es más rápida y puede estar acompañada de sentimientos de realización personal y a veces de éxito.

3. Depresión Oswin (1978), Maher (1983), Firth et al. (1986) plantean que es probable que haya un solapamiento entre los términos depresión y Burnout. Por el contrario, McKnight y Glass (1995), Leiter y Durup (1994) y Hallsten (1993) demuestran, a partir de investigaciones empíricas, que los patrones de desarrollo y etiología son distintos, aunque estos fenómenos puedan compartir algunas sintomatologías. Se ha confirmado que la depresión tiene una correlación significativa con el cansancio emocional, pero no con las otras dos dimensiones del SB (baja realización personal y despersonalización). Uno de los síntomas más destacados en la depresión es el sentimiento de culpa, mientras que en el SB los sentimientos que predominan son el enojo o la ira. (30).

Consecuencias del Síndrome de Burnout

Las consecuencias pueden ser bastante graves. Se generan consecuencias personales, familiares y laborales, que se encuentran en los estudios más relevantes de la literatura médica sobre el tema.

Respecto a las consecuencias personales, destacan la incapacidad para desconectarse del trabajo, los problemas de sueño, el cansancio que aumenta la susceptibilidad a la enfermedad, problemas gastrointestinales,

de espalda, cuello, dolores de cabeza, enfermedades coronarias, sudor frío, náuseas, taquicardia, aumento de enfermedades virales y respiratorias relacionadas en numerosas ocasiones con el abuso de fármacos tranquilizantes, estimulantes, café, tabaco, alcohol y otras drogas, destacando en la bibliografía la proliferación en las cifras de consumo de alcohol entre los profesores. En la misma línea, algunos autores encuentran que mayores puntuaciones en despersonalización dan lugar a un incremento de los trastornos psicofisiológicos, mientras que otros señalan que un alto nivel de estrés predice problemas de salud física y mental. Asimismo, García y Matud (2002) señalan que la insatisfacción con el rol laboral y la presión en el trabajo se correlacionan con sintomatología de tipo somático, depresiva, de ansiedad e insomnio. Por otro lado, Calvete y Villa (2000) presentan coeficientes de correlación significativos entre el cansancio emocional y síntomas de depresión, somatización, ansiedad, dificultades cognitivas y sensibilidad interpersonal. Estos mismos señalaron que las consecuencias que afectan a nivel psicológico al profesor que padece Burnout son numerosas: Falta de autorrealización, baja autoestima, aislamiento, tendencia a la autculpa, actitudes negativas hacia uno mismo y hacia los demás, sentimientos de inferioridad y de incompetencia, pérdida de ideales, irritabilidad, hasta casos más extremos de intentos de suicidio, cuadros depresivos graves, ansiedad generalizada, fobia social y agorafobia. Finalmente, cabe señalar como consecuencia evidente del

estrés y el síndrome de Burnout, la insatisfacción laboral y/o académica, citada por un alto número de autores. (30).

Instrumentos para diagnosticar Burnout

Con respecto a los instrumentos de evaluación del síndrome en estudiantes, y de forma general, se observan varios cuestionarios aceptados en la comunidad académica, como el Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1981), utilizado para evaluar el síndrome en el ámbito asistencial; el Maslach Burnout Inventory MBI-GS (General Survey) publicado en 1996 por Schaufeli et al., utilizado para evaluar el síndrome con una perspectiva más genérica, posibilitando evaluar el síndrome en diferentes profesiones y ocupaciones; y por último, el cuestionario de Maslach Burnout/Inventory-Student Survey (MB/-SS), por Schaufeli et al. (2002), hizo posible evaluar el burnout académico. (30).

Prevalencia

La prevalencia del síndrome de Burnout, en el ámbito académico, varía ampliamente, lo cual dependerá, entre otras variables, del instrumento que se utilice, de los criterios para diagnosticarlo y de la carrera o especialidad que curse el estudiante.

En general, se encuentra gran información de la prevalencia del Burnout en estudiantes que parten del contexto laboral, Dyrbye y Shanafelt (2002) afirman que 45% de los estudiantes de los últimos años de tres facultades de medicina de la Clínica de Minnesota presentan el síndrome, y Bittar (2008) señala que 56.9% de los estudiantes de posgrado de Salud

Pública de la Universidad de Guadalajara presentan Burnout. En Colombia, existen varios estudios: Paredes y Sanabria (2008) señalan niveles medios del síndrome en 12.6% de los residentes de especialidades médico-quirúrgicas de la Universidad Militar Nueva Granada (Bogotá). Por otro lado, Guevara et al. (2004) afirman que, de 105 médicos residentes y especialistas en el área clínica y quirúrgica de la ciudad de Cali, 85.3% arrojó una intensidad moderada y grave de Burnout. En otro estudio, Pérez et al. (2007) encontraron en estudiantes de internado de medicina, en Barranquilla, una prevalencia del síndrome en 9.1..

Los resultados de otro estudio indican que los estudiantes que trabajan se perciben más autoeficaces y dedicados que quienes no lo hacen. Asimismo, no se presentaron diferencias en el promedio académico y semestres perdidos entre los dos grupos de estudiantes, pero, las personas que no trabajaban han perdido mayor número de exámenes (Caballero C, 2006). Lamentablemente, no existe, en estos instrumentos, un criterio unánime entre los expertos para establecer el diagnóstico, ni sobre los porcentajes de prevalencia e incidencia, pues los criterios varían para cada estudio.

En 2008, Barraza et al. Crean y validan la Escala Unidimensional de Burnout Estudiantil. 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. 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, a los cuales se les aplicó la Escala Unidimensional de Burnout Estudiantil, los resultados obtenidos permiten afirmar que todos los alumnos encuestados presentan el síndrome, mayoritariamente éste se presenta con un nivel leve (84% de los encuestados). El análisis de diferencia de grupos permitió reconocer que las alumnas encuestadas consideran, con una mayor frecuencia, que sus problemas escolares las deprimen fácilmente; asimismo, afirman tener más problemas para recordar lo que estudian que sus compañeros varones. Por su parte, se pudo constatar que la variable edad no establece diferencias significativas en los reactivos que componen la Escala Unidimensional del Burnout Estudiantil. Posteriormente, en el mes de junio de 2009 se realizó un segundo estudio en 60 alumnos de la Escuela Secundaria en la ciudad de Durango, México. La media general obtenida en este estudio es de 1.90, lo que permitió a su autora afirmar que los alumnos encuestados presentan un nivel leve de Burnout. En el tercer estudio realizado en estudiantes de la Universidad de Vallarta, en 2009, se aprecia que la mayor cantidad de estudiantes fueron diagnosticados con Burnout leve. (30).

. En un estudio realizado en estudiantes trabajadores de enfermería, en Cienfuegos, Cuba, el personal de enfermería tuvo una alta predisposición a padecer el síndrome de burnout, sobre todo cuando se es estudiante universitario. En otro estudio realizado en la Universidad de Ciencias Médicas de Holguín, Cuba, la mayoría de los estudiantes fueron diagnosticados con síndrome de Burnout leve, y el sexo femenino fue el

más afectado (Rosales Ricardo, 2012). Aquí se escogieron aleatoriamente 70 estudiantes de primer año, 35 de cada sexo (85% de la población de los estudiantes de primer año de medicina de la sede central), a los que se les aplicó el instrumento Escala Unidimensional de Burnout Estudiantil. El sexo femenino fue el de mayor incidencia de Burnout en comparación con los varones. En Perú en estudiantes de Medicina el Burnout académico va de 8.9 a 26.4.

La relevancia del fenómeno Burnout entre los estudiantes universitarios de pregrado, su diferenciación y especificidad con el presentado en otros grupos estudiantiles y la detección precoz de niveles sintomáticos significativos puede constituir un indicador de posibles dificultades futuras, en los planos de éxito académico o profesional y una oportunidad excelente de intervención temprana. (30).

2.3 Síndrome de Burnout y Ansiedad

La implicación de la ansiedad dentro del proceso de estrés y en concreto de SB ha sido estudiada en diversas muestras, donde se ha detectado asociaciones estadísticamente significativas entre ansiedad evaluada como estado y estrategias orientadas al control de emociones.(16) En comparación con la depresión, los problemas de ansiedad han sido menos estudiados en relación con SB. En diseños transversales, se encontraron correlaciones significativas entre SB y ansiedad en una población económicamente activa

(Lindblom et al. 2006), en trabajadores de servicios humanos (Richardson et al. 1992, Corrigan et al. 1995, Turnipseed 1998) y en pacientes hospitalizados (Roelofs et al. 2005) (16) Ahola K. y col estudiaron en una muestra de 8028 participantes la relación entre SB y ansiedad, encontraron que al menos un trastorno de ansiedad estuvo presente en el 21% de los empleados que presentaron SB severo, en el 8% con SB leve y apenas en el 2% en los pacientes sin SB. Observaron una relación estadísticamente significativa entre SB y trastornos de ansiedad en ambos sexos. Para trastornos de ansiedad, cada aumento de 1 punto en la escala de SB se asoció con un aumento de 129% en las probabilidades para presentar trastornos de ansiedad en los hombres y un aumento del 105% en las mujeres. (16).

2.4 Postulantes a Medicina

Son jóvenes que están sometidos a una alta exigencia académica en su preparación porque los puntajes de ingreso a la Facultad de Medicina Humana siempre son los más altos. Ellos presentan gran ansiedad y estrés durante todo el periodo en que postulan lo cual se exagera los días previos a los exámenes lo que en algunos casos disminuye su rendimiento en las pruebas, cuando son publicados los resultados, como no todos ingresan empeora su situación psicológica. (25)

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

3.1 Autor: Huaco Cano, Cecilia

Título: Trastornos emocionales, perfiles de personalidad y variables sociodemográficas y laborales en residentes con síndrome de burnout que trabajan en el Hospital Regional Honorio Delgado-2016. (11)

Resumen: síndrome de burnout se puede encontrar en diversos grupos ocupacionales, pero puede ser mayor en personal médico en formación, por eso se buscó determinar la frecuencia de Síndrome de Burnout y su relación con variables sociodemográficas, laborales, trastornos emocionales y perfiles de personalidad en médicos residentes que trabajan en el en el hospital Honorio Delgado, para lo cual se encuestó a los 60 médicos residentes, aplicando una ficha de datos sociodemográficos, el inventario de burnout de Maslach, el International Personality Disorder Examination Screener, y la escala Hospital Anxiety and Depression Scale. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva y se asocian variables mediante prueba chi cuadrado.

3.2 Autor: Hilda Chávez, José Chávez Z., Eduardo Ruelas S.

Título: Ansiedad ante los exámenes en los estudiantes del Centro Preuniversitario - UNMSM ciclo 2012-I. (29)

Resumen: El presente estudio descriptivo tiene como objetivo abordar las reacciones de ansiedad de los estudiantes del CEPRE-UNMSM, Ciclo Ordinario 2012 - I. ante los exámenes se utilizó la escala de ansiedad ante los exámenes – IDASE (Bauermeister, Collazo & Spielberger, 1982), que evalúa los factores emocionalidad y preocupación. Se aplicó a 800 estudiantes haciendo uso de un muestreo no probabilístico intencional. Los resultados obtenidos indicaron que el 27% de los estudiantes

presenta un nivel alto de ansiedad ante los exámenes, mientras que el 33.38% y 39.63% posee un nivel bajo y moderado, respectivamente. Asimismo, existe un mayor nivel de ansiedad en el sexo femenino (17.13%) sobre el masculino (9.88%), así como también, mayor ansiedad en los postulantes a Medicina Humana, Derecho y Administración.

3.3 Autor: Walter Lizandro Arias Gallegos, Agueda Muñoz del Carpio Toia

Título: Síndrome de burnout en personal de enfermería de Arequipa (12).

Resumen: Objetivo: Analizar las manifestaciones del síndrome de burnout en enfermeras. Métodos: Estudio correlacional realizado en una muestra de 47 enfermeras de la ciudad de Arequipa. Se usó el Inventario de Burnout de Maslach para profesiones de servicios humanos y pruebas estadísticas para establecer las correlaciones y comparaciones entre variables. Resultados: Los resultados indican que 21,3 % de enfermeras presentó niveles severos de agotamiento emocional y baja realización personal, y que el 29,8 % tuvo altos niveles de despersonalización. Las correlaciones indicaron que el síndrome de burnout, el agotamiento emocional y la despersonalización se relacionan positivamente.

A nivel internacional

3.4 Autor: Arango Agudelo, Santiago; Castaño Castrillón, José Jaime; Henao Restrepo, Carlos Jader; Jiménez Aguilar, Diana Paola; López Henao, Andrés Felipe; Páez Cala, Martha Luz.

Título: 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. (10)

Resumen: Antecedentes: El Síndrome de Burnout consiste en una sensación de agotamiento, decepción, pérdida de interés y eficacia por la actividad académica, que puede presentarse en estudiantes de Medicina, a quienes las características de su formación les resulta agobiante. Por ello se hace necesario investigar la prevalencia de dicho síndrome en los estudiantes de Medicina de la Universidad de Manizales. Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal, con una muestra probabilística de 234 estudiantes de Medicina de la Universidad de Manizales (Manizales, Caldas, Colombia). El presente estudio identifica y analiza la prevalencia de SDP, estrés, depresión y ansiedad, su correlación y factores asociados, en estudiantes de I a X semestre de Medicina, matriculados en el segundo periodo académico del 2009. Resultados: En los participantes, 39.1% hombres y 60.9% mujeres, provenientes en mayor porcentaje del departamento de Caldas (42.3%), se evidenció un 34% de Burnout, con frecuencias máximas por componente agotamiento alto 42.3%, eficacia alta 39% y cinismo bajo 35.7%. Se encontró un 60.5% de ansiedad, 30.5% de depresión, 11.8% de riesgo suicida, y un promedio de 40% de acoso laboral. Las tres componentes del síndrome mostraron relación significativa con estrés de examen, ansiedad, depresión y acoso laboral. No se encontró relación con género, estado civil, y consumo de alcohol. Conclusiones: La presencia de Síndrome de desgaste profesional es

evidente, lo que sugiere tomar medidas que lleven a correctivos en los procesos de formación y enseñanza de la Medicina.

3.5 Autor: Christian R. Mejia, Mario J. Valladares-Garrido, Lincolth Talledo-Ulfe, Karina Sánchez-Arteaga, Carlos Rojas, Juan José Ruiz-Arimuya, Brigitte Cruz y Zuliet Paredes Vilca.

Título: Síndrome de Burnout y factores asociados en estudiantes de medicina. Estudio multicéntrico en 7 facultades de medicina peruanas. (28)

Resumen: Introducción: El Síndrome de Burnout (SB) ha sido estudiado en gran cantidad de poblaciones de profesionales, pero en nuestro medio aún no se tienen reportes en los estudiantes de ciencias de la salud. El objetivo fue determinar la prevalencia del SB y los factores que se asocian en siete facultades de medicina peruanas. Métodos: Estudio transversal analítico, multicéntrico. A través de una encuesta auto-aplicada en estudiantes que acudían a sedes hospitalarias en siete facultades de medicina del Perú. Se definió SB según la positividad del test Maslach Burnout Inventory (MBI), además se midió otras variables socio-educativas y hábitos. Se obtuvo los valores p mediante los modelos lineales generalizados, ajustando por la universidad de procedencia. Resultados: De los 557, la mediana de edades fue de 22 años (rango intercuartílico: 21-24 años), el 50% (278) fueron mujeres. El 8% (47) tenía SB positivo, con rangos de 1-22% según la sede de encuestado, aumentando su prevalencia según aumenta el año de estudios, 3% (3°),

9% (4°), 13% (5°) y 12% (6°). Las variables que aumentaron la frecuencia de SB fueron el cursar los dos últimos años previos a internado ($p < 0,001$) y el fumar ($p < 0,001$); por el contrario, la mayor cantidad de horas de estudio ($p: 0,047$) redujo la frecuencia de SB, ajustados por el sexo. Conclusiones: Se encontró una frecuencia baja de SB entre los estudiantes, sin embargo, es importante conocer qué factores se encuentran relacionados, para poder intervenir en busca de la mejora de la salud mental de los futuros profesionales de la salud.

3.6 Autor: M^a Loreto Tarraga Marcos, Prof. Juan Pedro Serrano Selva.

Título: Estado de Ansiedad y Burnout en trabajadores sanitarios de Albacete. (7)

Resumen: El objetivo de dicho estudio fue valorar el nivel de ansiedad y el síndrome Burnout en unos trabajadores sanitarios de Albacete. Método: La muestra del estudio la componen 104 profesionales sanitarios de edades comprendidas entre 24 y 63 años, que prestan sus servicios en dos tipos de empresa: 52 trabajadores sanitarios de la administración pública y 52 que prestan sus servicios en una empresa que presta servicios sanitarios de forma privada. Para ello se realizó un estudio descriptivo y transversal para medir los niveles de ansiedad (STAI) y de burnout (MBI). Resultados: La muestra de trabajadores sanitarios presenta altos niveles burnout en éste estudio, ya que las mujeres por un lado tenía Cansancio Emocional medio, Despersonalización alta y Realización Personal baja y los hombres por el otro tienen Cansancio

Emocional medio, Despersonalización alta y Realización Personal baja. El grupo de mujeres presentó mínimas diferencias en ansiedad rasgo y estado respecto al de hombres. El grupo de trabajadores sanitarios de Albacete presentan una ansiedad Rasgo alta tanto en hombres como en mujeres. Los trabajadores del Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM) presentan un nivel de ansiedad rasgo alto respecto a la de trabajadores privados, no existiendo diferencias en la ansiedad estado. Entre las dimensiones de Maslach, existe alto cansancio emocional, baja realización personal y alta despersonalización. Las personas con alta ansiedad, tanto estado como rasgo, presentan mayores valores en las puntuaciones de Burnout. Conclusiones: Existe alto nivel de Burnout entre los trabajadores sanitarios de Albacete no existiendo diferencias en cuanto a la empresa de trabajo pública o privada

3.7 Autor: Claudia Mariela Nieves, Bernardo J Gandini, Rita Graciela Vera, Graciela Mercado, Mirta Negrete

Título: Desgaste profesional (burnout), trastornos de ansiedad y depresión en docentes y alumnos de la Universidad Nacional de la Rioja sede chamental, la rioja (8).

Resumen: El estudio tuvo como objetivo cuantificar el desgaste profesional crónico o burnout, los trastornos de ansiedad generalizada y la depresión en docentes y alumnos universitarios de la sede de Chamental de la Universidad Nacional de La Rioja (UNLaR), Argentina. |

Conclusiones. Los alumnos presentan significativamente mayor ansiedad que los docentes ($p = 0,0001$), y significativamente más depresión ($p = 0,0001$). El 17,4% de los docentes considera que su desgaste profesional es nulo; el 50,7%, escaso; el 27,5%, moderado, y el 4,3% alto. El 5,2% se define con la expresión coloquial de “tener la cabeza quemada”. En el análisis multivariado con regresión logística, las variables predictoras podrían ser la no valoración de la labor docente por los directivos y el desgaste autopercebido, dado que son las únicas que mantienen el nivel de significación.

3.8 Autor: Yuri Rosales Ricardo

Título: Estudio Unidimensional del Síndrome de Burnout en Estudiantes de Medicina de Holguín. (30)

Resumen: Se realizó un estudio descriptivo transversal entre octubre y noviembre de 2010. Objetivos: Determinar la presencia del Síndrome de Burnout en su enfoque unidimensional en estudiantes de primer año de medicina de la Universidad de Ciencias Médicas de Holguín (UCMH).

Métodos: Se escogieron aleatoriamente 70 estudiantes de primer año, 35 de cada sexo (85 % de la población), a los que se les aplicó el instrumento Escala Unidimensional de Burnout Estudiantil. Resultados: El sexo femenino (sin Burnout 0, Burnout leve 25, Burnout moderado 10, Burnout profundo 0), fue el de mayor incidencia de Burnout en comparación con los varones (sin Burnout 10, Burnout leve 24, Burnout moderado 1, Burnout profundo 0). Hay un predominio del Burnout leve en

ambos sexos. En los varones se encontraron estudiantes sin Burnout y sólo uno con moderado. En las hembras todas las estudiadas tenían Burnout y una parte considerable moderado. No se encontraron casos de Burnout profundo en ninguno de los sexos. Conclusiones: Los estudiantes de medicina de primer año de la UCMH están afectados en su mayoría por el Síndrome de Burnout. Las hembras están más afectadas que los varones.



4. Objetivos.

4.1. General

Determinar la frecuencia y asociación entre el síndrome de

Burnout, grado de ansiedad percibida y número de intentos fallidos en postulantes a la carrera profesional de medicina humana, Arequipa 2017

4.2 Específicos

- 1) Identificar la frecuencia de Síndrome de Burnout en postulantes a la carrera profesional de medicina humana Arequipa 2017.
- 2) Identificar el grado de ansiedad percibida en postulantes a la carrera profesional de medicina humana Arequipa 2017.
- 3) Establecer la asociación entre Síndrome de Burnout y el grado de ansiedad percibido en postulantes a la carrera de medicina humana Arequipa 2017.
- 4) Determinar la relación entre Síndrome de Burnout y número de intentos fallidos, en postulantes a la carrera profesional de medicina humana Arequipa 2017.
- 5) Determinar la relación entre grado de Ansiedad percibida y número de intentos fallidos, en postulantes a la carrera profesional de medicina humana Arequipa 2017.

5. Hipótesis

Dado que la presencia de Síndrome de Burnout y los niveles de ansiedad pueden afectar de manera considerable sobre la

frecuencia de intentos fallidos para ingresar, es probable que exista una relación directa entre dichas variables, en postulantes a la carrera de medicina humana Arequipa 2017.

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica del cuestionario.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1), Escala unidimensional de Burnout estudiantil (Anexo 2) y Escala de evaluación de la ansiedad de Zung (Anexo 3).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: Academias Preuniversitarias “Alexander Fleming, Mendel y Bryce”, ubicadas en el cercado de Arequipa, distrito de Arequipa, Provincia de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal: Enero 2017 a Marzo 2017

2.3. Unidades de estudio: Postulantes a la Carrera profesional de Medicina Humana, Arequipa 2017.

2.4. Población: postulantes a la carrera profesional de Medicina Humana de Arequipa.

Muestra: Se estudiará una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra

$Z\alpha$ = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = frecuencia de conocimiento adecuado de MAC = 0.15

q = 1 – p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: $n = 195,92 \approx 200$ casos.

Además, los integrantes de la muestra deberán cumplir los criterios de selección.

Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**
 - Participación voluntaria en el estudio.

Son: Postulantes a la carrera de Medicina Humana de la
Academia Preuniversitaria Alexander Fleming de Arequipa

- **Exclusión**
 - Fichas de encuesta incompletos o mal llenados.
 - Negación a participación en el estudio.

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se solicitará autorización a la Dirección de las Academias Preuniversitarias “Alexander Fleming”, “Mendel” y “Bryce” de la ciudad de Arequipa.

3.2. Recursos

- a) Humanos
 - AUTOR: Claudia Verónica Castelo Cataldo
 - ASESOR: Ervis Alvarado
- b) Materiales
 - Fichas de investigación
 - Material de escritorio
 - Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.
- c) Financieros
 - Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

3.3.1 Escala Unidimensional del Burnout Estudiantil (Anexo 2)

Esta escala consta de 15 ítems y reportó un nivel de confiabilidad de .86 en alfa de Cronbach y de .90 en la confiabilidad por mitades según la fórmula de Spearman-Brown; asimismo, se obtuvo evidencia basada en la estructura interna a partir de los procedimientos identificado como validez de consistencia interna (Salkind, 1999) y análisis de grupos contrastados (Anastasi y Urbina, 1998), lo que permitió reconocer que: a) todos los ítems se correlacionan de manera positiva (con un nivel de significación de .00) con el puntaje global de la escala (vid anexo uno); y b) todos los ítems permiten discriminar (con un nivel de significación entre .03 y .00) entre los grupos que presentan un alto y bajo nivel de burnout estudiantil (ver Anexo 2). Estos resultados permiten afirmar que todos los ítems corresponden al constructo establecido y son unidireccionales. (27)

A continuación se presenta la escala tal como quedó configurada:

Instrucciones: Señale la frecuencia con la que siente o percibe, en su caso, cada una de las situaciones expresadas en las siguientes afirmaciones:

	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. El tener que asistir diariamente a clases me cansa				
2. Mis problemas escolares me deprimen fácilmente				
3. Durante las clases me siento somnoliento				
4. Creo que estudiar hace que me sienta agotado				
5. Cada vez me es más difícil concentrarme en las clases				
6. Me desilusionan mis estudios				
7. Antes de terminar mi horario de clases ya me siento cansado				
8. No me interesa asistir a clases				
9. Cada vez me cuesta más trabajo ponerle atención al maestro				
10. El asistir a clases se me hace aburrido				
11. Siento que estudiar me está desgastando físicamente				
12. Cada vez me siento más frustrado por ir a la escuela				
13. No creo terminar con éxito mis estudios				
14. Siento que tengo más problemas para recordar lo que estudio				
15. Creo que estudiar me está desgastando emocionalmente				

Para determinar como válidos los resultados de cada cuestionario, y por lo tanto aceptarlos, se tomó como base la regla de decisión $r > 70\%$ (respondido en un porcentaje mayor al 70%). En ese sentido, se consideró necesario que el cuestionario tuviera contestados por lo menos 10 ítems de los 15 que lo componen, en caso contrario se anularía.

La obtención del índice que permitió su interpretación, a partir del baremo establecido, se realizó de la siguiente manera:

- A cada una de las posibles respuestas de la escala se le asignaron los siguientes valores: 1 para nunca, 2 para algunas veces, 3 para casi siempre y 4 para siempre.
- Se obtuvo la media en cada ítem y posteriormente se obtuvo la media general de toda la escala.
- Se transformó la media general en porcentaje; esto se puede realizar a través de regla de tres simple o multiplicando la media obtenida por 25.

– Una vez obtenido el porcentaje se interpretó con el siguiente baremo:

Tabla 1

Baremo utilizado para determinar el nivel de burnout

Nivel	Porcentaje de presencia
No presenta	0 a 25%
Leve	26% a 50%
Moderado	51% a 75%
Profundo	76% a 100%

3.3.1.1 Historia

El recorrido histórico que ha seguido la validación preliminar de la escala unidimensional del burnout estudiantil comprende cuatro momentos, ya que la investigación de Vázquez y Rodríguez (2009) no reporta haber efectuado algún análisis al respecto:

- 1) en un primer momento (Barraza et al., 2009), se construyó y aplicó la escala; entonces se alcanzaron medidas de confiabilidad y el análisis de consistencia interna y de grupos contrastados;
- 2) en un segundo momento (Gutiérrez, 2009), se usó la escala en una segunda muestra. Aquí, sólo se obtuvo una medida de confiabilidad;
- 3) en un tercer momento (Gutiérrez, 2010), se empleó la escala en una tercera muestra. Al igual que en el anterior, sólo se logró una medida de confiabilidad;
- 4) en un cuarto momento (Barraza, 2009), se utilizó la escala en una cuarta muestra en donde se alcanzó únicamente una medida de confiabilidad. (27)

3.3.1.2 Confiabilidad

Para establecer la confiabilidad de la escala, se utilizaron los procedimientos alfa de Cronbach (Muñiz, 2003) y la confiabilidad por mitades según la fórmula Spearman-Brown para Unequal-Length (Cozby, 2005).

En ambos casos, los procedimientos remiten a medidas de consistencia interna del procedimiento de medición del instrumento. Los resultados se muestran en la tabla 2.

Para complementar dichos resultados, se alcanzó el nivel de confiabilidad de la escala exclusivamente con el procedimiento alfa de

Cronbach en caso de eliminar alguno de los ítems que la integran. Los resultados obtenidos se ilustran en la tabla 3.

Tabla 2. Confiabilidad de la EUBE

<i>Procedimiento</i>	<i>Conf.</i>
Alfa de Cronbach	.91
Por mitades	.89

Tabla 3. Confiabilidad de la escala en caso de eliminar algún ítem

<i>Ítems</i>	\diamond
1 Tener que asistir diariamente a clases me cansa.	.90
2 Mis problemas escolares me deprimen fácilmente.	.91
3 Durante las clases me siento somnoliento.	.90
4 Creo que estudiar hace que me sienta agotado.	.90
5 Cada vez me es más difícil concentrarme en las clases.	.90
6 Me desilusionan mis estudios.	.90
7 Antes de terminar mi horario de clases ya me siento cansado.	.90
8 No me interesa asistir a clases.	.90
9 Cada vez me cuesta más trabajo ponerle atención al maestro.	.90
10 Asistir a clases se me hace aburrido.	.90
11 Siento que estudiar me está desgastando físicamente.	.90
12 Cada vez me siento más frustrado por ir a la escuela.	.90
13 No creo terminar con éxito mis estudios.	.91
14 Siento que tengo más problemas para recordar lo que estudio.	.90
15 Creo que estudiar me está desgastando emocionalmente.	.90

Como puede desprenderse, la escala revela mayoritariamente una tendencia a la baja en caso de eliminarse alguno de los ítems que la integran y en ninguno de los casos logra incrementarse el índice de confiabilidad, por lo que puede afirmarse que el alfa de Cronbach global no se modifica al eliminar alguno de los ítems. (27)

3.3.2 Escala de Ansiedad de Zung (Anexo 3)

Esta escala de evaluación de la ansiedad de ZUNG (EAA) comprende un cuestionario de 20 informes o relatos, cada uno referido a manifestaciones características de ansiedad, como síntomas o signos. El conjunto abarca una amplia variedad de síntomas de ansiedad como expresión de trastornos emocionales. Las palabras utilizadas en el cuestionario de la escala han sido escogidas para hacerlas más

accesibles a la mayoría de las personas, empleando su propio lenguaje. En algunos casos, las personas pueden hacer preguntas relacionadas con el criterio a que se debe sujetar el procedimiento de marcar determinada información. (24)

Las preguntas generalmente indican el deseo de cooperación con el profesional de la salud (médico, psicólogo) y deben ser respondidas de tal manera que induzcan a la persona a dar las respuestas más acordes a su realidad personal.

En el formato del cuestionario hay 4 columnas en blanco encabezadas por “Nunca casi nunca”, “A veces”, “Con bastante frecuencia” y “Siempre o casi siempre”. Se le da a la persona la lista de frases y se le pide que coloque una marca en el recuadro que considere más aplicable a su caso, de acuerdo a como se ha sentido la última semana. 38 Los ítems tienen dirección positiva o negativa, por ejemplo, la primera frase “Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre” tiene un sentido positivo, mientras que la frase “Me siento tranquilo y me es fácil estarme quieto”, tiene un sentido negativo, pues describe la sensación opuesta a la que tienen la mayoría de las personas ansiosas, que es intranquilidad y dificultad para estarse quieto. (24)

Los ítems que evalúan una dirección positiva son:

- Me siento más nervioso(a) y ansioso (a) que de costumbre (Item 1)
- Me siento con temor sin razón (Item 2)
- Despierto con facilidad o siento pánico (Item 3)
- Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos (Item 4)

- Me tiemblan los brazos y las piernas (Item 6)
- Me mortifican dolores de cabeza, cuello o cintura (Item 7)
- Me siento débil y me canso fácilmente (Item 8)
- Puedo sentir que me late muy rápido el corazón (Item 10)
- Sufro de mareos (Item 11)
- Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar (Item 12)
- Se me adormecen o hinchan los dedos de las manos y pies (Item 14)
- Sufro de molestias estomacales o indigestión (Item 15)
- Orino con mucha frecuencia (Item 16)
- Siento bochornos (Item 18)
- Tengo pesadillas (Item 20)

Los ítems que evalúan una dirección negativa son:

- Siento que todo está bien y que nada malo puede sucederme (Item 05)
- Me siento tranquilo(a) y puedo permanecer en calma fácilmente (Item 09)
- Puedo inspirar y expirar fácilmente (Item 13)
- Generalmente mis manos están secas y calientes (Item 17)
- Me quedo dormido(a) con facilidad y descanso bien durante la noche (Item 19)

En la siguiente tabla se presenta un resumen de los ítems y la dirección que asumen. Dirección de los ítems de la EAA:

Dirección Positiva: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18 y 20

Dirección Negativa 5, 9, 13, 17 y 19 15

Además en el formato de la Escala de ansiedad de Zung se usa un número par y no impar de respuestas posibles para que la persona no pueda marcar la columna central para dar la impresión de que pertenece al término medio. Los resultados obtenidos de varios estudios han demostrado que en casi todos los desórdenes psiquiátricos hay un cierto grado de ansiedad concomitante. (24)

Personas con diferentes diagnósticos primarios tales como enfermedad coronaria, lumbago o depresión, con frecuencia conllevan al diagnóstico adicional de ansiedad, lo cual significa que un diagnóstico primario que no sea el de ansiedad no elimina la concomitancia de sintomatología ansiosa que requiere el tratamiento de esta condición agregada. Ejemplo: enfermedad coronaria y ansiedad, depresión y ansiedad, entre otros.

Los ítems están concebidos en términos que se asimilan al lenguaje común de las personas ansiosas. No obstante, su significado se identifica con la terminología médica convencional que define los síntomas de ansiedad.

Los síntomas de trastornos ansiosos que comprende la Escala se presentan en la siguiente tabla.

**TRASTORNOS ANSIOSOS QUE MIDE LA
ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE ZUNG**

Afectivos	Somáticos
Desintegración mental	Temblores
Aprehensión	Dolores y molestias corporales
Ansiedad	Tendencias a la fatiga y debilidad
Miedo	Palpitaciones
Intanquilidad	Mareos
	Desmayos
	Transpiración
	Parestias
	Nauseas y vomitos
	Frecuencia urinaria
	Bochornos
	Insomnio
	Pesadillas

El valor de cada respuesta por ítem de la escala de Zung se puede observar en el Anexo 3. Posteriormente se anota el valor individual de cada ítem en el margen derecho de la tabla, sumándose dichos valores para obtener un total, el cual es convertido en un “índice de ansiedad” en base a la siguiente ecuación:

$$(\text{Total} / \text{Promedio máximo de } 80) \times 100 = \text{Índice de ansiedad.}$$

La escala es estructurada en tal forma que un índice bajo indica la inexistencia de ansiedad y un índice elevado, ansiedad clínicamente significativa. El índice de la Escala orienta sobre “cuál es el grado de ansiedad de la persona”, en términos de una definición operacional, expresada en porcentajes. En el Anexo 4 se pueden apreciar los índices obtenidos según niveles. Mediante la combinación de los resultados

obtenidos en numerosos estudios, el índice de la EAA ha sido interpretado tal y como se puede apreciar en la siguiente tabla.

Índice EAA	Equivalencia Clínica
Menos de 45	Dentro de límites normales. No hay ansiedad presente.
45-59	Presencia de ansiedad mínima.
60-74	Presencia de ansiedad marcada.
75 a más	Presencia de ansiedad en grado máximo

3.3.2.1 Validez y confiabilidad

Zung en 1965 valida las escalas, tanto de la Autoevaluación de la Ansiedad como de la Autoevaluación de la Depresión, aplicándolas en primer lugar a un grupo de pacientes de consultorios externos en el Duke Psychiatry Hospital con diagnóstico de depresión, ansiedad y otros desórdenes de la personalidad.

Los diagnósticos fueron establecidos separadamente por otros clínicos obteniendo puntuaciones con escalas psicométricas estándar antes de la aplicación de ambas escalas.

En todos los pacientes se encontró una alta correlación entre las puntuaciones obtenidas y las recogidas con otras pruebas, se encontró asimismo diferencias significativas en relación con la edad, nivel educacional e ingresos económicos.

En 1968 se realizó la validación transcultural aplicando las escalas en Japón, Inglaterra, Checoslovaquia, Australia, Alemania y Suiza.

Las autoevaluaciones en dichos países eran comparables, encontrando que existen diferencias entre un grupo de pacientes con diagnóstico de ansiedad aparente y pacientes ansiosos. Zung afirma que la ansiedad es

relativamente independiente de los factores de edad, educación y situación social, a la vez que plantea las siguientes conclusiones:

- Generalmente los pacientes hospitalizados están más deprimidos que los pacientes externos por lo que sus índices son mayores.
- Los pacientes pueden tener varios diagnósticos, al mismo tiempo pueden presentar ansiedad y depresión simultáneamente. Por lo tanto un diagnóstico inicial de ansiedad no elimina la posibilidad de que esté deprimido.
- Los índices de las personas normales tienden a ser mayores en los de más edad y en los más jóvenes, pero en su promedio siempre es menor de 50. (24)

3.3.2.2 Validez y Confiabilidad en Perú

En nuestro país, Astocondor (2001), como parte de su tesis titulada “Estudio Exploratorio sobre ansiedad y depresión en un grupo de pobladores de comunidades nativas Aguarunas”, realizó la adaptación y validez de la escala de autoevaluación de la ansiedad de Zung y de la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung en una muestra de 100 pobladores de ambos sexos de 14 a 30 años, de siete comunidades nativas aguarunas del departamento de Amazonas. (24)

3.4 CRITERIOS O ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE RESULTADOS

A NIVEL DE RECOLECCIÓN: realización de encuestas a los postulantes pre universitarios de las Academias “Alexander Fleming, Mendel y Bryce” a la carrera profesional de Medicina Humana

A NIVEL DE SISTEMATIZACIÓN: Se realizará un procesamiento manual y computarizado, mediante en el paquete informático IBM-SPSS, versión 22. Los datos obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos se ordenarán en una matriz de sistematización.

A NIVEL DE ESTUDIO DE DATOS: Se elaborarán tablas de doble entrada acorde a las variables de estudio. Se elaborarán gráficas de barras e histograma acorde a su respectiva tabla. Tipo de análisis cuantitativo categórico trivariado.

I. Bibliografía Básica

1. Toro RJ, Yepes LE, Palacio CA, Tellez JE. Fundamentos de Medicina: Psiquiatría 5 ed. Corporación para Investigaciones Biologicas; 2010.Cap.32 p.401-415.
2. Asociación Americana de Psiquiatría, guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington VA Asociación Americana de Psiquiatría 2013. Sección 2 p. 129-144.
3. Sadock BJ, Sadock VA. Sinopsis de Psiquiatría 10 ed. Wolters Kluver (NY): Lippincot Williams&Wilkins Publishers; 2009. Cap.16 p.579-587

4. Raul Carrillo Esper, Carla Gómez Hernández, Isis Espinoza de los Monteros Estrada. Medicina Interna de México artículo de revisión Síndrome de burnout en la práctica médica Volumen 28, núm. 6, noviembre-diciembre, 2012 p. 580-581
5. Manuel Pastrana Casado, José Manuel Guerrero Mantel. Guía de prevención de riesgos psicosociales en el trabajo. 2009. UGT Andalucía p. 39-44. Disponible en:
http://portal.ugt.org/saludlaboral/publicaciones_new/files_riesgospsicosocialesand/publication.pdf
6. Martínez Pérez, Anabella. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. nº 112. Septiembre. 2010. Disponible en:
<http://pendientedemigracion.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf>
7. M^a Loreto Tarraga Marcos, Prof. Juan Pedro Serrano Selva. Estado de Ansiedad y Burnout en trabajadores sanitarios de Albacete. JONNPR. 2016;1(3):100-106
8. Claudia Mariela Nievas, Bernardo J Gandini, Rita Graciela Vera, Graciela Mercado, Mirta Negrete. Revista Argentina de Medicina: Desgaste profesional (burnout), trastornos de ansiedad y depresión en docentes y alumnos de la Universidad Nacional de la Rioja sede Chamental, la Rioja. Vol. 4, núm. 10 (2016). Disponible en:
<http://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/79>

9. Guillermo Morales; Luis M. Gallego; David Rotger. La Incidencia y Relaciones de la Ansiedad y el Burnout en los Profesionales de Intervención en Crisis y Servicios Sociales. INTERPSIQUIS. 2004. Disponible en: <http://www.cop.es/colegiados/B-00722/La%20incidencia%20y%20relaciones%20de%20la%20ansiedad%20y%20el%20Burnout.htm>
10. Arango Agudelo, Santiago; Castaño Castrillón, José Jaime; Henao Restrepo, Carlos Jader; Jiménez Aguilar. 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. Disponible en: <http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/handle/6789/870>
11. Huaco Cano, Cecilia. Trastornos emocionales, perfiles de personalidad y variables sociodemográficas y laborales en residentes con síndrome de burnout que trabajan en el Hospital Regional Honorio Delgado-2016. Disponible en: http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCSM_b568547d9dd969c6a82d47ce4c94c1e5
12. Walter Lizandro Arias Gallegos, Agueda Muñoz del Carpio Toia. Síndrome de burnout en personal de enfermería de Arequipa Rev Cubana Salud Pública. 2016. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/214/21447534010.pdf>

13. Barron, R. Psicopatología del Niño y del Adolescente. 4 ed. Ediciones Piramide. 2007. Cap 6, Cap 6. p.157-161; Cap 7 p.199-204
14. Soutullo, C., Mardomingo, MJ. Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente. Editorial Medica Panamericana; 2010. Cap. 6 p.95-110
15. Manassis, K. Bradley, SJ. The development of child Anxiety disorders: Toward and integrated model. J Applied Develop Psychology, 1994; 15:345-366
16. Ahola K. "Occupational burnout and health", Finnish Institute of occupational Health Helsinki, Finland, 2007
17. Gonzalves J. Aizpiri J., Barbado A., Cañones P., Fernández A., Rodríguez J. De La Serna I., Solla J., "Síndrome de Burnout en el médico general", Habilidades en Salud Mental, Vol. 43, 278-273, 2002.
18. Karina Rondon Delgado Relación entre la inteligencia emocional Síndrome de Burnout en internos de medicina del hospital regional Honorio delgado Espinoza 2011. Disponible en: <http://biblio.unsa.edu.pe/biomed/ten.pdf>
19. Moreno A, Latorre I, De Miquela J, Campillo A, Sáez J, Aguayo J, L, "Sociedad y cirugía. Burnout y cirujanos", Cir Esp. 2008; 83(3):24-118.
20. Álvarez E, Fernández L, "El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional: revisión de estudios", Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Vol. XI, N.o 39, 1991. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista->

atencion-primaria-27-articulo-prevalencia-del-sindrome-burnout-o-14973.

21. Castillo S, “El síndrome de "BurnOut"o síndrome de agotamiento profesional”, Med. leg. Costa Rica Vol.17 N.2, 2001. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152001000100004
22. Gil Monte P. R, “Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals”, Rev Salud Public, 2005; 39(1): 1-8
23. Víctor Manuel Velasco Rodríguez, Sonia Plutarca Córdova Estrada, Gerardo Suárez Alemán. Revista Iberoamericana De Psicología Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5 c. Med. Psicosom- 2014.
24. Ricardo Gabriel García de la Cruz Nivel de ansiedad según la Escala de Zung en los pacientes que acuden a la consulta de emergencia del Hospital Regional de Loreto Julio-Septiembre 2013. Disponible en: <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/146/1/TESIS%20RICARDO%20GABRIEL%20GARC%C3%8DA%20DE%20LA%20CRUZ.pdf>
25. Miquel Tortella-Feliu. Síndrome de desgaste estudiantil (Burnout) y su asociación con ansiedad y depresión en alumnos de una Escuela de Enfermería 2007. 23 páginas.

26. Antonio Cano Vindel. Criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad CIE-10. Disponible en:
http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/ta/diag/cie_10.htm
27. Arturo Barraza Macías. Validación psicométrica de la escala unidimensional del burnout estudiantil, Revista Intercontinental de Psicología y Educación, vol. 13, núm. 2, julio-diciembre, 2011, pp. 51-74. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80220774004>
28. Christian R. Mejía, Mario J. Valladares-Garrido, Lincolth Talledo-Ulfe, Karina Sánchez-Arteaga. Síndrome de Burnout y factores asociados en estudiantes de medicina. Estudio multicéntrico en siete facultades de medicina peruanas. Rev. chil. neuro-psiquiatr. vol.54 no.3 Santiago set. 2016. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272016000300005
29. Hilda Chávez, José Chávez Z., Eduardo Ruelas S. Ansiedad ante los exámenes en los estudiantes del Centro Preuniversitario - UNMSM ciclo 2012-I. Revista De Investigación En Psicología - VOL.17,N.º2. pp. 187 – 201. Disponible en:
<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/11266/10108>.
30. Yuri Rosales Ricardo. Estudio Unidimensional del Síndrome de Burnout en Estudiantes de Medicina de Holguín. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2012. pp. 795-803.

Disponible en:

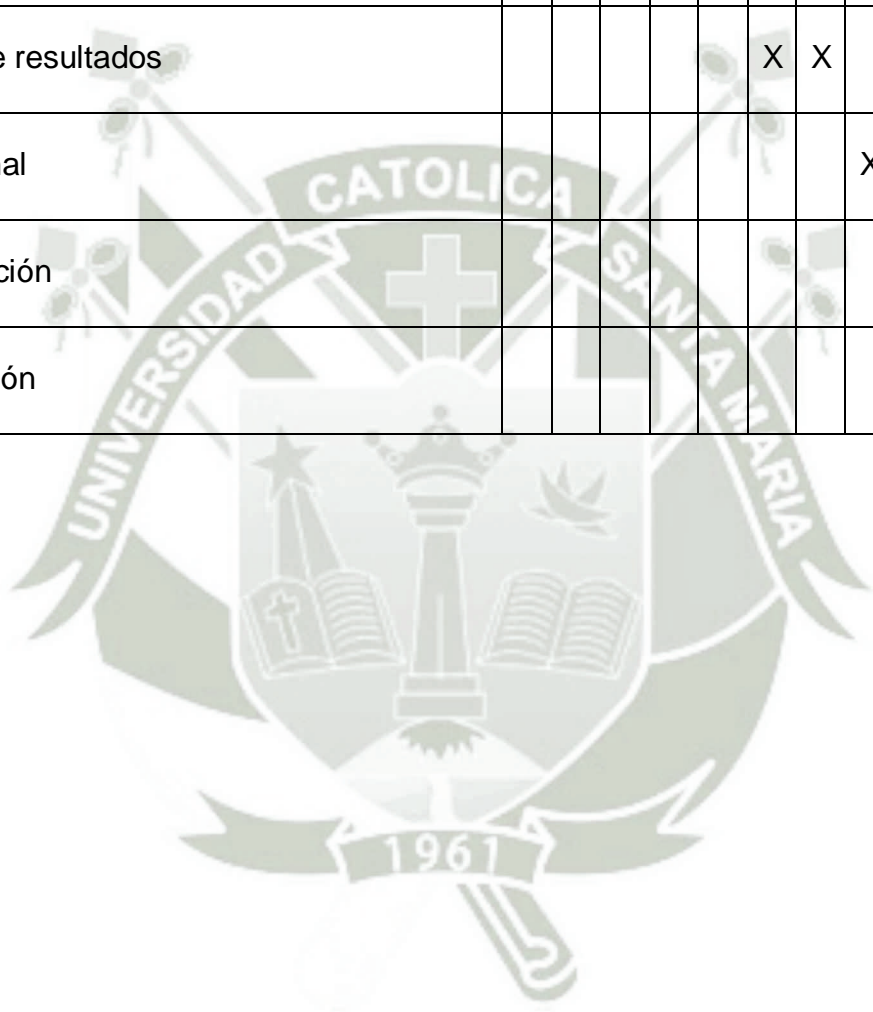
<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16574/16414>



CRONOGRAMA DE TRABAJO

Tiempo	2017		
	Enero	Febrero	Marzo

Actividades	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración y Aprobación del proyecto	X	X										
Recolección de datos			X	X								
Procesamiento de resultados				X	X							
Análisis de resultados						X	X					
Informe final								X				
Dictaminación									X			
Sustentación										X		



ANEXO N° 1

MODELO DE LA FICHA DE REGISTRO



ENUNCIADO: Tesis para obtener el título profesional de Médico Cirujano “Frecuencia y asociación entre el síndrome de Burnout, grado de ansiedad percibida y número de intentos fallidos en postulantes a la carrera profesional de medicina humana, Arequipa 2017.”

EDAD:

SEXO: (F) (M)

Numero de postulaciones:

0 ()

1()

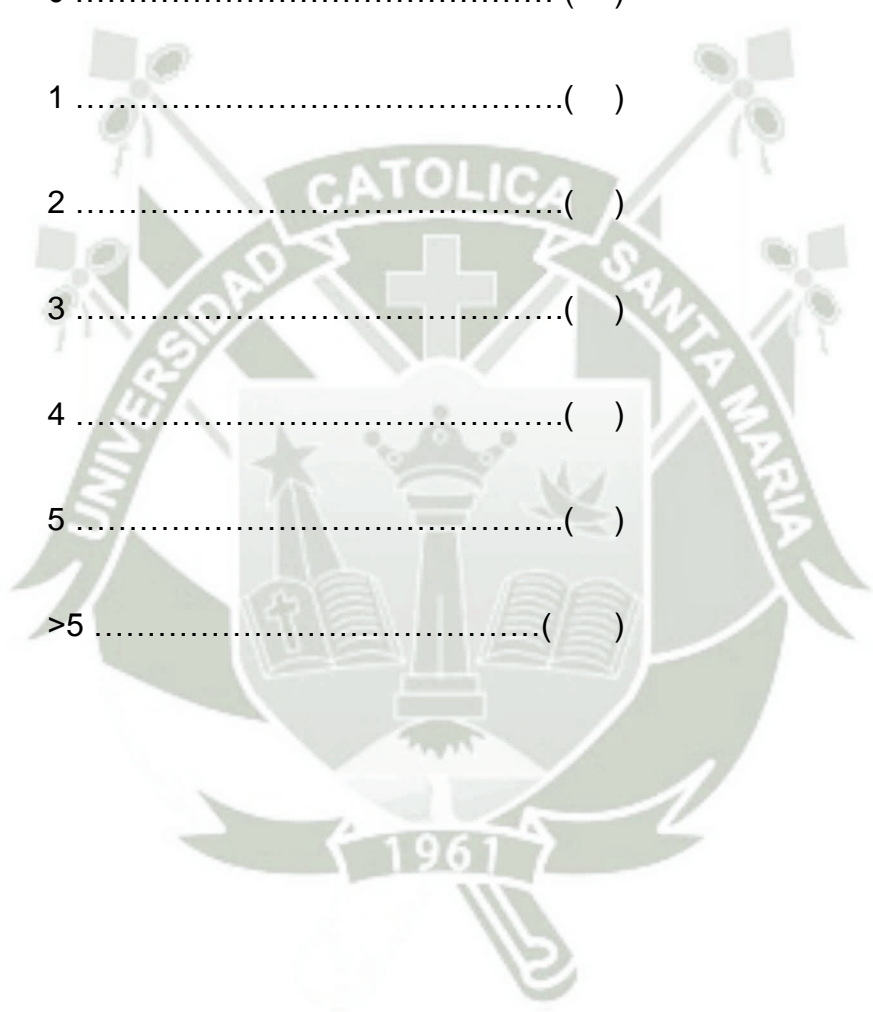
2()

3()

4()

5()

>5()



ANEXO Nº 2

MODELO DE LA FICHA DE REGISTRO



ANEXO 1 Escala Unidimensional del Burnout Estudiantil

Instrucciones: Señale la frecuencia con la que siente o percibe, en su caso, cada una de las situaciones expresadas en las siguientes afirmaciones:

	Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
--	-------	---------------	--------------	---------

1.	El tener que asistir diariamente a clases me cansa.				
2.	Mis problemas pre universitarios me deprimen fácilmente.				
3.	Durante las clases me siento somnoliento.				
4.	Creo que estudiar hace que me sienta agotado.				
5.	Cada vez me es más difícil concentrarme en las clases.				
6.	Me desilusionan mis estudios.				
7.	Antes de terminar mi horario de clases ya me siento cansado.				
8.	No me interesa asistir a clases.				
9.	Cada vez me cuesta más trabajo poner atención al maestro.				
10.	El asistir a clases se me hace aburrido.				
11.	Siento que estudiar me está desgastando físicamente.				
12.	Cada vez me siento más frustrado por ir a la academia.				
13.	No creo terminar con éxito mis estudios.				
14.	Siento que tengo más problemas para recordar lo que estudio.				
15.	Creo que estudiar me está desgastando emocionalmente.				

ANEXO Nº 3

MODELO DE LA FICHA DE REGISTRO



ANEXO 2 Escala de evaluación de la ansiedad de Zung

Coloque una marca en el recuadro que considere más aplicable a su caso, de acuerdo a como se ha sentido la última semana.

		NUNCA	A VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
1.	Se ha sentido últimamente más nervioso y ansioso.				
2.	Se ha sentido temeroso sin razón.				
3.	Se ha irritado fácilmente o ha sentido pánico.				
4.	Ha sentido que se está derrumbando.				
5.	Ha sentido que nada malo va a pasar/ que todo va bien.				
6.	Se ha sentido tembloroso.				
7.	Le ha dolido el cuello, la espalda o la cabeza.				
8.	Se ha sentido débil y se cansa fácilmente.				
9.	Se ha sentido calmado y puede mantenerse quieto.				
10.	Ha sentido palpitaciones, taquicardia, últimamente.				
11.	Se ha sentido mareado últimamente.				
12.	Se ha desmayado o ha sentido síntomas de desmayo.				
13.	Ha podido respirar con facilidad.				
14.	Ha sentido hormigueo/ falta de sensibilidad en los dedos.				
15.	Ha sentido náuseas y malestar en el estómago.				
16.	Ha orinado con mayor frecuencia de lo normal.				
17.	Ha sentido sus manos secas y calientes.				
18.	Se ha ruborizado con frecuencia.				
19.	Ha dormido bien y descansado toda la noche.				
20.	Ha tenido pesadillas.				



ANEXO N° 2

MATRIZ DE DATOS

N encuest	Sexo		Edad										Número de postulaciones						Grado de Ansiedad				Sd de Burnout		
	Masculino	Femenino	15	16	17	18	19	20	21	22	0	1	2	3	4	5	Mas de 5	Normal	Minima	Marcada	Maxima	No present	Leve	Moderado	Profundo
1																									
2																									
3																									
4	1	X			X											X			X					X	
5	2		X													X			X					X	
6	3	X														X		X						X	
7	4	X					X									X		X					X		
8	5										X					X		X						X	
9	6	X					X									X		X					X		
10	7					X										X			X					X	
11	8						X									X		X					X		
12	9	X					X									X		X					X		
13	10						X									X		X					X		
14	11							X								X			X					X	
15	12						X									X	X						X		
16	13						X									X			X					X	
17	14						X									X		X					X		
18	15	X						X								X							X		
19	16	X					X									X		X					X		
20	17							X								X							X		
21	18						X									X		X					X		
22	19	X						X								X			X				X		
23	20							X								X			X					X	
24	21					X										X		X					X		
25	22						X									X			X					X	
26	23				X											X						X			
27	24							X								X		X					X		
28	25						X									X		X					X		
29	26	X								X						X							X		
30	27						X									X							X		
31	28							X								X							X		
32	29	X					X									X		X					X		
33	30					X										X								X	
34	31	X						X								X							X		
35	32	X					X									X						X			
36	33	X					X									X			X			X			
37	34						X									X							X		
38	35						X									X		X					X		
39	36							X								X							X		
40	37						X									X							X		
41	38						X									X							X		
42	39	X					X							X									X		
43	40						X									X							X		
44	41	X					X									X							X		
45	42	X			X											X							X		
46	43						X									X			X					X	
47	44	X					X									X			X				X		

45	X				X										X				X	
46		X			X										X				X	
47	X				X										X				X	
48		X			X										X				X	
49		X			X										X				X	
50	X				X										X				X	
51	X				X										X				X	
52	X				X										X				X	
53	X				X										X				X	
54		X			X										X				X	
55	X				X										X				X	
56		X			X										X				X	
57		X			X										X				X	
58	X				X										X				X	
59	X				X										X				X	
60	X				X										X				X	
61		X			X										X				X	
62		X			X										X				X	
63		X			X										X				X	
64		X			X										X				X	
65		X													X				X	
66	X				X										X				X	
67		X			X										X				X	
68	X				X										X				X	
69	X				X										X				X	
70		X		X											X		X		X	
71		X			X										X				X	
72	X				X										X				X	
73	X				X										X				X	
74	X				X										X				X	
75		X			X										X				X	
76	X				X										X				X	
77	X				X										X				X	
78		X		X											X				X	
79	X				X										X				X	
80	X			X											X				X	
81		X			X										X				X	
82		X		X											X				X	
83	X				X										X				X	
84	X				X										X				X	
85		X			X										X				X	
86		X			X										X				X	
87		X			X										X				X	
88	X				X										X				X	
89	X				X										X				X	
90		X			X										X				X	
91	X				X										X				X	



185		X			X								X						X				X		
186		X				X							X						X				X		
187	X					X							X					X					X		
188	X				X								X					X					X		
189		X				X							X					X					X		
190	X					X							X					X					X		
191	X					X							X					X					X		
192	X					X							X						X				X		
193		X				X							X						X					X	
194		X				X							X						X				X		
195		X			X								X						X				X		
196	X								X						X			X					X		
197	X							X							X			X					X		
198	X				X											X		X					X		
199		X			X											X		X					X		
200	X					X									X			X					X		
TOTAL	105	95	6	33	77	60	15	3	4	2	29	46	49	33	19	10	14	90	96	14	0	20	156	24	0
POCENTA	52.5	47.5	3	16.5	38.5	30	7.5	1.5	2	1	14.5	23	24.5	16.5	9.5	5	7	45	48	7	0	10	78	12	0

