

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**SÍNDROME DE BURNOUT Y SU ASOCIACIÓN CON EL NIVEL DE ANSIEDAD
EN INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2019**

Tesis presentada por la Bachiller:

Najar Huacho De Puerta, Vannia Judith

para optar el Título Profesional de:

Médico Cirujana

Asesor:

Dra. Llaza Loayza, Gloria

Arequipa - Perú

2020



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA

VICERECTORADO DE INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN DE COMPROMISO DE ASESORÍA DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN, TRABAJOS ACADÉMICOS Y/O TESIS

Mediante el presente documento doy conformidad y soy responsable de la asesoría de tesis y/o trabajo de investigación y/o trabajo académico cumpliendo las normas vigentes establecidas por la universidad Católica de Santa María

Título

"Síndrome de Burnout y su asociación con el nivel de ansiedad en
internos de medicina del Hospital Goyeneche, Arequipa 2019"

Autor:

Código: 2011132072 D.N.I. 44029686

Apellidos y nombres: Najar Huacho de Puente Vannia Judith

Email: vannia17-7@hotmail.com

Facultad

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional, Segunda Especialidad, Maestría o Doctorado

Escuela Profesional de Medicina Humana

Datos del Asesor

Código: 1249

Apellidos y nombres: Llaza Loayza Elisa Stoni D.N.I. 29680684

Stoni Llaza Loayza

Dra. Firma Llaza Loayza
PSIQUIATRA
Mgtra. En Salud Pública
Doctora en Medicina
CMP: 17340 - RNE: 8408

AGRADECIMIENTO

A mi Dios, quien me supo guiar, me dio y me da las fuerzas para seguir adelante y no rendirme ante los problemas que se presentan.

A mi familia; mi esposo Ricardo, por el apoyo y por creer en mi capacidad, a pesar de las dificultades siempre estuviste a mi lado; mis hijas Fabianna y Micaela que fueron mi motor para seguir mi sueño y poder lograrlo, ustedes son mi fuente de motivación e inspiración para superarme cada día.

A mis padres Judith y Miguel; hermanos Miguel y Rosa y mis sobrinas Alexxa y Bryanna; gracias por todo el apoyo en estos años, por nunca negarme la ayuda que necesitaba, por sentirse siempre orgullosos de mí, sin ustedes esto no hubiese podido lograrse.

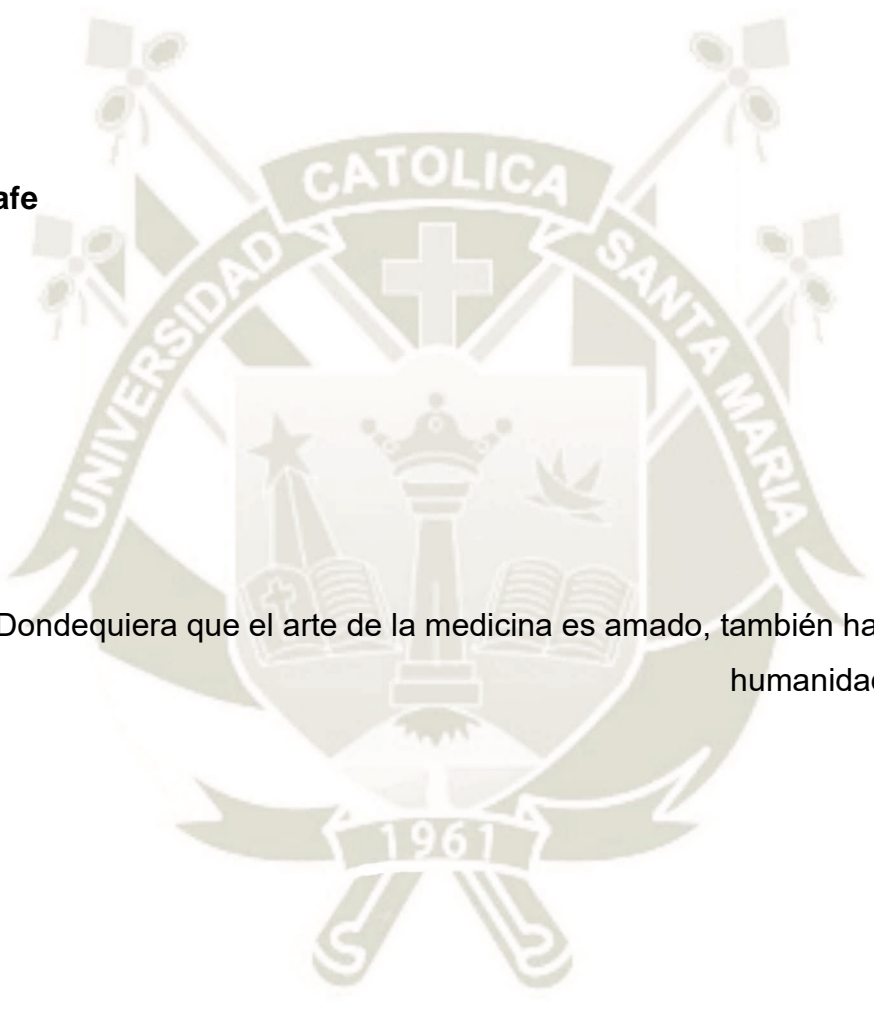
Y al Hospital Goyeneche y todos los doctores que me acompañaron en todo el año de mi internado, que sin duda fue la mejor elección, gracias por compartir todos sus conocimientos y hacerme sentir que no me equivoqué.

DEDICATORIA

A las niñas de mis ojos, ese par de sonrisas que hacían que mis días de estudio e internado se volvieran más soportables; las que soportaron mis ausencias, pero nunca me negaron un beso y abrazo. Por ustedes y para ustedes.

Fabianna y Micaela

Epígrafe



“Dondequiera que el arte de la medicina es amado, también hay un amor a la
humanidad” (Hipócrates)

RESUMEN

Objetivo: Identificar la asociación entre el síndrome de burnout y nivel de ansiedad de los internos de medicina del Hospital Goyeneche del año 2019.

Métodos: Se encuestó una muestra de 77 internos de medicina que cumplieron los criterios de selección, aplicando una ficha de datos, la escala de burnout de Maslach y la escala de ansiedad de Hamilton. Se comparan grupos mediante prueba chi cuadrado y se asocian variables mediante coeficiente de correlación de Spearman.

Resultados: El 11.69% de internos fueron menores de 25 años, 77.92% tenían de 25 a 30 años, y 10.39% fueron mayores de 30 años. El 64.94% de casos eran mujeres y 35.06% varones. El 68.83% provenían de una universidad particular y 31.17% de una universidad nacional. Al inicio del internado, el 40.26% presentara manifestaciones de burnout, y 6.49% burnout probable; en general, 20.78% de internos tenía ansiedad ligera, 14.29% ansiedad moderada y 3.90% ansiedad severa al inicio del internado. Al final del internado, el 32.47% presentara manifestaciones de burnout. El 24.68% de internos tenía ansiedad ligera, 12.99% ansiedad moderada y 5.19% ansiedad severa y 10.39% muy severa al final del internado. Esto implica una disminución significativa del burnout al final del internado, y un incremento significativo de la ansiedad ($p < 0.05$). Al final del internado, cuando hay burnout, el 24% de internos tiene niveles moderados o muy severos de ansiedad, mientras que sin burnout, el 26.92% de internos tienen ansiedad ligera, y solo 7.69% ansiedad moderada y 3.85% ansiedad severa o muy severa ($p < 0.05$), y la relación entre ambas variables fue de regular intensidad ($\rho < 0.50$) pero significativa ($p < 0.05$).

Conclusiones: Luego del internado, disminuyen la frecuencia de Burnout pero se incrementa el nivel de ansiedad, y el burnout se asocia a mayores niveles de ansiedad en internos de medicina.

PALABRAS CLAVE: internado, burnout, ansiedad.

ABSTRACT

Objective: To identify the association between burnout syndrome and anxiety level of the medical interns of the Goyeneche Hospital in 2019.

Methods: A sample of 77 medical interns who met the selection criteria was surveyed, applying a data sheet, the Maslach burnout scale and the Hamilton anxiety scale. Groups were compared using the chi-square test and variables were associated using the Spearman correlation coefficient.

Results: 11.69% of inmates were under 25 years old, 77.92% were between 25 and 30 years old, and 10.39% were over 30 years old. 64.94% of cases were women and 35.06% men. 68.83% came from a private university and 31.17% from a national university. At the beginning of the internship, 40.26% presented manifestations of burnout, and 6.49% probable burnout; in general, 20.78% of interns had slight anxiety, 14.29% moderate anxiety and 3.90% severe anxiety at the beginning of the internship. At the end of the internship, 32.47% presented manifestations of burnout. 24.68% of inmates had slight anxiety, 12.99% moderate anxiety and 5.19% severe anxiety and 10.39% very severe at the end of the internship. This implies a significant decrease in burnout at the end of the internship, and a significant increase in anxiety ($p < 0.05$). At the end of the internship, when there is burnout, 24% of inmates have moderate or very severe levels of anxiety, while without burnout, 26.92% of inmates have slight anxiety, and only 7.69% moderate anxiety and 3.85% severe or very severe ($p < 0.05$), and the relationship between both variables was of regular intensity ($\rho < 0.50$) but significant ($p < 0.05$).

Conclusions: After internship, the frequency of burnout decreases but the level of anxiety increases, and burnout is associated with higher levels of anxiety in medical interns.

KEY WORDS: boarding school, burnout, anxiety.

INTRODUCCIÓN

Los internos de medicina pueden presentar diferentes dificultades que podrían afectar su bienestar, satisfacción y desempeño académico y laboral, siendo determinantes por múltiples factores individuales, sociales y académicos, dado que inadecuado afrontamiento y solución podría desencadenar sensaciones de no poder dar más de sí mismo, actuando con desinterés y pérdida del valor y sentido de los estudios y del trabajo, y duda acerca de la propia capacidad para realizarlos. Todos estos síntomas encierran lo que es el Síndrome de Burnout y el nivel de ansiedad que pueden tener y por consiguiente tener implicaciones negativas sobre la salud mental, el bienestar y calidad de vida del sujeto.

En estos últimos años la deserción de muchos internos de medicina ha sido un problema que ha tenido que afrontar los diversos establecimientos de salud ya que apenas iniciando el año de internado sienten la presión del trabajo y deciden equivocadamente en abandonarlo.

Se considera que el síndrome de burnout y la ansiedad tienen algunos síntomas comunes, además pueden coexistir como diagnósticos duales (comorbilidad), y podrían ser considerados como reacciones secundarias a alguno de ellos.

Este trabajo de investigación está orientado a identificar la asociación entre el síndrome de burnout y nivel de ansiedad de los internos de medicina del Hospital Goyeneche en el año 2019, evaluándolos al inicio del internado y al final del mismo, y así identificar cuántos casos de Síndrome de Burnout y ansiedad aumentaron en el año de internado y que tan relacionadas están estas dos patologías.

Luego de realizar el estudio hemos encontrado que, al inicio del internado, el 40.26% presentaron manifestaciones de burnout, y 6.49% burnout probable; en general, 20.78% de internos tenía ansiedad ligera, 14.29% ansiedad moderada y 3.90% ansiedad severa al inicio del internado. Al final del internado, el 32.47% presentaron manifestaciones de burnout. El 24.68% de internos tenía ansiedad ligera, 12.99% ansiedad moderada y 5.19% ansiedad severa y 10.39% muy severa al final del internado. Esto implica una disminución significativa del burnout al final del internado, y un incremento significativo de la ansiedad. Al final del internado, cuando hay burnout, el 24% de internos tiene niveles moderados o muy severos de ansiedad, mientras que, sin burnout, el 26.92% de internos tienen ansiedad ligera, y solo 7.69% ansiedad moderada y 3.85% ansiedad severa o muy severa, siendo

la relación entre ambas variables de regular intensidad, pero significativa. De esta manera podemos ver que el síndrome de burnout y la ansiedad son patologías que pueden estar relacionadas y por ende, se debe ampliar el análisis y estudio de todos los estudiantes del último año de medicina que ingresaran al internado y así evitar futuras consecuencias negativas para la persona y el establecimiento al que representan.



ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	1
CAPÍTULO II RESULTADOS	6
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	29
CONCLUSIONES.....	34
RECOMENDACIONES	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
ANEXOS	41
Anexo 1. Consentimiento informado	42
Anexo 2. Ficha socioeconómica y académica de internos de medicina del Hospital III Goyeneche.....	43
Anexo 3. Inventario de Burnout de Maslach.....	46
Anexo 4. Cuestionario de Ansiedad de Hamilton	50
Anexo 5. Matriz de sistematización de información.....	52
Anexo 6 Proyecto de investigación	65

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 A Características generales de los internos de medicina	7
Tabla 1 B Características generales de los internos de medicina (cont.)	9
Tabla 2 Niveles de los componentes del síndrome de burnout antes del internado	11
Tabla 3 Nivel de burnout antes del internado	13
Tabla 4 Componentes y niveles de ansiedad antes del internado	15
Tabla 5 Niveles de los componentes del síndrome de burnout después del internado	17
Tabla 6 Nivel de burnout después del internado	19
Tabla 7 Componentes y niveles de ansiedad después del internado.....	21
Tabla 8 Variación de los niveles de burnout en los internos.....	23
Tabla 9 Variación de los niveles de ansiedad en los internos	25
Tabla 10 Influencia del burnout en el desarrollo de ansiedad en los internos de medicina.....	27

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 A Características generales de los internos de medicina	8
Gráfico 1 B Características generales de los internos de medicina (cont.)	10
Gráfico 2 Niveles de los componentes del síndrome de burnout antes del internado	12
Gráfico 3 Nivel de burnout antes del internado	14
Gráfico 4 Componentes y niveles de ansiedad antes del internado.....	16
Gráfico 5 Niveles de los componentes del síndrome de burnout después del internado	18
Gráfico 6 Nivel de burnout después del internado.....	20
Gráfico 7 Componentes y niveles de ansiedad después del internado	22
Gráfico 8 Variación de los niveles de burnout en los internos	24
Gráfico 9 Variación de los niveles de ansiedad en los internos.....	26
Gráfico 10 Influencia del burnout en el desarrollo de ansiedad en los internos de medicina.....	28



CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento utilizado consistió en una ficha de consentimiento informado (Anexo 1) ficha socioeconómica y académica de internos (Anexo 2) Cuestionario de Maslach Burnout inventory (Anexo 3) y Escala de ansiedad de Hamilton (Anexo 4).

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 los servicios de pediatría, cirugía, medicina y gineco-obstetricia del Hospital III Goyeneche de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal:

El estudio se realizó en Diciembre 2018 (al ingreso de los nuevos internos de medicina 2019) y Diciembre 2019 (al finalizar el internado).

2.3. Unidades de estudio:

Internos de medicina del Hospital III Goyeneche.

2.4. Universo:

Todos los internos de medicina del Hospital III Goyeneche.

2.5. Muestra:

77 internos de medicina del Hospital III Goyeneche que cumplieron con los siguientes criterios de selección.

2.6. Criterios de selección:

2.6.1. Criterios de Inclusión

- Internos de medicina del Hospital III Goyeneche 2019

2.6.2. Criterios de Exclusión

- Otros internos que no son de medicina y otros trabajadores de salud.
- De licencia o permiso el día de aplicación de los instrumentos
- Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas

3. Tipo de investigación:

Se trata de un estudio de campo.

4. Diseño de investigación:

Se trata de un estudio analítico, prospectivo y transversal.

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización

Se realizó encuestas antes mencionadas a todos los internos de medicina del Hospital III Goyeneche del año 2019, al inicio del internado y al finalizar el mismo.

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

Cuestionario de Maslach Burnout inventory: se mide por medio de cuestionario de Maslach de 1986 que es el instrumento más utilizado en todo el mundo. Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90% está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional. Se realiza en 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones a las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno.

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

2. Subescala de despersonalización. Está formado por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30
3. Subescala de realización personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48

La clasificación de las afirmaciones es la siguiente: Cansancio emocional: 1,2,3,6,8,13,14,16,20. Despersonalización: 5,10,11,15,22. Realización personal: 4,7,9,12,17,18,19,21. Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome. Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout. Las respuestas a las 22 preguntas miden tres dimensiones diferentes: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal (1).

Escala de ansiedad de Hamilton: se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 – 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1,2,3,4,5,6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7,8,9,10,11,12 y 13). No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad (2).

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 de manera consecutiva 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 2016).

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. Se realizaron comparaciones entre grupos de variables categóricas con la prueba de chi cuadrado y se asociaron variables mediante coeficiente de correlación de Spearman. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSS v. 22.0 para Windows.



CAPÍTULO II RESULTADOS

**SÍNDROME DE BURNOUT Y SU ASOCIACIÓN CON EL NIVEL DE ANSIEDAD EN INTERNOS DE
MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA 2019**

Tabla 1 A

Características generales de los internos de medicina

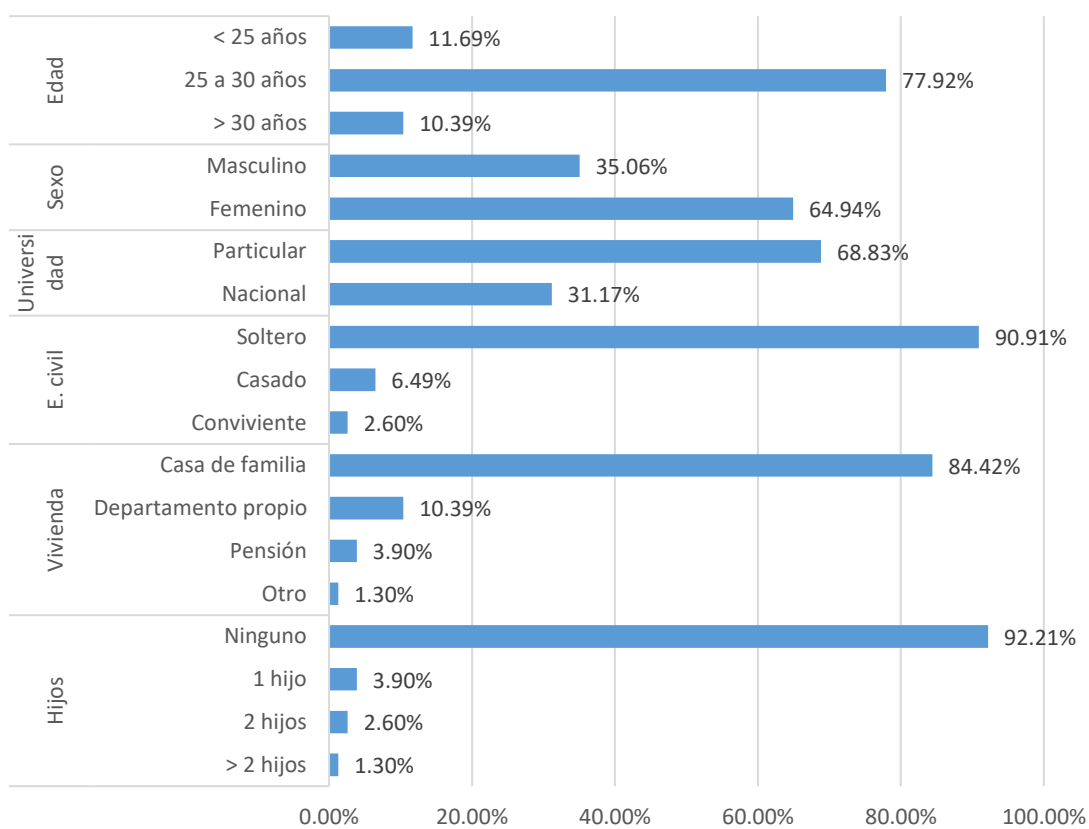
		N°	%
Edad	< 25 años	9	11.69%
	25 a 30 años	60	77.92%
	> 30 años	8	10.39%
Sexo	Masculino	27	35.06%
	Femenino	50	64.94%
Universidad	Particular	53	68.83%
	Nacional	24	31.17%
E. civil	Soltero	70	90.91%
	Casado	5	6.49%
	Conviviente	2	2.60%
Vivienda	Casa de familia	65	84.42%
	Departamento propio	8	10.39%
	Pensión	3	3.90%
	Otro	1	1.30%
Hijos	Ninguno	71	92.21%
	1 hijo	3	3.90%
	2 hijos	2	2.60%
	> 2 hijos	1	1.30%
Total		77	100.00%

Fuente: Elaboración propia

**SÍNDROME DE BURNOUT Y SU ASOCIACIÓN CON EL NIVEL DE ANSIEDAD EN INTERNOS DE
MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2019**

Gráfico 1 A

Características generales de los internos de medicina



Fuente: Elaboración propia

**SÍNDROME DE BURNOUT Y SU ASOCIACIÓN CON EL NIVEL DE ANSIEDAD EN INTERNOS DE
MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA 2019**

Tabla 1 B

Características generales de los internos de medicina (cont.)

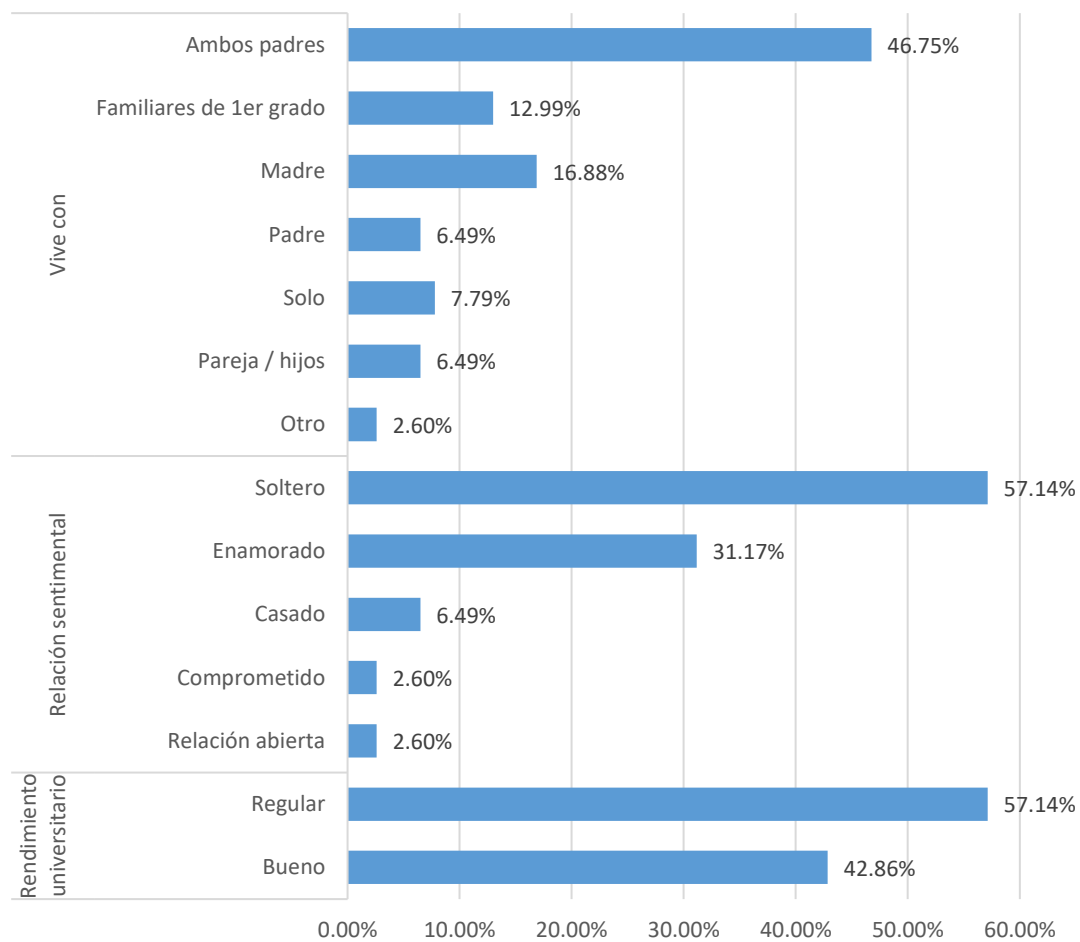
		N°	%
Vive con	Ambos padres	36	46.75%
	Familiares de 1er grado	10	12.99%
	Madre	13	16.88%
	Padre	5	6.49%
	Solo	6	7.79%
	Pareja / hijos	5	6.49%
	Otro	2	2.60%
Relación sentimental	Soltero	44	57.14%
	Enamorado	24	31.17%
	Casado	5	6.49%
	Comprometido	2	2.60%
	Relación abierta	2	2.60%
Rendimiento universitario	Regular	44	57.14%
	Bueno	33	42.86%
Total		77	100.00%

Fuente: Elaboración propia

**SÍNDROME DE BURNOUT Y SU ASOCIACIÓN CON EL NIVEL DE ANSIEDAD EN INTERNOS DE
MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHE, AREQUIPA 2019**

Gráfico 1 B

Características generales de los internos de medicina (cont.)



Fuente: Elaboración propia

**SÍNDROME DE BURNOUT Y SU ASOCIACIÓN CON EL NIVEL DE ANSIEDAD EN INTERNOS DE
MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA 2019**

Tabla 2

Niveles de los componentes del síndrome de burnout antes del internado

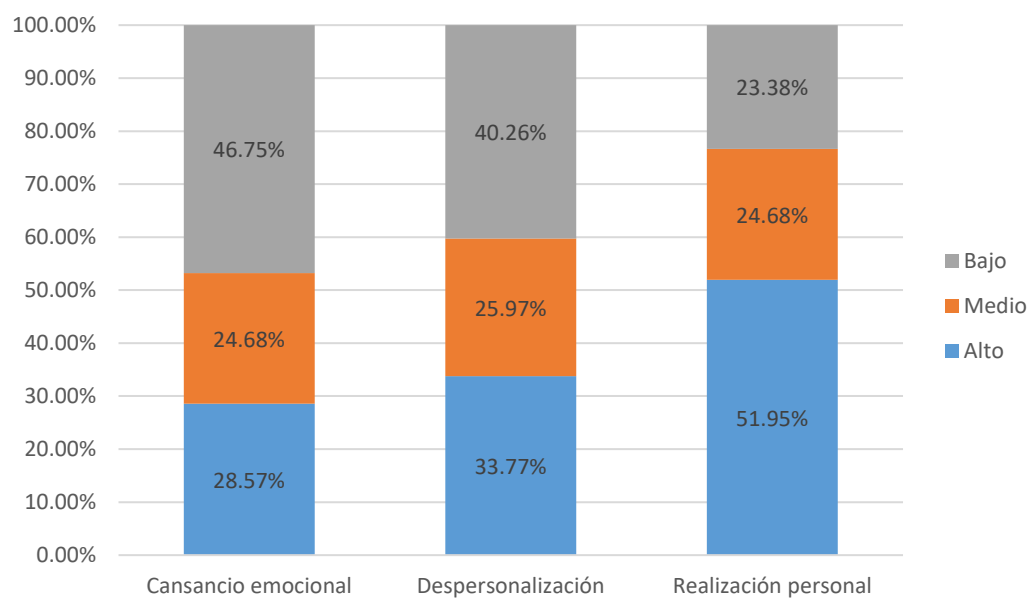
Nivel	Cansancio emocional		Despersonalización		Realización personal	
	N°	%	N°	%	N°	%
Alto	22	28.57%	26	33.77%	40	51.95%
Medio	19	24.68%	20	25.97%	19	24.68%
Bajo	36	46.75%	31	40.26%	18	23.38%
Total	77	100.00%	77	100.00%	77	100.00%

Fuente: Elaboración propia

SÍNDROME DE BURNOUT Y SU ASOCIACIÓN CON EL NIVEL DE ANSIEDAD EN INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA 2019

Gráfico 2

Niveles de los componentes del síndrome de burnout antes del internado



Fuente: Elaboración propia

**SÍNDROME DE BURNOUT Y SU ASOCIACIÓN CON EL NIVEL DE ANSIEDAD EN INTERNOS DE
MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA 2019**

Tabla 3

Nivel de burnout antes del internado

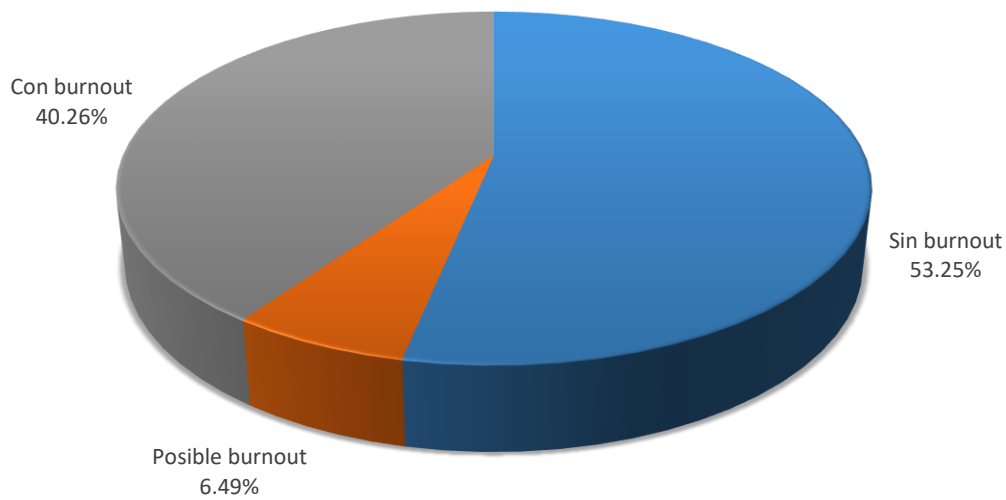
	N°	%
Sin burnout	41	53.25%
Posible burnout	5	6.49%
Con burnout	31	40.26%
Total	77	100.00%

Fuente: Elaboración propia

SÍNDROME DE BURNOUT Y SU ASOCIACIÓN CON EL NIVEL DE ANSIEDAD EN INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2019

Gráfico 3

Nivel de burnout antes del internado



Fuente: Elaboración propia

**SÍNDROME DE BURNOUT Y SU ASOCIACIÓN CON EL NIVEL DE ANSIEDAD EN INTERNOS DE
MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA 2019**

Tabla 4

Componentes y niveles de ansiedad antes del internado

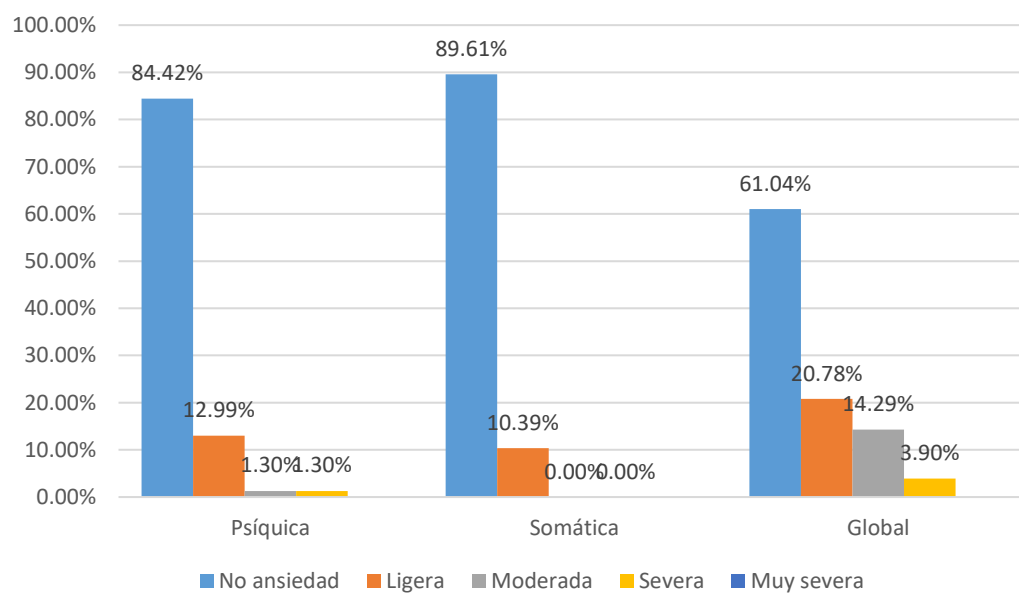
Nivel	Psíquica		Somática		Global	
	N°	%	N°	%	N°	%
No ansiedad	65	84.42%	69	89.61%	47	61.04%
Ligera	10	12.99%	8	10.39%	16	20.78%
Moderada	1	1.30%	0	0.00%	11	14.29%
Severa	1	1.30%	0	0.00%	3	3.90%
Muy severa	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Total	77	100.00%	77	100.00%	77	100.00%

Fuente: Elaboración propia

**SÍNDROME DE BURNOUT Y SU ASOCIACIÓN CON EL NIVEL DE ANSIEDAD EN INTERNOS DE
MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA 2019**

Gráfico 4

Componentes y niveles de ansiedad antes del internado



Fuente: Elaboración propia

**SÍNDROME DE BURNOUT Y SU ASOCIACIÓN CON EL NIVEL DE ANSIEDAD EN INTERNOS DE
MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2019**

Tabla 5

Niveles de los componentes del síndrome de burnout después del internado

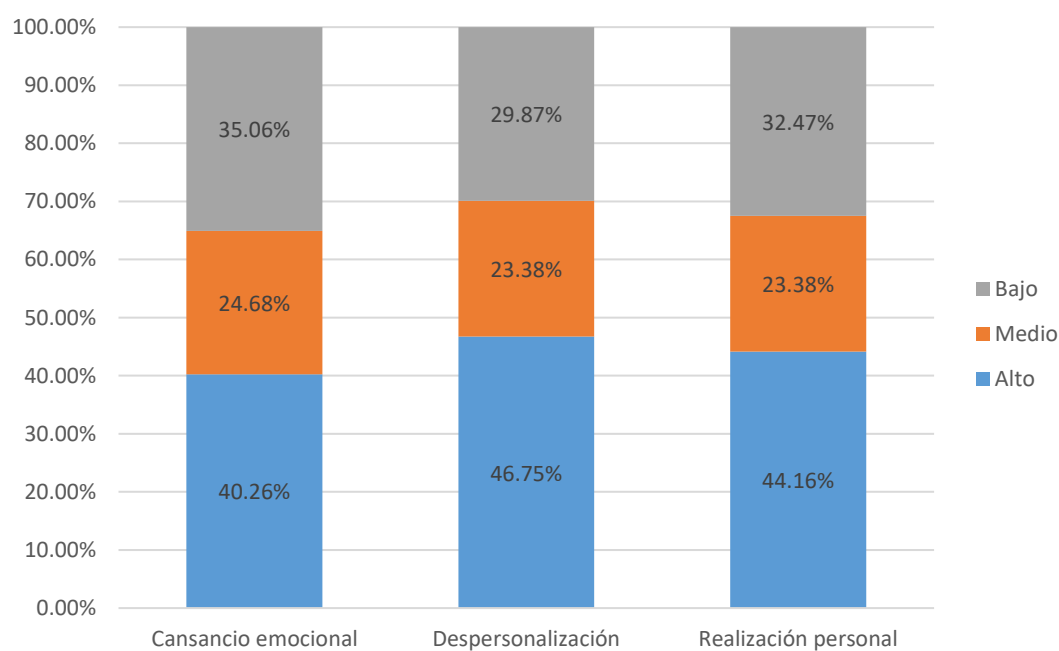
Nivel	Cansancio emocional		Despersonalización		Realización personal	
	N°	%	N°	%	N°	%
Alto	31	40.26%	36	46.75%	34	44.16%
Medio	19	24.68%	18	23.38%	18	23.38%
Bajo	27	35.06%	23	29.87%	25	32.47%
Total	77	100.00%	77	100.00%	77	100.00%

Fuente: Elaboración propia

SÍNDROME DE BURNOUT Y SU ASOCIACIÓN CON EL NIVEL DE ANSIEDAD EN INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHE, AREQUIPA 2019

Gráfico 5

Niveles de los componentes del síndrome de burnout después del internado



Fuente: Elaboración propia

**SÍNDROME DE BURNOUT Y SU ASOCIACIÓN CON EL NIVEL DE ANSIEDAD EN INTERNOS DE
MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHE, AREQUIPA 2019**

Tabla 6

Nivel de burnout después del internado

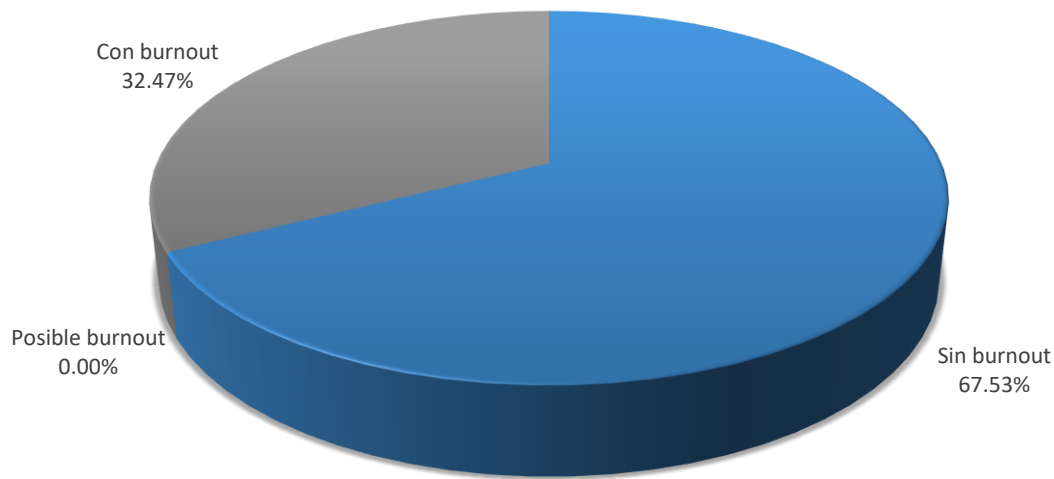
	N°	%
Sin burnout	52	67.53%
Posible burnout	0	0.00%
Con burnout	25	32.47%
Total	77	100.00%

Fuente: Elaboración propia

**SÍNDROME DE BURNOUT Y SU ASOCIACIÓN CON EL NIVEL DE ANSIEDAD EN INTERNOS DE
MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHE, AREQUIPA 2019**

Gráfico 6

Nivel de burnout después del internado



Fuente: Elaboración propia

**SÍNDROME DE BURNOUT Y SU ASOCIACIÓN CON EL NIVEL DE ANSIEDAD EN INTERNOS DE
MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA 2019**

Tabla 7

Componentes y niveles de ansiedad después del internado

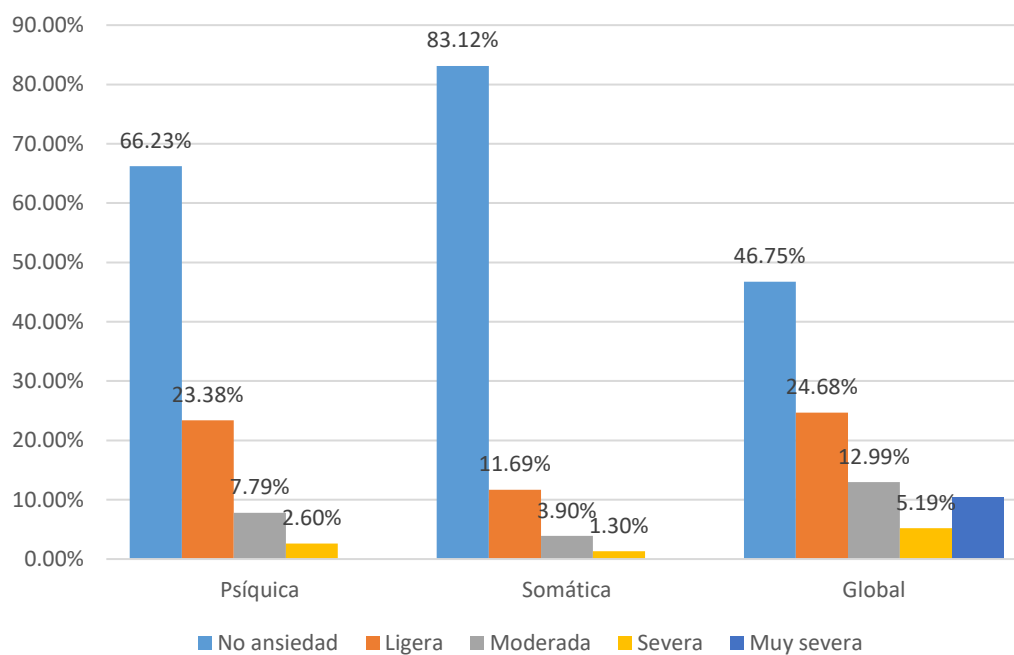
Nivel	Psíquica		Somática		Global	
	N°	%	N°	%	N°	%
No ansiedad	51	66.23%	64	83.12%	36	46.75%
Ligera	18	23.38%	9	11.69%	19	24.68%
Moderada	6	7.79%	3	3.90%	10	12.99%
Severa	2	2.60%	1	1.30%	4	5.19%
Muy severa	0	0.00%	0	0.00%	8	10.39%
Total	77	100.00%	77	100.00%	77	100.00%

Fuente: Elaboración propia

**SÍNDROME DE BURNOUT Y SU ASOCIACIÓN CON EL NIVEL DE ANSIEDAD EN INTERNOS DE
MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHE, AREQUIPA 2019**

Gráfico 7

Componentes y niveles de ansiedad después del internado



Fuente: Elaboración propia

**SÍNDROME DE BURNOUT Y SU ASOCIACIÓN CON EL NIVEL DE ANSIEDAD EN INTERNOS DE
MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA 2019**

Tabla 8

Variación de los niveles de burnout en los internos

	Antes		Después	
	N°	%	N°	%
Sin burnout	41	53.25%	52	67.53%
Posible burnout	5	6.49%	0	0.00%
Con burnout	31	40.26%	25	32.47%
Total	77	100.00%	77	100.00%

Chi² = 6.94

G. libertad = 2

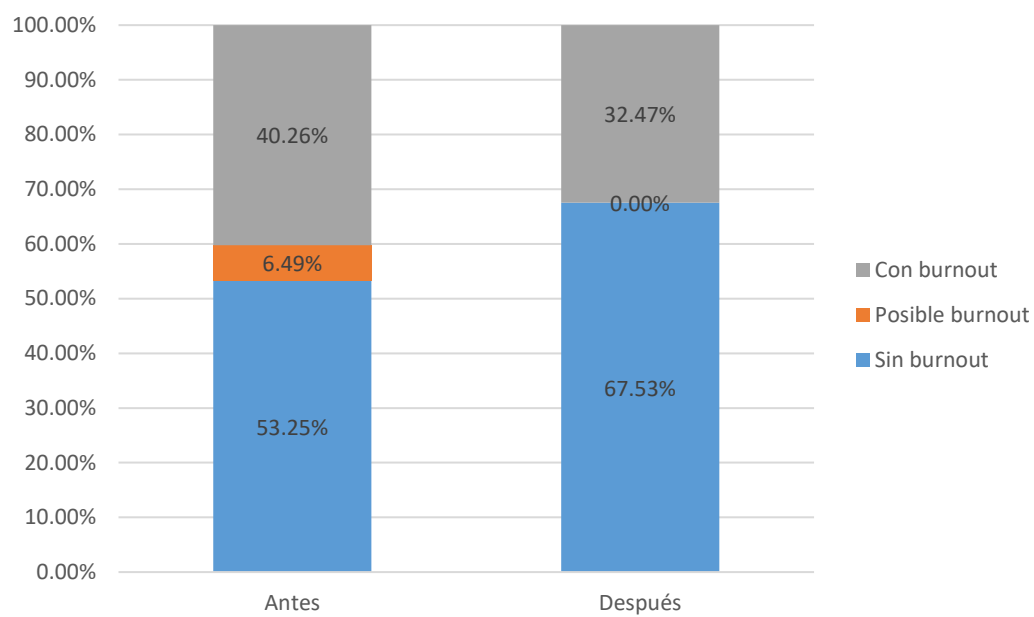
p = 0.03

Fuente: Elaboración propia

SÍNDROME DE BURNOUT Y SU ASOCIACIÓN CON EL NIVEL DE ANSIEDAD EN INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2019

Gráfico 8

Variación de los niveles de burnout en los internos



Fuente: Elaboración propia

**SÍNDROME DE BURNOUT Y SU ASOCIACIÓN CON EL NIVEL DE ANSIEDAD EN INTERNOS DE
MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA 2019**

Tabla 9

Variación de los niveles de ansiedad en los internos

Nivel	Antes		Después	
	N°	%	N°	%
No ansiedad	47	61.04%	36	46.75%
Ligera	16	20.78%	19	24.68%
Moderada	11	14.29%	10	12.99%
Severa	3	3.90%	4	5.19%
Muy severa	0	0.00%	8	10.39%
Total	77	100.00%	77	100.00%

Chi² = 9.91

G. libertad = 4

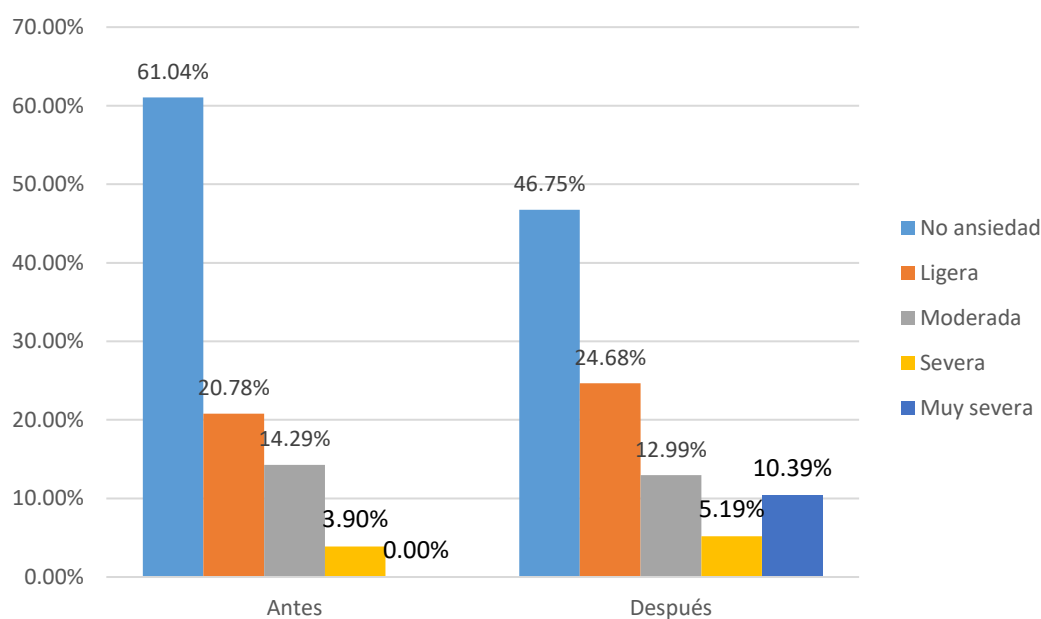
p = 0.04

Fuente: Elaboración propia

SÍNDROME DE BURNOUT Y SU ASOCIACIÓN CON EL NIVEL DE ANSIEDAD EN INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA 2019

Gráfico 9

Variación de los niveles de ansiedad en los internos



Fuente: Elaboración propia

**SÍNDROME DE BURNOUT Y SU ASOCIACIÓN CON EL NIVEL DE ANSIEDAD EN INTERNOS DE
MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA 2019**

Tabla 10

**Influencia del burnout en el desarrollo de ansiedad en los internos de
medicina**

Ansiedad	Con burnout		Sin burnout		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
No ansiedad	6	24.00%	30	57.69%	36	46.75%
Ligera	5	20.00%	14	26.92%	19	24.68%
Moderada	6	24.00%	4	7.69%	10	12.99%
Severa	2	8.00%	2	3.85%	4	5.19%
Muy severa	6	24.00%	2	3.85%	8	10.39%
Total	25	100.00%	52	100.00%	77	100.00%

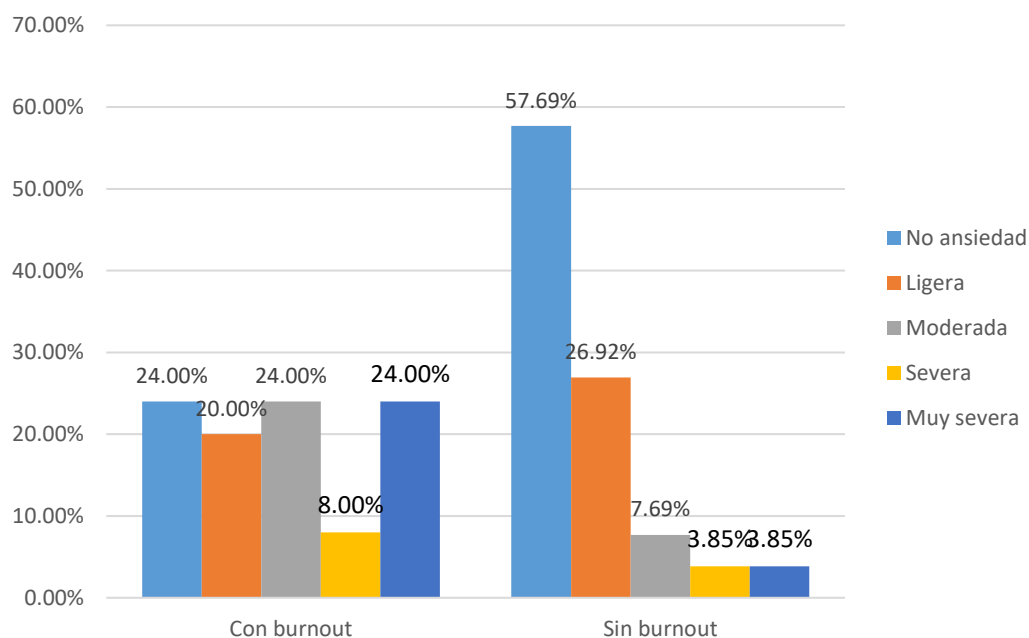
Chi² = 15.05 G. libertad = 4 p < 0.01
Spearman rho = -0.4058 p < 0.01

Fuente: Elaboración propia

**SÍNDROME DE BURNOUT Y SU ASOCIACIÓN CON EL NIVEL DE ANSIEDAD EN INTERNOS DE
MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2019**

Gráfico 10

**Influencia del burnout en el desarrollo de ansiedad en los internos de
medicina**



Fuente: Elaboración propia



El presente estudio se realizó con el objeto de identificar la asociación entre el síndrome de burnout y nivel de ansiedad de los internos de medicina del Hospital Goyeneche del año 2019. Se realizó la presente investigación debido a la necesidad de establecer un precedente respecto a la presencia de este síndrome en los internos de medicina, además de la conveniencia de prevenir la instalación del Síndrome de Burnout y ansiedad en el personal que labora en dicho hospital. Por otra parte, se pretende contribuir con el fortalecimiento de la calidad de vida del interno de medicina, generando optimismo, resiliencia, eficacia, eficiencia y productividad, con sentido de pertenencia (1).

Para tal fin se encuestó una muestra de 77 internos de medicina que cumplieron los criterios de selección, aplicando una ficha de datos, la escala de burnout de Maslach y la escala de ansiedad de Hamilton. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva, se comparan grupos mediante prueba chi cuadrado y se asocian variables mediante coeficiente de correlación de Spearman (3).

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestran las características epidemiológicas y académicas de los internos de medicina evaluados. El 11.69% de casos fueron menores de 25 años, 77.92% tenían de 25 a 30 años, y 10.39% fueron mayores de 30 años. El 64.94% de casos eran mujeres y 35.06% varones. El 68.83% provenían de una universidad particular y 31.17% de una universidad nacional. El 90.91% de internos era soltero, 6.49% casados y 2-60% convivientes. La vivienda era una casa de familia en 84.42%, departamento propio en 10.39%, 3-90% vivía en pensión y 1.30% en otro lugar. Un 7.79% tenían hijos, 46.75% vivía con ambos padres, 12.99% con familiares de primer grado, 16.88% solo con la madre y 6.49% solo con el padre. El 57.14% se declaró soltero (sin relación sentimental), 31.77% estaba enamorado, 6.49% casado, 2.60% comprometido o en la misma proporción en una relación abierta. El rendimiento universitario referido fue como regular en 57.14% y bueno en 42.86% de internos de medicina. En los estudios tomados como antecedentes se vio como grupo de investigación entre 21 y 41 años en promedio, además de contar con mayor porcentaje de mujeres como es el caso de nuestra investigación. No se han encontrado estudios directos hacia internos de medicina a nivel nacional ni internacional, pero este trabajo podría ser un precedente para que haya más investigación con respecto a este tipo de población; pues, aunque es un tema emergente en el país, la psicología de la salud ocupacional, no recibe

la atención que se requiere en los factores psicológicos del riesgo psicosocial y así disminuir las altas tasas de déficit de salud mental en los trabajadores del sector salud como de otros sectores.

La **Tabla y Gráfico 2** muestran los componentes del síndrome de burnout en los internos de medicina al inicio del internado; en este momento, el 28.57% tenía altos niveles de cansancio emocional, 33.77% altos niveles de despersonalización y 23.38% bajos niveles de realización personal; esto hace que al inicio del internado, el 40.26% presentara manifestaciones de burnout, y 6.49% burnout probable, como se muestra en la **Tabla y Gráfico 3**. A pesar de no haber un estudio directamente relacionado a internos de medicina, hay muchos estudios que evalúan al personal de salud y otros profesionales que están bajo estrés laboral como es el caso de los profesores. En uno de nuestros antecedentes que es sobre el estudio de la Comorbilidad entre síndrome de Burnout, depresión y ansiedad en una muestra de profesores de Educación Básica del Estado de México-2017, refieren que la proporción de síndrome de Burnout en un nivel bajo para la subescala de agotamiento emocional es alta (47 por ciento) casi la mitad de la muestra. También, esta situación se observa en la subescala de despersonalización (39 por ciento). Si bien, en un sentido estricto están en el límite representan una población de riesgo en el desarrollo del SBO moderado y severo. En la subescala de realización personal la mayoría de los profesores obtuvo puntajes altos (62 por ciento), lo que indicaba que existía en esta muestra de profesores una alta satisfacción con respecto a los logros en su trabajo, a diferencia del presente estudio donde obtenemos bajos niveles de realización personal (23.38%) (4).

En relación a los síntomas de ansiedad antes del internado, la **Tabla y Gráfico 4** muestran que el 12.99% de internos tenía síntomas ligeros de ansiedad psíquica y 2.60% moderada a severa, y 10.39% tenía ansiedad somática ligera; en general, 20.78% de internos tenía ansiedad ligera, 14.29% ansiedad moderada y 3.90% ansiedad severa al inicio del internado. En uno de los estudios tomados como antecedentes en magistrados de Lima-Perú, se encontró una prevalencia de ansiedad de 12.5%; indicándonos que la ansiedad no es un diagnóstico que sólo se da en personal de salud, sino en otros ámbitos laborales, siendo un problema de salud pública y por ende se debería dar la importancia que necesita para que en el futuro no se tenga problemas mentales.

La **Tabla y Gráfico 5** muestran los componentes del síndrome de burnout en los internos de medicina al final del ciclo de internado; en este momento, el 40.26% tenía altos niveles de cansancio emocional, 46.75% altos niveles de despersonalización y 32.47% bajos niveles de realización personal; esto hace que al final del internado, el 32.47% presentara manifestaciones de burnout, como se muestra en la **Tabla y Gráfico 6**. En comparación con los resultados al inicio del internado, podemos ver que hay un aumento de casos en un 11.69% con altos niveles de cansancio emocional, 12.98% altos niveles de despersonalización y 9.09% bajos niveles de realización personal, pero en total se encuentra una disminución de casos de síndrome de Burnout de 7.79% que podría responder a los posibles Burnout que se presentaron al inicio (6.49%), pasando este grupo a ser parte de los No Burnout.

En la **Tabla y Gráfico 7** se muestran los síntomas de ansiedad después del internado; el 23.38% de internos tenía síntomas ligeros de ansiedad psíquica y 10.39% moderada a severa, y 11.69% tenía ansiedad somática ligera y 5.19% moderada o severa; en general, 24.68% de internos tenía ansiedad ligera, 12.99% ansiedad moderada y 5.19% ansiedad severa y 10.39% muy severa al final del internado. Comparando con los resultados al inicio del internado, podemos ver un aumento de casos en 3.9% con diagnóstico de ansiedad ligera, disminución de casos en 1.3% con ansiedad moderada y aumento de 1.29% con ansiedad severa y presentándose nuevos casos de 10.39% con ansiedad muy severa. Cabe la posibilidad que la disminución de aquellos casos con ansiedad moderada, puede ser el resultado de aquellos internos de medicina que tuvieron seguimiento por medio del servicio de Psiquiatría del hospital III Goyeneche de Arequipa.

En la **Tabla y Gráfico 8** se muestra la variación de la presencia de burnout antes y después del internado; su presencia pasó de 40.26% al inicio a 32.47% después del mismo, siendo la diferencia significativa ($p < 0.05$). Este resultado puede ser consecuencia de la ya no existencia del grupo con probable burnout que hubo al inicio del internado, pudiendo haber pasado al final del internado al grupo “sin burnout”.

La **Tabla y Gráfico 9** muestran la variación de los niveles de ansiedad luego del internado; a diferencia del burnout, la ansiedad aumentó de 0% en niveles muy

severos a 10.39% luego del mismo, y la ansiedad ligera pasó de 20.78% a 24.68%, siendo las diferencias significativas ($p < 0.05$). Estos resultados nos indican que al final del internado hubo un aumento de ansiedad por parte de los internos de medicina, pudiendo ser la respuesta de ellos hacia la incertidumbre de su futuro, la preocupación por conseguir un tema de tesis y así poder titularse, como otros factores externos que podrían estar involucrándose en este resultado.

Considerando los niveles finales de ansiedad y la presencia de burnout al final del internado, en la **Tabla y Gráfico 10** se muestra que cuando hay burnout, el 24% tiene niveles moderados o muy severos de ansiedad, mientras que sin burnout, el 26.92% de internos tienen ansiedad ligera, y solo 7.69% ansiedad moderada y 3.85% ansiedad severa o muy severa; las diferencias fueron significativas ($p < 0.05$), y la relación entre ambas variables fue de regular intensidad ($\rho < 0.50$) pero significativa ($p < 0.05$). Los resultados encontrados en este aspecto coinciden con la bibliografía consultada, la misma que en ausencia de estudios referidos a internos de medicina, se prefirió hacer la comparación con una muestra de profesores de la ciudad de México, confirmando una relación entre el síndrome de Burnout y la ansiedad (Sanchez-Narváez, 2016), esto comparado con nuestra muestra se entiende que hay relación entre ambas variables (5).

CONCLUSIONES

Primera.- Existe una asociación significativa moderada entre el síndrome de burnout y el mayor nivel de ansiedad en los internos de medicina del Hospital Goyeneche del año 2019.

Segunda.- Se encontró presencia de ansiedad ligera en 20.78% y moderada en 14.29% de internos del Hospital Goyeneche al ingreso del internado.

Tercera.- Se identificó ansiedad ligera en 24.68%, moderada en 12.99%, severa en 5.19% y muy severa en 10.39% en los internos del Hospital Goyeneche después de un año de internado.

Cuarta.- Se encontró presencia de síndrome de Burnout en 40.26% de internos de medicina del Hospital Goyeneche al ingreso del internado.

Quinta.- Se identificó la presencia de síndrome de Burnout en 32.47% de internos de medicina del Hospital Goyeneche al finalizar el internado.

RECOMENDACIONES

- 1) A la oficina de admisión de la Universidad Católica de Santa María, iniciar un estudio psicológico y psiquiátrico a todos los postulantes de la Facultad de medicina, para evaluar su nivel de resiliencia y así en el futuro puedan sobrellevar el estrés que puede causar las distintas actividades de las cuales será encargado en su futuro.
- 2) Al decano de la facultad de Medicina humana de la Universidad Católica de Santa María, incluir cursos sobre inteligencia emocional o algún otro curso afin, donde se pueda ayudar al futuro médico como afrontar las distintas situaciones difíciles que afrontarán posteriormente.
- 3) A la oficina de bienestar estudiantil de la Universidad Católica de Santa María, evaluar el estado mental de los estudiantes de último año de la facultad de medicina, y así poder prevenir los posibles síndrome burnout o de ansiedad que podrían llegar a resultados lamentables.
- 4) Al jefe de servicio de Psiquiatría del Hospital Goyeneche, así como de otros hospitales, hacer seguimientos mensuales sobre el estado emocional y psicológico de los internos de medicina para evitar futuras deserciones de los mismos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

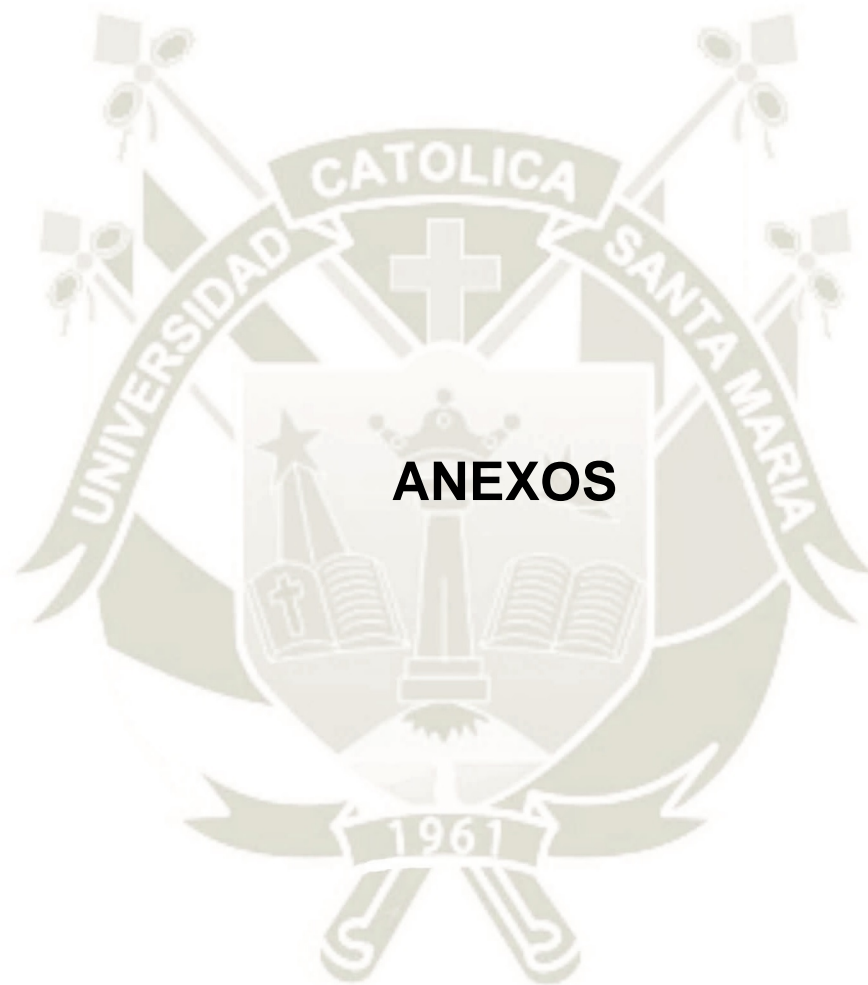
1. Maslach C, Schaufeli W, Leiter M. Job Burnout. Annual Review of Psychology. 2001; 52(1): p. 397-422 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.52.1.397>.
2. Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. Brit J Med Psychol. 1959; 32(1): p. 50-55 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>.
3. Caballero Domínguez Carmen, González Gutiérrez Orlando, Palacio Sañudo Jorge. Relación del burnout y el engagement con depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. Salud, Barranquilla. 2015; 31(1): p. 59-69 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522015000100008&lng=en&nrm=iso. ISSN 0120-5552.
4. Arias Gallegos Walter L., Muñoz del Carpio Toia Agueda, Delgado Montesinos Yesary, Ortiz Puma Mariela, Quispe Villanueva Mario. Síndrome de burnout en personal de salud de la ciudad de Arequipa (Perú). Med. segur. trab. 2017; 63(249): p. 331-344 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2017000400331&lng=es.
5. Moriana J, Herrezco. El síndrome de burnout como predictor de bajas laborales de tipo psiquiátrico. Clínica y salud (España: Colegio Oficial de Psicólogos). 2005; 16(2): p. 161-172 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180616104003.pdf>.
6. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-V-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5th ed. 2014 , editor. Barcelona, España. James Morrison; 2014.
7. Moreno B, Meda R, Rodríguez A. El síndrome de burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: Prevalencia y Factores Sociodemográficos asociados. Psicología y Salud. 2006; 16(1): p. 5-13. Obtenido de: <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/778>.

8. Arango S, Castaño J, Henao C, Jiménez D, López A, Páez M. Síndrome de burnout y factores asociados en estudiantes del I a X semestre de la Facultad de Medicina de la universidad de Manizales. *Archivo de Medicina*. 2019 Colombia; 10(2): p. 110-126 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: [javascript:void\(0\)](javascript:void(0);).
9. Abreu Dávila. Síndrome de agotamiento emocional en profesionales de la unidad de cuidados intensivo. *MULTICIENCIAS*. 2011; 11(4): p. 370 - 377 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: [ISSN 1317-2255](https://doi.org/10.15446/mult.11.4.370-377).
10. Saborío Morales, Lachiner, & Hidalgo Murillo, Luis Fernando. Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*. 2015; 32(1): p. 119-124 [cited 2020 Ene 08]. Obtenido de: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014&lng=en&tlng=es.
11. Dyrbye, L. N., Massie, F. S., Eacker, A., Harper, W., Power, D., Durning, S. J., Thomas, M. R., Moutier, C., Satele, D., Sloan, J. & Shanafelt, T. D. Relationship Between Burnout and Professional Conduct and Attitudes Among US Medical Students. *JAMA*. 2010); 304(11): p. 1173-1180.
12. Millán, R. y Mesén, A. Prevalencia del síndrome de desgaste en médicos residentes costarricenses. *Acta Médica Costarricense*. 2009; 51(2).
13. Gamboa, M., Herrera, G., Aguilar, J. y Arias, R. Síndrome de Burnout en el personal del Hospital de la Mujer Adolfo Carit Eva en el año 2009. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 2013; 606: p. 195-201.
14. Quinceno J. M. y Alpi, V. S. Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo. *Acta Colombiana de Psicología*. 2007; 10: p. 117-125 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/pdf/798/79810212.pdf>.
15. Danhof, M. B., Van Veen, T. & Zitman, F. G. Biomarkers in burnout: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2011; 70: p. 505–524 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399910004162>.

16. Aceves, G. A. Síndrome de burnout. Archivos de Neurociencias. 2006; 11(4): p. 305-309 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: [http://www.academia.edu/download/40837724/SINDROME DEL BURNOUT.pdf](http://www.academia.edu/download/40837724/SINDROME_DEL_BURNOUT.pdf).
17. Gil, P. R., Unda, S. y Sandoval, J. Validez factorial del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT), en una muestra de maestros mexicanos. Salud Mental. 2009; 31: p. 205-214 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=21721>.
18. Maslach, C., Jackson, S. & Leiter, M. Maslach Burnout Inventory Manual California, USA. Palo Alto; 1986.
19. Moreno, B., Gálvez, M., Garrosa, E. y Mingote, J. C. Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico. Aten Primaria. 2006; 38(10): p. 544-549 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656706705753>.
20. Flórez Lozano, J. Salud mental del médico. Prevención y control del burnout. Salud Global. 2003; 3(2): p. 2-7.
21. Colombo, D. y Muruaga, M. El burnout puede terminar con su vida...¿Cómo evitarlo? [Online].; 2018 [cited 2020 Ene 02]. Available from: www.materiabiz.com.
22. Fidalgo Vega, M. Síndrome de estar quemado en el trabajo o "burnout. [Online].; 2008 [cited 2020 Jun 02]. Available from: www.infogerontología.com.
23. Kahn, W. A. Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. Academy of Management Journal. 1990; 33(4): p. 692-724 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: <https://journals.aom.org/doi/abs/10.5465/256287>.
24. Schaufeli, W.B. y Salanova, M. Work engagement: An emerging psychological concept and its implications for organizations. Managing Social and Ethical Issues in Organizations, Information Age Publishers. Greenwich. 2007; 135: p.

- 177 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: https://psihologietm.ro/OHPworkshop/schaufeli_work_engagement_1.pdf.
25. Fernández López, Odalis, Jiménez Hernández, Bárbara, Alfonso Almirall, Regla, Sabina Molina, Darelys, & Cruz Navarro, Julia. Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. MediSur. 2012; 10(5): p. 466-479 [cited 2020 Ene 08]. Obtenido de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000500019&lng=es&tlng=es.
26. Hernández Sánchez MM, Horga de la Parte JF, Navarro Cremades F, et al. Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria. Guía de actuación clínica en atención primaria. [Online].; 2018 [cited 2020 Jun 02]. Available from: www.san.gva.es.
27. Navas Orozco , Vargas Baldares. Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. Revista medica de Costa Rica y Centroamerica. 2012; 69(604): p. 497-507 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>.
28. Reyes-Ticas JA. Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento Honduras. Biblioteca virtual en salud; 2018. [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: www.bvs.hn.
29. Somers JM, Goldner EM, Waraich P, et al. Prevalence and incidence studies of anxiety disorders. A systematic review of literature. Can J Psychiatry. 2006; 51(2): p. 100-113 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/070674370605100206>.
30. Ylla Segura L. Algunos aspectos psicodinámicos de los trastornos de ansiedad. ASMR Revista Internacional. 2019; 7(3) [cited 2020 Ene 02]. Obtenido de: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/algunos-aspectos-psicodinamicos-de-los-trastornos-de-ansiedad/>.
31. Hernández Sánchez MM, Horga de la Parte JF, Navarro Cremades F, et al. Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria. Guía

- de actuación clínica en atención primaria Novelda, España.; 2019. [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: www.san.gva.es.
32. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Atención primaria. 1st ed. Barcelona, España. Elsevier Masson; 2003.
 33. Novell Alsina. Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual Guía práctica para técnicos y cuidadores.; 2015. [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/libro_saludmental.pdf.
 34. Perales Alberto, Chue Héctor, Padilla Alberto, Barahona Lorenzo. Estrés, ansiedad y depresión en magistrados de Lima, Perú. Rev. perú. med. exp. salud publica. 2011; 28(4): p. 581-588 [cited 2020 May 03]. Obtenido de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000400002.
 35. Sánchez-Narváez y Juan Jesús Velasco-Orozco. Comorbilidad entre síndrome de Burnout, depresión y ansiedad en una muestra de profesores de Educación Básica del Estado de México. Papeles de Población. 2017; 23(94): p. 261-286 [cited 2020 Jun 04]. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11254687011>.
 36. Ancarola R. The toxic oil syndrome. [Online].; 1983 [cited 2020 Jun 02. Available from: https://drive.google.com/file/d/18pBstrKiemFqc9LvDz91c_MB2UV-IGYd/view.
 37. Téllez Lapeira JM, López-Torres Hidalgo J, Boix Gras C, et al. Revisión clínica del tratamiento de los trastornos de ansiedad. Rev Clin Med Fam. 2007; 2(2): p. 76-83 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/pdf/1696/169618261007.pdf>.
 38. Sadock Benjamin J., Sadock Virginia J. Manual de bolsillo de psiquiatría clínica. Editorial Wolters Kluwer; 2008.



Anexo 1.

Consentimiento informado

Yo, don / doña

Dede edad, de sexo: (M) (F) Identificado con DNI N°.....

En mi calidad de **INTERNO DE MEDICINA** en pleno uso de mis facultades mentales, libre y voluntariamente declaro haber sido informado que el objeto de este estudio es determinar el estado actual de mi Salud Mental, de esta manera poder desempeñar mis funciones como interno de medicina en forma adecuada.

Asimismo me considero SATISFECHO () INSATISFECHO () con la información recibida y que COMPRENDO () NO COMPRENDO () la indicación, los beneficios, de dicho acto medico. Y en tales condiciones SI () NO () OTORGO MI CONSENTIMIENTO para la aplicación de test necesarios de este estudio.

Firma del Interno de Medicina

Nombres y Apellidos :

DNI N° :

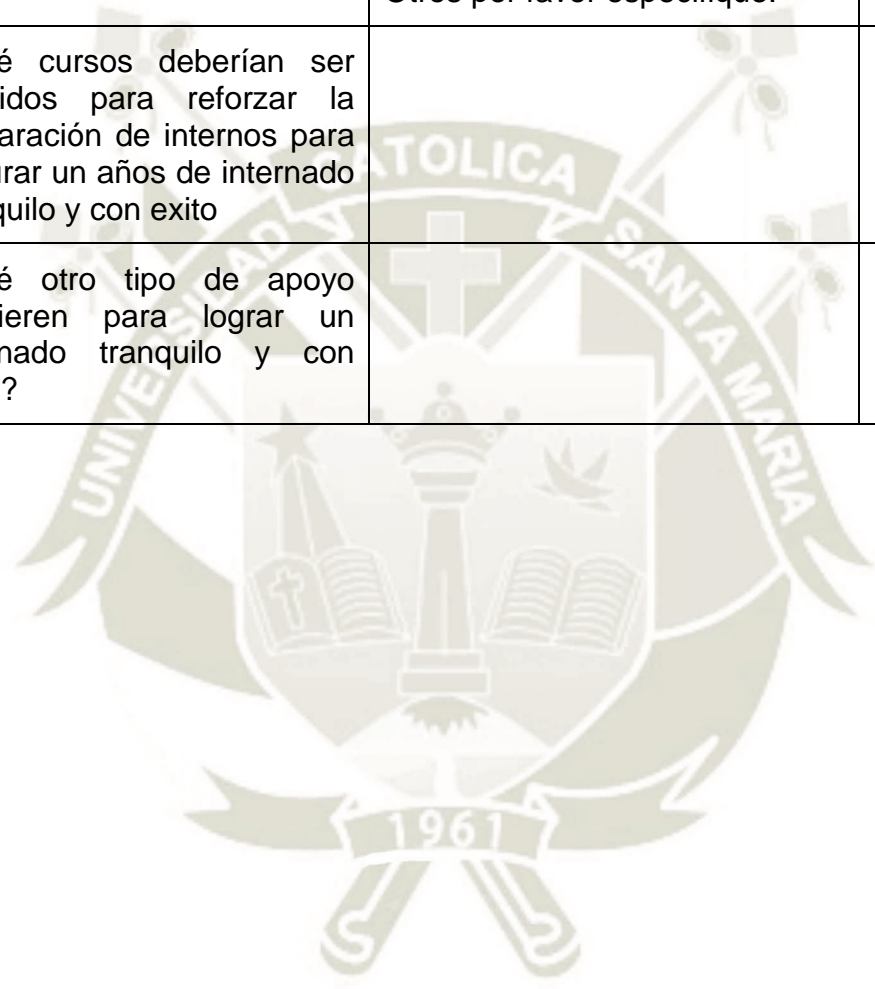
Anexo 2.

**Ficha socioeconómica y académica de internos de medicina del Hospital III
Goyeneche**

Sexo	Masculino	()
	Femenino	()
Edad	Menos de 25 años	()
	De 25 a 30 años	()
	Mas de 30 años	()
Tipo de universidad	Nacional	()
	Particular	()
Estado Civil	Soltero (a)	()
	Casado (a)	()
	Conviviente	()
	Otro	()
Familia	Vives casa de tu familia	()
	Vives en pension	()
	Vives en tu propio departamento	()
	Otros especifique	()
Hijos	Ninguno	()
	1	()
	2	()
	Mas de 2	()
Actualmente vives con	Ambos padres	()
	Papa	()
	Mama	()
	Familiares de 1° grado de consanguinidad	()
	Pareja	()
	Otros: _____	()
Relacion sentimental	Enamorado (a)	()

	Comprometido Soltero Relacion abierta Casado	() () () ()
En tu vida academica en la facultad de medicina tenían un rendimiento academico	Bueno Regular Malo	() () ()
¿crees que tu preparación en tus estudios recibidos de medicina fueron suficientes como para poder cumplir con las exigencias del internado?	Totalmente de acuerdo De acuerdo Indiferente En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	() () () () ()
¿Crees que podrias sentirte ansioso en la etapa de internado debido a que tu preparación en tus estudios de medicina fue insuficiente	Totalmente de acuerdo De acuerdo Indiferente En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	() () () () ()
¿Cuál es la mayor deficiencia en tu preparación en tus estudios en medicina que podrían afectar tu calidad en el internado?	Ciencias básicas Cirugía Medicina Obstetricia Pediatria Terapeutica Otros especifique	() () () () () () ()
¿Qué es lo que mas te abruma para cumplir tu internado tranquilo y con éxito?	Horarios Carga de trabajo administrativo Guardias Calidad de alimentación Vacios en tu preparación vs la preparación de los internos de otra universidad Maltrato del personal no medico	() () () () () ()

	Maltrato de médicos	()
	Maltrato de los pacientes	()
	Falta de recursos en el hospital	()
	Falta de recursos de los pacientes	()
	Problemas personales	()
	Falta de tiempo para la tesis	()
	Otros por favor especifique:	()
¿Qué cursos deberían ser incluidos para reforzar la preparación de internos para asegurar un años de internado tranquilo y con éxito		
¿Qué otro tipo de apoyo requieren para lograr un internado tranquilo y con éxito?		



Anexo 3.

Inventario de Burnout de Maslach

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS.

3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA. 5= POCAS VECES A LA SEMANA.

6= TODOS LOS DÍAS.

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

Se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan:

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Valor total
Cansancio emocional	1-2-3-6-8-13-14-16-20	
Despersonalización	5-10-11-15-22	
Realización personal	4-7-9-12-17-18-19-21	

Los resultados de cada subescala:

Subescala de agotamiento emocional: valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.

Subescala de despersonalización: valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.

Subescala de realización personal: evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome Burnout.

Otro test para medir las áreas de impacto del síndrome Burnout es el siguiente:

Conteste con qué frecuencia estas situaciones le molestan en su trabajo.

(Raramente) 1-2-3-4-5-6-7-8-9 (Constantemente)

A	IMPOTENCIA	
1	No puedo darle solución a los problemas que se me asignan	
2	Estoy atrapado en mi trabajo sin opciones.	
3	Soy incapaz de influenciar en las decisiones que me afectan. Estoy incapacitado y no hay nada que pueda hacer al respecto.	
B	DESINFORMACIÓN	
4	No estoy claro sobre las responsabilidades en mi trabajo. No tengo la información necesaria para trabajar bien.	
5	Las personas con las que trabajo no comprenden mi rol. No comprendo el propósito de mi trabajo.	

C	CONFLICTO	
6	Me siento atrapado <i>en medio</i> . Debo satisfacer demandas conflictivas.	
7	Estoy en desacuerdo con las personas en mi trabajo. Debo violar procedimientos para hacer mi trabajo.	
D	POBRE TRABAJO DE EQUIPO	
8	Mis compañeros de trabajo me subestiman. La dirección muestra favoritismo.	
9	La burocracia interfiere con la realización de mi trabajo. Las personas en mi trabajo compiten en vez de cooperar.	
E	SOBRECARGA	
10	Mi trabajo interfiere con mi vida personal.	
11	Tengo demasiadas cosas que hacer en muy poco tiempo. Debo trabajar en mi propio tiempo.	
12	Mi carga de trabajo es abrumadora.	
F	ABURRIMIENTO	
13	Tengo pocas cosas que hacer.	
14	El trabajo que realizo actualmente no está acorde con mi calificación. Mi trabajo no es desafiante.	
15	La mayoría del tiempo la utilizo en labores de rutina.	
G	POBRE RETROALIMENTACIÓN	
16	No sé qué es lo que hago bien o mal.	
17	Mi superior (supervisor) no me retroalimenta en mi trabajo. Obtengo la información demasiado tarde para utilizarla.	
18	No veo los resultados de mi trabajo	
H	CASTIGO	
19	Mi superior (supervisor) es crítico.	
20	Los créditos por mi trabajo los obtienen otros. Mi trabajo no es apreciado.	
21	Soy culpado por los errores de otros.	

I	ALINEACIÓN	
22	Estoy aislado de los demás.	
23	Soy solo un eslabón en la cadena organizacional.	
24	Tengo poco en común con las personas con las que trabajo.	
25	Evito decirles a las personas donde trabajo y que cosa.	
J	AMBIGÜEDAD	
26	Las reglas están cambiando constantemente. No sé que se espera de mí.	
27	No existe relación entre el rendimiento y el éxito.	
28	Las prioridades que debo conocer no están claras para mí.	
K	AUSENCIA DE RECOMPENSAS	
29	Mi trabajo no me satisface. Tengo realmente pocos éxitos	
30	El progreso en mi carrera no es lo que he esperado	
31	Nadie me respeta.	
L	CONFLICTO DE VALORES	
32	Debo comprometer mis valores.	
33	Las personas desaprueban lo que hago. No creo en la Institución.	
34	Mi corazón ni está en mi trabajo.	

Puntuación	Riesgo de Burnout	Recomendaciones
De 48 a 168	Bajo	Tome decisiones
Entre 169 a 312	Moderado	Desarrolle un plan para corregir las áreas problema
Más de 313 (Max.432)	Alto	Necesidad urgente de acciones correctivas

Fuente: Maslach C, 2001

Anexo 4.

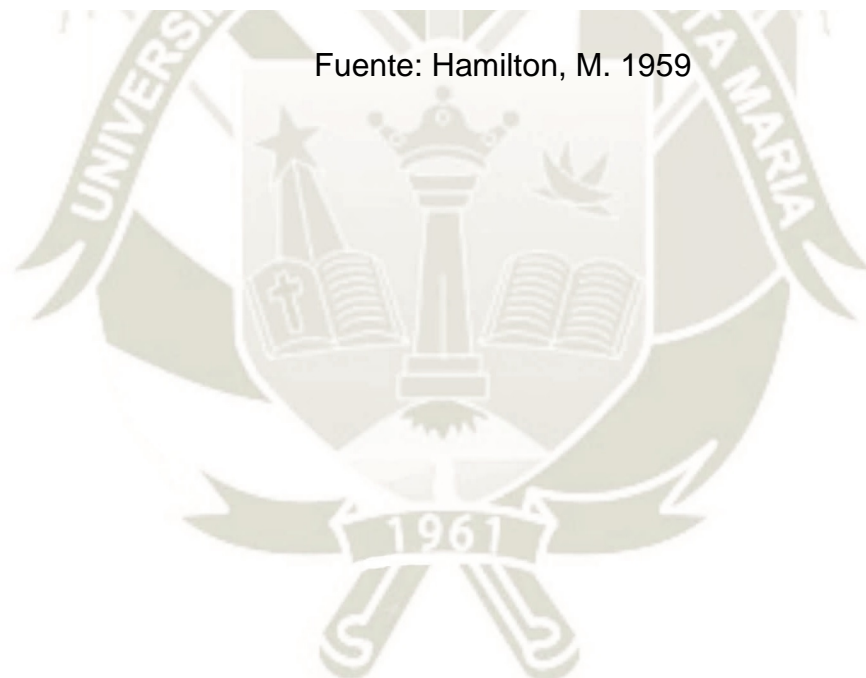
Cuestionario de Ansiedad de Hamilton

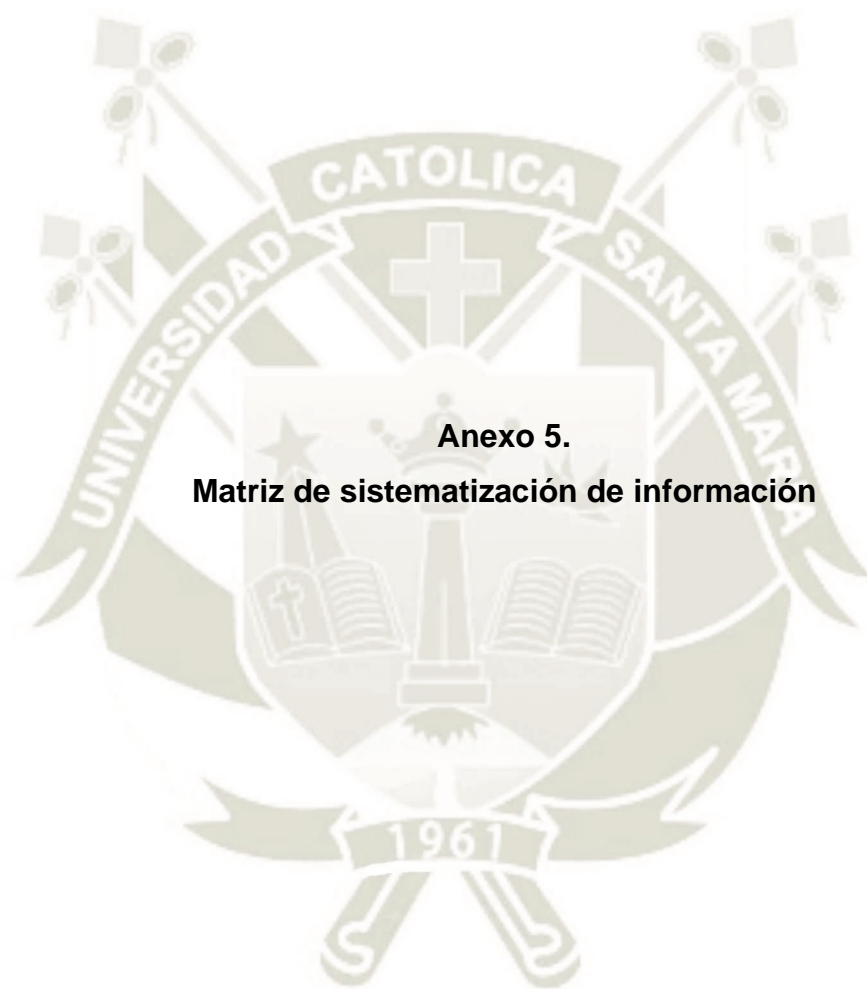
SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4

<p>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</p> <p>Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial.</p> <p>Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.</p>	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Fuente: Hamilton, M. 1959





Anexo 5.
Matriz de sistematización de información

N ^a	SEXO	EDAD	TIPO DE UNIVERSIDAD	ESTADO CIVIL	Vive	Hijos	Actualmente vive con	Relación sentimental	Rendimiento en la universidad	Maslach Burnout Antes				HAMILTON ANSIEDAD Antes			Maslach Burnout Despues				HAMILTON ANSIEDAD Despues			
										cansancio emocional antes	despersonalización antes	realización personal antes	TOTAL BO Antes	PSIQUICA antes	SOMÁTICA Antes	TOTAL Ans antes	cansancio emocional despues	despersonalización despues	realización personal despues	TOTAL BO despues	PSIQUICA despues	SOMÁTICA despues	TOTAL Ans despues	
6	Femenino	25 a 30 años	Particular	Soltero	Penión	Ninguno	Familiares de 1er grado	Soltero	Regular		alto	alto	alto	Con burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	alto	alto	alto	Con burnout	No ansiedad	Ligera	Ligera
12	Femenino	25 a 30 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Madre	Soltero	Regular		alto	alto	bajo	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	Ligera	alto	alto	medio	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	Ligera
14	Femenino	25 a 30 años	Particular	Conviviente	Departamento propio	Ninguno	Pareja	Comprometido	Regular		alto	alto	alto	Con burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	alto	alto	alto	Con burnout	Ligera	Ligera	Modera
16	Femenino	25 a 30 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Ambos padres	Soltero	Regular		alto	alto	bajo	Con burnout	Ligera	Ligera	Severa	alto	alto	bajo	Con burnout	Severa	Severa	Muy severa
19	Masculino	25 a 30 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Otro	Enamorado	Regular		alto	alto	bajo	Con burnout	No ansiedad	Ligera	Modera	alto	alto	medio	Sin burnout	Ligera	No ansiedad	Ligera
20	Femenino	25 a 30 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Ambos padres	Enamorado	Regular		alto	alto	bajo	Con burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	alto	alto	bajo	Con burnout	Severa	No ansiedad	Muy severa

22	Femenino	25 a 30 años	Nacional	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Madre	Enamorado	Bueno	alto	alto	medio	Con burnout	Ligera	Ligera	Severa	alto	alto	medio	Con burnout	Ligera	No ansiedad	Modera
26	Femenino	< 25 años	Nacional	Soltero	Departamento propio	Ninguno	Solo	Enamorado	Regular	alto	alto	bajo	Con burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	alto	alto	bajo	Con burnout	Modera	Ligera	Muy severa
44	Femenino	< 25 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Ambos padres	Enamorado	Regular	alto	alto	bajo	Con burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	alto	alto	bajo	Con burnout	Ligera	No ansiedad	Modera
62	Femenino	25 a 30 años	Particular	Conviviente	Departamento propio	Ninguno	Pareja	Relación abierta	Regular	alto	alto	alto	Con burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	alto	alto	alto	Con burnout	Ligera	Ligera	Modera
66	Femenino	25 a 30 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Madre	Soltero	Bueno	alto	alto	alto	Con burnout	No ansiedad	No ansiedad	Ligera	alto	alto	alto	Con burnout	No ansiedad	No ansiedad	Ligera
18	Masculino	> 30 años	Nacional	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Padre	Soltero	Bueno	bajo	alto	bajo	Sin burnout	Ligera	No ansiedad	Modera	alto	alto	bajo	Con burnout	Ligera	Modera	Muy severa
3	Femenino	25 a 30 años	Particular	Soltero	Departamento	Ninguno	Solo	Soltero	Regular	medio	alto	medio	Con burnout	Ligera	No ansiedad	Modera	alto	alto	alto	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	Ligera

10	Femenino	25 a 30 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Ambos padres	Soltero	Bueno	medio	alto	medio	Con burnout	Ligera	No ansiedad	Modera	alto	alto	bajo	Con burnout	Modera	No ansiedad	Modera
43	Femenino	< 25 años	Particular	Soltero	Departamento propio	Ninguno	Solo	Soltero	Bueno	medio	alto	alto	Posible burnout	No ansiedad	No ansiedad	Ligera	alto	alto	medio	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	Ligera
46	Masculino	< 25 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Familiares de 1er grado	Enamorado	Bueno	medio	alto	medio	Con burnout	No ansiedad	No ansiedad	Ligera	alto	alto	bajo	Con burnout	Ligera	No ansiedad	Ligera
9	Masculino	25 a 30 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Ambos padres	Enamorado	Bueno	alto	bajo	medio	Posible burnout	Ligera	No ansiedad	Ligera	alto	alto	bajo	Con burnout	Modera	Ligera	Muy severa
54	Femenino	25 a 30 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Madre	Enamorado	Bueno	bajo	bajo	alto	Sin burnout	No ansiedad	Ligera	Modera	alto	alto	bajo	Con burnout	No ansiedad	Ligera	Ligera
29	Femenino	25 a 30 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Ambos padres	Soltero	Regular	alto	medio	bajo	Con burnout	No ansiedad	No ansiedad	Ligera	alto	alto	bajo	Con burnout	Ligera	Ligera	Severa
36	Femenino	25 a 30 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Ambos padres	Soltero	Bueno	alto	medio	alto	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	Ligera	alto	alto	bajo	Con burnout	Ligera	Modera	Muy severa

39	Femenino	< 25 años	Nacional	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Madre	Soltero	Regular	alto	medio	alto	Con burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	alto	alto	medio	Sin burnout	Ligera	No ansiedad	Severa
77	Femenino	25 a 30 años	Particular	Casado	Casa de familia	1 hijo	Pareja e hijos	Casado	Regular	alto	medio	medio	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	alto	alto	bajo	Con burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad
75	Masculino	< 25 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Ambos padres	Soltero	Bueno	bajo	medio	alto	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	alto	alto	alto	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad
7	Femenino	25 a 30 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Ambos padres	Comprometido	Regular	medio	medio	medio	Posible burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	alto	alto	medio	Sin burnout	Ligera	No ansiedad	Ligera
71	Masculino	< 25 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Ambos padres	Enamorado	Regular	bajo	alto	medio	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	bajo	alto	medio	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad
67	Femenino	25 a 30 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Ambos padres	Soltero	Regular	medio	medio	alto	Posible burnout	No ansiedad	Ligera	Ligera	bajo	alto	alto	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	Ligera
61	Masculino	25 a 30 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Ambos padres	Soltero	Regular	bajo	alto	bajo	Con burnout	No ansiedad	No ansiedad	Ligera	medio	alto	bajo	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad

13	Femenino	25 a 30 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Ambos padres	Enamorado	Regular	medio	alto	medio	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	Modera	medio	alto	medio	Sin burnout	Ligera	No ansiedad	Ligera
41	Femenino	< 25 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Familiares de 1er grado	Enamorado	Bueno	medio	alto	alto	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	medio	alto	alto	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad
51	Femenino	25 a 30 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Padre	Soltero	Bueno	medio	alto	bajo	Con burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	medio	alto	bajo	Con burnout	No ansiedad	No ansiedad	Ligera
69	Masculino	25 a 30 años	Nacional	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Ambos padres	Soltero	Bueno	medio	alto	medio	Con burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	medio	alto	medio	Con burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad
73	Femenino	25 a 30 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Ambos padres	Soltero	Bueno	medio	alto	bajo	Con burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	medio	alto	bajo	Con burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad
24	Femenino	25 a 30 años	Nacional	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Padre	Enamorado	Bueno	medio	bajo	alto	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	medio	alto	bajo	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad
57	Masculino	25 a 30 años	Particular	Soltero	Departamento	Ninguno	Familiares de 1er	Enamorado	Regular	medio	bajo	alto	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	Ligera	medio	alto	bajo	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	Ligera

42	Masculino	25 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Ambos padres	Enamorado	Regular	medio	alto	bajo	Con burnout	No ansiedad	No ansiedad	Ligera	medio	alto	bajo	Con burnout	Ligera	Ligera	Severa
48	Femenino	25 años	Nacional	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Madre	Soltero	Regular	alto	alto	bajo	Con burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	alto	alto	bajo	Con burnout	Ligera	No ansiedad	Modera
23	Femenino	25 años	Nacional	Soltero	Otro	Ninguno	Otro	Soltero	Regular	bajo	bajo	alto	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	alto	bajo	bajo	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	Ligera
58	Masculino	> 30 años	Nacional	Casado	Departamento propio	> 2 hijos	Pareja e hijos	Casado	Regular	bajo	bajo	alto	Con burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	bajo	bajo	alto	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad
2	Femenino	25 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Ambos padres	Soltero	Bueno	bajo	bajo	alto	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	bajo	bajo	alto	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad
21	Masculino	25 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Solo	Soltero	Bueno	bajo	bajo	alto	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	bajo	bajo	medio	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad
25	Femenino	25 años	Nacional	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Ambos padres	Soltero	Bueno	bajo	bajo	medio	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	bajo	bajo	medio	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad

27	Femenino	> 30 años	Nacional	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Ambos padres	Soltero	Regular	bajo	bajo	medio	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	bajo	bajo	medio	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad
30	Masculino	25 a 30 años	Nacional	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Ambos padres	Soltero	Regular	bajo	bajo	alto	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	bajo	bajo	alto	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad
31	Masculino	25 a 30 años	Nacional	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Ambos padres	Soltero	Bueno	bajo	bajo	medio	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	Lige ra	bajo	bajo	medio	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad
32	Femenino	25 a 30 años	Nacional	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Madr e	Soltero	Bueno	bajo	bajo	alto	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	bajo	bajo	alto	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad
34	Femenino	25 a 30 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Familiares de 1er grado	Relación abierta	Regular	bajo	bajo	alto	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	bajo	bajo	alto	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	Liger a
35	Femenino	25 a 30 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Madr e	Soltero	Regular	bajo	bajo	medio	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	bajo	bajo	medio	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad
38	Masculino	25 a 30 años	Nacional	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Madr e	Soltero	Bueno	bajo	bajo	alto	Sin burnout	Lige ra	No ansiedad	Mod erada	bajo	bajo	alto	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad

47	Femenino	25 a 30 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Ambos padres	Soltero	Bueno	bajo	bajo	alto	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	bajo	bajo	alto	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad
50	Femenino	> 30 años	Particular	Casado	Casa de familia	2 hijos	Familiares de 1er grado	Casado	Regular	bajo	bajo	alto	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	bajo	bajo	alto	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad
52	Femenino	25 a 30 años	Nacional	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Ambos padres	Soltero	Bueno	bajo	bajo	medio	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	bajo	bajo	medio	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad
55	Femenino	25 a 30 años	Nacional	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Ambos padres	Enamorado	Bueno	bajo	bajo	alto	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	bajo	bajo	alto	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad
68	Femenino	25 a 30 años	Nacional	Soltero	Penión	Ninguno	Solo	Enamorado	Regular	bajo	bajo	alto	Sin burnout	Lige ra	Lige ra	Mod erada	bajo	bajo	alto	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad
78	Femenino	25 a 30 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Ambos padres	Soltero	Regular	bajo	bajo	alto	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	bajo	bajo	alto	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad
79	Fem	25 a 30 años	Particular	Soltero	Casa de	Ning	Ambos	Soltero	Bueno	bajo	bajo	alto	Sin burnout	No ansi	No ansi	No ansi	bajo	bajo	alto	Sin burnout	No ansi	No ansi	No ansi

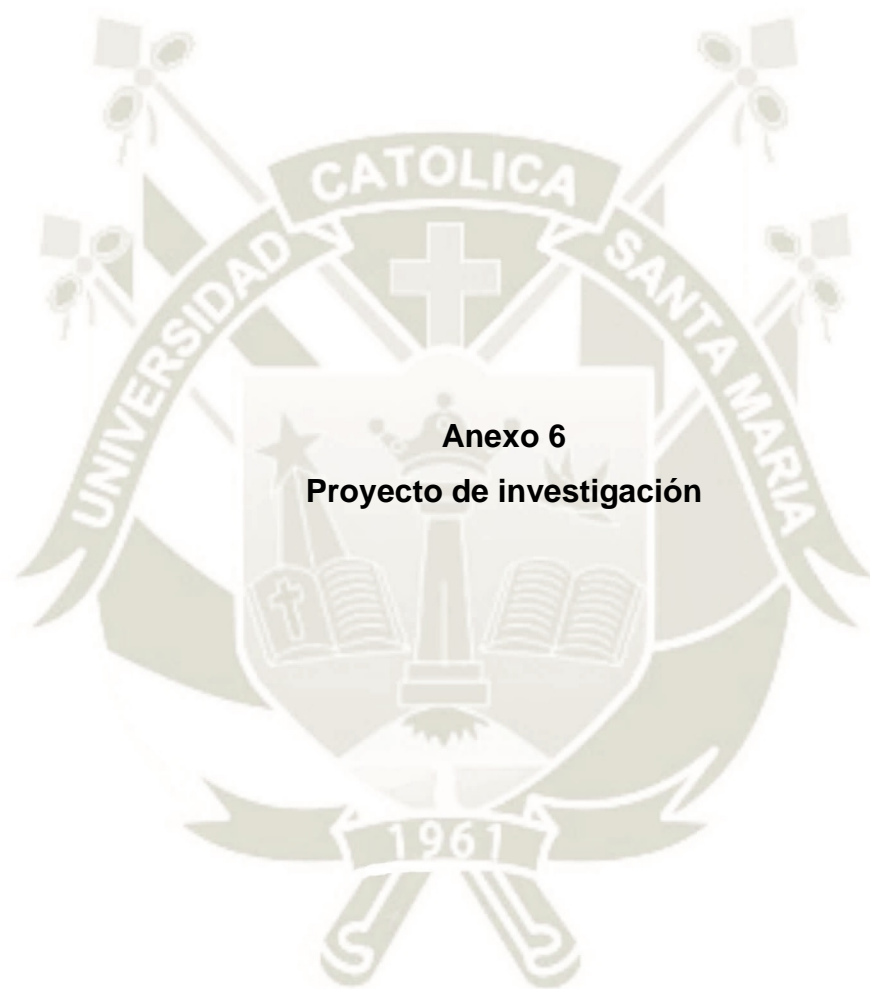
	e ni ño	años			familia	un o	padr es						eda d	eda d	eda d								
33	M a s c u l i n o	25 a 30 años	Nacio nal	Sol tero	Cas a de familia	N i n g u n o	Amb os padr es	Solte ro	Bueno	bajo	medio	alto	Sin bur nout	No ansi eda d	No ansi eda d	No ansi eda d	bajo	bajo	alto	Sin burn out	No ansi edad	No ansi edad	No ansi edad
70	F e m e n i n o	25 a 30 años	Nacio nal	Sol tero	Cas a de familia	N i n g u n o	Amb os padr es	Solte ro	Regula r	bajo	bajo	alto	Sin bur nout	No ansi eda d	No ansi eda d	No ansi eda d	bajo	bajo	alto	Sin burn out	No ansi edad	No ansi edad	Liger a
76	F e m e n i n o	25 a 30 años	Nacio nal	Sol tero	Cas a de familia	N i n g u n o	Madr e	Solte ro	Regula r	bajo	bajo	medio	Con bur nout	No ansi eda d	No ansi eda d	No ansi eda d	medio	bajo	alto	Sin burn out	No ansi edad	No ansi edad	No ansi edad
60	F e m e n i n o	> 30 años	Nacio nal	Ca sado	Cas a de familia	2 hi jos	Familiares de 1er grado	Casa do	Regula r	medio	bajo	bajo	Con bur nout	No ansi eda d	No ansi eda d	Lige ra	medio	bajo	bajo	Con burn out	No ansi edad	No ansi edad	No ansi edad
72	M a s c u l i n o	25 a 30 años	Partic ular	Sol tero	Cas a de familia	N i n g u n o	Amb os padr es	Ena morado	Regula r	alto	alto	medio	Con bur nout	Mo derada	No ansi eda d	Mod erada	alto	medio	alto	Sin burn out	Mod erada	No ansi edad	Seve ra
8	F e m e n i n o	25 a 30 años	Partic ular	Ca sado	Cas a de familia	1 hi jo	Parej a e hijos	Casa do	Regula r	alto	medio	medio	Con bur nout	Lige ra	Lige ra	Mod erada	alto	medio	medio	Sin burn out	Mod erada	Mod erada	Muy seve ra
17	F e m e n i n o	25 a 30 años	Partic ular	Sol tero	Cas a de	N i n g u n o	Madr e	Solte ro	Regula r	alto	medio	bajo	Con bur nout	No ansi	No ansi	No ansi	alto	medio	bajo	Sin burn out	Liger a	No ansi edad	Mod erada

	e ni ño	años			familia	un							eda d	eda d	eda d								
53	Masculino	> 30 años	Particular	Soltero	Penión	Ninguno	Solo	Soltero	Regular	alto	medio	bajo	Conburnout	No ansiedad	No ansiedad	Ligera	alto	medio	bajo	Sinburnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad
74	Femenino	25 a 30 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Madre	Enamorado	Regular	alto	medio	alto	Sinburnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	alto	medio	alto	Sinburnout	No ansiedad	No ansiedad	Ligera
1	Masculino	25 a 30 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Ambos padres	Soltero	Regular	bajo	medio	alto	Sinburnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	bajo	medio	alto	Sinburnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad
40	Masculino	25 a 30 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Ambos padres	Soltero	Bueno	bajo	medio	alto	Sinburnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	bajo	medio	alto	Sinburnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad
59	Masculino	25 a 30 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Ambos padres	Soltero	Regular	bajo	medio	alto	Conburnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	bajo	medio	alto	Conburnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad
63	Masculino	> 30 años	Nacional	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Familiares de 1er grado	Soltero	Bueno	bajo	medio	bajo	Conburnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	bajo	medio	bajo	Conburnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad
65	Femenino	25 a 30 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Ambos padres	Enamorado	Bueno	bajo	medio	alto	Sinburnout	No ansiedad	No ansiedad	Ligera	bajo	medio	alto	Sinburnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad

4	Femenino	25 a 30 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Ambos padres	Enamorado	Regular	bajo	bajo	alto	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	medio	medio	alto	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	Ligera
28	Femenino	25 a 30 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Padre	Enamorado	Regular	bajo	bajo	alto	Sin burnout	Ligera	No ansiedad	Modera	medio	medio	medio	Sin burnout	Ligera	No ansiedad	Modera
45	Masculino	25 a 30 años	Nacional	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Ambos padres	Enamorado	Bueno	bajo	bajo	alto	Con burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	medio	medio	alto	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	Modera
56	Masculino	< 25 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Ambos padres	Soltero	Bueno	bajo	bajo	medio	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	medio	medio	medio	Sin burnout	Ligera	No ansiedad	Ligera
15	Masculino	25 a 30 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Familiares de 1er grado	Soltero	Regular	medio	bajo	alto	Posible burnout	Severa	Ligera	Severa	medio	medio	alto	Sin burnout	Modera	Ligera	Muy severa
11	Femenino	25 a 30 años	Particular	Soltero	Casa de familia	Ninguno	Padre	Soltero	Regular	medio	medio	bajo	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	Ligera	medio	medio	bajo	Sin burnout	Ligera	No ansiedad	Modera
37	Masculino	> 30 años	Particular	Soltero	Casa de familia	1 hijo	Madre	Enamorado	Bueno	medio	medio	alto	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	medio	medio	alto	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad

64	Masculino	25 años	Particular	Soltero	Departamento propio	Ninguno	Familiares de 1er grado	Enamorado	Bueno	medio	medio	alto	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad	medio	medio	alto	Sin burnout	No ansiedad	No ansiedad	No ansiedad
----	-----------	---------	------------	---------	---------------------	---------	-------------------------	-----------	-------	-------	-------	------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------	-------	------	-------------	-------------	-------------	-------------





Anexo 6
Proyecto de investigación

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**SÍNDROME DE BURNOUT Y SU ASOCIACIÓN CON EL NIVEL DE ANSIEDAD
EN INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENEICHE, AREQUIPA 2019**

Proyecto de Tesis presentado por la
Bachiller:

**Najar Huacho De Puerta, Vannia
Judith**

para optar el Título Profesional de:
Médico Cirujana

Asesor:

Arequipa - Perú

2020

I. PREÁMBULO

Los internos de medicina pueden presentar diferentes dificultades que afectan su bienestar, satisfacción y desempeño académico y laboral, siendo determinadas por múltiples factores ya sean individuales, sociales y académicos, y su mal afrontamiento y solución podría desencadenar sensaciones de no poder dar más de sí mismo, desinterés y pérdida del valor y sentido de los estudios y del trabajo, además de dudas acerca de la propia capacidad para realizarlos, que en conjunto constituyen el denominado el Síndrome de Burnout (1).

Si bien es claro que el Burnout tiene implicaciones negativas sobre la salud mental, el bienestar y calidad de vida de una persona, no existe consenso respecto a su estatus clínico. Maslach et al. vinculan el síndrome con la neurastenia, considerándolo, como una forma de trastorno mental (1). Por otra parte, Moriana et al. señalan que no es necesario considerar el síndrome como una entidad diagnóstica autónoma, sino que, como manifestación de estrés, puede aparecer como un síndrome asociado a un gran número de trastornos, fundamentalmente los de ansiedad (5).

Por consiguiente, consideramos que el Síndrome de Burnout y la ansiedad no solo tienen algunos síntomas comunes, sino que además pueden coexistir como diagnósticos duales (comorbilidad). Por otra parte, y finalmente, en relación con la delimitación entre estos síndromes, consideramos que la ansiedad proviene etiológicamente de múltiples factores bioquímicos, ambientales, psicológicos y sociales interrelacionados, mientras que el Burnout ha sido considerado determinado en buena medida por las condiciones inadecuadas del contexto organizacional (laboral, asistencial, académico) de la actividad del sujeto, en interacción con características propias del individuo, que impiden que el trabajador/estudiante realice su trabajo adecuadamente y con satisfacción (1).

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del problema

¿El síndrome de Burnout está asociado con el nivel de ansiedad en internos de medicina del hospital Goyeneche del año 2019?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Síndrome de Burnout y ansiedad

b) Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Unidad/categoría	Escala
Síndrome de Burnout	Estrés laboral	Cuestionario de Maslach Burnout inventory	Nominal
Ansiedad	Síntomas y signos de ansiedad	Escala de ansiedad de Hamilton	Nominal
Edad	Años cumplidos	Años	Ordinal
Sexo	Caracteres sexuales, primarios y secundarios	Femenino Masculino	Nominal
Estado civil	Situación determinada por sus relaciones de familia	Soltero Casado Conviviente Otro	Nominal

1.3. Interrogantes básicas

1. ¿El Síndrome de Burnout puede aumentar el grado de ansiedad en los internos de medicina del Hospital Goyeneche del año 2019?
2. ¿Existe ansiedad en los internos de medicina del Hospital Goyeneche del año 2019 al ingreso del internado?
3. ¿Existe ansiedad en los internos de medicina del Hospital Goyeneche del año 2019 después de un año de internado?
4. ¿Cuál es la frecuencia del Síndrome de Burnout en internos de medicina del hospital Goyeneche 2019 al ingreso del internado?
5. ¿Cuál es la frecuencia del Síndrome de Burnout en internos de medicina del hospital Goyeneche 2019 al finalizar el internado?

Tipo de investigación: Analítica

Diseño de investigación: Observacional, prospectivo, transversal

Nivel de investigación: Nivel Descriptivo

1.4. Justificación

El síndrome de burnout tiene implicaciones negativas sobre la salud mental, el bienestar y calidad de vida del sujeto, sin consenso respecto a su estatus clínico. Maslach et al. vinculan el síndrome con la neurastenia, considerándolo, por lo tanto, como una forma de trastorno mental (1). Por su parte, Moriana et al. señalan que no es necesario considerar el síndrome como una entidad diagnóstica autónoma, sino que, como manifestación de estrés, puede aparecer como un síndrome asociado a un gran número de trastornos, fundamentalmente los de ansiedad (5). Además, estos autores encuentran cierta similitud del burnout con los trastornos adaptativos, en los que aparecen síntomas de ansiedad, depresión, mixtos, con o sin alteraciones del comportamiento, en respuesta a un estresor psicosocial identificable (6). En esta línea, Moreno y otros autores han realizado una somera referencia del burnout en relación con el Trastorno de Agotamiento Vital, mas no aparece identificado como una entidad diagnóstica

independiente (7). Arango encontró en estudiantes de medicina que el burnout se asociaba con depresión y al riesgo suicida. Por consiguiente, consideramos que el burnout, la ansiedad y la depresión no solo tienen algunos síntomas comunes, sino que además pueden coexistir como diagnósticos duales (comorbilidad), y en ocasiones podrían ser considerados como reacciones secundarias a alguno de ellos. Por otra parte, y finalmente, en relación con la delimitación entre estos síndromes, consideramos que la depresión y la ansiedad provienen etiológicamente de múltiples factores bioquímicos, ambientales, psicológicos y sociales interrelacionados, mientras que el burnout ha sido considerado determinado en buena medida por las condiciones inadecuadas del contexto organizacional (laboral, asistencial, académico) de la actividad del sujeto, en interacción con características propias del individuo, que impiden que el trabajador/estudiante realice su trabajo adecuadamente y con satisfacción (8).

En el año 2019 los internos de medicina del Hospital III Goyeneche fueron evaluados psiquiátricamente al inicio y al final del periodo de internado, teniendo una base de datos extensa para poder ser estudiada y de esa manera poder ver cuánto implica el estrés laboral como internos de medicina para llegar al síndrome ya explicado, además de ver la asociación de ansiedad con este mismo. La importancia de este estudio se encuentra en la necesidad de establecer un precedente respecto a la presencia de este síndrome en los internos de medicina además de la conveniencia de prevenir la instalación del Síndrome de Burnout y ansiedad en el personal que labora en dicho hospital. Por otra parte, esta investigación pretende contribuir con el fortalecimiento de la calidad de vida del interno de medicina, generando optimismo, resiliencia, eficacia, eficiencia y productividad, con sentido de pertenencia (9).

2. Marco conceptual

2.1. SINDROME DE BURNOUT

2.1.1. DEFINICION

El síndrome de Burnout fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida. Su definición no se encuentra en el DSM-V, ni en el CIE 10, pero usualmente se describe como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal (9).

El término “BurnOut” aparece codificado en las afecciones causadas por factores psicosociales en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud-CEI-10ª Ed (6), donde se le asigna el código 070-03 al Síndrome de Agotamiento Emocional o Síndrome de “Burn Out”, como una enfermedad ocupacional causada por factores psicosociales. Al respecto, en 1976, las psicólogas Maslach y Jackson presentaron en el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos, la descripción del término “Burn Out” como la “pérdida gradual de la preocupación y de todo sentimiento emocional hacia las personas con las que se trabaja, que conlleva a un aislamiento o deshumanización”. Sin embargo, Maslach advirtió en 1982, con la elaboración del Maslach BurnOutInventory (MBI), la inconveniencia de utilizar el término “BurnOut” referido a distintos problemas y en distintos contextos por lo que sugirió utilizar en ese caso el término Síndrome de Agotamiento Emocional, para los efectos (9).

2.1.2. EPIDEMIOLOGIA

Se han realizado múltiples estudios acerca de la prevalencia del síndrome del quemado, los resultados en su mayoría no coinciden, por lo que se podría concluir que la prevalencia del SB depende del ambiente donde se desarrolle el individuo y características propias del mismo (10).

En Holanda, aproximadamente el 15% de la población trabajadora sufre de Burnout y se estima las pérdidas por enfermedades relacionadas al estrés es de aproximadamente 1.7 billones de euros; siendo las ocupaciones donde se brindan servicios de salud donde los individuos poseen más posibilidades de desarrollarlo: médicos, enfermeros, odontólogos y psicólogos. Algunos autores sugieren que el Burnout en los médicos se comienza a “cultivar” desde la escuela de medicina:

Según un estudio realizado por Dyrbye et al, publicado en el 2010 en JAMA, entre los estudiantes de medicina hasta un 49,6% pueden padecer síndrome de sobrecarga emocional (11). En el Hospital Universitario del Norte, en Colombia, se determinó la incidencia del síndrome de fatiga en el trabajo entre los internos universitarios de medicina: 9.1%. Un estudio realizado en Canadá, reportó una incidencia del SB hasta en un tercio de los residentes de cualquier especialidad. En Costa Rica se han realizado algunos estudios sobre la incidencia del síndrome de sobrecarga emocional entre médicos: en el 2004 se determinó la incidencia del SB en la población médica de la COOPESALUD R.L. (Clínica de Pavas), que está integrada por médicos generales y especialistas, con una incidencia de 20% en la población, siendo el sexo masculino y los trabajadores más jóvenes (entre 25-34 años) los más afectados, ambos grupos en un 55.6%. En el 2009, Millán-González et al y Gamboa-Montero et al corrieron dos estudios transversales y de cohorte, usando el MBI entre personal médico de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), el primero incluyó 121 sujetos que cursaban primer y tercer año de anestesiología y recuperación, especialidades médicas y quirúrgicas, ginecología y obstetricia, pediatría y psiquiatría, mientras que el segundo solo incluyó médicos del Hospital de la Mujer Adolfo Carit Eva (n=16, que incluyó ginecólogos, obstetras, miembros del equipo de emergencias, neonatólogos y residentes). El primer estudio (Millán-González et al) concluyó que el síndrome del quemado se presentaba en 72% de los entrevistados, sin diferencias significativas entre género, estado civil,

presencia de hijos, edad o tipo de residencia, mientras que el segundo (Gamboa-Montero et al) documentó una incidencia de 23.5% (10,12,13).

La tasa de prevalencia del Síndrome de Agotamiento Emocionales variable respecto del grupo ocupacional. En España, la tasa de prevalencia se considera alta. Entre el 10 y 20% del personal sanitario español padece del trastorno, de acuerdo al informe de la Fundación Prevent; en Barcelona. Fluctúa entre 17.83% en enfermeras y 71.4% en médicos. Otro tanto sucede en Latinoamérica, Chile registra la tasa más alta de prevalencia del Síndrome de "Burn Out", llegando hasta el 83% de casos sintomáticos con más de 60 horas a la semana; mayor afectación en mujeres médicas del primer y segundo nivel de atención. En Perú, el síndrome de "Burn Out", se presenta con mayor prevalencia en médicos varones y en enfermeras mujeres. No obstante, los autores insisten al señalar que los profesionales asistenciales presentaban síndrome de "Burn Out" asociado significativamente con el tiempo de servicio, condición laboral, jornada laboral semanal y el perfil ocupacional. Los elevados índices de estrés y la sensación de sobrecarga laboral en profesional es de la salud, indican que, probablemente, se trate de un problema de salud ocupacional mayor, relacionado con el síndrome de "Burn Out", que compromete tanto la eficacia organizacional como la efectividad de la atención al usuario (9).

2.1.3. ETIOLOGIA

Se ha visto la importancia del estrés en el desarrollo del Síndrome de Burnout, pero actualmente se dice que es un proceso multicausal y muy complejo, en donde (además del estrés) se ven involucradas variantes como el aburrimiento, crisis en el desarrollo de la carrera profesional, pobres condiciones económicas, sobrecarga laboral, falta de estimulación, pobre orientación profesional y aislamiento. Sumado a los elementos anteriores nombrados, se describen factores de riesgo, que hacen susceptible al individuo ante la noxa (14).

- Componentes personales: la edad (relacionada con la experiencia), el género (las mujeres pueden sobrellevar mejor las situaciones

conflictivas en el trabajo), variables familiares (la armonía y estabilidad familiar conservan el equilibrio necesario para enfrentar situaciones conflictivas), personalidad (por ejemplo las personalidades extremadamente competitivas impacientes, hiperexigentes y perfeccionistas).

- Inadecuada formación profesional: excesivos conocimientos teóricos, escaso entrenamiento en actividades prácticas y falta de aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional.
- Factores laborales o profesionales: condiciones deficitarias en cuanto al medio físico, entorno humano, organización laboral, bajos salarios, sobrecarga de trabajo, escaso trabajo real de equipo.
- Factores sociales: como la necesidad de ser un profesional de prestigio a toda costa, para tener una alta consideración social y familiar y así un alto estatus económico.
- Factores ambientales: cambios significativos de la vida como: muerte de familiares, matrimonios, divorcio, nacimiento de hijos. Sumados a los citados, algunos investigadores han logrado aislar posibles factores de riesgo para desarrollo de Síndrome de Burnout en la población médica.
- Ser joven + tener hijos + trabajar >60 horas a la semana
- Recibir muchas llamadas irregulares (recibir llamadas durante 2 o más noches durante la semana) (14).
- Aumentar la carga de trabajo para pagar deudas Danhof-Pont et al (2010) realizó un metanálisis que incluyó a 31 estudios donde se tomaron en cuenta posibles biomarcadores (cortisol, sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEAS), presión arterial, Proteína C Reactiva (PCR), linfocitos Natural Killer (NK) y prolactina) en pacientes con síndrome de desgaste profesional (17 fueron de casos y controles y enrolaron 1667 pacientes con SB vs 1575 sanos y los restantes 14 fueron estudios transversales, que incluyeron 2704 individuos que se dividieron en 2 grupos: burnout leve o severo), pero

no encontraron diferencias estadísticamente significativas para sugerir que alguno de ellos se ve afectado en el Síndrome de Burnout (10,15).

2.1.4. PRESENTACIÓN CLÍNICA

Se identifican 3 componentes del Síndrome de Burnout:

1. Cansancio o agotamiento emocional: pérdida progresiva de energía, desgaste, fatiga
2. Despersonalización: construcción, por parte del sujeto, de una defensa para protegerse de los sentimientos de impotencia, indefinición y frustración.
3. Abandono de la realización personal: el trabajo pierde el valor que tenía para el sujeto. Dichos componentes se presentan de forma insidiosa, no súbita, si no paulatina, cíclica, puede repetirse a lo largo del tiempo, de modo que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en otro trabajo (16).

Existen varios tipos de manifestaciones que podemos considerar como signos de alarma o en ocasiones como parte ya del cuadro clínico en sí como: negación, aislamiento, ansiedad, miedo o temor, depresión (siendo uno de los más frecuentes en este síndrome y uno de los síntomas más peligrosos ya que puede llevar al suicidio), ira, adicciones, cambios de personalidad, culpabilidad y autoinmolación, cargas excesivas de trabajo, se puede presentar como cambios en los hábitos de higiene y arreglo personal, cambios en el patrón de alimentación, con pérdida o ganancia de peso exagerada, pérdida de la memoria y desorganización, dificultad para concentrarse y puede haber trastornos del sueño (15).

La clínica del síndrome se esquematizó en cuatro niveles:

- Leve: quejas vagas, cansancio, dificultad para levantarse a la mañana
- Moderado: cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo

- Grave: enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión, abuso de alcohol o drogas
- Extremo: aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos, suicidios (16).

2.1.5. DIAGNÓSTICO

La prueba más utilizada para el diagnóstico del síndrome de fatiga en el trabajo es el Maslach Burnout Inventory: que consta de 22 enunciados y cuestionamientos sobre los sentimientos y pensamientos en relación con la interacción con el trabajo, los cuales se valoran en un rango de 6 adjetivos que van de “nunca” a “diariamente”, dependiendo de la frecuencia con la que se experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems (16).

Dichos enunciados están diseñados de forma que se evalúen los 3 componentes del Síndrome de Burnout citados anteriormente (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo). De hecho, se agrupan en tres subescalas, una para cada uno de los componentes del síndrome de Burnout (17). Se deben mantener separadas las puntuaciones de cada subescala y no combinarlas en una puntuación única, porque si se combinaran, no sería posible determinar en cual área es que el paciente tiene más afección. En cuanto al resultado, tanto el constructo de quemarse como cada una de sus dimensiones son consideradas como variables continuas, y las puntuaciones de los sujetos son clasificadas mediante un sistema de percentiles para cada escala (18). Además del Maslach Burnout Inventory, existen otros instrumentos que permiten evaluar el síndrome de Burnout, varios de ellos evalúan aspectos diferentes a los 3 componentes clásicos:

- El Copenhagen Burnout Inventory (CBI) valora el desgaste personal, el relacionado al trabajo y el desgaste relacionado con el cliente
- El Oldenburg Burnout Inventory (OLBI), a diferencia de los anteriores, solo evalúa el agotamiento y la falta de compromiso con el trabajo

- El Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse en el Trabajo, esta escala española, a diferencia de los anteriores, incluye la “ilusión (desilusión progresiva, pérdida del sentido del trabajo y las expectativas)” como aspecto a evaluar como parte del Síndrome de Burnout (19).

2.1.6. TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

El tratamiento y su prevención consisten en estrategias que permitan modificar los sentimientos y pensamientos referentes a los 3 componentes del Síndrome de Burnout, algunas de ellas son:

1. Proceso personal de adaptación de las expectativas a la realidad cotidiana.
2. Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descanso, trabajo
3. Fomento de una buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.
4. Limitar la agenda laboral
5. Formación continua dentro de la jornada laboral (16)

2.1.7. FACTORES PROTECTORES Y HERRAMIENTAS DE PREVENCIÓN

Sin lugar a dudas, la prevención y tratamiento del síndrome de burnout requiere un enfoque plural, abarcativo y transdisciplinario. La etiología de dicha afección, como ya se ha señalado, se encuentra en factores individuales, organizacionales y socio-culturales. Algunos de ellos, tales como la cultura del trabajo contemporánea, claramente escapan al campo de acción del médico o profesional de la salud afectado. Es decir, no es una variable que pueda ser atacada y contrarrestada por un esquema de prevención realista y eficaz en el corto y mediano plazo por aquellos que sufren el hecho de sentirse “quemados” en el trabajo. Nuevamente, la prevención y las acciones que puedan tomarse para minimizar estos factores parecerían a priori requerir de tiempos de implementación y ejecución que no resultan ajustados a la urgencia cotidiana del que padece burnout (20).

Por tal motivo, el hincapié estará puesto, en este caso particular, en aquellas medidas individuales y grupales que estén al alcance del médico, que puedan hallarse dentro del “circulo de influencia” del mismo. Posiblemente algunas de ellas no requieran mayor complejidad en su ejecución, siendo el principal obstáculo cierta reticencia observada tradicionalmente en los médicos a reconocer y afrontar sus propios padecimientos (20). El hecho de darse cuenta a tiempo y reconocer con suficiente anticipación la sintomatología del burnout constituye como en todo cuadro patológico y/o de sufrimiento un elemento determinante para la pronta y efectiva resolución del mismo (21). Dicho esto, las principales acciones de prevención son:

- Lograr, en la medida de lo posible, un adecuado balance entre el tiempo dedicado a actividades laborales, particularmente las de carácter asistencial, y el tiempo destinado a actividades recreativas, familiares y/o sociales. Poder orientar el trabajo a hacerlo mejor y no a hacer más. Es parte de la responsabilidad profesional y de la ética del profesional de la salud saber “retirarse a tiempo” de aquellas situaciones laborales en las que se reconoce estresado y también lo es aprender a decir “no” a las exigencias del contexto laboral que exceden las propias capacidades, expectativas y anhelos.
- Mantener un vínculo adecuado de trabajo con los pares y superiores, donde prime la comunicación eficaz y fluida. Así como el “efecto de contagio” en el burnout está estudiado y comprobado, también lo está la contracara de éste. La claridad en los roles dentro de las instituciones asistenciales, la mejora en la administración del tiempo, la creación de espacios de debate para compartir y poner en común las experiencias en el trato con el paciente, forman parte, entre otras, de las posibles medidas que fortalecen la cohesión y sinergia del equipo. Como se señaló supra, el sentirse “socialmente desprotegidos”, aislados y sin soporte afectivo-emocional representa uno de los dos factores más importantes en la causalidad del burnout. Por tal motivo, el equipo de trabajo, cuando funciona adecuadamente,

constituye una herramienta de inapreciable valor para contrarrestar su aparición (22).

- Establecer metas y objetivos de trabajo cotidiano, en el día a día del trabajo asistencial, que sean realistas y factibles. Evitar la excesiva sobrecarga de la agenda diaria de actividades laborales. El sentimiento de “poder hacer (bien) el trabajo” es uno de los elementos axiales en la percepción de autorrealización en el trabajo. Poder destinar tiempo a la capacitación, formación y actualización permanente y regular (y no esporádica e intensiva) resulta de vital importancia a tal fin (21).

El punto antedicho, acerca de la “autoeficacia” y el sentido de capacidad profesional, se vincula manifiestamente con el concepto de engagement. Este término, de difícil traducción al castellano, remite (en un escueto resumen) a un estilo de compromiso y vinculación saludable con el trabajo, e históricamente ha estado ligado al concepto de burnout como su antítesis conceptual. El engagement en el trabajo se logra mediante una relación positiva con el mismo. Lo significativo, en este sentido, es que el mismo trabajo o tarea que puede generar burnout puede también dar lugar al engagement. Es decir, es de vital importancia la actitud y enfoque personal mediante el cual se valoran las situaciones adversas del contexto laboral (23).

El médico engaged percibe su trabajo como desafiante y no como asfixiante. Los factores estresores de su práctica asistencial cotidiana son entendidos como un reto a sus capacidades profesionales, y no como un factor desmotivador asfixiante. El engagement implica poder “apropiarse” del trabajo, valorando las circunstancias adversas que este presenta como un terreno donde poner en juego el vigor, la dedicación y la absorción (entendiendo esta última como concentración y foco en las tareas). Estos tres elementos constituyen la tríada fundamental del engagement, y remiten a “invertir la carga”, en el vínculo con el trabajo asistencial, tomando control del mismo y valorándolo como un ámbito

limitado en el tiempo y el espacio donde el médico puede encontrar un espacio de disfrute y desafío a su práctica profesional (24).

2.2. ANSIEDAD

2.2.1. DEFINICIÓN

La ansiedad es un estado que tiene muchos efectos: teniendo influencia sobre la cognición y pudiendo distorsionar la percepción. Se diferencia del miedo, que es una respuesta apropiada a una amenaza conocida; la ansiedad es una respuesta a una amenaza desconocida, vaga o conflictiva. Muchos de los efectos de la ansiedad se acompañan de molestias somáticas, como palpitaciones y sudación, que denotan la hiperactividad del sistema nervioso autónomo (25).

La ansiedad es un sentimiento inherente al ser humano. No existe persona que no la haya experimentado. Se presenta en diferentes circunstancias de la vida como cuando se enfrentan problemas laborales, en la presentación de un examen o en la toma de decisiones cotidianas. A esta ansiedad, ocasional y asociada a la vida misma, la podemos denominar normal. La ansiedad se vuelve un trastorno cuando va más allá de una preocupación o miedo temporales. Para una persona con un trastorno de ansiedad, el sentimiento se convierte en algo que no le permite seguir con su vida normal y que empeora a través del tiempo, puede interferir con sus actividades diarias como el desempeño laboral, el trabajo escolar y las relaciones interpersonales (26).

2.2.2. EPIDEMIOLOGÍA

Datos de la Organización Mundial de la Salud del año 2001 situaban en aproximadamente 450 millones el número de personas aquejadas de algún tipo de trastorno mental en todo el mundo.

Los Trastornos de Ansiedad son, como grupo, las enfermedades mentales más comunes, con una alta prevalencia de aproximadamente 2-8% en la población general y 10-12% en las consultas de atención primaria. En los últimos años se ha observado un incremento de los casos de Trastornos de Ansiedad, así como de la comorbilidad que a

menudo los acompaña. Los Trastornos de Ansiedad son 2 veces más prevalentes en mujeres. Los Trastornos de Ansiedad son frecuentes en la actividad clínica de atención primaria. Se calcula que 1 de 10 pacientes que se atienden diariamente presentan un Trastornos de Ansiedad, siendo incluso más comunes que la diabetes mellitus. En el anciano, los Trastornos de Ansiedad tienen una prevalencia de 5-10%,. Destaca la alta comorbilidad de los Trastornos de Ansiedad con la depresión, principalmente en el adulto mayor (27).

EPIDEMIOLOGIA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD					
	Trastornos de angustia	Fobia	Trastorno obsesivo-compulsivo	Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno por estrés postraumático
Prevalencia a lo largo de la vida	1.5% - 4% de la población	Trastorno de ansiedad más frecuente: 10% de la población	2-3% de la población	3-8% de la población	1-3% de la población 30% de los veteranos de la guerra de Vietnam
Razón de masculinidad	1:1 (sin agorafobia) 1:2 (con agorafobia)	1:2	1:1	1:2	1:2
Edad de comienzo	Antes de la treintena	Infancia tardía	Adolescencia o primera fase de la vida adulta	Variable: primera fase de la vida adulta	Cualquier edad, incluida la infancia.
Antecedentes familiares	El 20% de los familiares de primer grado de los pacientes agorafóbicos padece	Se acumula en familias, sobre todo el tipo de sangre-inyección	35% en familiares de primer grado	El 25% de familiares de primer grado está afectado	-----

	de agorafobia	nes- daño			
Estudios con gemelos	Mayor concordan cia entre gemelos monocigoti cos que entre los dicigóticos.	-----	Mayor concordan cia entre gemelos monocigoti cos que entre los dicigóticos.	80-90% de concordan cia entre gemelos monocigoti cos; 10- 15% entre los dicigóticos.	-----

Fuente: Navas Orozco; Vargas Baldares, 2012

2.2.3. ETIOLOGÍA

La etiopatogenia de los Trastornos de Ansiedad constituye un modelo complejo, donde interactúan múltiples factores: biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje. Dentro de esta etiología multifactorial se menciona la presencia de factores de riesgo y factores protectores que median en la expresión de este trastorno (28).

Desde el punto de vista neurobiológico, la ansiedad tiene su base en ciertas zonas del tallo cerebral (núcleos del Rafé, locus ceruleus) que están involucradas en el desarrollo y transmisión de la angustia, y el hipocampo y la amígdala pertenecientes al sistema límbico. El sistema GABA es el neurotransmisor de acción inhibitoria más importante. A veces funciona como ansiolítico y otras como generador de angustia (29).

También el sistema serotoninérgico es importante, pues en estrecha interacción con la adrenalina y la dopamina juega un papel tranquilizante o lo contrario. Ciertas hormonas tienen un rol destacado en todo lo relativo al estrés (cortisol, ACTH, etc.) y en la ansiedad (30).

A. FACTORES BIOLÓGICOS: Los factores genéticos son importantes en la predisposición de los Trastornos de Ansiedad (31). La vulnerabilidad genética se ha encontrado en la mayoría de los Trastornos de Ansiedad, pero con mayor contundencia en el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo y la fobia social.

- La ansiedad supone una reacción vegetativa exagerada con incremento del tono simpático.
- La liberación de catecolaminas se eleva con la mayor producción de los metabolitos noradrenalínicos (p.ej. 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol)
- Puede haber una menor latencia del sueño REM (movimientos oculares rápidos, rapid eye movement) y de la etapa IV del sueño (parecida a la depresión)
- La disminución de las cifras de ácido γ aminobutírico (GABA) ocasiona una hiperactividad del sistema nervioso central (SNC) (el GABA inhibe la irritabilidad del SNC y está extendido por todo el cerebro).
- Las alteraciones del sistema serotoninérgico y el incremento en la actividad dopaminérgica se asocian a ansiedad.
- La actividad de la corteza temporal del cerebro aumenta.
- El locus caeruleus, un centro cerebral de neuronas noradrenergicas, se muestra hiperactivo en los estados de ansiedad, en especial en las crisis de angustia.
- Los estudios recientes también apuntan el papel de los neuropeptidos (sustancia P, CRF y colecistocinina).
- La hiperactividad y la disregulación del complejo amigdalino pueden acompañarse de ansiedad social (28).

B. FACTORES PSICOSOCIALES: Según Freud, los impulsos inconscientes (p.ej. sexo o agresión) amenazan con estallar en la consciencia y producir ansiedad. La ansiedad se relaciona, a lo largo del desarrollo, con los temores infantiles a la desintegración, que provienen del miedo a la pérdida real o imaginada de un objeto querido o del miedo a daño físico (p.ej. castración), Freud utilizó el término angustia señal para describir la ansiedad no experimentada de modo consciente que desencadena mecanismos de defensa

utilizados por la persona para afrontar una situación potencialmente amenazadora. Los estresores psicosociales (interpersonal, laboral, socioeconómico, etc.) juegan un papel muy importante en muchos de los Trastornos de Ansiedad, como factores precipitantes, agravantes o causales de los Trastornos de Ansiedad y trastornos de adaptación. Se ha sugerido que el tipo de educación en la infancia predispone al Trastorno de Ansiedad en la edad adulta, sin embargo, no se han identificado causas específicas de ello (32).

C. FACTORES TRAUMÁTICOS: Enfrentar acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal (accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc.) suele provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad (28,31).

D. FACTORES PSICODINÁMICOS: La ansiedad se considera como la respuesta individual a un peligro que amenazó desde dentro en forma de un impulso instintivo prohibido que está a punto de escapar del control del individuo (Kaplan). La ansiedad como señal de alarma provoca que el “yo” adopte medidas defensivas. Si las defensas tienen éxito la ansiedad desaparece y si no sale libremente o se contienen, según el tipo de defensa empleada, puede presentar síntomas conversivos, disociativos, fóbicos y obsesivo-compulsivos (28). Suele ser como un tipo de factor de aprendizaje, donde:

- La ansiedad es producida por una frustración o estrés mantenidos o intensos. La ansiedad se torna, luego, en una respuesta acondicionada a otras situaciones que producen una frustración o estrés menos acusado.
- Se puede aprender a través de la identificación e imitación de los patrones de ansiedad parentales (teoría del aprendizaje social)
- La ansiedad se asocia a un estímulo aterrador natural (p.ej. accidente). El desplazamiento o transferencia posteriores hacia otro estímulo, a través del condicionamiento, produce una fobia a un objeto o situación nuevos y diferentes.

- Los trastornos de ansiedad implican patrones erróneos, distorsionados o contraproducentes de pensamiento cognitivo (28).

E. FACTORES COGNITIVOS Y CONDUCTUALES: Se considera que patrones cognitivos distorsionados (sistema de pensamientos negativos) preceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales. La ansiedad se presenta por una sobrevaloración amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus potenciales personales. También por estímulos externos y por mecanismos de condicionamiento y generalización, se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás (28).

F. FACTORES GENÉTICOS: La mitad de los pacientes con trastorno de angustia tiene un familiar afectado. Cerca del 5% de las personas con mucha ansiedad muestra una variante polimorfa del gen asociado al metabolismo del transportador de serotonina (28).

2.2.4. PRESENTACIÓN CLÍNICA

Las características clínicas de los Trastornos de Ansiedad son las mismas de la ansiedad no patológica, diferenciándose de ella en cuanto a duración y gravedad. Los síntomas de ansiedad varían desde los sentimientos de desasosiego hasta episodios de terror paralizante. En los Trastornos de Ansiedad se presentan como síntomas comunes (26)

SIGNOS Y SÍNTOMAS	
SIGNOS SOMÁTICOS	SINTOMAS PSICOLÓGICOS
Temblor, contracciones, agitación Dolor de espalda, cefalea Tensión muscular Disnea, hiperventilación Fatigabilidad Respuesta de sobresalto Hiperactividad vegetativa Rubefacción y palidez Taquicardia, palpitaciones Sudación Manos frías Diarrea Sequedad de boca (xerostomía) Polaquiuria Parestesias Dificultad para la deglución	Sensación de terror Dificultades de concentración Hipervigilancia Insomnio Disminución de la libido “Nudo en la garganta” Molestias de estómago (“estómago revuelto”)

Fuente: Navas Orozco; Vargas Baldares, 2012

2.2.5. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y SUS CARACTERÍSTICAS

	DSM-V	Características
Trastorno de ansiedad primario	Trastorno de pánico.	Estos pacientes experimentan repetidos ataques de pánico, episodios breves de temor intenso acompañados por distintos síntomas físicos y de otros tipos, aunado a la inquietud de desarrollar otras crisis y otros cambios conductuales relacionados.
	Agorafobia.	Los pacientes con esta afección temen a situaciones o lugares como ingresar a una tienda, donde pudieran tener dificultad para conseguir ayuda si desarrollaran ansiedad.
	Fobia específica.	En esta condición, los pacientes temen a objetos o situaciones específicos. Algunos ejemplos son animales, tormentas, alturas, sangre, aviones, sitios cerrados o cualquier situación que pudiera causar vómito, asfixia o desarrollo de alguna enfermedad.
	Trastorno de ansiedad social.	Estos individuos se imaginan avergonzados cuando hablan, escriben o comen en público, o usan un baño público.
	Mutismo selectivo.	Un niño decide no hablar, excepto cuando está solo o con ciertas personas cercanas.

	Trastorno de ansiedad generalizada.	Si bien estas personas no experimentan episodios de pánico agudo, se sienten tensas o ansiosas gran parte del tiempo y se preocupan por muchas cuestiones distintas.
	Trastorno de ansiedad por separación.	El paciente desarrolla ansiedad cuando se separa de un progenitor o de alguna otra figura a la que se siente apegado.
	Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica.	Los ataques de pánico y los síntomas de ansiedad generalizada pueden ser causados por numerosas afecciones médicas.
	Trastorno de ansiedad inducido por sustancia/medicamento.	El consumo de una sustancia o medicamento ha desencadenado ataques de pánico u otros síntomas de ansiedad.
	Otro trastorno de ansiedad especificado o no especificado.	Utilice estas categorías para los trastornos con síntomas de ansiedad notables que no corresponden claramente a ninguno de los grupos previos.
Otras causas de ansiedad y síntomas relacionados	Trastorno obsesivo-compulsivo.	Estos enfermos se inquietan por pensamientos o conductas repetidos que pueden parecer sin sentido, incluso para ellos.
	Trastorno de estrés postraumático.	Un evento traumático intenso, como un combate o un desastre natural, se experimenta de nuevo una y otra vez.
	Trastorno de estrés agudo.	Esta afección es muy parecida al trastorno de estrés postraumático, excepto porque inicia durante o inmediatamente después de un evento estresante y dura un mes o menos.
	Trastorno de la personalidad por evitación.	Estas personas tímidas se sienten heridas muy fácilmente por la crítica que dudan en involucrarse con otras.
	Especificador “con tensión ansiosa” para el trastorno depresivo mayor.	Algunos individuos con trastorno depresivo mayor tienen gran tensión y ansiedad.
	Trastorno de síntomas somáticos y trastorno de ansiedad por enfermedad.	Con frecuencia, el pánico y otros síntomas de ansiedad forman parte de algún trastorno de síntomas somáticos y del trastorno de ansiedad por enfermedad.

Fuente: Ancarola, 1983

Es importante recordar que dentro de los estados de ansiedad se presentan accesos de hiperventilación, conocidos como “síndrome cardio-respiratoriotetaniforme”, que conlleva a una alcalosis secundaria

en la sangre generadora de una contractura muscular y a veces de la pérdida de conciencia (16).

2.2.6. DIAGNOSTICO

Es fundamental recordar que, para llegar al diagnóstico correcto, hay que:

- Realizar entrevista psiquiátrica profunda.
- Prestar especial atención a la psicopatología básica.
- Usar las técnicas, habilidades y las herramientas necesarias para llevar a la práctica un diagnóstico eficaz y certero del paciente.
- Identificar los determinantes biológicos, psicológicos y sociales que están actuando como precipitantes, predisponentes o perpetuantes en cada paciente.
- Confeccionar una buena historia clínica que oriente el diagnóstico diferencial tanto de afecciones orgánicas subyacentes, como diferentes cuadros psiquiátricos donde la ansiedad es un síntoma relevante (ej. ansiedad simple, pánico o angustia, ansiedad fóbica, entre otros).
- Realizar diagnóstico de afecciones comórbidas.
- Saber identificar inicialmente las situaciones de riesgo para el paciente o para terceros (25).

2.2.6.1. PRUEBAS PSICOLÓGICAS

2.2.6.1.1. Prueba de Rorschach:

A. Los movimientos de animales, las formas no estructuradas y los colores muy intensos generan ansiedad.

B. Las formas anatómicas y el daño físico suscitan una respuesta fóbica.

C. La atención exagerada a los detalles indica una respuesta obsesivo-compulsivo (33).

2.2.6.1.2. Prueba de apercepción temática:

- A. Puede haber una mayor producción de fantasía.
- B. Los temas de agresión y sexualidad destacan.
- C. Pueden aparecer sentimientos de tensión (33).

2.2.6.1.3. Bender-Gestalt

- A. Ningún cambio indicativo de daño cerebral.
- B. El uso de una pequeña área puede manifestarse en el trastrono obsesivo-compulsivo.
- C. En los estados de ansiedad, el dibujo puede desparramarse por la pagina (33).

2.2.6.1.4. Dibujos de una persona

- A. En el trastorno obsesivo-compulsivo se ve, en ocasiones , mas detalle de la cabeza y general.
- B. Puede haber distorsiones de la imagen corporal en las fobias.
- C. En los trastornos de ansiedad se puede observar un dibujo rápido (33).

Cuestionario multifásico de personalidad de Minnesota 2.
Puntuación alta de hipocondría, psicoastenia e histeria en ansiedad.

2.2.6.2. PRUEBAS DE LABORATORIO

II.1 No se conoce ninguna prueba especifica de laboratorio para la ansiedad.

II.2 La infusión experimental de lactato aumenta las cifras de noradrenalina y produce ansiedad a los pacientes con un trastorno de angustia (33).

2.2.6.3. FISIOPATOLOGIA Y ESTUDIOS DE IMAGEN CEREBRAL

III.1 No se aprecia ningún cambio patognomónico sistemático.

III.2 La tomografía por emisión de positrones (PET, positrón emission tomography) revela un descenso del metabolismo en la circunvolución orbitaria, núcleos caudados y circunvolución del cuerpo calloso en el trastorno obsesivo-compulsivo.

III.3 La PET revela un aumento del flujo sanguíneo por la región parahipocámpica derecha del lóbulo frontal en el trastorno de ansiedad generalizada y en los estados angustia.

III.4 La resonancia magnética (RM) muestra un aumento del tamaño ventricular en algunos casos, pero no siempre.

III.5 Algunos pacientes con trastorno de angustia presentan atrofia temporal derecha y en la ansiedad se observa a menudo vasoconstricción.

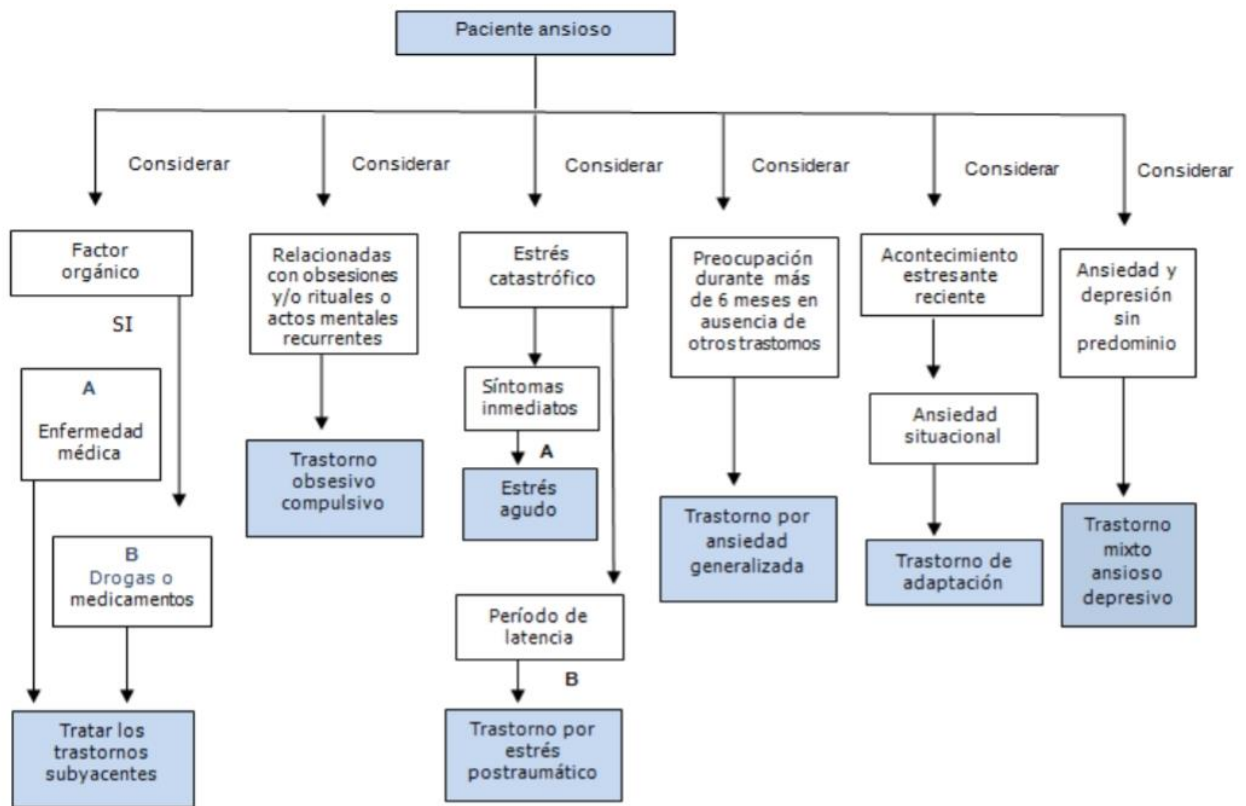
III.6 La mitad de los pacientes con trastornos de angustia presenta un prolapso de la válvula mitral de significado clínico incierto

III.7 Se pueden observar alteraciones inespecíficas del electroencefalograma (EEG)

III.8 La prueba de supresión con dexametasona no suprime el cortisol de algunos pacientes obsesivo-compulsivos.

III.9 Las sustancias inductoras de angustia comprenden el dióxido de carbono, el lactato de sodio, la metilclorofenilpiperazina (mCPP) las carbolinas, los antagonistas de los receptores GABA, la cafeína, la isoprenalina y la yohimbina (33).

2.2.7. ALGORITMO DEL DIAGNOSTICO



Fuente: Fernández López, Odalis, Jiménez Hernández, Bárbara, Alfonso Almirall, Regla, Sabina Molina, Darelys, & Cruz Navarro, Julia, 2012



3. ANALISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. A nivel nacional

Autor: Walter L. Arias Gallegos¹, Agueda Muñoz del Carpio Toia, Yesary Delgado Montesinos², Mariela Ortiz Puma², Mario Quispe Villanueva

Título: Síndrome de burnout en personal de salud de la ciudad de Arequipa (Perú)

Resumen: “Introducción: El síndrome de burnout fue descrito por primera vez en 1974 por Freudenberger, y desde entonces ha generado una gran cantidad de investigación sobre sus síntomas más característicos como son el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal. Entre las tres profesiones de mayor riesgo se tiene al personal de salud, los profesores y los policías. Objetivo: El objetivo de la presente investigación fue valorar la prevalencia del síndrome de burnout en personal de salud de la ciudad de Arequipa (Perú), y analizar comparativamente los datos en función del sexo, los ingresos económicos, el estado civil, el tiempo de servicio, el cargo, la profesión y la institución de procedencia. Método: Se trabajó con un diseño de investigación de tipo descriptivo y se aplicó el Inventario de Burnout de Maslach, que consta de 22 ítems y cuenta con adecuados índices de validez y confiabilidad ($\alpha = .76$). Resultados: Se evaluaron a 213 trabajadores del sector salud que laboran en hospitales y postas de salud de la ciudad. El 35.7% son varones y el 63.8% son mujeres, con 37 años de edad como promedio. Los resultados indican que altos porcentajes de profesionales del sector salud tienen algunos síntomas del síndrome de burnout, y solo un 5.6% tiene el síndrome de burnout en nivel severo. Además, se registraron diferencias entre los trabajadores en función del sexo, el tiempo de servicio, el cargo, la profesión y la institución en la que laboran” (4).

Autor: Alberto Perales, Héctor Chue, Alberto Padilla, Lorenzo Barahona

Título: Estrés, ansiedad y depresión en magistrados de lima, Perú

Resumen: “Objetivos. Determinar los niveles de estrés general y laboral, depresión y ansiedad en magistrados (jueces y fiscales) del Distrito Judicial de Lima, Perú. Materiales y métodos. Estudio transversal y descriptivo. De una población de 1137 magistrados del Poder Judicial y del Ministerio Público del Distrito Jurisdiccional de Lima se tomó una muestra aleatoria estratificada donde cada institución constituyó un estrato. La muestra estuvo conformada por 287 magistrados: 138 fiscales y 149 jueces. Se aplicó un cuestionario compuesto por cuatro instrumentos para determinar los niveles de estrés general y laboral, ansiedad y depresión, previo consentimiento informado. Resultados. El estrés general estuvo presente en el 18,5 % de los magistrados, el estrés laboral en 33,7 %, ansiedad en 12,5 % y depresión en 15,0 %. Estas tres condiciones estuvieron presentes en el 6,6 % de los magistrados, y al menos una estuvo presente en el 25,9 %. El estrés general estaba asociado con la depresión (OR: 4,9; IC95 % 1,6-15,1) y ansiedad (OR: 8,5; IC95 % 2,5-28,6) en el modelo de regresión logística. Conclusiones. Un porcentaje significativo de magistrados del Distrito Judicial de Lima presentan altos niveles de estrés, ansiedad y depresión; un cuarto de los encuestados presentan, al menos, una de estas condiciones. Se recomienda que los programas de intervención y prevención se dirijan al manejo del estrés, ansiedad y depresión en conjunto, dada su alta asociación. Palabras clave: Sistema de justicia; Poder judicial; Estrés laboral; Depresión; Ansiedad; Salud mental (fuente: DeCS BIREME)” (34).

3.2. A nivel internacional

Autor: Carmen Caballero Domínguez¹, Orlando González Gutiérrez², Jorge Palacio Sañudo

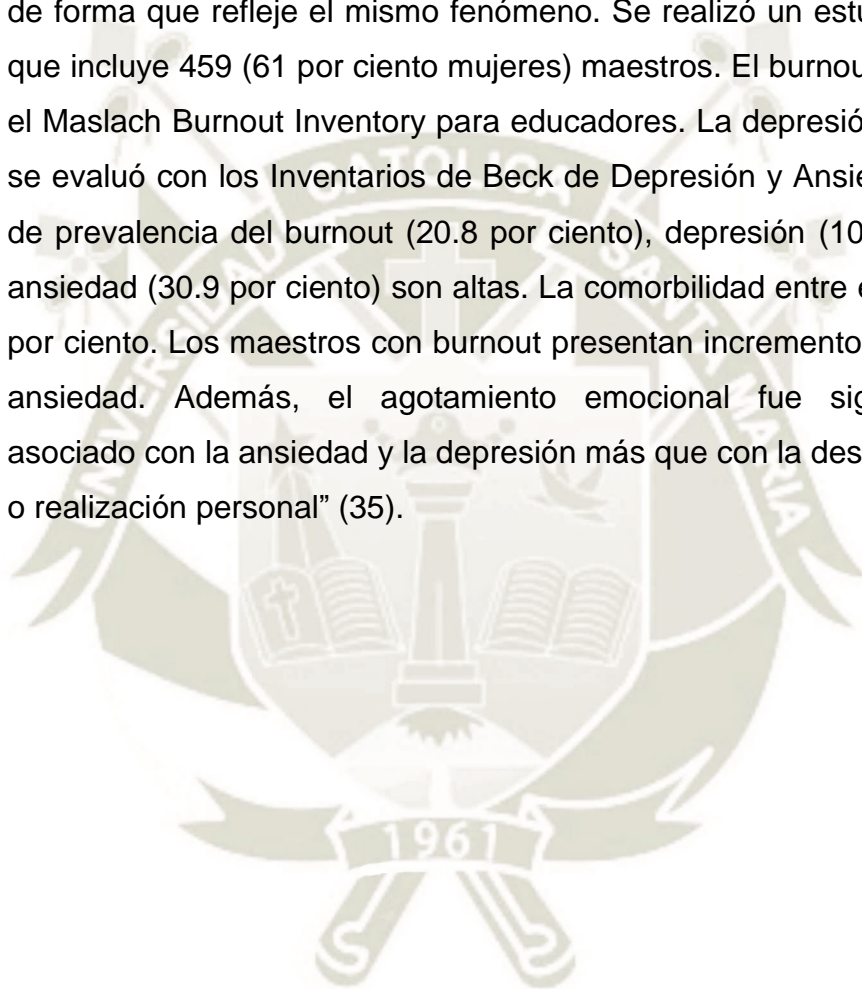
Título: Relación del burnout y el engagement con depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios

Resumen: “Objetivo: Analizar las relaciones entre burnout y engagement con ansiedad, depresión y rendimiento académico en estudiantes universitarios de programas de salud. Materiales y métodos: El diseño fue observacional, correlacional, multivariado; la muestra, aleatoria y estratificada, de 802 estudiantes de programas de salud de universidades de Barranquilla. Instrumentos: MBISS, UWES-S, STAI e Inventario de Depresión de Beck. Resultados: El análisis de las correspondencias múltiples entre las variables evidenció un factor conformado principalmente por las dimensiones de Vigor, Absorción, Dedicación e Ineficacia Académica, cuyo extremo negativo se relacionaba con bajo engagement y altos niveles de burnout, ineficacia académica, depresión y de ansiedad de rasgo y de estado; el extremo positivo, con alto engagement, buen rendimiento académico y baja ineficacia, depresión y ansiedad de rasgo y de estado. Conclusiones: En la muestra estudiada, el burnout y el engagement académicos se identificaron relacionados como polos extremos y opuestos de un mismo continuo multidimensional, en el que tanto el polo del burnout como el del engagement se configuran por valores esperados de las variables estudiadas pero opuestos al del polo contrario” (3).

Autor: Francisco Sánchez-Narváez y Juan Jesús Velasco-Orozco

Título: Comorbilidad entre síndrome de Burnout, depresión y ansiedad en una muestra de profesores de Educación Básica del Estado de México

Resumen: “El objetivo de esta investigación fue evaluar la prevalencia y comorbilidad entre síndrome de burnout, la depresión y la ansiedad, si se manifiestan por separado el uno del otro o están estrechamente entrelazados de forma que refleje el mismo fenómeno. Se realizó un estudio transversal que incluye 459 (61 por ciento mujeres) maestros. El burnout se evaluó con el Maslach Burnout Inventory para educadores. La depresión y la ansiedad se evaluó con los Inventarios de Beck de Depresión y Ansiedad. Las tasas de prevalencia del burnout (20.8 por ciento), depresión (10.6 por ciento) y ansiedad (30.9 por ciento) son altas. La comorbilidad entre ellos es de 19.7 por ciento. Los maestros con burnout presentan incremento en depresión y ansiedad. Además, el agotamiento emocional fue significativamente asociado con la ansiedad y la depresión más que con la despersonalización o realización personal” (35).



4. OBJETIVOS

4.1. GENERAL:

Identificar la asociación entre el síndrome de burnout y nivel de ansiedad de los internos de medicina del Hospital Goyeneche del año 2019

4.2. ESPECIFICOS

1. Identificar la presencia de ansiedad en los internos del Hospital Goyeneche al ingreso del internado.
2. Identificar la presencia de ansiedad en los internos del Hospital Goyeneche después de un año de internado.
3. Identificar la presencia de síndrome de Burnout en internos de medicina del Hospital Goyeneche al ingreso del internado.
4. Identificar la presencia de síndrome de Burnout en internos de medicina del Hospital Goyeneche al finalizar el internado.

5. HIPOTESIS:

NULA: No existe relación entre el Síndrome Burnout y la ansiedad en internos de medicina el Hospital Goyeneche del año 2019

ALTERNA: Existe relación entre el Síndrome de Burnout y la ansiedad en internos de medicina del Hospital Goyeneche del año 2019

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

a) Técnica: Encuesta

Instrumentos: Cuestionario de Maslach Burnout inventory

b) Técnica: encuesta

Instrumentos: Escala de ansiedad de Hamilton.

2. Campos de verificación

2.1. Ubicación espacial:

Hospital III Goyeneche

2.2. Ubicación temporal:

Diciembre 2018 – Diciembre 2019

2.3. Unidades de estudio:

2.3.1. Población:

2.3.2. Muestra:

77 internos de medicina del Hospital III Goyeneche que cumplieron con los siguientes criterios de selección.

Criterios de inclusión: internos de medicina del Hospital III Goyeneche 2019

Criterios de exclusión: otros internos que no son de medicina y otros trabajadores de salud. De licencia o permiso el día de aplicación de los instrumentos. Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas.

3. Estrategia de recolección de datos

3.1. Organización

Se realizó encuestas antes mencionadas a todos los internos de medicina del Hospital III Goyeneche del año 2019.

3.2. Recursos

a) Humanos: investigador, asesor

3.3. Criterios para manejo de resultados

3.3.1. Plan de procesamiento

Tiempo Activ							
	Diciembre 2018	Enero 2019	Febrero- Julio 2019	Agosto- Noviembre 2019	Dic 2019	Ene 2020	Feb 2020
Encuesta a los internos de medicina antes del inicio del internado	x						
Busqueda bibliográfica problema de investigacion		x					
Sitematizacion de bibliografía			X				
Redacción del proyecto				X			
Aprobación proyecto de tesis por asesor y profesores de curso de taller de tesis					x		
2da encuesta a los internos de medicina finalizando el internado					x		
Dictamen de comité de ética de investigación						x	
Recolección de datos						x	

Estructuración de resultados						x	
Informe final							x

Fecha de inicio: Diciembre 2018

Fecha probable de termino: Enero 2020



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maslach C, Schaufeli W, Leiter M. Job Burnout. Annual Review of Psychology. 2001; 52(1): p. 397-422 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.52.1.397>.
2. Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. Brit J Med Psychol. 1959; 32(1): p. 50-55 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>.
3. Caballero Domínguez Carmen, González Gutiérrez Orlando, Palacio Sañudo Jorge. Relación del burnout y el engagement con depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. Salud, Barranquilla. 2015; 31(1): p. 59-69 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522015000100008&lng=en&nrm=iso. ISSN 0120-5552.
4. Arias Gallegos Walter L., Muñoz del Carpio Toia Agueda, Delgado Montesinos Yesary, Ortiz Puma Mariela, Quispe Villanueva Mario. Síndrome de burnout en personal de salud de la ciudad de Arequipa (Perú). Med. segur. trab. 2017; 63(249): p. 331-344 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2017000400331&lng=es.
5. Moriana J, Herrezco. El síndrome de burnout como predictor de bajas laborales de tipo psiquiátrico. Clínica y salud (España: Colegio Oficial de Psicólogos). 2005; 16(2): p. 161-172 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180616104003.pdf>.
6. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-V-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5th ed. 2014 , editor. Barcelona, España. James Morrison; 2014.
7. Moreno B, Meda R, Rodríguez A. El síndrome de burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: Prevalencia y Factores Sociodemográficos asociados. Psicología y Salud. 2006; 16(1): p. 5-13. Obtenido de: <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/778>.

8. Arango S, Castaño J, Henao C, Jiménez D, López A, Páez M. Síndrome de burnout y factores asociados en estudiantes del I a X semestre de la Facultad de Medicina de la universidad de Manizales. *Archivo de Medicina*. 2019 Colombia; 10(2): p. 110-126 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: [javascript:void\(0\)](javascript:void(0);).
9. Abreu Dávila. Síndrome de agotamiento emocional en profesionales de la unidad de cuidados intensivo. *MULTICIENCIAS*. 2011; 11(4): p. 370 - 377 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: [ISSN 1317-2255](https://doi.org/10.15446/mult.11.4.370-377).
10. Saborío Morales, Lachiner, & Hidalgo Murillo, Luis Fernando. Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*. 2015; 32(1): p. 119-124 [cited 2020 Ene 08]. Obtenido de: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014&lng=en&tlng=es.
11. Dyrbye, L. N., Massie, F. S., Eacker, A., Harper, W., Power, D., Durning, S. J., Thomas, M. R., Moutier, C., Satele, D., Sloan, J. & Shanafelt, T. D. Relationship Between Burnout and Professional Conduct and Attitudes Among US Medical Students. *JAMA*. 2010); 304(11): p. 1173-1180.
12. Millán, R. y Mesén, A. Prevalencia del síndrome de desgaste en médicos residentes costarricenses. *Acta Médica Costarricense*. 2009; 51(2).
13. Gamboa, M., Herrera, G., Aguilar, J. y Arias, R. Síndrome de Burnout en el personal del Hospital de la Mujer Adolfo Carit Eva en el año 2009. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 2013; 606: p. 195-201.
14. Quinceno J. M. y Alpi, V. S. Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo. *Acta Colombiana de Psicología*. 2007; 10: p. 117-125 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/pdf/798/79810212.pdf>.
15. Danhof, M. B., Van Veen, T. & Zitman, F. G. Biomarkers in burnout: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2011; 70: p. 505–524 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399910004162>.

16. Aceves, G. A. Síndrome de burnout. Archivos de Neurociencias. 2006; 11(4): p. 305-309 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: http://www.academia.edu/download/40837724/SINDROME_DEL_BURNOUT.pdf.
17. Gil, P. R., Unda, S. y Sandoval, J. Validez factorial del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT), en una muestra de maestros mexicanos. Salud Mental. 2009; 31: p. 205-214 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=21721>.
18. Maslach, C., Jackson, S. & Leiter, M. Maslach Burnout Inventory Manual California, USA. Palo Alto; 1986.
19. Moreno, B., Gálvez, M., Garrosa, E. y Mingote, J. C. Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico. Aten Primaria. 2006; 38(10): p. 544-549 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656706705753>.
20. Flórez Lozano, J. Salud mental del médico. Prevención y control del burnout. Salud Global. 2003; 3(2): p. 2-7.
21. Colombo, D. y Muruaga, M. El burnout puede terminar con su vida...¿Cómo evitarlo? [Online].; 2018 [cited 2020 Ene 02]. Available from: www.materiabiz.com.
22. Fidalgo Vega, M. Síndrome de estar quemado en el trabajo o "burnout. [Online].; 2008 [cited 2020 Jun 02]. Available from: www.infogerontología.com.
23. Kahn, W. A. Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. Academy of Management Journal. 1990; 33(4): p. 692-724 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: <https://journals.aom.org/doi/abs/10.5465/256287>.
24. Schaufeli, W.B. y Salanova, M. Work engagement: An emerging psychological concept and its implications for organizations. Managing Social and Ethical Issues in Organizations, Information Age Publishers. Greenwich. 2007; 135: p.

- 177 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: https://psihologietm.ro/OHPworkshop/schaufeli_work_engagement_1.pdf.
25. Fernández López, Odalis, Jiménez Hernández, Bárbara, Alfonso Almirall, Regla, Sabina Molina, Darelys, & Cruz Navarro, Julia. Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. MediSur. 2012; 10(5): p. 466-479 [cited 2020 Ene 08]. Obtenido de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000500019&lng=es&tlng=es.
26. Hernández Sánchez MM, Horga de la Parte JF, Navarro Cremades F, et al. Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria. Guía de actuación clínica en atención primaria. [Online].; 2018 [cited 2020 Jun 02]. Available from: www.san.gva.es.
27. Navas Orozco , Vargas Baldares. Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. Revista medica de Costa Rica y Centroamerica. 2012; 69(604): p. 497-507 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>.
28. Reyes-Ticas JA. Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento Honduras. Biblioteca virtual en salud; 2018. [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: www.bvs.hn.
29. Somers JM, Goldner EM, Waraich P, et al. Prevalence and incidence studies of anxiety disorders. A systematic review of literature. Can J Psychiatry. 2006; 51(2): p. 100-113 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/070674370605100206>.
30. Ylla Segura L. Algunos aspectos psicodinámicos de los trastornos de ansiedad. ASMR Revista Internacional. 2019; 7(3) [cited 2020 Ene 02]. Obtenido de: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/algunos-aspectos-psicodinamicos-de-los-trastornos-de-ansiedad/>.
31. Hernández Sánchez MM, Horga de la Parte JF, Navarro Cremades F, et al. Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria. Guía

- de actuación clínica en atención primaria Novelda, España.; 2019. [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: www.san.gva.es.
32. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Atención primaria. 1st ed. Barcelona, España. Elsevier Masson; 2003.
33. Novell Alsina. Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual Guía práctica para técnicos y cuidadores.; 2015. [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/libro_saludmental.pdf.
34. Perales Alberto, Chue Héctor, Padilla Alberto, Barahona Lorenzo. Estrés, ansiedad y depresión en magistrados de Lima, Perú. Rev. perú. med. exp. salud publica. 2011; 28(4): p. 581-588 [cited 2020 May 03]. Obtenido de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000400002.
35. Sánchez-Narváez y Juan Jesús Velasco-Orozco. Comorbilidad entre síndrome de Burnout, depresión y ansiedad en una muestra de profesores de Educación Básica del Estado de México. Papeles de Población. 2017; 23(94): p. 261-286 [cited 2020 Jun 04]. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11254687011>.
36. Ancarola R. The toxic oil syndrome. [Online].; 1983 [cited 2020 Jun 02. Available from: https://drive.google.com/file/d/18pBstrKiemFqc9LvDz91c_MB2UV-IGYd/view.
37. Téllez Lapeira JM, López-Torres Hidalgo J, Boix Gras C, et al. Revisión clínica del tratamiento de los trastornos de ansiedad. Rev Clin Med Fam. 2007; 2(2): p. 76-83 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/pdf/1696/169618261007.pdf>.
38. Sadock Benjamin J., Sadock Virginia J. Manual de bolsillo de psiquiatría clínica. Editorial Wolters Kluwer; 2008.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, don / doña

Dede edad, de sexo: (M) (F) Identificado con DNI N°

En mi calidad de **INTERNO DE MEDICINA** en pleno uso de mis facultades mentales, libre y voluntariamente declaro haber sido informado que el objeto de este estudio es determinar el estado actual de mi Salud Mental, de esta manera poder desempeñar mis funciones como interno de medicina en forma adecuada.

Asimismo me considero SATISFECHO () INSATISFECHO () con la información recibida y que COMPRENDO () NO COMPRENDO () la indicación, los beneficios, de dicho acto medico. Y en tales condiciones SI () NO () OTORGO MI CONSENTIMIENTO para la aplicación de test necesarios de este estudio.

Firma del Interno de Medicina

Nombres y Apellidos :

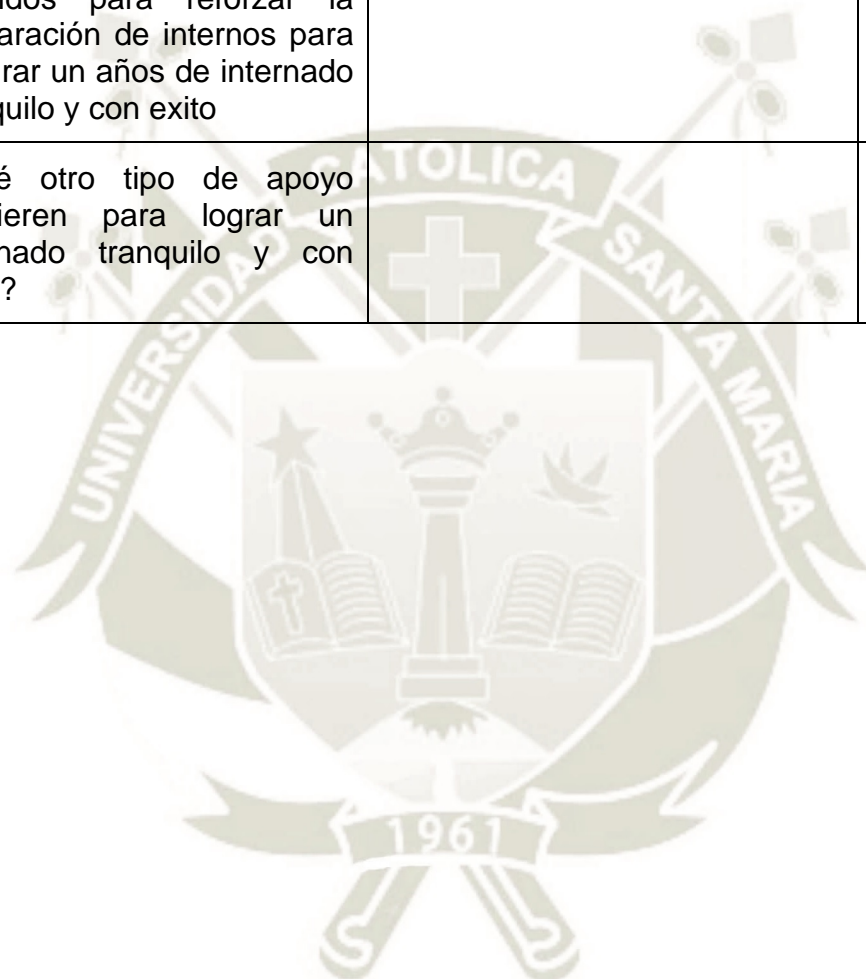
DNI N° :

**FICHA SOCIOECONOMICA Y ACADEMICA DE INTERNOS DE MEDICINA DEL
HOSPITAL III GOYENECHÉ**

Sexo	Masculino	()
	Femenino	()
Edad	Menos de 25 años	()
	De 25 a 30 años	()
	Mas de 30 años	()
Tipo de universidad	Nacional	()
	Particular	()
Estado Civil	Soltero (a)	()
	Casado (a)	()
	Conviviente	()
	Otro	()
Familia	Vives casa de tu familia	()
	Vives en pension	()
	Vives en tu propio departamento	()
	Otros especifique	()
Hijos	Ninguno	()
	1	()
	2	()
	Mas de 2	()
Actualmente vives con	Ambos padres	()
	Papa	()
	Mama	()
	Familiares de 1° grado de consanguinidad	()
	Pareja	()
	Otros: _____	()
Relacion sentimental	Enamorado (a)	()
	Comprometido	()
	Soltero	()

	Relacion abierta	()
	Casado	()
En tu vida academica en la facultad de medicina tenían un rendimiento academico	Bueno	()
	Regular	()
	Malo	()
¿crees que tu preparación en tus estudios recibidos de medicina fueron suficientes como para poder cumplir con las exigencias del internado?	Totalmente deacuerdo	()
	De acuerdo	()
	Indiferente	()
	En desacuerdo	()
	Totalmente en desacuerdo	()
¿Crees que podrias sentirte ansioso en la etapa de internado debido a que tu preparación en tus estudios de medicina fue insuficiente	Totalmente deacuerdo	()
	De acuerdo	()
	Indiferente	()
	En desacuerdo	()
	Totalmente en desacuerdo	()
¿Cuál es la mayor deficiencia en tu preparación en tus estudios en medicina que pdorian afectar tu calidad en el internado?	Ciencias básicas	()
	Cirurgía	()
	Medicina	()
	Obstetricia	()
	Pediatría	()
	Terapeutica	()
	Otros especifique	()
¿Qué es lo que mas te abruma para cumplir tu internado tranquilo y con éxito?	Horarios	()
	Carga de trabajo administrativo	()
	Guardias	()
	Calidad de alimentación	()
	Vacios en tu preparación vs la preparación de los internos de otra universidad	()
	Maltrato del personal no medico	()
	Maltrato de médicos	()
	Maltrato de los pacientes	()

	Falta de recursos en el hospital Falta de recursos de los pacientes Problemas personales Falta de tiempo para la tesis Otros por favor especifique:	() () () () ()
¿Qué cursos deberían ser incluidos para reforzar la preparación de internos para asegurar un años de internado tranquilo y con éxito		
¿Qué otro tipo de apoyo requieren para lograr un internado tranquilo y con éxito?		



Inventario de Burnout de Maslach

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS.

3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA. 5= POCAS VECES A LA SEMANA.

6= TODOS LOS DÍAS.

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

Se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan:

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Valor total
Cansancio emocional	1-2-3-6-8-13-14-16-20	
Despersonalización	5-10-11-15-22	
Realización personal	4-7-9-12-17-18-19-21	

Los resultados de cada subescala:

Subescala de agotamiento emocional: valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.

Subescala de despersonalización: valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.

Subescala de realización personal: evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome Burnout.

Otro test para medir las áreas de impacto del síndrome Burnout es el siguiente:

Conteste con qué frecuencia estas situaciones le molestan en su trabajo.

(Raramente) 1-2-3-4-5-6-7-8-9 (Constantemente)

A	IMPOTENCIA	
1	No puedo darle solución a los problemas que se me asignan	
2	Estoy atrapado en mi trabajo sin opciones.	
3	Soy incapaz de influenciar en las decisiones que me afectan. Estoy incapacitado y no hay nada que pueda hacer al respecto.	
B	DESINFORMACIÓN	
4	No estoy claro sobre las responsabilidades en mi trabajo. No tengo la información necesaria para trabajar bien.	
5	Las personas con las que trabajo no comprenden mi rol. No comprendo el propósito de mi trabajo.	

C	CONFLICTO	
6	Me siento atrapado <i>en medio</i> . Debo satisfacer demandas conflictivas.	
7	Estoy en desacuerdo con las personas en mi trabajo. Debo violar procedimientos para hacer mi trabajo.	
D	POBRE TRABAJO DE EQUIPO	
8	Mis compañeros de trabajo me subestiman. La dirección muestra favoritismo.	
9	La burocracia interfiere con la realización de mi trabajo. Las personas en mi trabajo compiten en vez de cooperar.	
E	SOBRECARGA	
10	Mi trabajo interfiere con mi vida personal.	
11	Tengo demasiadas cosas que hacer en muy poco tiempo. Debo trabajar en mi propio tiempo.	
12	Mi carga de trabajo es abrumadora.	
F	ABURRIMIENTO	
13	Tengo pocas cosas que hacer.	
14	El trabajo que realizo actualmente no está acorde con mi calificación. Mi trabajo no es desafiante.	
15	La mayoría del tiempo la utilizo en labores de rutina.	
G	POBRE RETROALIMENTACIÓN	
16	No sé qué es lo que hago bien o mal.	
17	Mi superior (supervisor) no me retroalimenta en mi trabajo. Obtengo la información demasiado tarde para utilizarla.	
18	No veo los resultados de mi trabajo	
H	CASTIGO	
19	Mi superior (supervisor) es crítico.	
20	Los créditos por mi trabajo los obtienen otros. Mi trabajo no es apreciado.	
21	Soy culpado por los errores de otros.	

I	ALINEACIÓN	
22	Estoy aislado de los demás.	
23	Soy solo un eslabón en la cadena organizacional.	
24	Tengo poco en común con las personas con las que trabajo.	
25	Evito decirles a las personas donde trabajo y que cosa.	
J	AMBIGÜEDAD	
26	Las reglas están cambiando constantemente. No sé que se espera de mí.	
27	No existe relación entre el rendimiento y el éxito.	
28	Las prioridades que debo conocer no están claras para mí.	
K	AUSENCIA DE RECOMPENSAS	
29	Mi trabajo no me satisface. Tengo realmente pocos éxitos	
30	El progreso en mi carrera no es lo que he esperado	
31	Nadie me respeta.	
L	CONFLICTO DE VALORES	
32	Debo comprometer mis valores.	
33	Las personas desaprueban lo que hago. No creo en la Institución.	
34	Mi corazón ni está en mi trabajo.	

Puntuación	Riesgo de Burnout	Recomendaciones
De 48 a 168	Bajo	Tome decisiones
Entre 169 a 312	Moderado	Desarrolle un plan para corregir las áreas problema
Más de 313 (Max.432)	Alto	Necesidad urgente de acciones correctivas

Fuente: Maslach C, 2001

Cuestionario de Ansiedad de Hamilton

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4

14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)

Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial.

Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.

0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Fuente: Hamilton, M. 1959

