

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



Trastornos emocionales, perfiles de personalidad y variables sociodemográficas y laborales en residentes con síndrome de burnout que trabajan en el Hospital Regional Honorio Delgado

Autora:

CECILIA HUACO CANO

Trabajo de Investigación para obtener el Título
Profesional de Médico Cirujano

Arequipa - Perú

2016

DEDICATORIA

A Dios por permitirme llegar hasta donde estoy el día de hoy, guiándome en todos mis pasos, dándome todas las fuerzas necesarias para seguir adelante cada día.

A mi madre que siempre estuvo presente dándome todo el apoyo necesario, sin perder la fe ni la esperanza de ver a su hija médico, gracias por todos esos años que me tuviste paciencia.

A mi esposo: que siempre estuvo a mi lado guiándome con sus consejos, animándome el día a día, dándome fuerzas para mirar siempre adelante sin mirar hacia atrás.

A mis hijas: mis dos grandes tesoros por ser mi motor y motivo, mi fuente de inspiración.

A todos mis seres queridos: mi hermano, mis suegros, mis cuñados, amigos gracias por todo.

Epígrafe

“Tanta prisa tenemos por hacer, escribir y dejar oír nuestra voz en el silencio de la eternidad, que olvidamos lo único realmente importante: vivir”

Robert Louis Stevenson (1850-1894) Escritor británico.

Me llamas tu vida, llámame tu alma;
porque el alma es inmortal, y la vida es un día.

Paul Charles Bourget (1852-1935) Escritor francés.



ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	4
CAPÍTULO II RESULTADOS	11
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	44
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	51
BIBLIOGRAFÍA	54
ANEXOS	60
Anexo 1 Matriz de sistematización de información	61
Anexo 2 Proyecto de investigación.....	62



RESUMEN

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

Se encontró que de los 60 residentes, 48,33% eran de clínicas y 51,67% se especializa en el área quirúrgica. El 53,33% eran varones y 46,67% mujeres, con edades que en 51,67% de casos estuvieron entre los 28 y 30 años. El 63,33% eran solteros y 35% casados. El 45% cursa el primer año, 41,67% se encuentra en segundo y 13,33% en tercer año. La percepción del ambiente de trabajo, fue regular o buena en 48,33%; 26,67% está insatisfecho con la remuneración, y 71,67% está satisfecho con la labor que desempeña. El 58,33% de residentes tienen síndrome de burnout. Los perfiles de personalidad fueron en casi la mitad tipo paranoides, esquizoides o esquizotípicos; en el grupo B predominó el perfil narcisista (65%), y en el grupo C predominaron los perfiles de evitación (63%) o el perfil obsesivo-compulsivo (60%), y el más bajo fue el perfil de dependencia (15%). Se identificó niveles problemáticos de ansiedad en 90% y niveles problemáticos de depresión en 40% de casos. Hubo significativamente más burnout entre las mujeres (75%) que entre varones (43,75%; $p < 0,05$). El burnout es mayor durante los primeros años de residencia: 74,07% en primer año 52% en segundo y 25% en tercero ($p < 0,05$); se encontró más burnout en residentes insatisfechos con la remuneración (81,25% comparado con 50% de los satisfechos; $p < 0,05$); se encontró relación con el perfil esquizotípico, con el perfil antisocial, y con el perfil de dependencia ($p < 0,05$). Se concluye que la frecuencia de burnout en médicos residentes es elevada y se relaciona a algunas características laborales modificables, y con algunas no modificables como el sexo femenino y ciertos rasgos de personalidad.

PALABRAS CLAVE: síndrome de burnout – estado emocional – perfil de personalidad – características laborales.

ABSTRACT

The burnout syndrome can be found in various occupational groups, but may be higher in medical trainees, therefore sought to determine the frequency of burnout syndrome and its relation to sociodemographic variables, labor, emotional disturbances and personality profiles in medical residents working in the Honorio Delgado hospital, for which 60 medical residents were surveyed, applying a sheet of socio-demographic data, inventory of burnout Maslach, the International Personality Disorder Examination Screener, and the hospital Anxiety and Depression scale Scale. Results are shown using descriptive statistics and variables associated with chi square test.

It was found that 60 residents were 48.33% and 51.67% of clinics specializing in the surgical area. 53.33% were male and 46.67% female, aged in 51.67% of cases were between 28 and 30 years. The 63.33% were single and 35% married. 45% freshman, is 41.67% 13.33% second and third year. The perception of the work environment was fair or good in 48.33%; 26.67% are dissatisfied with pay, and 71.67% are satisfied with the work performed. 58.33% of residents have burnout syndrome. Personality profiles were almost half the paranoid type, schizoid or schizotypal; in group B dominated the narcissistic profile (65%), and group C predominated profiles avoidance (63%) or obsessive-compulsive profile (60%) and the lowest was the profile of dependency (15%). problematic levels of anxiety was identified in 90% and problematic levels of depression in 40% of cases. There were significantly more burnout among women (75%) than among men (43.75%, $p < 0.05$). Burnout is greatest during the first years of residence: 74.07% in first year, 52% in second and third 25% ($p < 0.05$); he found more burnout in residents dissatisfied with compensation (81.25% compared with 50% satisfied; $p < 0.05$); relationship with schizotypal profile with anti-social profile, and the profile of dependence ($p < 0.05$) was found. It is concluded that the frequency of burnout in medical residents is high and is related to some labor characteristics modifiable and non-modifiable as some females and certain personality traits.

KEYWORDS: burnout syndrome - emotional state - personality profile - job characteristics.

INTRODUCCIÓN

Ser médico no es fácil. Nuestro rol profesional y social ha ido cambiando a lo largo del tiempo, pero la convivencia diaria con el dolor, la enfermedad y la muerte de nuestros semejantes, sin estar emocionalmente preparados para ello, puede pasar al profesional de la Medicina una factura afectiva que, a veces, trastocará su ejercicio profesional hasta el punto de hacerlo inviable. Se ha destacado en distintos estudios que un 5- 12% de los médicos presenta un deterioro lo suficiente como para afectar seriamente la práctica médica, con el daño que de ello puede derivarse para sus pacientes y para sí mismos. Se estima que, al menos, un 10-20% de los médicos en activo están emocionalmente perturbados. El médico debe estar formado y tener la capacidad para aceptar, asumir y analizar los problemas de su profesión y desarrollar estrategias adaptativas estables para que su salud mental permanezca íntegra a lo largo del tiempo. Para ello, será necesario su preparación en recursos adaptativos eficaces con los que poder afrontar las dificultades de la vida profesional y lograr el autocontrol. Diversos estudios coinciden en señalar que los profesionales sanitarios presentan mayor riesgo que el resto de la población de sufrir enfermedades somáticas, trastornos conductuales (accidentes de tráfico, alcoholismo, adicciones...) y enfermedades psiquiátricas (depresión, alcoholismo, suicidio...), así como un importante estrés crónico (responsabilidad profesional, exigencias de resultados...). Los trastornos por estrés crónico se comportan como auténticas enfermedades transmisibles por contacto emocional, con lo que puede llegar a haber auténticas epidemias en los diversos sectores sanitarios

En el ambiente de un hospital, la salud mental requiere una especial atención, debido a que existen factores que limitan el desarrollo personal y el trabajo de los empleados, entre ellos: horarios de trabajo, atención a pacientes que en ocasiones presentan crisis, el sentimiento provocado por la muerte, las demandas de las personas insatisfechas con los servicios

recibidos. Estos factores provocan malestares que se manifiestan en cargas negativas, estrés e insatisfacción y repercuten tanto en la calidad de la atención como en la salud misma del personal. (1)

Luego de realizar el estudio se encontró que el mayor número médicos residentes encuestados laboran en las especialidades quirúrgicas predominando la especialidad de ginecoobstetricia, así mismo fueron entrevistados más varones que mujeres con edades que fluctúan entre los 28- 30 años, la mayoría de ellos solteros.

Así mismo se encontró que todos los médicos residentes no tienen hábitos de consumir alcohol o tabaco.

Predominan entre los encuestados, los médicos residentes de primer y segundo año, en menor número los de tercer año, siendo pocos los que trabajan en otra institución.

En cuanto a la percepción del ambiente de trabajo fue de regular-buena en la misma proporción, el 26,67% se encuentra insatisfecho con la remuneración percibida y 71,67% se encuentra satisfecho con la labor que desempeña.

Se encontró que el 58,33% de residentes son portadores de Síndrome de Burnout, siendo más significativo en mujeres que en varones, además de ser mayor durante los primeros años de residencia. Así mismo predomina más en aquellos que se encuentran insatisfechos con la remuneración.

Se encontró relación del Síndrome de Burnout con los perfiles esquizotípico, antisocial y con el perfil de dependencia. No hubo influencia significativa con los problemas de ansiedad o depresión.

Los perfiles encontrados en el grupo A fueron casi la mitad tipo paranoides, esquizoides o esquizotípicos, en el grupo B predominó el grupo narcisista, y en el grupo C predominó los perfiles de evitación y perfil obsesivo-compulsivo, el más bajo fue el perfil de dependencia.

Se identificó niveles altos de ansiedad y niveles problemáticos de depresión los cuales no se encuentran relacionados al Síndrome de Burnout.

Por lo cual se sugeriría que se debería hacer uso de estos instrumentos por lo menos una vez al año ya que se podría detectar el Síndrome de Burnout con el fin de conocer cuáles son los factores que lo desencadenan ya sean laborales o rasgos de personalidad, con el fin de ayudarlos, con la oportunidad de poder mejorar en los que se está fallando conjuntamente con el profesional de salud los cuales son nuestros médicos psiquiatras, y así poder llegar a brindar una excelente calidad de atención a nuestros pacientes.



CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

a) **Técnicas:** En la presente investigación se aplicó la técnica de las encuestas.

b) **Técnicas:** recolección de datos mediante encuesta.

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

- **Encuesta de variables sociodemográficas** (ANEXO I) referida a datos de: edad, género, estado civil, número de hijos, cargo, tiempo de trabajo en HRHD, especialidad, número de pacientes que atiende diariamente, horas de trabajo en otra institución, horas dedicadas a actividades recreativas, consumo de alcohol y tabaco, satisfacción laboral y remuneración económica.
- **MBI-Human Services Survey (MBI-HSS):** (ANEXO II). Es un instrumento dirigido a los profesionales de la salud. Es la versión clásica del MBI (Maslach y Jackson, 1981). Está conformado por 22 ítems que se valoran con una escala de frecuencia de siete grados que van de 0 (Nunca) a 6 (Todos los días). Este cuestionario tiene tres dimensiones: Cansancio emocional (con 9 ítems), Baja realización personal en el trabajo (con 5 ítems) y Despersonalización (con 8 ítems).

Escala	Agotamiento Emocional 1,2,3,6,8,13,14,16,20	Despersonalización 5,10,11,15,22	Realización personal 4,7,9,12,17,18,19,2.	Síndrome de burnout
Alto	27-54	10-30	40 a mas	>=62
Medio	19-26	6-9	34-39	33-61
Bajo	<18	<5	33 o menos	<=32

- **International Personality Disorder Examination Screener (ANEXO III).** Es un cribado que consta de 77 ítems de Verdadero/Falso diseñado para evaluar la presencia de rasgos de personalidad patológicos en los últimos 5 años de vida. El IPDE-S permite la clasificación de un individuo en uno de los 10 diferentes patrones de personalidad según la DSM IV: Grupo A (paranoide, esquizoide, esquizotípico); Grupo B (antisocial, límite, histriónico y narcisista) y Grupo C (evitativo, dependiente, obsesivo-compulsivo). Si tres o más ítems de un trastorno han sido señalados, el sujeto ha dado positivo para la evaluación para ese trastorno, y debe ser entrevistado por un especialista. El perfil de personalidad que obtuvo mayor número de ítems fue considerado como positivo.
- **HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) (ANEXO IV).** El cuestionario consta de 14 preguntas, de las cuales los números impares se relacionan con ansiedad y los números pares con depresión. La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala de Likert de 4 puntos (rango 0 - 3), con diferentes formulaciones de respuesta. El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante la última semana. La puntuación para cada subescala se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas (0-3) en los ítems respectivos. El rango de puntuación es de 0-21 para cada subescala, y de 0-42 para la puntuación global.

PUNTUACION	CALIFICACION
0-7	NORMAL
8-10	CASO PROBABLE
>=11	CASO PROBLEMA

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 el Hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma coyuntural durante el periodo enero-marzo 2016.

2.3. **Unidades de estudio:** Médicos residentes del Hospital Regional Honorio Delgado.

Población: Todos los Médicos residentes del Hospital Regional Honorio Delgado, en número de 60, entrevistados durante el periodo de estudio.

Muestra: No se consideró el cálculo de un tamaño de muestra ya que se estudió a todos los integrantes de la población que cumplieron los criterios de selección.

2.4. Criterios de selección:

• **Criterios de Inclusión**

- Médicos residentes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

• **Exclusión**

- Profesionales que trabajan en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza siendo médicos asistentes, los del sector administrativo,

enfermeras, técnicos y/o personal dedicado a actividades preventivo-promocionales.

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

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

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización

Se realizó las coordinaciones con la Dirección del Hospital Honorio Delgado para obtener la autorización para la realización del estudio.

Se aplicó

Una vez concluida la recolección de datos, éstos se organizaron en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

5.2. Validación de los instrumentos

MASLACH BURNOUT INVENTORY

El MBI (Maslach Burnout Inventory), en sus diferentes versiones, es el instrumento que más se ha utilizado para la evaluación psicométrica y el diagnóstico del SB. MBI-Human Services Survey (MBI-HSS): dirigido a los profesionales de la salud. Es la versión clásica del MBI (Maslach y Jackson, 1981), adaptada al castellano por Gil Monte y Col. Es un instrumento conformado por 22 ítems que se valoran con una escala de frecuencia de siete grados que van de 0 (Nunca) a 6 (Todos los días). Este cuestionario tiene tres dimensiones: Agotamiento emocional (9 ítems), baja realización personal (5 ítems) y despersonalización (8 ítems). (11)

El MBI-HSS posee una gran aceptación internacional, ya que en la mayoría de los países de América Latina, Unión Europea y en Estados Unidos se ha

utilizado extensamente. Esto es una ventaja, ya que permite comparar resultados y desarrollar estrategias de prevención y tratamiento del trastorno, impulsando también, el desarrollo de adaptaciones del cuestionario. (11)

Otra ventaja del MBI-HSS es que posee importante evidencia de validez. Un estudio chileno que utilizó a 566 trabajadores de servicios públicos, demostró que la escala MBI-HSS alcanzó valores de consistencia interna alfa de Cronbach adecuados. En conclusión “el instrumento reúne los suficientes requisitos de validez factorial y consistencia interna como para ser empleado en la estimación global del SB”. (V. E. Olivares Faúndez, 2009) (11)

En un estudio español de tipo descriptivo, transversal, que se realizó una muestra de 705 profesionales de diversos servicios humanos, se demostró que presenta suficiente validación factorial y que la consistencia interna de sus escalas en base a los resultados en el alfa de Cronbach (realización personal, alfa: 0.71; cansancio emocional, alfa: 0.85; despersonalización, alfa: 0.58) son aceptables para evaluar el SB en los trabajadores. (P. R. Gil Monte, 2005). (12)

HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE

Fue originalmente diseñada por Zigmond y Snaith (1983) como instrumento de screening para la detección de síntomas de ansiedad y depresión, en pacientes que asistían a un hospital de medicina general, sin patología psiquiátrica aparente. El contenido del HADS se refiere más a los síntomas psicológicos que a los somáticos de estas dos patologías. (2) El cuestionario consta de 14 preguntas, de las cuales los números impares se relacionan con ansiedad y los números pares con depresión, se compone de 4 opciones de respuestas que equivalen a un puntaje entre 0-3. Tejero y cols. (3) realizaron una traducción de la escala al castellano y determinaron valores de consistencia interna. Obtuvieron un coeficiente de Alfa de Chronbach de 0,81 para la subescala de ansiedad y de 0,82 para depresión. Concluyeron que el HAD es un instrumento corto, fácil de aplicar, ofrece información separada de ansiedad y depresión y es sensible al cambio

después de una intervención psicológica. En México se ha aplicado y validado la escala en diversos grupos de pacientes, obteniendo los siguientes resultados: la subescala de depresión con un punto de corte de 7, ha mostrado el 76% de sensibilidad y 45% de especificidad. En cuanto a la subescala de ansiedad con un punto de corte de 8, mostró 62% de sensibilidad y 58% de especificidad.

INTERNATIONAL PERSONALITY DISORDER EXAMINATION SCREENER

Es el resultado de un programa conjunto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto Nacional de Salud de EE.UU. Fue aprobada en un estudio de campo en el que participaron psiquiatras y psicólogos clínicos de 14 centros de 11 países de América del Norte, Europa, África y Asia. La IPDE es una entrevista designada para evaluar Trastornos de Personalidad en los sistemas de clasificación CIE-10 y DSM-III-R, y subsecuentemente modificada para ser compatible con DSM-V

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Recolección

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

b) Plan de Procesamiento

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

c) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 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. La asociación entre variables se evaluó con prueba chi cuadrado. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.22.0.



CAPÍTULO II RESULTADOS



**TRASTORNOS EMOCIONALES, PERFILES DE PERSONALIDAD Y VARIABLES
SOCIDEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN RESIDENTES CON SÍNDROME DE BURNOUT
QUE TRABAJAN EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**

Tabla 1

Distribución de médicos residentes según especialidad

		N°	%
Clínica (n = 29; 48,33%)	Pediatría	10	16,67%
	Md interna	9	15,00%
	Gastroenterología	2	3,33%
	Md familiar	2	3,33%
	Nefrología	2	3,33%
	Neumología	2	3,33%
	Neurología	2	3,33%
Quirúrgica (n = 31; 51,67%)	Ginecología	12	20,00%
	Cirugía	9	15,00%
	Neurocirugía	2	3,33%
	Oftalmología	2	3,33%
	ORL	2	3,33%
	Traumatología	2	3,33%
	Urología	2	3,33%
Total		60	100,00%

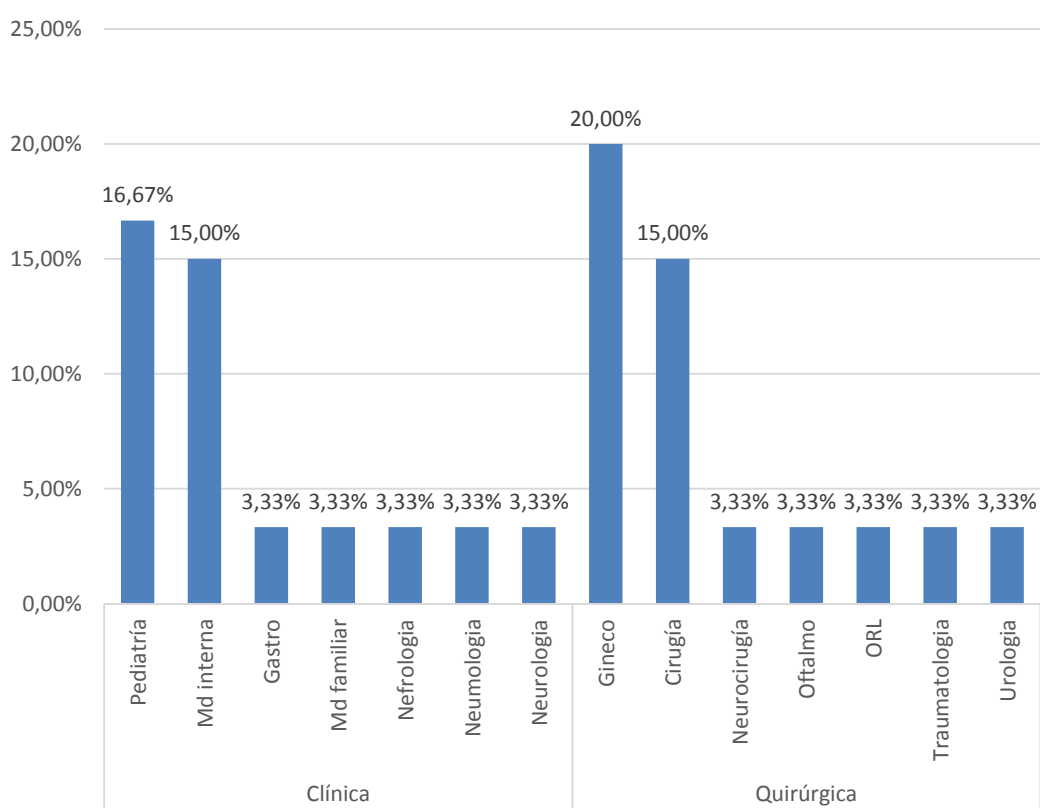
Fuente: elaboración propia.

El 48,33% de residentes eran de especialidades clínicas y 51,67% del área quirúrgica.

**TRASTORNOS EMOCIONALES, PERFILES DE PERSONALIDAD Y VARIABLES
SOCIDEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN RESIDENTES CON SÍNDROME DE BURNOUT
QUE TRABAJAN EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**

Gráfico 1

Distribución de médicos residentes según especialidad



**TRASTORNOS EMOCIONALES, PERFILES DE PERSONALIDAD Y VARIABLES
SOCIDEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN RESIDENTES CON SÍNDROME DE BURNOUT
QUE TRABAJAN EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**

Tabla 2

Distribución de residentes según edad y sexo

Edad (años)	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 25 a	0	0,00%	1	1,67%	1	1,67%
25-27 a	5	8,33%	8	13,33%	13	21,67%
28-30 a	19	31,67%	12	20,00%	31	51,67%
31-33 a	8	13,33%	6	10,00%	14	23,33%
> 33 a	0	0,00%	1	1,67%	1	1,67%
Total	32	53,33%	28	46,67%	60	100,00%

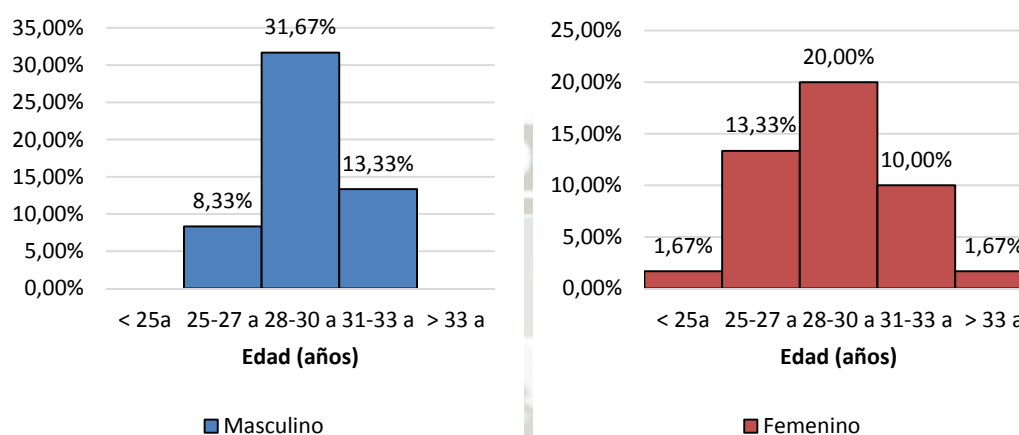
Fuente: elaboración propia

El 53,33% de residentes eran varones y 46,67% mujeres, con edades que en 51,67% de casos estuvieron entre los 28 y 30 años.

**TRASTORNOS EMOCIONALES, PERFILES DE PERSONALIDAD Y VARIABLES
SOCIDEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN RESIDENTES CON SÍNDROME DE BURNOUT
QUE TRABAJAN EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**

Gráfico 2

Distribución de residentes según edad y sexo



	Varones	Mujeres
Promedio	29,19	28,71
Mediana	29,00	28,00
Moda	28,00	28,00
Mínimo	26,00	22,00
Máximo	33,00	34,00
Desv. estándar	1,77	2,62
Kurtosis	-0,68	0,46

La edad promedio de los residentes varones fue de $29,19 \pm 1,77$ años y de las residentes mujeres fue de $28,71 \pm 2,62$ años.

**TRASTORNOS EMOCIONALES, PERFILES DE PERSONALIDAD Y VARIABLES
SOCIDEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN RESIDENTES CON SÍNDROME DE BURNOUT
QUE TRABAJAN EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**

Tabla 3

Distribución de residentes según estado civil

	N°	%
Soltero	38	63,33%
Casado	21	35,00%
Divorciado	1	1,67%
Total	60	100,00%

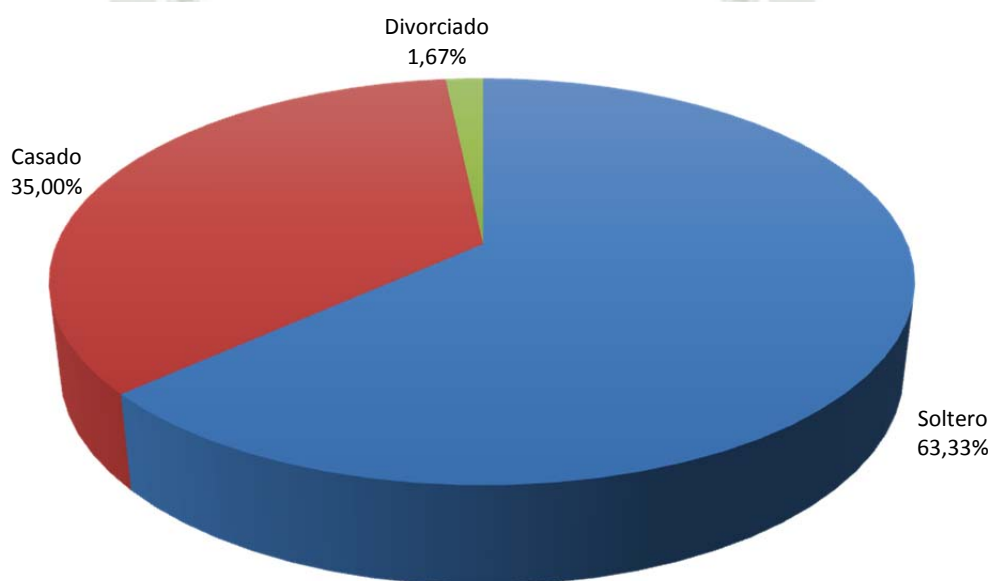
Fuente: elaboración propia

El 63,33% de residentes eran solteros y 35% casados, con un divorciado (1.67%).

**TRASTORNOS EMOCIONALES, PERFILES DE PERSONALIDAD Y VARIABLES
SOCIDEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN RESIDENTES CON SÍNDROME DE BURNOUT
QUE TRABAJAN EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**

Gráfico 3

Distribución de residentes según estado civil



**TRASTORNOS EMOCIONALES, PERFILES DE PERSONALIDAD Y VARIABLES
SOCIDEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN RESIDENTES CON SÍNDROME DE BURNOUT
QUE TRABAJAN EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**

Tabla 4

Distribución de residentes según número de hijos

		N°	%
Soltero	Sin hijos	38	63,33%
Casado	Sin hijos	3	5,00%
	Un hijo	14	23,33%
	Dos hijos	4	6,67%
Divorciado	Tres hijos	1	1,67%
Total		60	100,00%

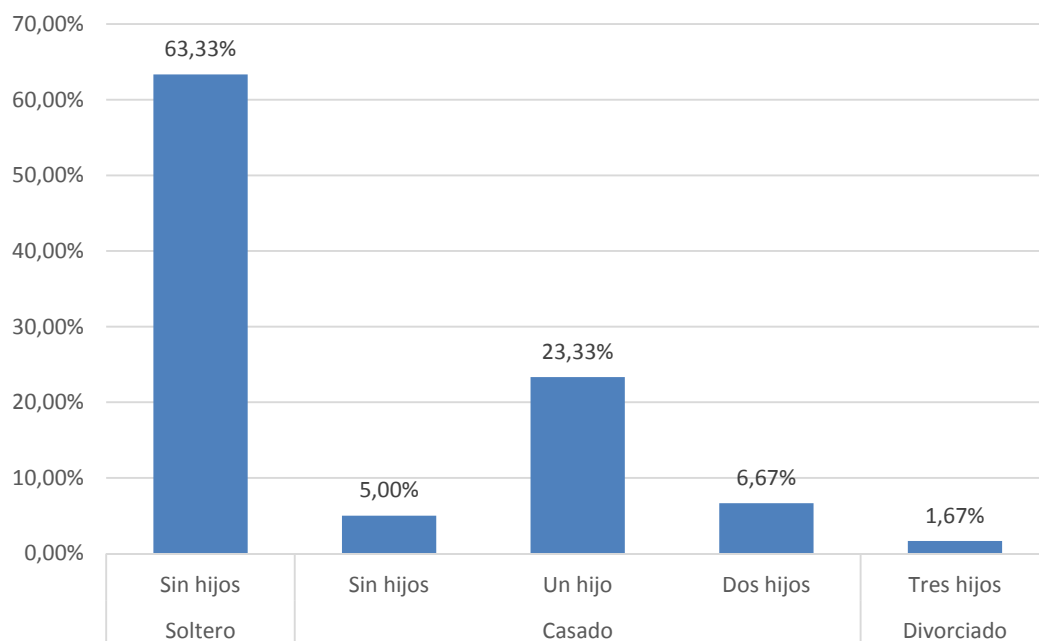
Fuente: elaboración propia

Entre los casados, el 23,33% tiene un hijo y 6,67% dos hijos, y el residente divorciado tiene tres hijos, mientras que ninguno de los residentes solteros tiene hijos.

**TRASTORNOS EMOCIONALES, PERFILES DE PERSONALIDAD Y VARIABLES
SOCIDEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN RESIDENTES CON SÍNDROME DE BURNOUT
QUE TRABAJAN EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**

Gráfico 4

Distribución de residentes según número de hijos



**TRASTORNOS EMOCIONALES, PERFILES DE PERSONALIDAD Y VARIABLES
SOCIDEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN RESIDENTES CON SÍNDROME DE BURNOUT
QUE TRABAJAN EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**

Tabla 5

Distribución de residentes según hábitos nocivos

	N°	%
Ninguno	37	61,67%
Consumo de alcohol	10	16,67%
Consumo de tabaco	6	10,00%
Ambos	7	11,67%
Total	60	100,00%

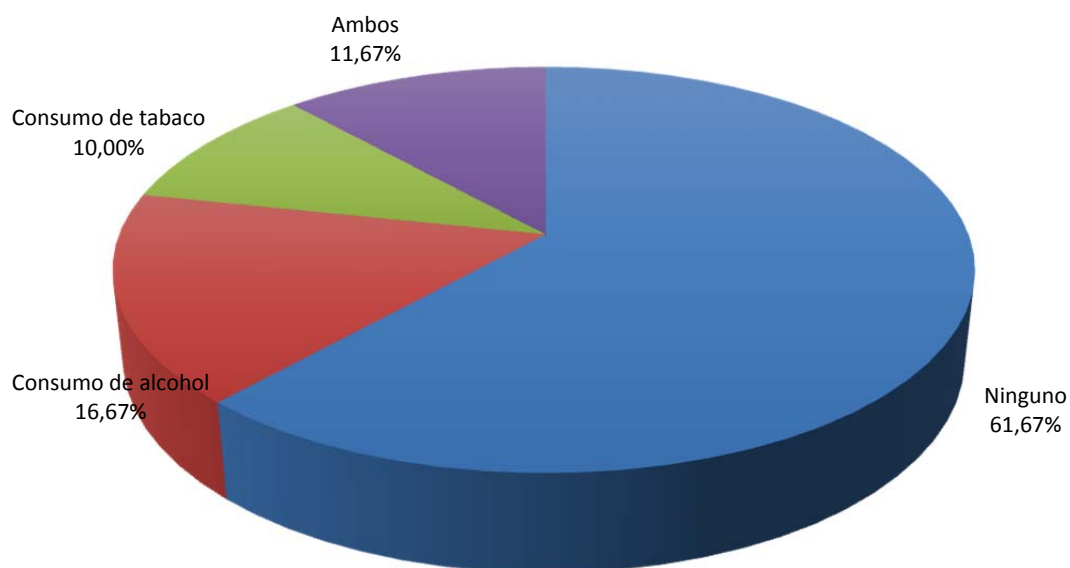
Fuente: elaboración propia

El 61,67% de residentes no tiene hábitos de consumo de alcohol o tabaco; el 16,67% suele consumir alcohol y el 10% tabaco, con 11,67% que consume ambos.

**TRASTORNOS EMOCIONALES, PERFILES DE PERSONALIDAD Y VARIABLES
SOCIDEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN RESIDENTES CON SÍNDROME DE BURNOUT
QUE TRABAJAN EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**

Gráfico 5

Distribución de residentes según hábitos nocivos



**TRASTORNOS EMOCIONALES, PERFILES DE PERSONALIDAD Y VARIABLES
SOCIDEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN RESIDENTES CON SÍNDROME DE BURNOUT
QUE TRABAJAN EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**

Tabla 6

Distribución de residentes según año de residencia

	N°	%
1er año	27	45,00%
2do año	25	41,67%
3er año	8	13,33%
Total	60	100,00%

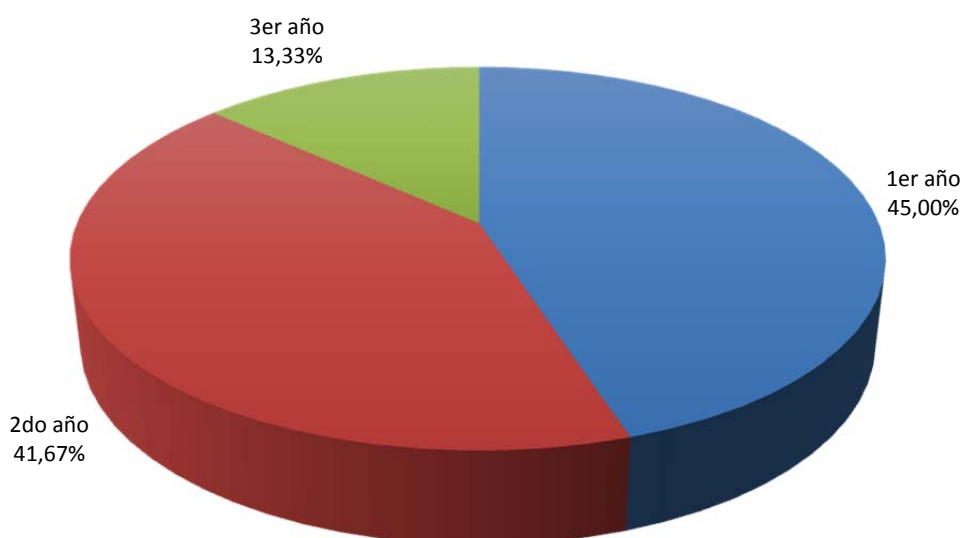
Fuente: elaboración propia

El 45% de residentes cursa el primer año, 41,67% se encuentra en segundo y 13,33% en tercer año.

**TRASTORNOS EMOCIONALES, PERFILES DE PERSONALIDAD Y VARIABLES
SOCIDEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN RESIDENTES CON SÍNDROME DE BURNOUT
QUE TRABAJAN EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**

Gráfico 6

Distribución de residentes según año de residencia



**TRASTORNOS EMOCIONALES, PERFILES DE PERSONALIDAD Y VARIABLES
SOCIDEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN RESIDENTES CON SÍNDROME DE BURNOUT
QUE TRABAJAN EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**

Tabla 7

Distribución de residentes según trabajo en otra institución

	N°	%
No	55	91,67%
Sí	5	8,33%
Total	60	100,00%

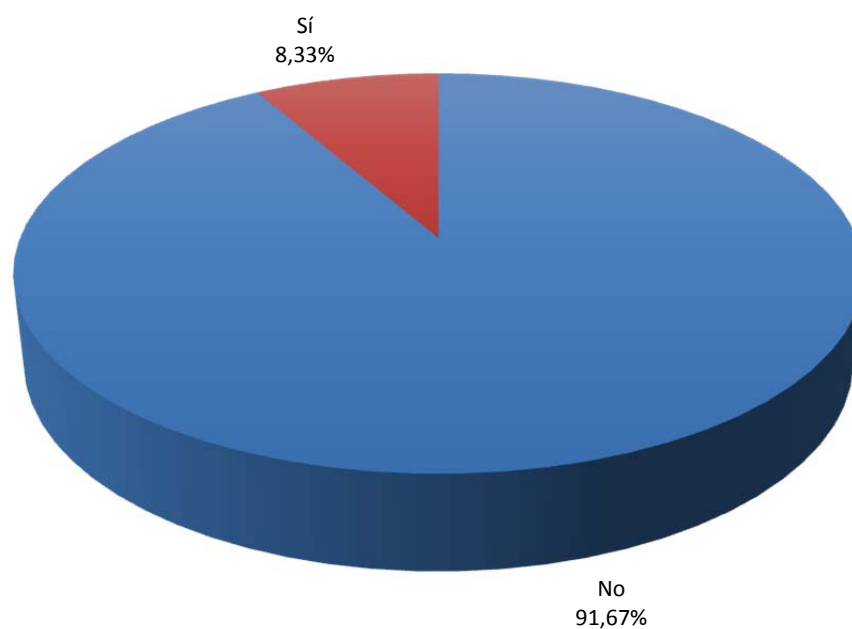
Fuente: elaboración propia

De los residentes, el 8,33% trabaja además en otra institución.

**TRASTORNOS EMOCIONALES, PERFILES DE PERSONALIDAD Y VARIABLES
SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN RESIDENTES CON SÍNDROME DE BURNOUT
QUE TRABAJAN EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**

Gráfico 7

Distribución de residentes según trabajo en otra institución



**TRASTORNOS EMOCIONALES, PERFILES DE PERSONALIDAD Y VARIABLES
SOCIDEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN RESIDENTES CON SÍNDROME DE BURNOUT
QUE TRABAJAN EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**

Tabla 8

Distribución de residentes según características laborales

		N°	%
Percepción de ambiente de trabajo	de Excelente	1	1,67%
	de Bueno	29	48,33%
	Regular	29	48,33%
	Malo	1	1,67%
Satisfacción con remuneración	Insatisfecho	16	26,67%
	Satisfecho	44	73,33%
Satisfacción con ambiente laboral	Poco satisfecho	15	25,00%
	Satisfecho	43	71,67%
	Muy satisfecho	2	3,33%
Total		60	100,00%

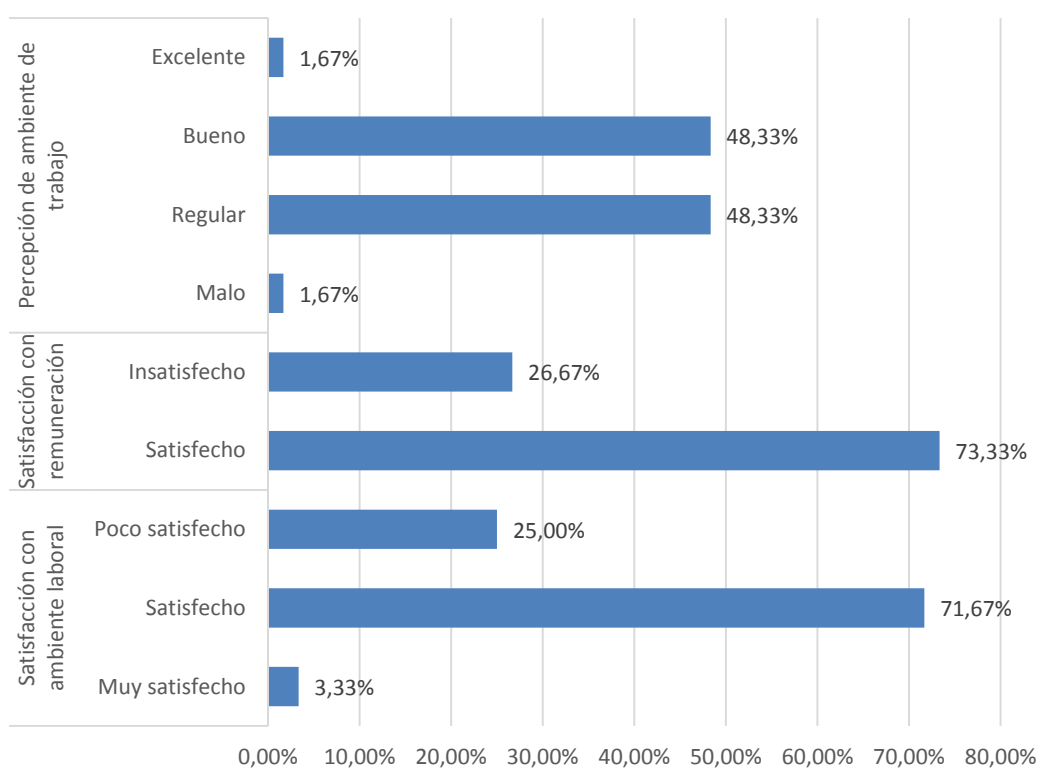
Fuente: elaboración propia

La percepción del ambiente de trabajo en 48,33% fue regular y en la misma proporción buena; el 26,67% está insatisfecho con la remuneración percibida, y 71,67% está satisfecho con la labor que desempeña.

**TRASTORNOS EMOCIONALES, PERFILES DE PERSONALIDAD Y VARIABLES
SOCIDEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN RESIDENTES CON SÍNDROME DE BURNOUT
QUE TRABAJAN EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**

Gráfico 8

Distribución de residentes según características laborales



**TRASTORNOS EMOCIONALES, PERFILES DE PERSONALIDAD Y VARIABLES
SOCIDEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN RESIDENTES CON SÍNDROME DE BURNOUT
QUE TRABAJAN EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**

Tabla 9

Distribución de residentes según niveles del síndrome de burnout

	Baja		Media		Alta	
	N°	%	N°	%	N°	%
Agotamiento emocional.	36	60,00%	16	26,67%	8	13,33%
Despersonalización	5	8,33%	18	30,00%	37	61,67%
Realizac. personal	26	43,33%	18	30,00%	16	26,67%

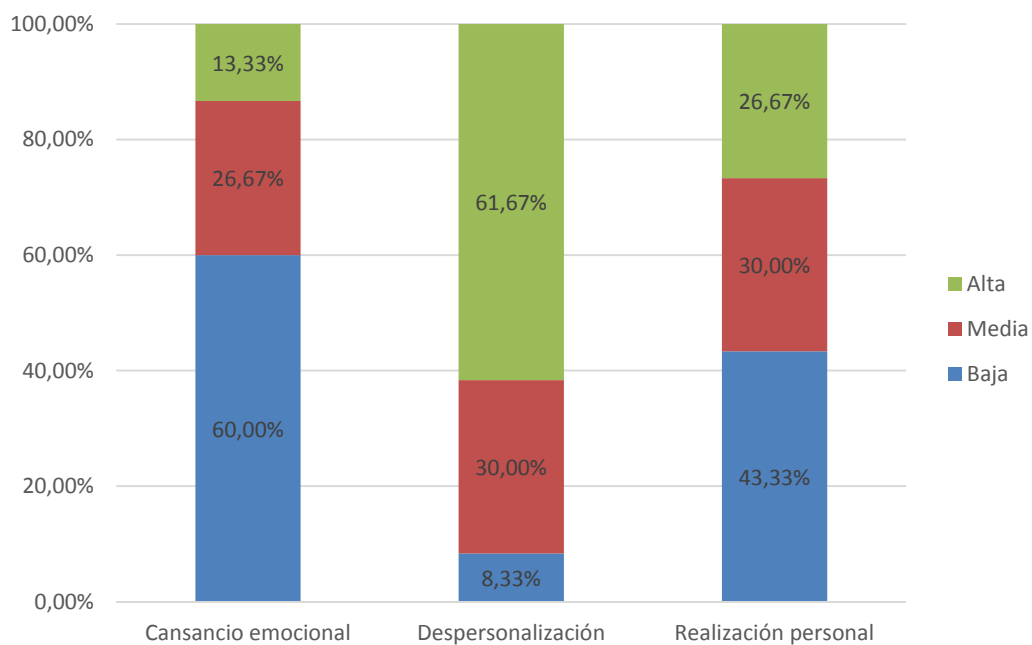
Fuente: elaboración propia

En las dimensiones del síndrome de burnout, el 13,33% de residentes tiene altos niveles de cansancio emocional, 61,67% tiene elevada despersonalización y 43,33% baja realización personal.

**TRASTORNOS EMOCIONALES, PERFILES DE PERSONALIDAD Y VARIABLES
SOCIDEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN RESIDENTES CON SÍNDROME DE BURNOUT
QUE TRABAJAN EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**

Gráfico 9

Distribución de residentes según niveles del síndrome de burnout



**TRASTORNOS EMOCIONALES, PERFILES DE PERSONALIDAD Y VARIABLES
SOCIDEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN RESIDENTES CON SÍNDROME DE BURNOUT
QUE TRABAJAN EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**

Tabla 10

Distribución de residentes según presencia de burnout

	N°	%
Medio	25	41,67%
Alto	35	58,33%
Total	60	100,00%

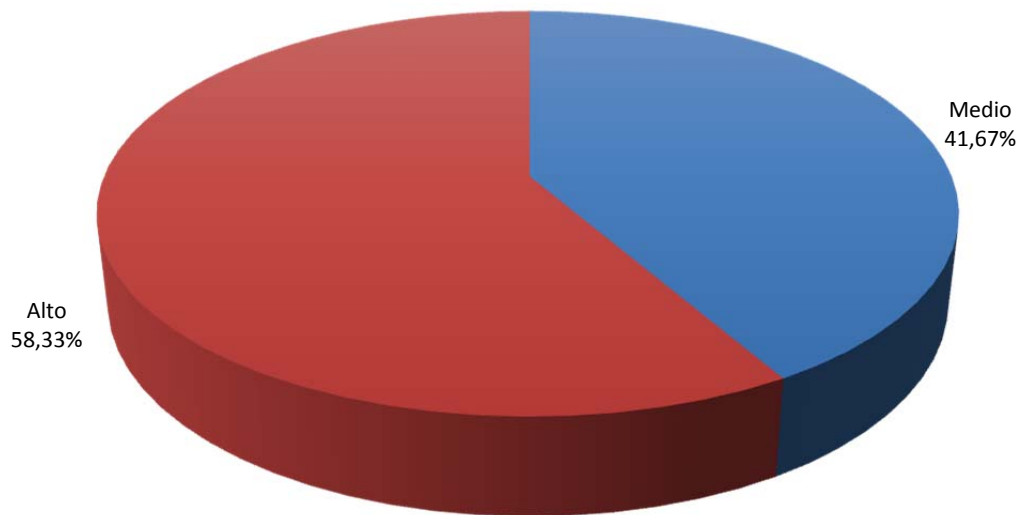
Fuente: elaboración propia

Se determinó que el 58,33% de residentes son portadores de burnout.

**TRASTORNOS EMOCIONALES, PERFILES DE PERSONALIDAD Y VARIABLES
SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN RESIDENTES CON SÍNDROME DE BURNOUT
QUE TRABAJAN EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**

Gráfico 10

Distribución de residentes según presencia de burnout



**TRASTORNOS EMOCIONALES, PERFILES DE PERSONALIDAD Y VARIABLES
SOCIDEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN RESIDENTES CON SÍNDROME DE BURNOUT
QUE TRABAJAN EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**

Tabla 11

**Distribución de residentes según rasgos de personalidad más
frecuentes**

		N°	%
Grupo A	Paranoide	29	48,33%
	Esquizoide	27	45,00%
	Esquizotípico	30	50,00%
Grupo B	Antisocial	28	46,67%
	Límite	28	46,67%
	Histrionico	27	45,00%
	Narcicista	39	65,00%
Grupo C	Evitación	38	63,33%
	Dependencia	9	15,00%
	Obs Compuls	36	60,00%
Total		60	100,00%

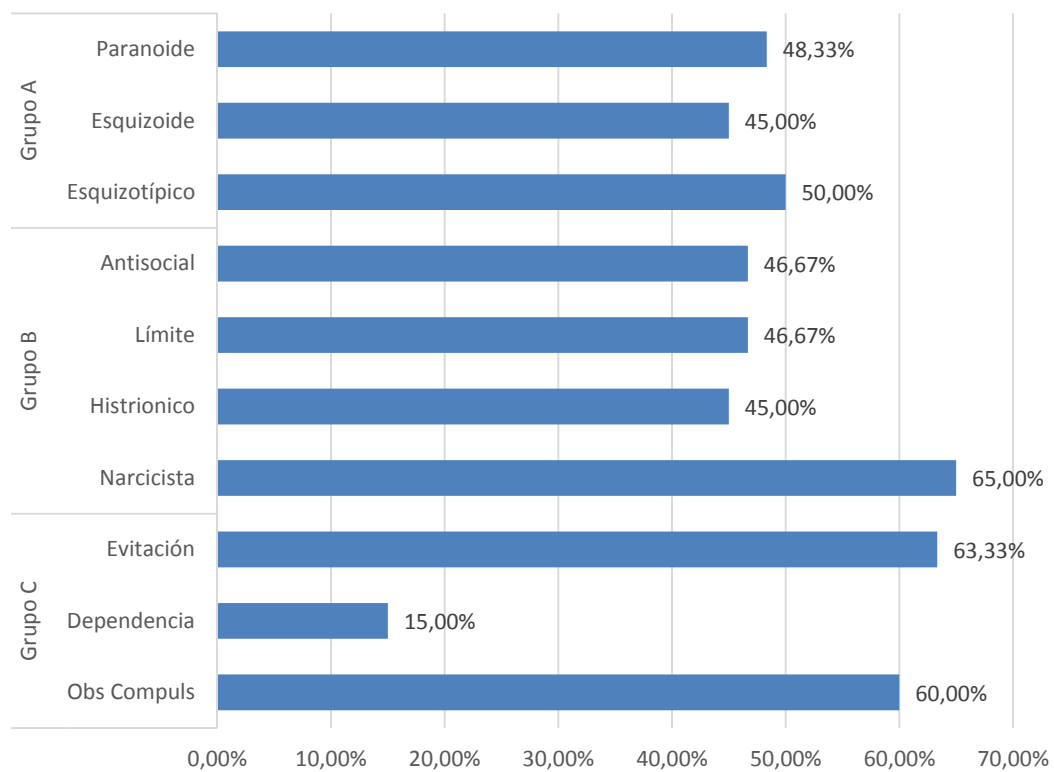
Fuente: elaboración propia

Entre los perfiles de grupo A, casi la mitad tuvo perfiles paranoides, esquizoides o esquizotípicos; en el grupo B predominó el perfil narcisista (65%) sobre los perfiles antisocial, límite o histriónico que se encontraron en menos de la mitad; y en el grupo C predominaron los perfiles de evitación (63%) o el perfil obsesivo-compulsivo (60%), y el más bajo fue el perfil de dependencia (15%).

**TRASTORNOS EMOCIONALES, PERFILES DE PERSONALIDAD Y VARIABLES
SOCIDEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN RESIDENTES CON SÍNDROME DE BURNOUT
QUE TRABAJAN EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**

Gráfico 11

**Distribución de residentes según rasgos de personalidad más
frecuentes**



**TRASTORNOS EMOCIONALES, PERFILES DE PERSONALIDAD Y VARIABLES
SOCIDEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN RESIDENTES CON SÍNDROME DE BURNOUT
QUE TRABAJAN EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**

Tabla 12

Distribución de residentes según niveles de ansiedad y depresión

	Normal		Probable		Problema	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ansiedad	1	1,67%	5	8,33%	54	90,00%
Depresión	3	5,00%	33	55,00%	24	40,00%

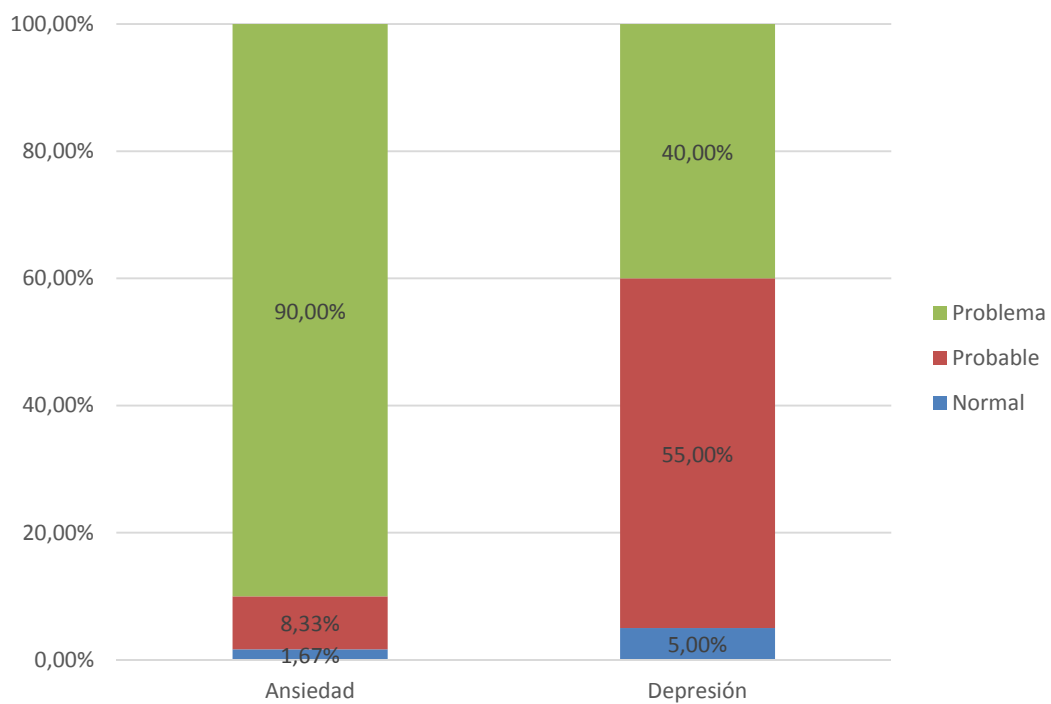
Fuente: elaboración propia

Con la aplicación de la escala HADS mostró niveles problemáticos de ansiedad en 90% y niveles problemáticos de depresión en 40% de casos.

**TRASTORNOS EMOCIONALES, PERFILES DE PERSONALIDAD Y VARIABLES
SOCIDEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN RESIDENTES CON SÍNDROME DE BURNOUT
QUE TRABAJAN EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**

Gráfico 12

Distribución de residentes según niveles de ansiedad y depresión



**TRASTORNOS EMOCIONALES, PERFILES DE PERSONALIDAD Y VARIABLES
SOCIDEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN RESIDENTES CON SÍNDROME DE BURNOUT
QUE TRABAJAN EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**

Tabla 13

**Relación entre síndrome de burnout y características
sociodemográficas**

			Con burnout		Sin burnout		Chi ² (p)
	Tota	N°	%	N°	%		
Edad	< 25 a	1	1	100,0%	0	0,00%	2,43 (0,66)
	25-27 a	13	7	53,8%	6	46,15%	
	28-30 a	31	18	58,0%	13	41,94%	
	31-33 a	14	9	64,2%	5	35,71%	
	> 33 a	1	0	0,00%	1	100,0%	
Sexo	Masculino	32	14	43,7%	18	56,25%	6,00 (0,01)
	Femenino	28	21	75,0%	7	25,00%	
E. civil	Soltero	38	20	52,6%	18	47,37%	3,39 (0,18)
	Casado	21	15	71,4%	6	28,57%	
	Divorciado	1	0	0,00%	1	100,0%	
Hijos	Con hijos	19	13	68,4%	6	31,58%	1,16 (0,28)
	Sin hijos	41	22	53,6%	19	46,34%	
Consumo de alcohol	Sí	17	5	29,4%	12	70,59%	8,16 (0,004)
	No	43	30	69,7%	13	30,23%	
Consumo de tabaco	Sí	13	6	46,1%	7	53,85%	1,01 (0,31)
	No	47	29	61,7%	18	38,30%	
Total		60	35	58,3%	25	41,67%	

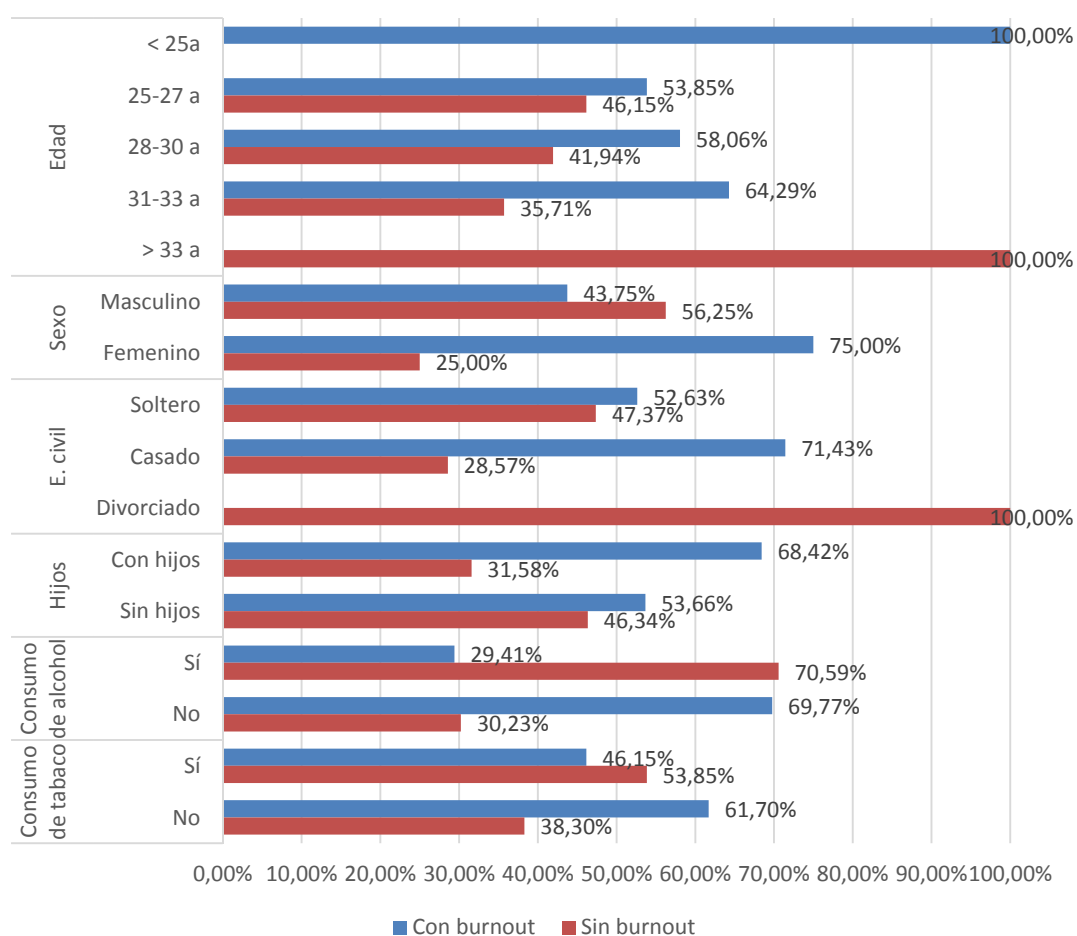
Fuente: elaboración propia

Hubo significativamente más burnout entre las mujeres (75%) que entre varones (43,75%; $p < 0,05$). Se encontró más burnout entre los que no consumen alcohol (69,77% comparado con 29,41% en los que consumen; $p < 0,05$)

**TRASTORNOS EMOCIONALES, PERFILES DE PERSONALIDAD Y VARIABLES
SOCIDEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN RESIDENTES CON SÍNDROME DE BURNOUT
QUE TRABAJAN EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**

Gráfico 13

**Relación entre síndrome de burnout y características
sociodemograficas**



**TRASTORNOS EMOCIONALES, PERFILES DE PERSONALIDAD Y VARIABLES
SOCIDEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN RESIDENTES CON SÍNDROME DE BURNOUT
QUE TRABAJAN EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**

Tabla 14

Relación entre síndrome de burnout y características laborales

			Total	Con burnout		Sin burnout		Chi ² (p)
				N°	%	N°	%	
Año de residencia	1er año		27	20	74,07%	7	25,93%	6,82 (0,03)
	2do año		25	13	52,00%	12	48,00%	
	3er año		8	2	25,00%	6	75,00%	
Especialidad	Quirúrgica		31	20	64,52%	11	35,48%	1,01 (0,32)
	Clínica		29	15	51,72%	14	48,28%	
Otro trabajo	Sí		5	4	80,00%	1	20,00%	1,05 (0,30)
	No		55	31	56,36%	24	43,64%	
Percepción de ambiente de trabajo	Malo		1	0	0,00%	1	100,00%	2,40 (0,49)
	Regular		29	18	62,07%	11	37,93%	
	Bueno		29	16	55,17%	13	44,83%	
	Excelente		1	1	100,00%	0	0,00%	
Satisfac. con remuneración	Insatisf.		16	13	81,25%	3	18,75%	4,71 (0,03)
	Satisfecho		44	22	50,00%	22	50,00%	
Satisfacción con ambiente laboral	Poco satisf.		15	11	73,33%	4	26,67%	3,73 (0,16)
	Satisfecho		43	22	51,16%	21	48,84%	
	Muy satisf.		2	2	100,00%	0	0,00%	
Total			60	35	58,33%	25	41,67%	

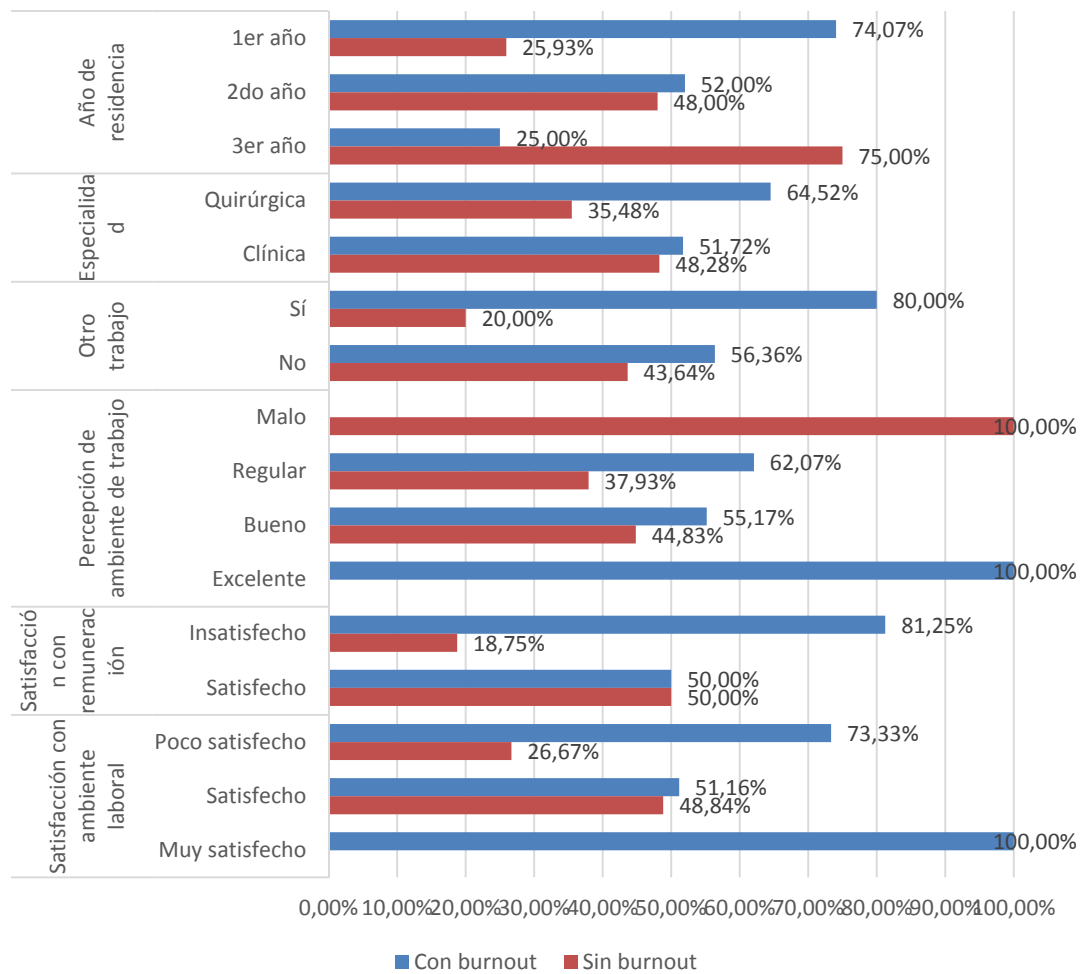
Fuente: elaboración propia

Se aprecia que el burnout es significativamente mayor durante los primeros años de residencia: 74,07% en primer año 52% en segundo y 25% en tercero, siendo la influencia significativa ($p < 0,05$); se encontró más burnout en residentes insatisfechos con la remuneración (81,25% comparado con 50% de los satisfechos; $p < 0,05$)

**TRASTORNOS EMOCIONALES, PERFILES DE PERSONALIDAD Y VARIABLES
SOCIDEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN RESIDENTES CON SÍNDROME DE BURNOUT
QUE TRABAJAN EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**

Gráfico 14

Relación entre síndrome de burnout y características laborales



**TRASTORNOS EMOCIONALES, PERFILES DE PERSONALIDAD Y VARIABLES
SOCIDEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN RESIDENTES CON SÍNDROME DE BURNOUT
QUE TRABAJAN EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**

Tabla 15

**Relación entre síndrome de burnout y características del perfil de
personalidad**

			Con burnout		Sin burnout		Chi ² (p)
Total			N°	%	N°	%	
Grupo A	Paranoide	29	14	48,28%	43	148,28%	2,34 (0,13)
	Esquizoide	27	16	59,26%	11	40,74%	0,02 (0,90)
	Esquizotípico	30	22	73,33%	8	26,67%	5,55 (0,02)
Grupo B	Antisocial	28	10	35,71%	18	64,29%	11,05 (0,00)
	Límite	28	16	57,14%	12	42,86%	0,03 (0,86)
	Narcicista	39	20	51,28%	19	48,72%	2,28 (0,13)
	Histrionico	27	13	48,15%	14	51,85%	2,10 (0,15)
Grupo C	Evitación	38	21	55,26%	17	44,74%	0,40 (0,53)
	Dependencia	9	8	88,89%	1	11,11%	4,07 (0,04)
	Obs Compuls.	36	20	55,56%	16	44,44%	0,29 (0,59)
Total		60	35	58,33%	25	41,67%	

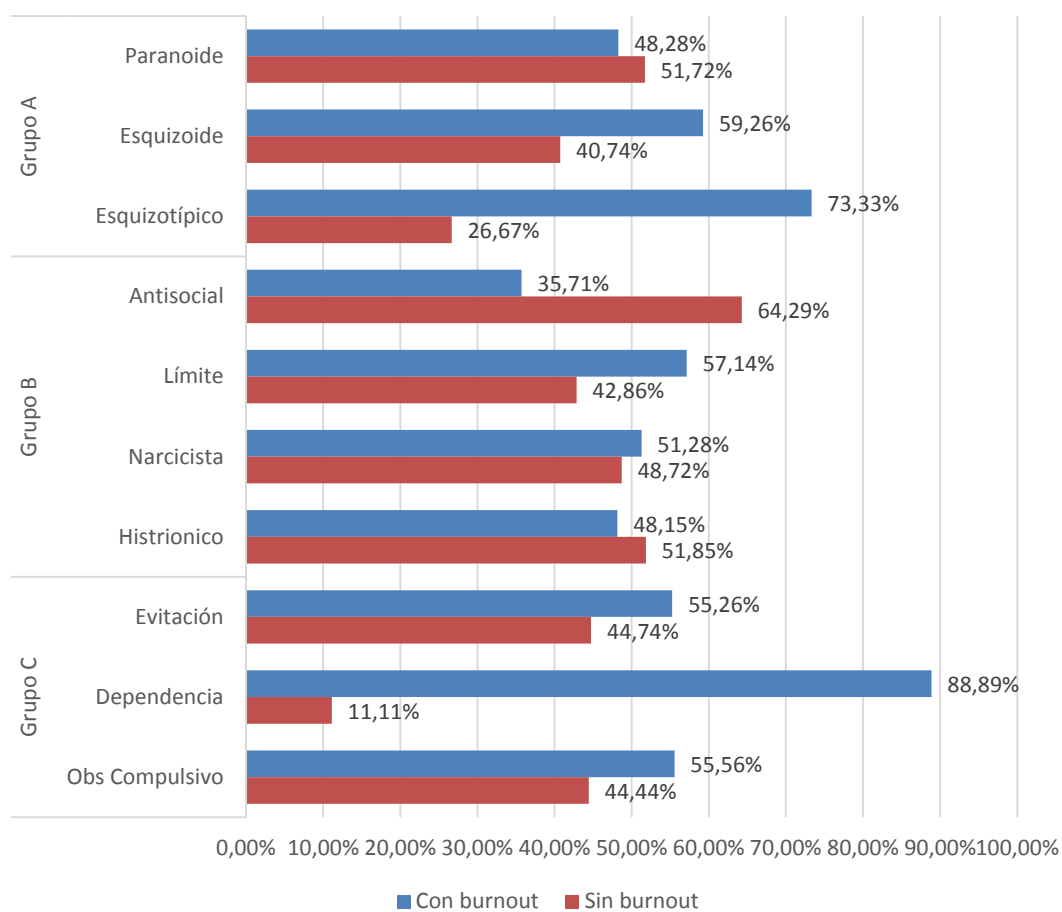
Fuente: elaboración propia

Se encontró relación con el perfil esquizotípico en el grupo A ($p < 0,05$), con el perfil antisocial en el grupo B ($p < 0,05$), y con el perfil de dependencia en el grupo C ($p < 0,05$).

**TRASTORNOS EMOCIONALES, PERFILES DE PERSONALIDAD Y VARIABLES
SOCIDEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN RESIDENTES CON SÍNDROME DE BURNOUT
QUE TRABAJAN EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**

Gráfico 15

Relación entre síndrome de burnout y características del perfil de personalidad



**TRASTORNOS EMOCIONALES, PERFILES DE PERSONALIDAD Y VARIABLES
SOCIDEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN RESIDENTES CON SÍNDROME DE BURNOUT
QUE TRABAJAN EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**

Tabla 16

**Relación entre síndrome de burnout y presencia de ansiedad o
depresión**

		Total	Con burnout		Sin burnout		Chi ² (p)
			N°	%	N°	%	
Ansiedad	Normal	1	1	100,00%	0	0,00%	1,85 (0,40)
	Probable	5	4	80,00%	1	20,00%	
	Problema	54	30	55,56%	24	44,44%	
Depresión	Normal	3	2	66,67%	1	33,33%	0,45 (0,80)
	Probable	33	18	54,55%	15	45,45%	
	Problema	24	15	62,50%	9	37,50%	
Total		60	35	58,33%	25	41,67%	

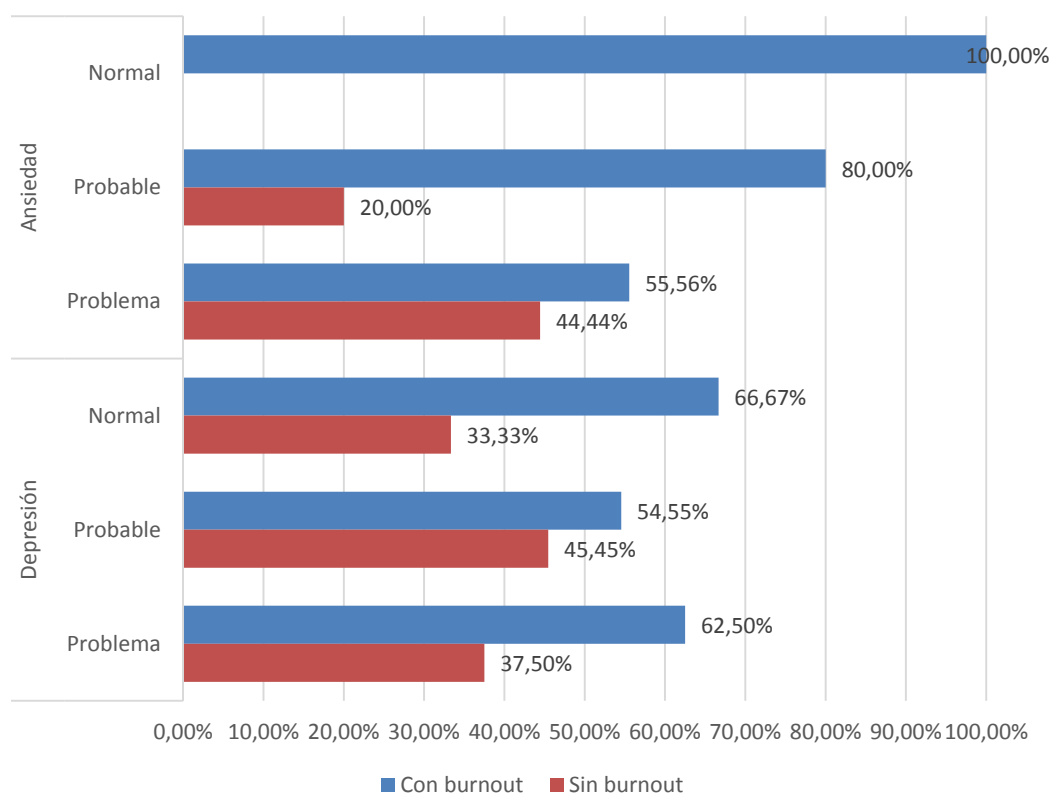
Fuente: elaboración propia

Se encontraron proporciones estadísticamente similares de burnout entre residentes con problemas de ansiedad o de depresión, sin influencia significativa ($p > 0,05$).

**TRASTORNOS EMOCIONALES, PERFILES DE PERSONALIDAD Y VARIABLES
SOCIDEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN RESIDENTES CON SÍNDROME DE BURNOUT
QUE TRABAJAN EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**

Gráfico 16

**Relación entre síndrome de burnout y presencia de ansiedad o
depresión**



CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra la distribución de los 60 residentes según área de especialidad; el 48,33% eran de clínicas, sobre todo de pediatría (16,67%) o de medicina interna (15%), y de otras subespecialidades; el 51,67% se especializa en el área quirúrgica, con 20% de ellos en ginecología y 15% en cirugía general, entre otras. Otro estudio realizado por Olga y Pablo de 138 médicos de especialidades médico-quirúrgicas, 56,6% pertenecían a especialidades quirúrgicas (37) lo cual si bien no detalla las especialidades, guarda similitud con nuestros resultados en cuanto a que resaltan la especialidades quirúrgicas. El estudio realizado por Luis Ernesto, Luis Felipe y Yunis de 72 médicos residentes encuestados de 9 especialidades diferentes presenta que el 54,15% son de especialidades quirúrgicas, predominando cirugía general con el 16,66% seguida de ginecoobstetricia con el 9,72%, en cuanto a las especialidades clínicas fue el 45,82% de especialidades clínicas, destacando medicina interna con el 16,66% seguido de pediatría con 12,5%.(38), como se puede apreciar el estudio guarda similitud con nuestros resultados predominando las especialidades quirúrgicas.

En la **Tabla y Gráfico 2** se muestra la distribución de los residentes del hospital según edad y género; el 53,33% eran varones y 46,67% mujeres, con edades que en 51,67% de casos estuvieron entre los 28 y 30 años; la edad promedio de los residentes varones fue de $29,19 \pm 1,77$ años y de las residentes mujeres fue de $28,71 \pm 2,62$ años. El estudio realizado por Olga y Pablo de 138 médicos residentes de especialidades médico quirúrgicas, 53,7% fueron varones y 46,3 % fueron mujeres siendo el grupo etario de 25-30 años el que constituyó el grupo más amplio con el 67,7%, seguido por los de 30-35 años con el 24,3%,(37) se puede decir que guarda similitud con nuestro estudio lo cual es debido a que se escogió una población joven. Otro estudio realizado por Luis Ernesto, Luis Felipe y Yunis de 72 médicos

residentes encuestados de 9 especialidades diferentes se obtuvo que el 77,77% eran varones y 22,22% eran mujeres con edades promedio de 26-34 años con una edad media de 29 años (38), si bien no nos especifica que edades tenían los varones y que edad las mujeres como nosotros lo hacemos, las edades guardan similitud por lo cual podemos concluir en que nuestra población generalmente médicos realizan su residencia entre los 25-34 años.

El estado civil de los residentes del hospital se muestra en la **Tabla y Gráfico 3**; el 63,33% eran solteros y 35% casados, con un divorciado (1.67%). Entre los casados, el 23,33% tiene un hijo y 6,67% dos hijos, y el residente divorciado tiene tres hijos, mientras que ninguno de los residentes solteros tiene hijos (**Tabla y Gráfico 4**). El estudio realizado por Olga y Pablo describe que de los 138 médicos residentes encuestados eran solteros y la mayoría no tenía hijos (37), si bien no menciona el porcentaje de si tuvieron o no hijos, lo cual para nosotros es importante ya que esta es una característica que vamos a relacionar con el Síndrome de Burnout. Otro estudio realizado por Luis Ernesto, Luis Felipe y Yunis de 72 médicos residentes encuestados de 9 especialidades diferentes el 52% eran solteros y 25% casados (38) no se menciona divorciados ni si tenían hijos, sin embargo resalta que la mayoría de residentes son solteros.

En relación a los hábitos nocivos, la **Tabla y Gráfico 5** muestran que el 61,67% no tiene hábitos de consumo de alcohol o tabaco; el 16,67% suele consumir alcohol y el 10% tabaco, con 11,67% que consume ambos. Otro estudio realizado por María Gabriela muestra que el 63,7% no consume alcohol, mientras que el 36,3 % si lo hace, en cuanto al tabaco el 83,9% no fuma tabaco, mientras que el 16,9% si lo hace, por lo tanto podemos decir que guarda similitud con nuestro estudio ya que ambas poblaciones llegan a consumir ambos sin llegar a convertirlo en un hábito.

En cuanto a las características laborales de los residentes, el 45% cursa el primer año, 41,67% se encuentra en segundo y 13,33% en tercer año; el estudio realizado por Olga y Pablo de los 138 médicos residentes el

46,39%, cursaba el primer año de la residencia, 31,6% el segundo año (37), otro estudio realizado por Luis Ernesto Luis Felipe Yuni de los 72 médicos residentes encuestados el 52% eran médicos residentes de primer año, el 38% de segundo año y el 10% de tercer año, esto es debido a que los residentes de primer año son los más relacionados con los futuros médicos y van de la mano en todo momento del internado y saben comprender y tienen mayor sensibilidad que los de segundo o tercer año ya que son de mayor jerarquía. (**Tabla y Gráfico 6**). De los residentes, el 8,33% trabaja además en otra institución (**Tabla y Gráfico 7**).

Al indagar entre los residentes la percepción que tienen de su ambiente de trabajo, 48,33% lo calificó como regular y en la misma proporción como bueno; el 26,67% está insatisfecho con la remuneración percibida, y 71,67% está satisfecho con la labor que desempeña, como se aprecia en la **Tabla y Gráfico 8**. Otro estudio realizado por Ligia en 102 profesionales de la salud

En la **Tabla y Gráfico 9** se muestran las dimensiones del síndrome de burnout evaluadas por el cuestionario MBI-HSS; el 13,33% de residentes tiene altos niveles de cansancio emocional, 61,67% tiene elevada despersonalización y 43,33% baja realización personal, que son los componentes que constituyen el síndrome; con ellos se determinó que el 58,33% de residentes son portadores de burnout (**Tabla y Gráfico 10**). En el estudio de Olga y Pablo 19,1 % presenta niveles alto de agotamiento emocional, 19,9% presenta despersonalización y 68,1 baja realización personal, con lo cual se determinó que el 12,6 % de los residentes presenta Síndrome de Burnout (37), lo cual discrepa con nuestros resultados considerando que es una muestra más grande y que es un estudio realizado en un Hospital en el cual se tiene al profesional de la salud en mejores condiciones. El estudio realizado por Luis Ernesto, Luis Felipe y Yuni en 72 médicos residentes presenta niveles altos de Agotamiento emocional 56,94, niveles altos de despersonalización 43,05 y baja realización personal de 27,77 con lo cual se obtuvo que hay niveles altos del Síndrome 41,66%. (38)

tal estudio guarda resultados similares a los nuestros, así mismo la muestra es similar por lo cual guardaría relación.

En la **Tabla y Gráfico 11** se muestran los principales perfiles de personalidad identificados en los residentes; entre los perfiles de grupo A, casi la mitad tuvo perfiles paranoides, esquizoides o esquizotípicos; en el grupo B predominó el perfil narcisista (65%) sobre los perfiles antisocial, límite o histriónico que se encontraron en menos de la mitad; y en el grupo C predominaron los perfiles de evitación (63%) o el perfil obsesivo-compulsivo (60%), y el más bajo fue el perfil de dependencia (15%). El estudio realizado por María Gabriela en una muestra de 369 participantes (médicos residentes y tratantes) entre los perfiles del grupo A predomina el perfil esquizoide con 8,9%. En el grupo B predomina el perfil narcisista con el 18,8% y en el grupo C predomina el perfil obsesivo compulsivo con el 35% (39), se evidencia que hay similitud a mi estudio lo cual confirmaría los resultados e mi muestra a pesar de ser una muestra pequeña.

Con la aplicación de la escala HADS se identificó el estado emocional de los residentes (**Tabla y Gráfico 12**), que mostró niveles problemáticos de ansiedad en 90% y niveles problemáticos de depresión en 40% de casos. El estudio realizado por María Gabriela en una muestra de 369 profesionales de la salud (médicos residentes y tratantes) el 9,9% presento casos problema de ansiedad y 1,9 % de depresión, (39) lo cual no guarda ninguna similitud con mi estudio, lo más probable es que influya el tamaño de la muestra, el tipo de muestra ya que en mi estudio solo se encuestó residentes los cuales en su mayoría fueron de primer año.

En cuanto a la influencia de los factores sociodemográficos en la presencia de burnout, la **Tabla y Gráfico 13** muestran que la edad no influyó de manera significativa en el burnout ($p > 0,05$), mientras que hubo significativamente más burnout entre las mujeres (75%) que entre varones (43,75%; $p < 0,05$). No influyeron el estado civil ni el tener o no hijos ($p > 0,05$). Se encontró más burnout entre los que no consumen alcohol (69,77% comparado con 29,41% en los que consumen; $p < 0,05$), pero el

consumo de tabaco no influyó ($p > 0,05$). Según el estudio realizado por Olga y Pablo indica que no existe ninguna relación estadística entre las variables sociodemográficas (37) no guardando ninguna similitud con nuestro estudio probablemente a que es una población mayor, el estudio realizado por María Gabriela con una muestra 314 profesionales de la salud (médicos residentes y asistentes) que la edad no influye en el Síndrome de Burnout ($p < 0,010$), mientras que el Síndrome se dio más en varones (56,9%) que en mujeres (38,1%) ($p < 0,009$). el estado civil se encontró significancia en la dimensión de baja realización personal ($p < 0,05$), el tener hijos, consumo de alcohol y tabaco no influye en el Síndrome de Burnout(39), se puede observar que el estudio guarda similitud con nuestro estudio, a pesar de ser una muestra grande.

En la **Tabla y Gráfico 14** se muestra la relación entre Burnout y las características laborales; se aprecia que el burnout es significativamente mayor durante los primeros años de residencia: 74,07% en primer año 52% en segundo y 25% en tercero, siendo la influencia significativa ($p < 0,05$); no influyó la especialidad ni el laborar en otras instituciones, así como la percepción del ambiente de trabajo o su satisfacción con el mismo ($p > 0,05$) pero se encontró más burnout en residentes insatisfechos con la remuneración (81,25% comparado con 50% de los satisfechos; $p < 0,05$). El estudio realizado por Olga Pablo no encontró ninguna relación estadística significativa entre el año de residencia, la especialidad, laborar en otras instituciones así como a nivel laboral con el Síndrome (37), se puede observar que hay puntos que guardan similitud con nuestro estudio, sin embargo a pesar de que este estudio muestra mayor residentes de primer año igual que el nuestro no hubo una relación significativa, según el estudio realizado por María Gabriela en su estudio no menciona los años de residencia, dentro de la muestra que son médicos residentes (149) el 83,2% presentaron Síndrome de burnout, mientras que los médicos tratantes (165) 72,7%, con una relación significativa estadísticamente significativa ($p \leq 0,03$)(39), en cuanto la especialidad 74% de los cirujanos, 86,9% de los clínicos y 74,6% de los médicos de cuidados críticos presentan síndrome de

Burnout con una relación estadísticamente significativa ($p \leq 0,03$), en cuanto al ambiente de trabajo considera malo su lugar de trabajo 87,6% los cuales presentan síndrome de Burnout, en cuanto a la satisfacción laboral se encuentran insatisfechos el 86% los cuales presentan síndrome de Burnout con una relación estadísticamente significativa ($p \leq 0,008$) (39), en este estudio guarda similitud en que si bien no menciona los años de residencia predomina que los residentes son los que presentan mayor síndrome de Burnout, así mismo aquellos que están insatisfechos con su ambiente laboral son los que presentan alto Burnout, en cuanto a las otras variables no encontramos similitud, probablemente por el tamaño de nuestra muestra.

En la **Tabla y Gráfico 15** se muestra la influencia del perfil de personalidad en el síndrome de burnout; se encontró relación con el perfil esquizotípico en el grupo A ($p < 0,05$), con el perfil antisocial en el grupo B ($p < 0,05$), y con el perfil de dependencia en el grupo C ($p < 0,05$). En el estudio realizado por María Gabriela el grupo C 82,7% presento Síndrome de Burnout, mientras que el grupo A y B fue en menor porcentaje con una relación significativa de ($p \leq 0,008$) (39), Nuestro estudio detalla el perfil que destaca en cada grupo, mientras que María lo hace de forma general, sin embargo se puede concluir de ambos estudios que en los 3 grupos van a estar relacionados con el síndrome de Burnout

Finalmente, la **Tabla y Gráfico 16** muestran la relación entre el síndrome de burnout y la presencia de ansiedad o depresión; se encontraron proporciones estadísticamente similares de Burnout entre residentes con problemas de ansiedad o de depresión, sin influencia significativa ($p > 0,05$). El estudio realizado por María Gabriela de la población que se encontró que presentaban ansiedad no presentaron síndrome de Burnout, mientras aquellos casos que se encontró depresión tuvo una relación estadísticamente significativa con síndrome de Burnout ($p \leq 0,008$) (39) el estudio guarda similitud con nuestra variable de ansiedad, mientras que en cuanto a la depresión es lo opuesto lo más probable es que al igual que nuestras variables anteriores el tamaño de la muestra y población influye e

nuestros resultados. Otro estudio realizado por Alejandro, Miluska y Jorge en una muestra de 84 médicos residentes encontraron que los síntomas depresivos si tienen relación estadísticamente significativa con el síndrome de Burnout ($p=0,035$) (40) lo cual discrepa con nuestro estudio, si bien nuestros residentes se encuentran deprimidos y ansiosos esto no los lleva a presentar el síndrome de Burnout, y si otras variables las cuales predominan en nuestros residentes.





CONCLUSIONES

- Primera.** Se encontró síndrome de Burnout en 58,33% de médicos residentes del HRHD
- Segunda.** Se identificó que 90% de médicos residentes del HRHD tienen niveles problemáticos de ansiedad y 40% de depresión, no encontrando relación entre Síndrome de Burnout y Trastornos emocionales.
- Tercera.-** Los rasgos de personalidad predominantes en médicos residentes del HRHD fueron el rasgo narcisista, de evitación y obsesivo-compulsivo y se encontró relación entre Síndrome de Burnout y los perfiles de personalidad esquizotípico, antisocial y dependiente.
- Cuarta.-** Los médicos residentes del HRHD son varones o mujeres en proporciones similares, con edad entre 28 y 30 años, solteros y con pocos hábitos de consumo de alcohol o tabaco, se encontró relación entre Síndrome de Burnout y el sexo femenino.
- Quinta.-** Una baja proporción de médicos residentes del HRHD labora en otras instituciones, y la mayoría percibe su ambiente de trabajo como bueno a regular, y se siente satisfecho con su labor, aunque no está satisfecho con su remuneración, encontrando relación entre Síndrome de Burnout y los primeros años de residencia, así como con la insatisfacción con la remuneración..

RECOMENDACIONES

- Primera.-** Dar a conocer los resultados al Director del HRHD para que de consentimiento para publicarlos en el periódico mural de cada servicio siendo de utilidad para próximos estudios de investigación y ver la problemática de los médicos residentes.
- Segunda.-** Al HRHD, a través de los jefes de cada servicio programar actividades recreativas como actividades deportivas.
- Tercera.-** A los médicos asistentes del HRHD brinden capacitación constante a todos los médicos residentes con la debida, así mismo delegar responsabilidades con la debida supervisión con el fin de que puedan cumplir sus funciones.
- Cuarta.-** Dar a conocer los resultados al jefe del servicio de salud, a fin de elaborar medidas de prevención y tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CARRILLO-ESPER R, GÓMEZ K, ESPINOZA DE LOS MONTEROS I. síndrome de burnout en la práctica médica. med int mex. 2012, 28(6): 579-584
2. QUICENO J. M, VINACCIA S, “Burnout: Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT)”, Acta Colombiana de Psicología Vol. 10 (2): 117-125, 2007
3. DÍAZ J. J, “Patologías emergentes: mobbing y burnout”, Serie Cuidados Avanzados
4. GIL MONTE P. R, “El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout)”, Ediciones Pirámide, 2005
5. MORENO A, LATORRE I, DE MIQUELA J, CAMPILLO A, SÁEZ J, AGUAYO J, L, “Sociedad y cirugía. Burnout y cirujanos”, Cir Esp. 2008; 83(3):118-24.
6. ÁLVAREZ E, FERNÁNDEZ L, “El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional: revisión de estudios”, Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Vol. XI, N.o 39, 1991.
7. CASTILLO S, “El síndrome de "Burnout "o síndrome de agotamiento profesional”, Med. leg. Costa Rica Vol.17 N.2, 2001
8. MONTERO J, GARCÍA J, MOSQUERA D, LÓPEZ Y, “A new definition of burnout syndrome based on Farber's proposal,” Journal of Occupational Medicine and Toxicology. 2009, 4:31.

9. PRUESSNER J. C, HELLHAMMER D. H, KIRSCHBAUM C, “Burnout, Perceived Stress, and Cortisol Responses to Awakening”, Psychosomatic Medicine 61:197–204 (1999)
10. SERTÖZ OO, BINBAY I, “The neurobiology of burnout: the hypothalamus-pituitary-adrenal gland axis and other findings”, Turk PsikiyatriDergisi [Internet]. 2008 [cited 2013 Mar 21]; 19(3):318–28. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18791885>
11. OLIVARES V. E, “Análisis de las Propiedades Psicométricas del MaslachBurnoutInventory Human Services (MBI-HSS) en Profesionales Chilenos”, CiencTrab. Oct-Dic; 11 (34): 217-221.
12. GIL MONTE P. R, “Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals”, Rev Salud Pública, 2005; 39(1): 1-8.
13. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria.
14. Estrés y Ansiedad, Mc Graw Hill,
www.mcgrawhill.es/bcv/guide/capitulo/84448176391.pdf
15. AHOLA K. “Occupational burnout and health”, Finnish Institute of occupational Health Helsinki, Finland, 2007
16. LIZONDO G., LLANQUE C., “Depresión”, Revista Paceaña de Medicina Familiar, 2008; 5(7)
17. Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en

el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalía-t N° 2006/06.

18. ATKINSON & HILGARD'S, "Introducción a la Psicología", 14ª edición, Madrid, Ed. Thomson, 2003, Cap. 13, p.417.

19. ROCA B., BACA B., VALLEJO R., LEAL C., CERVRA E., UBAGO G., "Trastornos de Personalidad", 1ra edición, Sociedad Española de Psiquiatría, 2010.

20. ALEMANY A., BERINI E., Gay C. "The burnout syndrome and associated personality disturbances. The study in three graduate programs in Dentistry at the University of Barcelona", Med Oral Patol Oral Cir Bucal, Vol 13(7), 444-450, 2008.

21. MULCAHY-AVERY, J., MCNAIR S., "The Predictive Validity of a Screening Measure for identifying individuals with Personality Disorders ", The Penn State Mcnair Journal, Vol 15, 2008;15: 91-99

22. BAKKER A, VAN DER ZEE K, LEWIG K, DOLLARD M, "The Relationship Between The Big Five Personality Factors And Burnout: A Study Among Volunteer Counselor", The Journal Of Social Psychology, 2002, 135(5).

23. GONZALVES J. AIZPIRI J., BARBADO A., CAÑONES P., FERNÁNDEZ A., RODRÍGUEZ J. DE LA SERNA I., SOLLA J., "Síndrome de Burnout en el médico general", Habilidades en Salud Mental, Vol. 43, 278-273, 2002.

24. MINAYA TEJADA VIVIANA CAROLINA, ZARATE VELASQUEZ JASMIN E. Relación entre las características epidemiológicas y Síndrome de burnout en médicos y obstetras del servicio de Ginecoobstetricia del hospital regional Honorio delgado 2015.
25. KARINA RONDON DELGADO
Relación entre la inteligencia emocional Síndrome de Burnout en internos de medicina del hospital regional Honorio delgado Espinoza 2011.
26. RODOLFO QUIROZ VALDIVIA, SANTIAGO SACO MÉNDEZ
Factores asociados al Síndrome Burnout en médicos y enfermeras del hospital nacional sur este de Es salud del cusco 1998-1999.
27. MILAGROS DUEÑAS, LUZBENIA MERMA, RICHARD UCHARICO
Prevalencia de burnout en médicos de la ciudad de Tacna 2003.
28. MION G Y GOL Factores de riesgo ligado al Síndrome de Burnout y su prevalencia Francia 2011.
29. BJELLAND I, ALV A, TANGEN T, NECKELMANN D, “The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review”, Journal of Psychosomatic Research 52 (2002)
31. CALDERÓN D, “Ansiedad y Depresión en médicos residentes con Síndrome De Burnout, en Hospital De Niños Baca Ortiz, del Distrito Metropolitano De Quito durante el año 2010”, Disertación previa a la obtención de Título de Médico Cirujano. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2010.

- 32 BELTRÁN M, FREYRE M, HERNÁNDEZ L, "El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente", *Terapia Psicológica* 2012, Vol. 30, N°1, 5-13
33. CEBRIA J., CORBELLA S., COMAS O., GARCIA M., RODRIGUEZ C.,L PARDO M., PEREZ J., "Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia", *Aten Primaria*, 2001; 27:459-68
34. AMERICAN PSIQUIATRIC ASOCIATION. "Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales.5ta Edición, España 2014.
35. ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD DE NEUROLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA, "Nueva clasificación de los trastornos mentales DSM V,Rev Chil Neuro-psiquiat,2014,52 supl N°1.
36. FISKE.DW,"Consistency of factorial structures of personality ratings from different sources",*Jabnor Social Psychol.*
- 37.OLGA LPAREDES G Y PABLO A SANABRIA-FERRAND "Prevalencia del Síndrome de Burnout en residentes de especialidades médico-quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y variables sociodemográficas y laborales",*Rev Fac Med* 2008, volumen 16 N°124-32.

38. LUIS ERNESTO BALCAZAR RINCON, LUIS FELIPE MOTEJO.F, YUNI LOURDES RAMIREZ ALCANTARA “Prevalencia del desgaste profesional en médicos residentes de un Hospital de Merida-Yucatan-Mexico”, ATEN FAM 2015, 22(4):11-114.

39. MARIA GABRIELA GONZALES ALVAREZ,” estudio analítico de las variables sociodemográficas laborales, trastornos emocionales, perfiles de personalidad en médicos tratantes y residentes del Hospital Carlos Andrade Marín 2012-2013” tesis para obtener el título de médico cirujano Quito 2012-2013.

40. ALEJANDRO MARIÑOS, MILUSKA OTERO, GERMAN MALAGA, JORGE TOMATEO “Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos e residentes, estudio descriptivo transversal en el Hospital nacional de Lima, Rev Med Hered V.22.n4 Lima oct2011:162-168.

41 BENJAMÍN JAMES SADOCK, VIRGINIA ALCOTH SADOCK, PEDRO RUIZ, “sinopsis de psiquiatría” décimo primera edición 2015.

42. ORGANIZACION PANAMERICANA DE SALUD, “clasificación estadística internacional de enfermedades problemas relacionados con la salud “Washington Dc 2003.





Anexo 1

Matriz de sistematización de información

Edad	Cat edad	Sexo	E civil	Hijos	Tiempo	Cat tiempo	Grupo espec	Especialida	Fec/dia	Otra institu	horas otra	Horas hobby	Alcohol	Frec Alcohol	Fuma	Frec Fuma	Ambiente Tb	Reumner	SentAMbt	BO1 CE	BO2 CE	BO3 CE	BO4
1	22 < 25a	Fem	Soltera	-		2 2oo año	Quirúrgica	Cirugía	17	0 -	-		0 -	0 -	0 -	Bueno		1 Satisfecho	3	2	2	6	
2	28 28-30 a	Fem	Soltera	-	7m	1er año	Quirúrgica	Gineco	20	0 -	2h		0 -	0 -	0 -	Regular		1 Poco satisfecho	2	0	2	6	
3	31 31-33 a	Fem	Soltera	-		2 2oo año	Clínica	Pediatría	18	1 -		3	0 -	0 -	0 -	Bueno		1 Satisfecho	1	1	3	4	
4	29 28-30 a	Mas	Soltera	-		2 2oo año	Quirúrgica	Neurocirugía	15	0 -		3	0 -	0 -	1	2 Bueno		1 Satisfecho	1	0	1	6	
5	28 28-30 a	Fem	Casado	1		2 2oo año	Clínica	Pediatría	16	1	8 -		0 -	0 -	1	1 Bueno		1 Satisfecho	2	4	6	3	
6	30 28-30 a	Mas	Soltera	-		2 2oo año	Quirúrgica	ORL	15	0 -		3	1 2v/m	1	3 Regular		1 Satisfecho	0	0	0	6		
7	29 28-30 a	Mas	Soltera	-		3 3er año	Clínica	Pediatría	18	0 -		2	0 -	0 -	0 -	Regular		1 Poco satisfecho	1	0	1	6	
8	29 28-30 a	Mas	Soltera	-		2 2oo año	Quirúrgica	Oftalmología	15	0 -			1	0 -	0 -	Bueno		1 Satisfecho	1	1	2	6	
9	28 28-30 a	Mas	Soltera	-		2 2oo año	Quirúrgica	Gineco	25	0 -		2	0 -	0 -	0 -	Regular		1 Satisfecho	2	0	0	5	
10	27 25-27 a	Mas	Soltera	-	10m	1er año	Clínica	Nefrología	20	0 -		4	1 3v/m	1	2 Bueno		1 Satisfecho	2	0	0	6		
11	29 28-30 a	Fem	Casado	2		2 2oo año	Quirúrgica	Cirugía	20	0 -		2	0 -	0 -	0 -	Bueno		1 Satisfecho	1	0	0	6	
12	28 28-30 a	Mas	Casado	1		2 2oo año	Clínica	Pediatría	14	0 -		1	1 1v/m	1 2/m	Regular		0 Poco satisfecho	1	3	2	5		
13	30 28-30 a	Mas	Casado	0		3 3er año	Clínica	Md familiar	17	0 -			0 -	0 -	0 -	Regular		1 Satisfecho	1	0	3	5	
14	30 28-30 a	Fem	Soltera	-		3 3er año	Clínica	Neumología	18	0 -		2	1 1v/m	1 2v/s	Regular		0 Satisfecho	4	0	4	6		
15	28 28-30 a	Mas	Casado	1		2 2oo año	Clínica	Gastro	17	0 -		4	0 -	0 -	0 -	Bueno		1 Satisfecho	2	0	2	6	
16	30 28-30 a	Mas	Soltera	-		2 2oo año	Clínica	Md interna	17	0 -		3	1 3v/m	1 1v/m	Bueno		1 Satisfecho	1	0	2	6		
17	29 28-30 a	Fem	Casado	1		2 2oo año	Clínica	Md interna	17	0 -		3	1 1v/m	1 2v/m	Regular		0 Poco satisfecho	2	3	1	5		
18	28 28-30 a	Fem	Casado	1 7m		1er año	Clínica	Md interna	24	0 -		2	0 -	0 -	0 -	Regular		0 Satisfecho	3	3	4	6	
19	31 31-33 a	Mas	Divorciado	3		2 2oo año	Quirúrgica	Cirugía	20	0 -		2	0 -	0 -	0 -	Malo		1 Poco satisfecho	3	0	2	6	
20	34 > 33 a	Fem	Soltera	-		3 3er año	Clínica	Md interna	17	0 -		3	0 -	0 -	0 -	Regular		0 Satisfecho	1	0	1	6	
21	31 31-33 a	Mas	Soltera	-		3 3er año	Quirúrgica	Cirugía	19	0 -		4	0 -	0 -	0 -	Bueno		1 Satisfecho	1	0	1	6	
22	33 31-33 a	Mas	Soltera	-		2 2oo año	Quirúrgica	Oftalmología	20	0 -		5	1 1v/m	0 -	0 -	Regular		1 Satisfecho	2	3	3	1	
23	30 28-30 a	Mas	Soltera	-		1 1er año	Quirúrgica	Traumatología	18	0 -		3	1 2v/m	1 1v/m	Regular		1 Satisfecho	2	0	0	5		
24	27 25-27 a	Mas	Soltera	-		1 1er año	Quirúrgica	Cirugía	20	0 -		2	0 -	0 -	0 -	Regular		0 Poco satisfecho	2	1	2	6	
25	28 28-30 a	Fem	Casado	1		1 1er año	Clínica	Md interna	20	0 -		3	0 -	0 -	0 -	Regular		0 Poco satisfecho	2	0	1	6	
26	27 25-27 a	Fem	Soltera	-		3 3er año	Clínica	Md interna	18	0 -		4	1 1v/m	0 -	0 -	Bueno		1 Satisfecho	3	1	3	6	
27	27 25-27 a	Mas	Casado	0 7m		1er año	Quirúrgica	Gineco	18	0 -		2	0 -	0 -	0 -	Regular		1 Satisfecho	2	0	0	6	
28	26 25-27 a	Fem	Soltera	-		1 1er año	Quirúrgica	Gineco	21	0 -			0 -	0 -	0 -	Bueno		1 Satisfecho	1	3	6	5	
29	32 31-33 a	Fem	Soltera	-		1 1er año	Clínica	Md interna	18	1	3		2	0 -	1 3v/m	Regular		0 Poco satisfecho	2	0	1	6	
30	25 25-27 a	Fem	Soltera	-	7m	1er año	Clínica	Pediatría	17	0 -		4	0 -	0 -	0 -	Bueno		1 Satisfecho	2	0	3	6	
31	32 31-33 a	Fem	Casado	2		2 2oo año	Clínica	Pediatría	15	0 -		3	0 -	0 -	0 -	Regular		0 Satisfecho	5	0	5	5	
32	26 25-27 a	Mas	Soltera	-		2 2oo año	Clínica	Gastro	20	0 -		2	1 1v/m	0 -	0 -	Bueno		1 Satisfecho	1	0	1	3	
33	27 25-27 a	Fem	Soltera	-	8m	1er año	Clínica	Neumología	16	0 -		3	0 -	0 -	0 -	Bueno		0 Satisfecho	0	0	5	6	
34	31 31-33 a	Mas	Soltera	-	2a8m	2oo año	Quirúrgica	Traumatología	21	0 -		2	0 -	0 -	0 -	Regular		0 Poco satisfecho	5	4	1	5	
35	30 28-30 a	Fem	Soltera	-	2a8m	2oo año	Quirúrgica	Gineco	25	0 -		3	0 -	0 -	0 -	Bueno		1 Satisfecho	1	0	0	6	
36	32 31-33 a	Mas	Casado	2		2 2oo año	Quirúrgica	Neurocirugía	17	0 -		3	1 1v/m	0 -	0 -	Bueno		1 Satisfecho	1	0	0	6	
37	30 28-30 a	Mas	Casado	1		3 3er año	Clínica	Nefrología	25	1	4		3	0 -	0 -	Regular		0 Poco satisfecho	0	0	0	6	
38	31 31-33 a	Fem	Casado	1 7m		1er año	Clínica	Md interna	29	0 -		4	0 -	0 -	0 -	Regular		1 Poco satisfecho	3	3	3	3	
39	28 28-30 a	Mas	Soltera	-	8m	1er año	Clínica	Pediatría	18	0 -		2	1 2v/m	0 -	0 -	Bueno		1 Satisfecho	2	0	0	6	
40	27 25-27 a	Fem	Soltera	-		1 1er año	Clínica	Md familiar	16	0 -		4	0 -	0 -	0 -	Bueno		1 Satisfecho	2	0	0	5	
41	28 28-30 a	Fem	Soltera	-		1 1er año	Quirúrgica	Gineco	19	0 -			0 -	0 -	1	2 Bueno		1 Satisfecho	0	6	2	5	
42	29 28-30 a	Fem	Casado	1		2 2oo año	Quirúrgica	Gineco	25	0 -		3	1 1v/m	0 -	0 -	Bueno		1 Poco satisfecho	4	0	2	4	
43	32 31-33 a	Fem	Casado	1		3 3er año	Clínica	Neurología	19	0 -		3	1 6v/s	0 -	0 -	Regular		1 Satisfecho	1	0	0	2	
44	27 25-27 a	Mas	Soltera	-	9m	1er año	Clínica	Md interna	22	0 -			1 1v/m	0 -	0 -	Bueno		1 Satisfecho	5	0	0	5	
45	28 28-30 a	Fem	Casado	0		2 2oo año	Quirúrgica	Gineco	25	0 -		2	0 -	0 -	0 -	Bueno		1 Satisfecho	5	0	1	6	
46	31 31-33 a	Mas	Soltera	-	10m	1er año	Quirúrgica	Urología	17	0 -			0 -	0 -	0 -	Regular		1 Satisfecho	1	1	5	1	
47	31 31-33 a	Mas	Casado	1		1 1er año	Quirúrgica	Cirugía	19	0 -		1	0 -	0 -	0 -	Bueno		1 Muy satisfecho	3	1	4	2	
48	29 28-30 a	Mas	Soltera	-	9m	1er año	Quirúrgica	Cirugía	17	0 -			0 -	0 -	0 -	Excelente		1 Muy satisfecho	1	1	2	1	
49	28 28-30 a	Mas	Soltera	-	8m	1er año	Quirúrgica	Urología	18	0 -			0 -	0 -	1	1 Regular		1 Satisfecho	1	1	3	2	
50	30 28-30 a	Fem	Casado	1 18m		2oo año	Clínica	Neurología	18	0 -		3	0 -	0 -	0 -	Bueno		0 Satisfecho	1	0	3	6	
51	32 31-33 a	Mas	Soltera	-		2 2oo año	Quirúrgica	Gineco	20	0 -		2	1 1v/m	0 -	0 -	Regular		0 Poco satisfecho	5	0	5	6	
52	28 28-30 a	Mas	Soltera	-	8m	1er año	Quirúrgica	Gineco	20	0 -		3	0 -	0 -	0 -	Regular		1 Poco satisfecho	5	0	5	6	
53	27 25-27 a	Fem	Soltera	-		1 1er año	Clínica	Pediatría	15	0 -		3	0 -	0 -	0 -	Bueno		1 Satisfecho	2	0	0	6	
54	33 31-33 a	Fem	Soltera	-	6m	1er año	Quirúrgica	Cirugía	20	0 -			0 -	0 -	0 -	Bueno		0 Poco satisfecho	6	4	6	3	
55	26 25-27 a	Fem	Soltera	-	7m	1er año	Quirúrgica	Cirugía	20	0 -			4	0 -	0 -	Regular		0 Satisfecho	3	0	0	6	
56	28 28-30 a	Mas	Soltera	-		1 1er año	Clínica	Pediatría	22	0 -		3	0 -	0 -	0 -	Bueno		1 Satisfecho	1	1	5	2	
57	29 28-30 a	Mas	Casado	2		2 2oo año	Quirúrgica	ORL	15	1	16 -		0 -	0 -	0 -	Regular		1 Satisfecho	5	1	1	4	
58	28 28-30 a	Mas	Casado	1 7m		1er año	Quirúrgica	Gineco	18	0 -		4	0 -	0 -	0 -	Regular		1 Satisfecho	3	0	3	6	
59	27 25-27 a	Fem	Soltera	-		2 2oo año	Clínica	Pediatría	20	0 -		4	0 -	0 -	1 2v/s	Bueno		1 Satisfecho	1	0	0	6	
60	28 28-30 a	Mas	Casado	1 7m		1er año	Quirúrgica	Gineco	18	0 -		5	0 -	0 -	0 -	Regular		1 Satisfecho	2	2	1	3	

BO5	BO6 CE	BO7	BO8 CE	BO9	BO10	BO11	BO12	BO13 CE	BO14 CE	BO15	BO16 CE	BO17	BO18	BO19	BO20 CE	BO21	BO22	BO Cans emoi Nivel Cans Em	BO Despers	Nivel Despr	BO Real Pers	Nivel Real per	Puntaje BU
1	2	4	2	5	2	2	5	3	4	0	4	5	0	6	0	0	4	22 Medio	31 Medio	9 Medio		62	
0	2	6	2	6	3	2	6	2	4	0	4	6	3	5	0	2	0	18 Bajo	40 Alto	5 Bajo		63	
2	5	5	4	5	3	5	4	3	0	0	3	5	2	0	0	4	6	22 Medio	29 Bajo	16 Alto		67	
0	0	6	1	6	0	0	6	0	0	0	1	6	3	6	0	3	0	4 Bajo	42 Alto	0 Bajo		46	
2	6	6	4	5	3	5	3	3	1	1	5	6	2	5	0	4	5	31 Alto	34 Medio	16 Alto		81	
0	0	6	1	6	1	1	6	0	1	0	1	6	5	6	0	3	0	3 Bajo	44 Alto	2 Bajo		49	
0	1	6	3	6	2	1	6	0	0	0	1	6	4	6	0	2	0	7 Bajo	42 Alto	3 Bajo		52	
0	1	5	1	6	4	2	3	0	1	0	0	1	6	6	0	1	1	7 Bajo	34 Medio	7 Medio		48	
0	1	6	1	6	2	0	6	4	1	0	1	6	5	6	0	2	0	10 Bajo	42 Alto	2 Bajo		54	
0	0	6	1	6	0	0	6	0	1	0	1	6	6	0	0	3	0	5 Bajo	39 Medio	0 Bajo		44	
0	1	6	1	6	3	3	6	0	3	0	5	6	4	6	0	5	2	11 Bajo	45 Alto	8 Medio		64	
0	1	6	5	6	2	2	6	1	1	0	1	6	5	6	1	5	0	16 Bajo	45 Alto	4 Bajo		67	
0	2	4	2	5	4	3	2	2	2	0	3	3	5	5	0	3	0	15 Bajo	32 Medio	7 Medio		54	
0	0	6	4	6	2	2	6	0	4	0	2	6	6	6	0	2	3	18 Bajo	44 Alto	7 Medio		69	
0	2	6	2	6	2	1	6	2	6	0	2	5	5	6	0	0	4	16 Bajo	40 Alto	7 Medio		65	
0	2	6	2	6	2	2	6	2	0	2	2	6	2	6	0	2	4	11 Bajo	40 Alto	10 Alto		61	
0	2	6	4	5	2	2	3	2	2	0	2	3	6	6	2	0	2	20 Medio	34 Medio	6 Medio		60	
0	6	6	4	6	3	3	6	2	2	1	2	6	6	6	2	2	2	28 Alto	44 Alto	9 Medio		81	
0	0	6	1	5	0	0	5	0	1	0	0	5	6	6	5	3	0	12 Bajo	42 Alto	0 Bajo		54	
0	0	6	1	6	6	0	6	0	5	0	0	6	6	5	1	3	1	9 Bajo	44 Alto	7 Medio		60	
0	2	6	1	6	1	1	6	0	0	0	0	6	6	6	0	3	3	5 Bajo	45 Alto	5 Bajo		55	
1	3	1	1	6	1	1	6	0	1	1	1	6	3	6	6	5	1	20 Medio	34 Medio	5 Bajo		59	
0	2	6	2	6	4	1	6	1	1	0	1	6	5	6	0	5	1	9 Bajo	45 Alto	6 Medio		60	
3	2	6	2	3	6	6	3	1	1	2	1	6	6	6	1	4	5	13 Bajo	40 Alto	22 Alto		75	
0	4	6	2	6	2	3	6	1	2	0	1	5	5	6	6	5	4	19 Medio	45 Alto	9 Medio		73	
0	1	5	1	6	2	2	5	1	4	0	1	6	6	6	0	5	1	15 Bajo	45 Alto	5 Bajo		65	
0	3	6	3	6	3	3	6	3	3	0	3	6	5	6	0	5	3	17 Bajo	46 Alto	9 Medio		72	
1	4	6	1	5	3	3	6	2	1	3	4	3	6	6	3	3	0	25 Medio	40 Alto	10 Alto		75	
0	3	6	3	6	2	2	6	3	3	0	3	6	3	6	2	3	0	20 Medio	42 Alto	4 Bajo		66	
0	2	6	3	6	0	0	6	0	3	0	0	6	5	6	0	5	0	13 Bajo	46 Alto	0 Bajo		59	
0	2	6	5	6	4	4	6	2	2	0	2	6	1	3	0	4	0	23 Medio	37 Medio	8 Medio		68	
0	1	6	2	6	1	1	6	1	1	0	1	2	1	6	0	1	2	8 Bajo	31 Medio	4 Bajo		43	
0	4	6	2	6	0	0	6	0	4	0	2	6	5	6	0	5	0	17 Bajo	46 Alto	0 Bajo		63	
1	1	6	5	6	3	3	6	1	3	1	2	3	5	6	0	5	4	22 Medio	42 Alto	12 Alto		76	
0	0	6	2	6	1	1	6	1	1	1	1	1	2	2	3	0	2	9 Bajo	29 Bajo	5 Bajo		43	
0	1	2	3	6	2	1	1	3	2	3	2	1	1	1	1	1	1	13 Bajo	19 Bajo	7 Medio		39	
0	1	6	1	6	0	0	6	0	0	0	1	6	5	6	6	3	0	9 Bajo	44 Alto	0 Bajo		53	
3	0	6	1	6	6	0	6	1	3	0	3	6	5	6	0	5	0	17 Bajo	43 Alto	9 Medio		69	
0	0	6	2	6	0	2	6	0	0	0	0	6	5	6	0	5	2	4 Bajo	46 Alto	4 Bajo		54	
0	0	6	5	6	4	4	6	4	4	0	4	6	5	6	0	5	5	19 Medio	45 Alto	13 Alto		77	
1	4	6	6	0	0	1	3	2	1	2	4	6	4	5	2	2	1	27 Alto	31 Medio	5 Bajo		63	
0	4	6	5	6	5	4	6	2	2	0	5	6	5	6	0	5	4	24 Medio	44 Alto	13 Alto		81	
0	2	6	5	6	2	2	6	1	2	0	2	6	4	6	0	4	1	13 Bajo	40 Alto	5 Bajo		58	
0	2	6	2	6	0	2	6	2	2	0	0	2	5	6	0	2	2	13 Bajo	38 Medio	4 Bajo		55	
1	1	6	4	6	0	0	6	1	5	0	1	6	5	6	0	5	1	18 Bajo	46 Alto	2 Bajo		66	
2	3	6	6	6	1	6	4	0	5	0	0	6	1	6	0	2	6	21 Medio	32 Medio	15 Alto		68	
1	3	6	6	6	4	6	3	3	2	0	5	6	1	6	1	5	6	26 Alto	35 Medio	17 Alto		80	
1	6	6	5	6	4	6	3	2	0	0	4	6	1	6	0	5	6	21 Medio	34 Medio	17 Alto		72	
2	4	6	5	6	3	5	0	4	0	0	5	3	4	1	2	1	6	25 Medio	23 Bajo	16 Alto		64	
0	3	6	6	6	1	1	3	1	2	3	1	3	5	3	2	5	3	37 Medio	37 Medio	8 Medio		64	
0	6	6	6	6	1	1	6	4	6	0	6	6	5	5	1	5	1	39 Alto	45 Alto	3 Bajo		87	
0	2	6	6	6	2	2	5	5	5	0	5	5	5	6	2	5	2	35 Alto	44 Alto	6 Medio		85	
0	0	6	5	6	0	1	6	1	1	0	1	6	5	6	0	5	1	10 Bajo	46 Alto	2 Bajo		58	
2	2	6	5	3	2	6	3	3	0	0	3	6	1	5	0	5	5	29 Alto	32 Medio	15 Alto		76	
0	3	6	3	6	0	0	6	4	2	0	2	6	3	6	0	3	3	17 Bajo	42 Alto	3 Bajo		62	
1	3	6	5	5	6	6	3	4	0	0	0	6	2	6	0	5	6	19 Medio	35 Medio	19 Alto		73	
2	6	6	5	5	4	6	4	2	5	0	2	6	2	6	1	4	6	28 Alto	37 Medio	18 Alto		83	
0	3	6	3	6	3	3	6	0	3	0	2	6	5	6	0	3	0	44 Bajo	44 Alto	6 Medio		67	
0	0	6	1	6	0	1	6	0	1	0	6	6	5	6	0	3	0	9 Bajo	44 Alto	1 Bajo		54	
4	2	2	1	2	3	2	2	1	1	1	3	2	2	1	1	2	1	14 Bajo	16 Bajo	11 Alto		41	

Nível BO	IPDE2	IPDE14	IPDE36	IPDE38	IPDE58	IPDE66	IPDE72	Paranoide	IPDE1	IPDE12	IPDE21	IPDE31	IPDE46	IPDE57	IPDE77	Esquizoide	IPDE2	IPDE24	IPDE30	IPDE52	IPDE64	IPDE67	IPDE70	IPDE71
Alto	0	1	1	1	0	1	0	4	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1
Alto	0	0	1	1	0	0	0	4	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0	1
Alto	0	1	0	0	1	0	0	2	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Medio	0	0	0	1	0	0	0	3	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0
Alto	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	3	1	1	0	1	1	1	1	1
Medio	0	0	0	1	0	0	0	3	1	1	1	0	1	0	0	4	0	0	1	0	0	0	1	1
Medio	0	0	0	1	0	1	0	4	0	1	1	1	1	0	0	6	0	0	1	0	0	1	1	1
Medio	0	1	0	1	0	0	0	2	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Medio	0	1	0	1	0	0	0	2	0	0	1	0	1	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	1
Medio	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Alto	0	0	0	1	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1
Alto	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	1	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1
Medio	1	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	1	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	1
Alto	0	0	1	1	0	0	0	4	1	0	0	0	1	0	1	3	0	0	1	0	0	0	1	1
Alto	0	1	0	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1
Alto	0	1	0	1	0	0	0	2	1	0	1	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1
Medio	1	1	0	1	1	0	0	2	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1
Medio	0	0	0	1	1	0	0	4	1	1	1	0	1	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Alto	0	1	0	1	0	0	0	2	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Medio	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	0	0	0	1	0	0	1
Medio	0	0	1	1	1	1	0	6	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1
Alto	1	1	0	1	1	1	0	3	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1
Alto	1	0	0	1	0	0	0	2	1	0	1	1	1	0	0	4	1	0	1	0	0	1	0	1
Alto	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	4	1	0	1	0	0	0	0	1
Alto	1	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	1	4	1	0	0	0	0	0	0	0
Alto	1	0	0	0	0	1	0	2	1	1	0	0	1	0	0	5	1	0	0	0	1	1	0	1
Alto	0	1	0	1	0	0	0	2	1	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Medio	1	0	0	1	0	0	0	2	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0
Alto	1	0	0	0	1	0	0	2	1	0	1	0	0	0	0	2	1	1	1	0	0	0	0	0
Medio	0	0	0	0	0	0	1	3	0	1	0	0	1	0	1	5	0	0	0	0	0	1	1	1
Alto	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1
Alto	0	0	0	1	0	1	0	4	1	1	0	0	1	0	1	4	0	0	0	0	0	1	1	0
Medio	0	0	0	1	0	0	0	3	1	1	1	0	1	0	0	4	0	0	1	0	0	0	0	0
Medio	0	0	0	1	0	0	0	3	1	1	1	0	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1
Medio	1	0	0	1	0	0	1	3	1	1	1	1	1	0	1	4	1	1	1	0	0	0	0	1
Alto	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0	1	0	0	3	0	0	0	1	1	0	0	0
Medio	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	2	1	0	1	0	0	0	1	1
Alto	0	0	0	1	0	0	1	4	1	0	1	0	1	0	1	2	0	0	0	0	1	0	0	1
Alto	1	1	1	1	0	0	0	2	1	1	0	0	0	1	0	5	1	0	0	0	1	1	1	1
Alto	0	0	1	1	0	1	0	5	0	1	0	1	1	0	1	6	0	0	0	0	1	1	1	1
Medio	0	1	1	1	0	1	0	4	1	1	1	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1
Medio	0	1	0	1	0	0	0	2	1	0	1	1	1	1	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0
Alto	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1
Alto	0	1	0	1	0	1	0	3	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
Alto	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	1
Alto	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1
Alto	0	1	0	1	0	1	0	3	1	1	1	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	1	1	1
Alto	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0
Alto	0	0	0	1	0	1	0	4	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1
Medio	1	0	0	1	0	0	1	3	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1
Alto	1	0	0	1	0	1	0	3	1	1	1	0	1	1	1	2	1	0	0	0	0	1	0	1
Alto	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1	1
Alto	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	3	1	1	0	0	0	1	1	1
Alto	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1
Alto	0	0	0	1	1	1	0	5	1	1	1	0	1	1	0	3	0	0	1	0	1	1	1	0
Medio	0	0	0	1	0	1	0	4	1	1	1	0	1	0	1	3	0	0	0	1	0	0	0	1
Alto	1	0	0	1	0	0	0	3	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1
Alto	1	0	0	1	0	1	0	3	1	1	1	0	1	1	1	2	1	0	0	0	0	1	0	1
Alto	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1	1
Alto	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	3	1	1	0	0	0	1	1	1
Alto	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1
Alto	0	0	0	1	1	1	0	5	1	1	1	0	1	1	0	3	0	0	1	0	1	1	1	0
Medio	0	0	0	1	0	1	0	4	1	1	1	0	1	0	1	3	0	0	0	1	0	0	0	1
Alto	1	0	0	1	0	0	0	3	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1
Alto	1	0	0	1	0	0	0	3	1	1	1	0	1	1	1	2	1	0	0	0	0	1	0	1
Alto	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1	1
Alto	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	3	1	1	0	0	0	1	1	1
Alto	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1
Alto	0	0	0	1	1	1	0	5	1	1	1	0	1	1	0	3	0	0	1	0	1	1	1	0
Medio	0	0	0	1	0	1	0	4	1	1	1	0	1	0	1	3	0	0	0	1	0	0	0	1
Alto	1	0	0	1	0	0	0	3	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1
Alto	1	0	0	1	0	0	0	3	1	1	1	0	1	1	1	2	1	0	0	0	0	1	0	1
Alto	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1	1
Alto	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	3	1	1	0	0	0	1	1	1
Alto	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1
Alto	0	0	0	1	1	1	0	5	1	1	1	0	1	1	0	3	0	0	1	0	1	1	1	0
Medio	0	0	0	1	0	1	0	4	1	1	1	0	1	0	1	3	0	0	0	1	0	0	0	1
Alto	1	0	0	1	0	0	0	3	1	0	1													

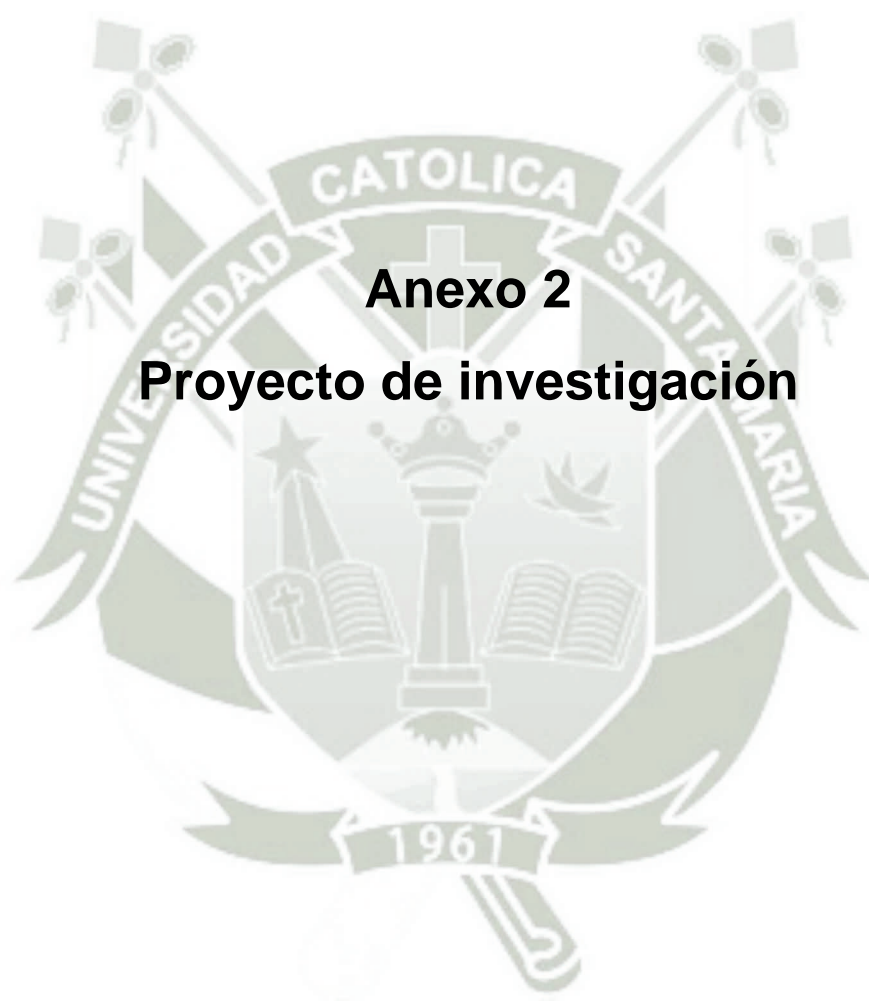
IPDE77	Esquizotipico	IPDE5	IPDE10	IPDE17	IPDE26	IPDE28	IPDE35	IPDE44	IPDE45	Histrionico	IPDE11	IPDE18	IPDE20	IPDE29	IPDE47	IPDE56	IPDE74	Antisocial	IPDE7	IPDE9	IPDE15	IPDE22	IPDE37	IPDE55
0	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1
0	3	0	0	0	1	0	1	0	1	2	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0
1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	3	1	1	1	0	0	0
1	5	0	1	1	0	1	0	0	0	4	1	0	1	0	0	1	0	3	0	0	0	0	1	1
0	6	0	1	1	1	1	0	0	0	5	1	0	1	0	0	0	1	3	0	0	1	0	1	1
0	4	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	4	1	0	1	0	1	0
0	5	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	1	1	0	1	1	0	5	1	0	0	0	1	0
1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	3	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0
0	2	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	2	1	0	1	0	0	0
1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	4	0	0	0	0	0	1	1	4	1	0	1	0	1	1
1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	1	0
0	2	0	1	1	0	0	0	0	1	5	0	1	1	0	1	0	0	3	1	0	0	0	0	0
1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	0	1	1
1	3	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	1	0	1	1	1	4	1	1	1	0	1	1
1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	2	1	0	1	0	0	0
1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	5	1	1	1	0	0	1
1	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0
0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0
0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	2	1	0	1	0	0	1	0	3	1	0	1	0	1	1
1	2	0	0	0	0	1	0	0	1	3	0	1	1	1	0	1	0	4	1	1	1	0	1	0
1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	4	0	1	1	0	0	0	1	3	1	0	1	0	1	0
1	5	0	0	0	1	1	0	0	0	3	1	1	0	0	1	1	1	3	1	0	1	0	1	1
0	3	1	1	0	1	0	0	0	1	5	1	1	0	0	0	1	1	2	1	1	1	0	0	0
0	3	1	0	0	1	0	0	0	1	4	0	0	0	1	1	0	1	5	0	0	0	0	0	0
1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	3	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1
1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	1	1	1	0	0	0
0	3	1	1	0	0	0	0	0	1	4	1	0	0	0	1	0	0	2	0	1	1	0	1	0
0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
1	2	0	1	0	1	1	1	0	0	3	1	1	1	0	0	1	1	3	1	0	1	1	1	0
0	4	1	1	1	1	0	0	0	0	5	0	1	1	1	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0
1	3	0	1	0	0	0	0	0	1	3	1	0	0	0	1	0	1	3	0	1	0	0	0	0
1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	1	0	0
1	4	0	1	1	1	0	1	0	0	3	1	1	1	0	0	0	1	2	0	1	1	1	0	0
0	4	0	1	0	1	0	0	0	0	3	1	0	1	0	1	0	1	4	1	0	0	0	0	0
1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	3	1	0	0	0	1	0
1	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	5	1	1	0	1	1	0
0	5	0	0	0	1	0	1	0	1	2	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0
1	2	1	1	0	0	1	0	0	1	5	1	1	0	0	0	1	1	2	1	1	1	0	1	1
1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	0	0	0	1	4	1	0	1	0	0	0
1	4	0	1	0	1	0	1	0	0	2	1	0	0	0	0	1	0	2	0	1	1	0	0	0
1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	4	1	1	1	0	0	1	1	3	1	1	1	0	1	1
1	3	0	1	0	1	0	0	0	0	3	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1
1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	3	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1
0	4	1	1	0	0	0	1	0	1	3	1	0	0	0	0	1	0	2	0	1	0	0	1	0
1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
0	5	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0
0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	2	1	1	1	0	0	0
1	2	0	0	0	1	0	1	1	0	2	0	1	1	0	0	1	0	4	1	0	0	0	1	0
1	4	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	1	1	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	1
1	3	1	1	0	1	0	1	0	0	3	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
1	2	1	0	0	0	1	0	0	0	3	1	1	0	0	0	0	1	2	1	1	1	0	1	0
1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	3	1	0	0	0	0	1	0	2	0	0	1	1	1	1
0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0
0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1	0	2	1	1	1	0	0	0
0	7	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	2	1	1	0	0	1	1
1	2	1	0	0	1	1	0	0	0	4	1	0	1	0	0	1	0	3	1	0	1	0	1	1
1	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	2	0	1	1	1	1	0

IPDE61	IPDE63	IPDE68	Narcicista	IPDE4	IPDE8	IPDE13	IPDE23	IPDE40	IPDE43	IPDE53	IPDE60	IPDE75	Limite	IPDE3	IPDE19	IPDE23	IPDE32	IPDE41	IPDE48	IPDE54	IPDE59	Obs Compuls	IPDE6	IPDE33	
1	1	1	6	0	1	0	1	0	1	1	0	1	4	0	1	0	1	0	1	0	1	1	5	0	0
1	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3	1	0
1	1	0	4	0	0	1	1	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
0	1	1	5	0	0	0	0	1	0	1	0	1	2	0	0	1	0	0	1	0	0	0	3	0	0
0	1	1	6	0	1	0	0	1	0	0	1	1	4	1	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0	0
0	1	1	4	0	1	0	1	0	1	1	1	0	3	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3	0	0
1	0	0	2	0	1	0	0	1	0	1	1	0	3	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3	0	0
0	1	1	4	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	6	0	0
1	0	0	2	0	0	1	0	1	0	1	1	0	3	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3	0	0
0	0	1	4	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	3	0	0
1	0	0	4	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	1
0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0
1	0	0	6	0	0	0	0	1	0	1	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0
1	0	0	5	0	1	0	1	0	1	0	0	0	2	0	1	1	1	1	1	0	0	1	7	0	0
1	0	0	2	0	1	0	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	1	1	5	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
1	0	0	2	1	1	0	0	0	0	1	1	0	5	1	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0	0
0	1	0	3	0	0	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	1	0	5	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
1	0	0	3	0	1	0	0	0	0	1	0	1	4	1	0	1	0	0	0	1	0	0	2	0	1
1	1	1	6	0	1	0	1	0	1	0	0	1	3	0	0	0	1	0	1	1	1	5	0	0	
0	1	0	3	0	0	1	1	0	0	0	1	0	3	0	1	0	1	0	1	0	0	0	4	0	1
0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3	1	1
1	1	0	5	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3	0	1
0	0	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0
1	1	0	6	1	1	1	1	1	1	1	0	0	5	0	0	1	1	0	1	0	0	0	4	1	1
0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	1	4	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0
0	1	0	3	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	2	0	1
0	0	1	6	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0																							

IPDE42	IPDE49	IPDE50	IPDE62	IPDE69	IPDE73	Dependencia	IPDE16	IPDE27	IPDE34	IPDE38	IPDE39	IPDE51	IPDE63	IPDE76	Evitación	SCA1	SCA2	SCA3	SCA4	SCA5	SCA6	SCA7	SCA8	SCA9
0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	3	3	0	2	0	3	3	1	2	0
0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	1	0	1	0	1	3	1	1	0	1	2	3	2	3	1
0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	2	0	3	1	2	1
0	0	0	1	1	1	2	0	0	0	1	1	0	1	0	3	2	2	3	0	1	3	0	3	0
1	1	0	1	1	1	4	0	1	0	1	1	1	1	1	6	2	1	2	2	1	3	1	1	0
0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3	0	3	0	3	3	1	3	0
0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	4	3	1	2	1	3	3	1	3	0
1	1	0	0	1	0	2	0	0	1	1	0	0	1	0	4	2	0	2	0	2	3	1	2	0
0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	3	2	0	2	0	3	3	2	3	0
0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	2	0	2	3	1	3	0
0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	2	2	0	3	0	2	3	3	2	0
0	1	0	0	1	1	2	0	1	0	0	1	0	0	0	2	2	1	3	1	1	3	1	2	0
0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	1	0	1	0	3	2	1	1	1	3	1	1	2	0
0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	2	2	1	3	0	0	3	2	3	0
0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	2	2	1	3	0	0	3	2	3	0
1	1	0	0	1	0	2	0	0	0	1	0	1	0	0	5	2	0	3	0	0	3	1	3	0
0	0	0	0	1	1	2	0	1	0	1	1	1	1	1	6	1	2	2	1	0	2	2	2	1
0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	4	1	1	2	0	0	3	2	2	1
0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	3	1	2	3	1	2	1
0	1	0	0	1	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	0	2	0	3	3	1	3	0
0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	1	0	3	3	2	3	0
1	0	0	0	1	0	2	0	1	0	1	1	0	1	0	4	2	1	3	0	3	3	1	2	0
0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	5	2	0	3	0	2	3	2	3	0
0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	3	2	2	3	0	2	3	2	2	1
1	1	1	1	1	0	6	1	0	0	0	0	0	0	1	3	0	2	2	0	2	1	1	2	1
1	0	0	1	0	0	3	1	1	0	1	0	0	0	0	3	2	0	2	0	2	3	1	3	0
1	0	0	0	0	0	2	1	0	1	1	1	1	0	1	6	3	3	3	3	2	3	1	3	0
0	1	0	0	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2	1	1	3	2	3	0
0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	2	3	0	3	3	0	3	1	3	0
0	0	0	1	1	1	3	0	0	1	0	0	0	0	1	2	2	0	2	0	1	3	1	3	0
1	0	1	0	1	0	4	1	0	1	1	1	0	1	1	6	2	0	2	0	0	3	1	2	0
1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	4	2	1	3	1	2	3	2	3	0
1	0	0	0	1	1	2	0	0	1	0	0	0	0	1	3	3	0	3	0	3	3	1	3	0
1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	3	2	3	2	2	1
0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	4	3	3	3	0	2	3	1	3	0
0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	4	2	0	2	0	1	3	1	3	1
1	1	1	1	1	0	3	1	1	1	1	1	1	0	1	6	2	1	2	1	2	1	1	0	1
0	1	0	0	1	1	2	0	0	1	1	0	1	1	1	5	3	1	1	1	1	3	2	3	1
0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	2	1	2	0	1	3	2	3	0
0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	3	3	0	2	0	2	3	1	3	0
0	1	0	0	1	0	2	1	0	0	1	0	1	1	0	4	2	1	2	0	3	3	2	3	0
0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	3	3	0	3	3	3	2	1	2	3
0	1	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3	1	0	3	2	2	0
0	0	1	1	1	0	2	0	1	1	1	0	1	0	1	5	1	2	2	0	1	1	1	3	1
0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	2	3	2	3	2	3	3	2	2	3
0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	2	2	0	1	0	2	3	1	3	0
0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	4	2	1	1	0	2	3	2	2	1
0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	6	1	1	2	0	2	3	1	2	1
0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	3	3	0	3	0	3	3	2	3	0
0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	5	1	0	1	1	1	2	2	2	2
1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	2	2	1	3	0	0	3	1	2	1
0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	3	1	2	0	2	1	2	2	3
0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	5	3	3	1	2	3	2	2	2	1
0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	3	2	2	2	0	1	3	2	2	1
0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	3	2	0	2	0	2	3	1	3	1
0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	3	2	0	2	0	2	3	1	3	1
0	0	0	1	1	1	2	0	0	0	0	0	1	0	1	2	3	0	2	0	0	3	1	2	1

SCA10	SCA11	SCA12	SCA13	SCA14	Puntaje Ansie Nivel Ansied	Puntaje depre Nivel depre
3	2	0	2	0	13 Problema	8 Probable
3	3	0	2	1	11 Problema	12 Problema
3	0	3	1	2	3 Normal	17 Problema
3	3	0	3	0	12 Problema	11 Problema
3	2	0	3	0	11 Problema	10 Probable
3	3	0	3	0	16 Problema	9 Probable
2	3	0	3	1	15 Problema	11 Problema
3	3	0	3	1	13 Problema	9 Probable
3	3	0	2	0	14 Problema	9 Probable
3	3	0	3	0	13 Problema	9 Probable
3	3	0	2	0	15 Problema	8 Probable
2	3	1	2	1	12 Problema	11 Problema
3	3	0	3	1	13 Problema	9 Probable
3	3	0	3	0	13 Problema	10 Probable
3	3	0	3	1	13 Problema	11 Problema
1	3	0	3	1	13 Problema	8 Probable
1	2	1	2	2	10 Probable	11 Problema
3	2	0	2	2	10 Probable	11 Problema
3	2	0	3	0	14 Problema	9 Probable
3	3	0	3	0	14 Problema	9 Probable
3	3	0	2	0	13 Problema	9 Probable
2	2	0	2	3	13 Problema	11 Problema
3	3	0	3	0	15 Problema	9 Probable
1	2	0	2	1	11 Problema	7 Normal
1	3	3	3	1	13 Problema	11 Problema
2	1	0	3	0	13 Problema	8 Probable
3	3	1	2	1	15 Problema	12 Problema
3	1	0	2	1	9 Probable	9 Probable
1	3	0	3	1	13 Problema	8 Probable
3	3	3	3	0	15 Problema	18 Problema
1	2	0	2	2	11 Problema	11 Problema
1	3	0	3	1	13 Problema	11 Problema
2	2	0	2	1	10 Probable	9 Probable
3	3	3	3	1	11 Problema	12 Problema
3	3	0	3	1	16 Problema	12 Problema
3	3	3	3	1	13 Problema	15 Problema
3	3	0	3	0	16 Problema	9 Probable
3	3	0	2	1	13 Problema	13 Problema
3	3	0	3	0	15 Problema	12 Problema
3	3	0	2	0	12 Problema	9 Probable
3	3	3	2	1	13 Problema	10 Probable
1	3	0	2	3	13 Problema	12 Problema
3	3	0	3	0	13 Problema	10 Probable
3	3	0	3	0	14 Problema	9 Probable
3	2	0	3	0	14 Problema	10 Probable
0	1	0	2	1	16 Problema	8 Probable
2	3	1	3	1	13 Problema	11 Problema
1	3	0	3	0	12 Problema	7 Normal
0	2	0	2	2	18 Problema	11 Problema
3	3	3	3	3	12 Problema	15 Problema
2	3	0	2	1	13 Problema	9 Probable
2	3	0	2	1	12 Problema	9 Probable
3	3	0	3	1	17 Problema	10 Probable
3	1	1	3	1	11 Problema	10 Probable
3	3	0	3	1	13 Problema	10 Probable
3	3	0	2	3	17 Problema	10 Probable
3	2	1	2	0	14 Problema	13 Problema
1	2	0	0	0	10 Probable	8 Probable
3	3	0	3	0	14 Problema	9 Probable
1	2	0	2	1	11 Problema	7 Normal





**UNIVERSIDAD CATOLICA SANTA MARIA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TRASTORNOS EMOCIONALES, PERFILES DE PERSONALIDAD Y
VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y LABORALES EN MÉDICOS
RESIDENTES CON SÍNDROME DE BURNOUT QUE TRABAJAN EN EL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**

PROYECTO DE TESIS PRESENTADO POR:

CECILIA HUACO CANO

AREQUIPA 2016

I PREÁMBULO.

Ser médico no es fácil. Nuestro rol profesional y social ha ido cambiando a lo largo del tiempo, pero la convivencia diaria con el dolor, la enfermedad y la muerte de nuestros semejantes, sin estar emocionalmente adiestrado para ello, puede pasar al profesional de la Medicina una factura afectiva que, a veces, trastocará su ejercicio profesional hasta el punto de hacerlo inviable. Se ha destacado en distintos estudios que un 5- 12% de los médicos presenta un deterioro suficiente como para afectar seriamente a su práctica laboral, con el daño que de ello puede derivarse para sus pacientes y para sí mismos. Se estima que, al menos, un 10-20% de los médicos en activo están emocionalmente perturbados. El médico debe estar formado y capacitado para aceptar, asumir y analizar los problemas de su profesión y desarrollar estrategias adaptativas estables para que su salud mental permanezca íntegra a lo largo del tiempo. Para ello, será necesario su adiestramiento en recursos adaptativos eficaces con los que poder afrontar las dificultades de la vida profesional y lograr el autocontrol. Diversos estudios coinciden en señalar que los profesionales sanitarios presentan mayor riesgo que el resto de la población de sufrir enfermedades somáticas, trastornos conductuales (accidentes de tráfico, alcoholismo, adicciones...) y enfermedades psiquiátricas (depresión, alcoholismo, suicidio...), así como un importante estrés crónico (responsabilidad profesional, exigencias de resultados...). Los trastornos por estrés crónico se comportan como auténticas enfermedades transmisibles por contacto emocional, con lo que puede llegar a haber auténticas epidemias en los diversos sectores sanitarios

En el ambiente hospitalario, la salud mental requiere una especial atención, debido a que existen factores que limitan el desarrollo personal y el trabajo de los empleados, entre ellos: horarios de trabajo, atención a enfermos que en ocasiones enfrentan crisis, el sentimiento provocado por la muerte, las demandas de las personas insatisfechas con los servicios recibidos. Estos factores provocan malestares que se manifiestan en cargas negativas, estrés e insatisfacción y repercuten tanto en la calidad de la atención como en la salud misma del personal. (1)

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

2. Problema de investigación

2.1.-Enunciado del problema.

¿Cuál es la frecuencia de SB y su relación con los trastornos emocionales, perfiles de personalidad y variables sociodemográficas y laborales, en médicos residentes que trabajan en el en el hospital Honorio Delgado Espinoza?

2.2 Descripción del problema

a) Área del conocimiento:

- Área general: Ciencias de la salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: psiquiatría
- Línea: salud mental



b) Análisis de variables

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR	ESCALA
Síndrome de Burnout (SB)	MBI Frecuencia y grados. dimensiones	0:nunca 1:pocas veces al año 2: una vez al mes. 3: pocas veces al mes. 4: una vez a la semana. 5: varias veces a la semana. 6 diariamente <ul style="list-style-type: none"> • Agotamiento emocional • Realización personal • Despersonalización 	Dependiente Dicotómica
Trastornos emocionales	HADS Ansiedad Depresión	Normal Caso probable Caso problema	Cualitativa
Perfiles de personalidad	IPDES. Rasgos de personalidad. Grupos de personalidad	Paranoide Esquizoide Esquizotípico Histriónico Antisocial Narcisista Limite Obsesivo-compulsivo Dependiente Evitativo Grupo A Grupo B Grupo C	Cualitativa

Características sociodemográficas	Edad	Años	Cuantitativa
	Sexo	Masculino / femenino	Cualitativa
	Estado civil	Casado/ soltero/ divorciado/ viudo.	Cualitativa
	Número de hijos	Numero.	Cuantitativa
Características laborales	Situación laboral	Residente	Dependiente
	Tiempo de trabajo en el HRHD.	Años	Cuantitativa
	Especialidad	Clínica Quirúrgica	Cualitativa
	Número de pacientes que atiende diariamente.	# de pacientes por día	Cuantitativa

c) Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es la frecuencia del síndrome de Burnout en médicos residentes del HRHD?
2. ¿Cuáles son los trastornos emocionales en médicos residentes del HRHD?
3. ¿Cuáles son los rasgos de personalidad en médicos residentes del HRHD?
4. ¿Cuáles son las características sociodemográficas en médicos residentes del HRHD?
5. ¿Cuáles son las características laborales en médicos asistentes y residentes del HRHD?
6. ¿Cuál es la relación del Síndrome de Burnout y los trastornos emocionales?
7. ¿Cuál es la relación entre el Síndrome de Burnout y perfiles de personalidad?
8. ¿cuál es la relación entre el Síndrome Burnout y las características sociodemográficas?
9. ¿Cuál es la relación entre el Síndrome de Burnout y las características laborales?

d) Tipo de investigación:

Es una investigación de campo

Descriptivo

Transversal

2.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Relevancia social: El estudio nos permitirá plantear soluciones de manera oportuna y eficaz, tratando de evitar así las diferentes variables lo cual conlleva al médico a presentar Síndrome de Burnout, lo cual permitirá tener una mejor calidad de atención a los pacientes.

Relevancia científica: Conocer la frecuencia del Síndrome de Burnout y su relación con trastornos emocionales, perfiles de personalidad, las características sociodemográficas y laborales asociado a residentes del HRHD ya que anteriormente no se hizo la relación con las variables y características antes mencionadas en forma global y conocer cuánto y cómo pueden ser afectados los médicos y residentes.

Originalidad: Esta es una investigación que anteriormente no se ha realizado, si bien hay muchos trabajos acerca del síndrome de Burnout es la primera vez que se realizara un estudio acerca de la frecuencia de Síndrome de Burnout y su relación con los trastornos emocionales, perfiles de personalidad y características sociodemográficas y laborales asociado a residentes del HRHD, por lo cual es un trabajo de tesis original, lo cual dará un aporte significativo del SB y su relación con las diferentes tanto en médicos residentes, lo cual ayudara a mejorar tanto la salud física como mental de los médicos residentes..

Factibilidad: la presente investigación es factible ya que cuenta con una población de número constante, accesibilidad y predisposición para esta investigación.

Los datos serán obtenidos de manera directa dándoles toda la seguridad de confidencialidad.

Interés personal: las variables anteriormente mencionadas van en aumento sobre todo en el personal médico lo cual se relaciona con el SB ya que son los que se encuentran en mayor contacto con personas los cuales esperan un buen trato y buena calidad de atención, lo cual en muchas oportunidades no es posible llevando esta situación a un mayor desgaste laboral y sin una buena calidad de atención

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1. SINDROME DE BURNOUT (SB)

3.1.1. Definición

Se trata de un síndrome patológico que aparece como una respuesta al estrés crónico que está ligado a las condiciones laborales de cada individuo y al impacto que tienen estos factores externos sobre su comportamiento y desempeño como consecuencia de esta respuesta aparecen una serie de disfunciones conductuales, psicológicas y fisiológicas que van a tener repercusiones nocivas para los trabajadores y para la organización. (2, 3,4)

Se podría hablar de un estrés (distrés) de carácter crónico que daría lugar a un proceso que se desarrolla de manera progresiva debido a la utilización de estrategias poco funcionales y que evoluciona hasta llegar a un estado disfórico en el que se instalan la desesperanza, la impotencia y el cansancio. (24,26) El SB es considerado como un desequilibrio entre las demandas del medio o de la propia persona y su capacidad de respuesta ante el estrés laboral. (5)

3.1.2. Historia

El término “burnout”, que traducido al castellano significa “estar quemado”, fue utilizado por primera vez en el ámbito científico en el año 1974 (6), por el psicoanalista Herbert J. Freudenberg, quien introdujo el término para referirse a los problemas de fatiga y cansancio profesional de los empleados de los servicios socio-sanitarios. Freudenberg basó sus observaciones en los voluntarios de Instituciones de Salud sin fines de lucro (Free Clinics) que estaban en contacto directo con indigentes y toxicómanos. Determinó que después de 1 a 3 años de realizar sus labores sufrían una pérdida de energía, para luego llegar al agotamiento y desmotivación. El tipo de trabajo que estas personas realizaban se caracterizaba por una falta de horario fijo, un número de horas muy alto, tener una paga muy escasa y un contexto social muy exigente, llegar al agotamiento y desmotivación. El tipo de trabajo que estas personas realizaban se caracterizaba por una falta de horario fijo, un número de horas muy alto, tener una paga muy escasa y un contexto social muy exigente, habitualmente tenso y comprometido. Este autor describió a estas

personas como “menos sensibles, poco comprensivas y agresivas en su relación con los pacientes, incluso dándoles un trato distante y cínico” (6). Les caracterizó como “sujetos que muestran una actitud de desilusión por el trabajo, que se irritan rápidamente y experimentan sentimientos de frustración frecuentemente, se enfadan y desarrollan actitudes suspicaces rayando incluso la paranoia.”(7)

Fue Christina Maslach, una psicóloga estadounidense, quién dio a conocer la palabra “Burnout” de forma pública en el año de 1977, dentro del Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos. Ella usó esta expresión para referirse al hecho de que después de meses o años de dedicación, los trabajadores de los servicios humanos acababan "quemándose". Después de varios años de estudio en trabajos empíricos y científicos, Christina Maslach y su colaboradora Susan Jackson, en el año de 1981, conceptualizaron finalmente el Síndrome de Burnout y lo definieron como “cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso”. Según las autoras el SB se manifiesta por una triada de síntomas: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. En el mismo año desarrollaron un cuestionario denominado MaslachBurnoutInventory (MBI), compuesto por las tres dimensiones mencionadas anteriormente. (7)

Agotamiento Emocional (AE), es caracterizado por el excesivo esfuerzo físico junto la pérdida progresiva de energía y sensación de tedio emocional. (5) Se produce cuando hay una falta de herramientas y recursos emocionales para poder lidiar adecuadamente con los problemas que se presentan. Aparece el sentimiento de que “nada se puede ofrecer a la otra persona”. (7)

La Despersonalización (DP) se refiere al desarrollo de actitudes negativas e insensibles hacia las demás personas. El trabajador se siente agredido, invadido y menospreciado; por ello, aunque sea una reacción inadecuada, se defiende culpando a los usuarios y tratando de distanciarlos al tacharles de potenciales agresores. (3)

La Baja Realización Personal (BRP) o pérdida de autoestima laboral, que se da como consecuencia de los dos anteriores, se refiere a una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y a su trabajo, en un ámbito de fuerte insatisfacción. Se caracteriza por evitación de las relaciones interpersonales-profesionales, baja productividad, incapacidad para soportar la presión y una pobre autoestima. (7) Esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismo e insatisfechos con sus resultados laborales.

3.1.3. Epidemiología

Es difícil estimar el número real de casos de SB a nivel mundial, se han realizado importantes estudios en los países de primer mundo, como Estados Unidos, Francia y Alemania, que reportan una prevalencia elevada en los profesionales de la salud. Sin embargo, en América Latina no se cuenta con una bibliografía extensa que nos muestre datos contundentes sobre el número de casos. En Brasil, por ejemplo, se han hecho diversos estudios con muestras pequeñas, que indican una prevalencia menor en comparación con los valores encontrados en los estudios de Europa y América del Norte. Esto se puede deber a las condiciones socioeconómicas y financieras tan diferentes.

3.1.4. Aparición y desarrollo

El SB se considera un proceso continuo. Su aparición no surge de manera súbita sino que nace de forma paulatina, con un incremento progresivo en la severidad. Se puede distinguir vagamente tres fases que explicarían su aparición y posterior desarrollo:

- Un primer momento, que aparece cuando las demandas laborales exceden los recursos materiales y humanos, llevando así al individuo a una situación de estrés.
- La segunda fase se caracteriza por un exceso o sobreesfuerzo que aparece como una respuesta emocional a ese desajuste, apareciendo signos de ansiedad, fatiga, etc. La situación exigiría del sujeto una adaptación psicológica.

- El enfrentamiento correspondería a la tercera fase en la que se va a producir un cambio Según esta sucesión de etapas, el "burnout" propiamente dicho, aparecería en la fase final y vendría a ser una respuesta a una situación laboral intolerable. "Si bien todos los autores están de acuerdo en considerar el desgaste profesional como un proceso, existen pocos estudios exploratorios que distingan con claridad estas etapas "de actitudes y de conductas con el fin de defenderse de las tensiones experimentadas. (6)

3.1.5. Cuadro Clínico

Según algunos autores (E. Alvarez Gallego, I. FernandezRios, 1991), para una mejor caracterización han agrupado a los síntomas en 4 categoría, (4)

psicosomáticos	conductuales	emocionales	defensivos
Cefalea problemas de sueño, desordenes GI (ulceras), pérdida de peso, disminución de libido, HTA, asma, mialgias en las mujeres, alteraciones menstruales.	Absentismo laboral, conducta violenta, abuso de alcohol, fármacos y drogas, comportamiento de alto riesgo (conducción imprudente) aficiones suicidas, incapacidad para relajarse, conflictos familiares.	Distanciamiento afectivo, impaciencia, irritabilidad Desconfianza que puede generar en sentimientos paranoides. Dificultad para concentrarse, descenso de las habilidades de memoria, razonamientos abstractos, elaboración de juicios, baja autoestima, deseos de abandonar el trabajo e ideas suicidas.	Negación de las emociones, atención selectiva, ironía, racionalización, desplazamiento de afectos. La negación de sus emociones es un mecanismo con el que el sujeto trata de defenderse contra una necesidad que le es desagradable.

3.1.6. Diagnóstico

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

3.1.6.1. Diagnóstico del Síndrome de Burnout según el DSM IV

Se incluye al SB dentro de “trastornos adaptativos”, cuya característica fundamental es el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresor psicosocial identificable. Uno de los criterios diagnósticos es que los síntomas tienen que presentarse durante los tres meses siguientes al estresor y deben resolverse dentro de los seis meses que siguen a la desaparición del estresor o de sus consecuencias. El estresor puede ser un acontecimiento simple o deberse a factores múltiples y puede ser recurrente o continuo. (26) Los síntomas de un trastorno adaptativo pueden ser agudos (menos de 3 meses) o crónicos (más de 6 meses). Por lo tanto el SB según la evaluación del DSM IV es: F43.9: Trastorno Adaptativo no especificado crónico.

3.1.7. Instrumentos de Evaluación Y validación

El MBI (Maslach Burnout Inventory), en sus diferentes versiones, es el instrumento que más se ha utilizado para la evaluación psicométrica y el diagnóstico del SB. MBI-Human Services Survey (MBI-HSS): dirigido a los profesionales de la salud. Es la versión clásica del MBI (Maslach y Jackson, 1981), adaptada al castellano por Gil Monte y Col. Es un instrumento conformado por 22 ítems que se valoran con una escala de frecuencia de siete

grados que van de 0 (Nunca) a 6 (Todos los días). Este cuestionario tiene tres dimensiones: Agotamiento emocional (9 ítems), baja realización personal (5 ítems) y despersonalización (8 ítems). (11)

El MBI-HSS posee una gran aceptación internacional, ya que en la mayoría de los países de América Latina, Unión Europea y en Estados Unidos se ha utilizado extensamente. Esto es una ventaja, ya que permite comparar resultados y desarrollar estrategias de prevención y tratamiento del trastorno, impulsando también, el desarrollo de adaptaciones del cuestionario. (11)

Otra ventaja del MBI-HSS es que posee importante evidencia de validez. Un estudio chileno que utilizó a 566 trabajadores de servicios públicos, demostró que la escala MBI-HSS alcanzó valores de consistencia interna alfa de Cronbach adecuados. En conclusión “el instrumento reúne los suficientes requisitos de validez factorial y consistencia interna como para ser empleado en la estimación global del SB”. (V. E. Olivares Faúndez, 2009) (11)

En un estudio español de tipo descriptivo, transversal, que se realizó una muestra de 705 profesionales de diversos servicios humanos, se demostró que presenta suficiente validación factorial y que la consistencia interna de sus escalas en base a los resultados en el alfa de Cronbach (realización personal, alfa: 0.71; cansancio emocional, alfa: 0.85; despersonalización, alfa: 0.58) son aceptables para evaluar el SB en los trabajadores. (P. R. Gil Monte, 2005). (12)

3.1.8. Prevención y Tratamiento

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

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

intervención desde la administración, dotando de los recursos necesarios para el desempeño adecuado de la actividad laboral. (4)

Estrategias Organizacionales:

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

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

Estrategias Personales

Las estrategias de afrontamiento de control o centradas en el problema previenen el SB porque aumentan los sentimientos de realización personal en el trabajo, mientras que las de escape/evitación y centradas en la emoción facilitan su aparición. Las técnicas para la adquisición de estas estrategias pueden ser dirigidas al entrenamiento en habilidades (como resolución de problemas, asertividad, manejo del tiempo, comunicación y relaciones sociales, cambios en el estilo de vida y otras habilidades para cambiar las demandas del entorno) o al manejo de las emociones (incluyen las habilidades para la expresión de las emociones, manejo de sentimientos de culpa, relajación, etc.)(12)

3.2. SINDROME DE BURNOUT Y OTROS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

3.2.1. ANSIEDAD

3.2.1.1. Definición

Se define como una sensación de miedo indefinido así como alteraciones conductuales asociadas. Es una reacción normal ante cualquier amenaza incierta que provoca inseguridad. Esta señal de alerta permite a la persona adoptar las medidas necesarias para enfrentarse a esa amenaza. Se acompaña de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. (13,14) La ansiedad deja de ser una reacción normal para convertirse en patológica si aparece en ausencia de una causa lógica, cuando sobrepasa cierta intensidad o cuando supera la capacidad adaptativa de la persona, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, psicológico y conductual.(13)

3.2.1.2. Causas

Las causas de los trastornos de ansiedad no son totalmente conocidas, pero están implicados factores:

Factores biológicos: se han encontrado alteraciones en los sistemas neurobiológicos gabaérgicos y serotoninérgicos, así como anomalías estructurales en el sistema límbico. Además existe cierta predisposición genética en la aparición de estos trastornos. (13,14).

Factores ambientales: se ha encontrado la influencia de determinados estresores ambientales, una mayor hipersensibilidad y una respuesta aprendida.

Factores psicosociales: Las situaciones de estrés, el ambiente familiar, las experiencias amenazadoras de vida y las preocupaciones excesivas por temas cotidianos, representan un factor de riesgo para el desarrollo de estos trastornos. Como factores predisponentes, se ha observado la influencia de las características de la personalidad. (13)

3.2.1.3. Cuadro Clínico

Los síntomas característicos de esta patología se resumen en el cuadro siguiente:

Síntomas físicos	Síntomas psicológicos y conductuales
Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad.	Preocupación, aprensión, sensación de agobio
Neuromusculares: temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias	Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente.
Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial	Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria.
Respiratorios: disnea	Irritabilidad, inquietud, desasosiego
Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo	Conductas de evitación a determinadas situaciones.
Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual.	Inhibición o bloqueo psicomotor Obsesiones o compulsiones.

3.2.1.4. Clasificación de los Trastornos de Ansiedad según la DSM V (34)

- Trastorno de ansiedad por separación
- Mutismo selectivo
- Fobia específica
- Fobia social
- Trastorno de angustia
- Agorafobia
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos
- Trastorno de ansiedad debido a otra enfermedad médica
- Otro trastorno de ansiedad especificado
- Otro trastorno de ansiedad no especificado

3.2.2. Síndrome de Burnout y Ansiedad

La implicación de la ansiedad dentro del proceso de estrés y en concreto de SB ha sido estudiada en diversas muestras, donde se ha detectado asociaciones estadísticamente significativas entre ansiedad evaluada como estado y estrategias orientadas al control de emociones.(15) En comparación con la depresión, los problemas de ansiedad han sido menos estudiados en relación con SB. En diseños transversales, se encontraron correlaciones significativas entre SB y ansiedad en una población económicamente activa (Lindblom et al. 2006), en trabajadores de servicios humanos (Richardsen et al. 1992, Corrigan et al. 1995, Turnipseed 1998) y en pacientes hospitalizados (Roelofs et al. 2005) (15)

Ahola K. y col estudiaron en una muestra de 8028 participantes la relación entre SB y ansiedad, encontraron que al menos un trastorno de ansiedad estuvo presente en el 21% de los empleados que presentaron SB severo, en el 8% con SB leve y apenas en el 2% en los pacientes sin SB. Observaron una relación estadísticamente significativa entre SB y trastornos de ansiedad en ambos sexos. Para trastornos de ansiedad, cada aumento de 1 punto en la escala de SB se asoció con un aumento de 129% en las probabilidades para presentar trastornos de ansiedad en los hombres y un aumento del 105% en las mujeres.

En un estudio realizado en el 2005 a 130 médicos de Madrid se determinó que la ansiedad aparece como el factor causal que explicaría el porcentaje alto de SB (41,9 %) y la aparición de DP (13,5%). (15)

3.2.3. DEPRESION

3.2.3.1. Definición

La depresión (del latín depressus "abatido", "derribado") es un trastorno emocional en el que destaca un estado de ánimo con falta de energía y pérdida de interés o de la capacidad para disfrutar u obtener placer. Puede ser transitorio o permanente. Predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) y en mayor o menor grado, están

presentes síntomas de tipo cognitivo o incluso somático que pueden afectar la vida de la persona. (16,17)

3.2.3.2. Causas Las causas de depresión son el resultado de la acción de varios factores: (16)

- **Factores químicos:** El eje serotonina-dopamina parece cumplir un papel fundamental en el desarrollo de los trastornos depresivos, otras sustancias importantes estudiadas son la acetilcolina, la noradrenalina y la adrenalina.

- **Factores genéticos:** En los familiares de primer grado los pacientes con trastorno depresivo mayor tienen un riesgo de dos a cuatro veces mayor que el de la población general. El trastorno depresivo severo está a menudo asociado con cambios en las estructuras o funciones cerebrales: disminución del metabolismo del área prefrontal izquierda del cerebro.

- **Factores hormonales:** En la depresión se encuentran alteraciones en procesos de retroalimentación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal con aumento sérico de cortisol.

El hipotiroidismo se ha relacionado con los trastornos del estado de ánimo. Además las hormonas femeninas, estrógenos y progesterona, juegan un papel en la depresión.

- **Factores psicosociales:** La depresión puede ser consecuencia o respuesta a determinadas situaciones inesperadas como la pérdida de un ser querido, enfermedad, divorcio o ante situaciones de fuerte estrés.

- **Causas médicas:** Los trastornos médicos generales más destacados son la Insuficiencia R, el Postinfarto de miocardio, el cáncer y el SIDA. Además la mayor parte de los trastornos orgánicos cerebrales (Parkinson, TCE, etc.) todos ellos se acompañan con bastante frecuencia de depresión.

3.2.3.3. Cuadro Clínico Los síntomas más comunes suelen dividirse en:

Emocionales	Cognitivos	Vegetativos	Rasgos psicóticos
Distrofia, irritabilidad, adhedonia	Autocrítica, sentimiento de inutilidad o culpabilidad, desesperanza, falta de concentración, dificultades de memoria, indecisión	Fatiga, reducción de la energía, insomnio, hipersomnia, anorexia, retraso o agitación psicomotrices, deterioro de libido.	Delirio de persecución, hipocondría, alucinaciones auditiva y visuales

3.2.3.4. Diagnóstico Los criterios que se establecen para el trastorno depresivo mayor son:(34)

Criterio A: La presencia de por lo menos 5 de los síntomas siguientes, durante al menos 2 semanas:

- Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y la mayoría de días.
- Anhedonia
- Disminución o aumento del peso o del apetito
- Insomnio o hipersomnia
- Enlentecimiento o agitación psicomotriz.
- Astenia
- Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa
- Disminución de la capacidad intelectual
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas.

Criterio B: No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos), trastornos esquizoafectivos o trastornos esquizofrénicos.

Criterio C: El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales.

Criterio D: Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.

3.2.3.5. Clasificación de los Trastornos Depresivos según la DSM V (34)

- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo
- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno depresivo persistente (distimia)
- Trastorno disforico premenstrual
- Trastorno depresivo producido por sustancias medicamentosas
- Trastorno depresivo debido a otra infección medica
- Trastorno depresivo especificado
- Otro trastorno depresivo no especificado

3.2.4. Síndrome de Burnout y Depresión

En diversos estudios se han observado asociaciones positivas entre el SB y depresión. Se ha considerado que pueden coexistir simultáneamente o la una ser consecuencia de la otra.

Niveles medios y altos en las tres dimensiones del SB se han encontrado en relación con síntomas depresivos agravando aún más los sentimientos de desesperanza y cansancio emocional, comprometiendo la calidad de vida de los individuos y su desempeño laboral. Estas asociaciones se han encontrado en 6 estudios que han analizado y comparado el SB con depresión (Firth y col. 1986, Landsbergis 1988, McKnight&Glass 1995, Sears y col. 2000, Roelofs y col. 2005, Lindblom y col 2006). En algunos estudios se ha encontrado que solo la dimensión de cansancio emocional estaría en relación con la aparición de depresión, mostrando una asociación estadísticamente significativa entre

estas dos variables (Firth y col 1986, Landbergis 1988, McKnight&Glass 1995, Sears y col. 2000, Lindblom y col. 2006). (15)

3.2.5. Validación del HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

Fue originalmente diseñada por Zigmond y Snaith (1983) como instrumento de screening para la detección de síntomas de ansiedad y depresión, en pacientes que asistían a un hospital de medicina general, sin patología psiquiátrica aparente. El contenido del HADS se refiere más a los síntomas psicológicos que a los somáticos de estas dos patologías. (2) El cuestionario consta de 14 preguntas, de las cuales los números impares se relacionan con ansiedad y los números pares con depresión, se compone de 4 opciones de respuestas que equivalen a un puntaje entre 0-3. Tejero y cols. (3) realizaron una traducción de la escala al castellano y determinaron valores de consistencia interna. Obtuvieron un coeficiente de Alfa de Chronbach de 0,81 para la subescala de ansiedad y de 0,82 para depresión. Concluyeron que el HAD es un instrumento corto, fácil de aplicar, ofrece información separada de ansiedad y depresión y es sensible al cambio después de una intervención psicológica. En México se ha aplicado y validado la escala en diversos grupos de pacientes, obteniendo los siguientes resultados: la subescala de depresión con un punto de corte de 7, ha mostrado el 76% de sensibilidad y 45% de especificidad. En cuanto a la subescala de ansiedad con un punto de corte de 8, mostró 62% de sensibilidad y 58% de especificidad.

3.3. PERSONALIDAD

3.3.1 Definición

El origen etimológico proviene del griego “prosopon” (cara, rostro, máscara) y del latín “personare (resonar a través de algo). La personalidad era, para los clásicos, la máscara que se ponían los actores griegos en las representaciones teatrales para interpretar sus personajes. (19)

La idea de la personalidad como integración de todos los rasgos y carácter del individuo que determinan una forma de comportarse. El carácter se concibe como el modo y estilo de comportamiento estable (expresado sobre todo por patrones de conducta observables) y el temperamento es el fenómeno

naturalmente emocional es decir que se puede presentar a causa de factores genéticos o hereditarios. (34)

En conclusión, la personalidad se considerada como una estructura interna conformada por factores biológicos, psicológicos y sociales que se encuentran en continua interacción lo cual hace que cada ser humano desarrolle distintas maneras de pensar, percibir, actuar e interrelacionarse con los demás. De esta manera cada persona adquiere rasgos propios que la diferencian de las demás personas. Cada persona es única. La personalidad se encuentra en continuo cambio y movimiento, no puede ser estática ni fija. (19)

3.3.2. Trastornos de la Personalidad según la DSM V (34)

A pesar de la propuesta anterior, el DSM-5 presentado en la reunión de la Asociación Psiquiátrica Americana en su reunión de mayo de 2013, fue una solución intermedia entre lo presentado por el Comité y el DSM IV TR. En la publicación distribuida, se dio la siguiente definición de Trastorno de la personalidad.

A. Un patrón persistente de experiencias interna y comportamiento que se desvía notoriamente de las expectativas de la cultura en la cual vive el individuo. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las siguientes áreas:

1. Cognición (o sea, modos de percibir e interpretarse a uno mismo, a las demás personas, y a los sucesos).
2. Afectividad (o sea, la gama, intensidad, labilidad y adecuación de las respuestas emocionales).
3. Funcionamiento interpersonal.
4. Control de impulsos.

B. Este patrón persistente es inflexible y amplio, cubriendo una amplia gama de situaciones personales y sociales.

C. El patrón persistente lleva a un malestar clínicamente significativo, o a una alteración en las áreas de funcionamiento social, ocupacional u otras.

D. El patrón es estable y de larga duración, y su comienzo se puede fechar en la adolescencia o adultez temprana.

E. El patrón persistente no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.

F. El patrón persistente no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia química (como una droga de abuso o un medicamento), o a otra condición médica (como trauma encefálico).

3.3.3. Instrumentos Diagnósticos

3.3.3.1. International personality disorder examination and validation (IPDE) (20)

Es el resultado de un programa conjunto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto Nacional de Salud de EE.UU. Fue aprobada en un estudio de campo en el que participaron psiquiatras y psicólogos clínicos de 14 centros de 11 países de América del Norte, Europa, África y Asia. La IPDE es una entrevista designada para evaluar Trastornos de Personalidad en los sistemas de clasificación CIE-10 y DSM-III-R, y subsecuentemente modificada para ser compatible con DSM-V

3.3.3.2 International Personality Disorder Examination Screener (IPDE-S) (Loranger, 1991) (36)

Es un screening que consta de 77 ítems de Verdadero/Falso diseñado para evaluar la presencia de rasgos de personalidad patológicos. El IPDE-S permite la caracterización de un individuo en uno de los 10 diferentes patrones de personalidad según la DSM IV. El investigador se centra en seis áreas diferentes de la personalidad y la conducta: auto concepto, afectividad, contacto con la realidad, control de impulsos, relaciones interpersonales y actividad laboral.

El cuestionario es fácil de realizar y evaluar, no debe ser usado para hacer diagnósticos o calcular puntuaciones dimensionales de los trastornos de la personalidad. Si tres o más ítems de un trastorno han sido señalados, el sujeto ha dado positivo para la evaluación para ese trastorno, y debe ser entrevistado por un especialista. (22)

Lenzenweger y cols. (1997) estudiaron la validez del IPDE-S. Los resultados mostraron una alta sensibilidad del 81%, moderada especificidad del 61%, un alto valor predictivo negativo del 98% y bajo valor predictivo positivo del 21%. Mulcahy-Avery (2009) encontró una sensibilidad extremadamente alta (100%)

sin embargo la especificidad fue muy baja (5,9%). Del mismo modo, el poder predictivo negativo fue muy alto (100%), mientras que el poder predictivo positivo fue bajo (15,8%).

3.3.4. Clasificación según el DSM V (34)

Entre el 10 y el 15% de la población sufre algún trastorno de la personalidad. Cada uno de ellos en particular tiene una prevalencia que en general suele oscilar entre el 1 y 3%.

La clasificación de los trastornos de personalidad, en el DSM-IV se realiza de la siguiente manera:

RASGOS DE PERSONALIDAD DESTACADOS (34) (35)

GRUPO A	Excesivamente introvertidos, raros y excéntricos.	Prevalencia
	Trastorno de la personalidad paranoide	2,4
	Trastorno de la personalidad esquizoide	1,7
	Trastorno de la personalidad esquizotípica	0,6
GRUPO B	Excesivamente extrovertidos, emocionales, impulsivos e inestables.	
	Trastorno de la personalidad histriónica	2,0
	Trastorno de la personalidad límite	0,7
	Trastorno de la personalidad narcisista	0,8
	Trastorno de la personalidad antisocial	0,7
GRUPO C	Excesivamente ansiosos y apocados	
	Trastorno de la personalidad por evitación	5,0
		1,5
	Trastorno de la personalidad dependiente	2
	Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo.	

Trastorno Paranoide.

Patrón de desconfianza y suspicacia general hacia los otros, de forma que las intenciones de éstos son interpretadas como maliciosas, tienen un auto concepto grandioso, aunque frágil son hipersensibles a ofensas, reales o a veces imaginarias, no perdonan ni olvidan jamás y ven a los demás como malos, débiles, hostiles y controladores. Su vida emocional es pobre, suelen tener conflictos con los demás, en los ambientes social, laboral y familiar, cuestionan la fidelidad de la pareja.

Trastorno Esquizoide.

Patrón general de reducción de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal. Reducción del deseo sexual y pocas actividades placenteras, son indiferentes a las oportunidades de establecer relaciones personales y formar parte de un grupo social.

Trastorno Esquizotípico.

Patrón general de déficit social e interpersonal caracterizado por malestar agudo y capacidad reducida para las relaciones personales, presentan distorsiones cognoscitivas o perceptivas de la realidad y en el proceso de pensamiento con contenidos esotéricos, supersticiosos y excentricidades del comportamiento. Pueden tener episodios de despersonalización y desrealización. Acostumbran a tener pocos o ningún amigo íntimo. Toleran muy mal el estrés y se sienten ansiosos en situaciones sociales. Trastorno Antisocial.-Patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, engañan y manipulan con tal de conseguir provecho o placer personales. Son personas que presentan extraversión patológica, comportamiento impulsivo e irresponsable. Carecen de sentido de culpabilidad y no sienten remordimiento, ni empatía con sus víctimas. No cumplen con sus obligaciones familiares, económicas, académicas, sociales o laborales. Se ven implicados en peleas, asaltos, conductas ilegales, peligrosas, abuso de alcohol y drogas.

Trastorno Límite.

Patrón general de inestabilidad en relaciones interpersonales, autoimagen, afectividad y una notable impulsividad. Tienen sentimientos crónicos de vacío, aburrimiento, problemas de identidad y un patrón de relaciones inestables e intensas; realizan frenéticos esfuerzos para evitar un abandono real o imaginado. Durante períodos de estrés extremo, se pueden presentar ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos. Presentan intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación.

Trastorno Antisocial.

Patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, engañan y manipulan con tal de conseguir provecho o placer personales. Son personas que presentan extraversión patológica, comportamiento impulsivo e irresponsable. Carecen de sentido de culpabilidad y no sienten remordimiento, ni empatía con sus víctimas. No cumplen con sus obligaciones familiares, económicas, académicas, sociales o laborales. Se ven implicados en peleas, asaltos, conductas ilegales, peligrosas, abuso de alcohol y drogas.

Trastorno Histriónico.

La característica principal es la emotividad generalizada y excesiva, la autodramatización, teatralidad y el comportamiento de búsqueda de atención. Estos sujetos no están cómodos cuando no son el centro de atención y utilizan el aspecto físico para hacerlo. El comportamiento suele ser inapropiadamente provocador y seductor. La expresión emocional puede ser superficial y rápidamente cambiante, son altamente sugestionables. Tienen una forma de hablar subjetiva y carente de matices, tiene una forma excesivamente subjetiva y carente de matices, muestra auto dramatización.

Trastorno Narcisista.-

Patrón general de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía. Son arrogantes, soberbios y tienen un sentido grandioso de autoimportancia. Es habitual sobrevalorar sus capacidades y exagerar sus conocimientos y cualidades, dando la impresión de ser jactanciosos y presuntuosos. Piensan que sólo pueden relacionarse con personas que son especiales o de talento.

Esta pretenciosidad, combinada con la falta de sensibilidad para los demás, puede acarrear la explotación consciente o inconsciente del prójimo.

Trastorno Evitativo.-

Patrón general de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a la evaluación negativa. Tienden a ser tímidos, callados, inhibidos e «invisibles» con baja autoestima, evitan trabajos o actividades sociales que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo de críticas, desaprobación o rechazo. Evitan hacer nuevos amigos y no se involucran en actividades de grupo a no ser que reciban ofertas repetidas de apoyo y protección. Son propensos a exagerar el peligro potencial de las situaciones ordinarias.

Trastorno Dependiente.-

La característica es una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión, adhesión y temores de separación, con una percepción de uno mismo como incapaz de funcionar adecuadamente sin la ayuda de los demás debido a temores exagerados de ser incapaces de cuidar de sí mismos. Tienen grandes dificultades para tomar las decisiones cotidianas, si no cuentan con un excesivo aconsejamiento y reafirmación por los demás. Les es difícil iniciar proyectos o hacer las cosas con independencia.

Trastorno Obsesivo-Compulsivo (O/C).-

La característica esencial es una preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, espontaneidad y eficiencia que se autoimponen. Prestan atención esmerada a reglas, detalles triviales, protocolos, listas, horarios o formalidades hasta el punto de perder de vista el objetivo principal. Son reacios a delegar tareas a otros e insisten obstinada e irrazonablemente en que todo se haga a su manera, siendo críticos despiadados de sus propios errores. Muestran dedicación excesiva al trabajo y a la productividad, con exclusión de actividades de ocio y amistades. Pueden ser demasiado tercos, escrupulosos e inflexibles en temas de moral, ética o

valores. Son tacaños y avaros, llevan un nivel de vida muy inferior debido a su creencia controlar los gastos para prevenir catástrofes futuras.

3.3.6. Síndrome de Burnout y Personalidad

En las últimas dos décadas varios estudios han indicado la posibilidad de que la personalidad desarrolle un papel importante en el desarrollo de Síndrome de Burnout. (24)

Hernández, Olmedo, Ibáñez (2004) confirman que las personas que utilizan como estrategia de afrontamiento el escape-avoidance, presenta mayores niveles de cansancio emocional y SB. Por el contrario, otros autores afirman que las personas introvertidas, que controlan sus expresiones de hostilidad y con la habilidad de establecer contactos interpersonales en busca de aprobación, generan mecanismo adecuados de afrontamiento a los agentes estresores, lo que les hace poco propensos a desarrollar SB. (25)

Según Maslach, las personas con vulnerabilidad a desarrollar SB se caracterizan por tener un deseo de destacar y obtener resultados brillantes, un trabajo muy comprometido con el dolor, el sufrimiento y la muerte y relaciones laborales insatisfactorias con antagonismos entre los compañeros. Son personas con alto grado de autoexigencia, baja tolerancia al fracaso, búsqueda de excelencia y perfección, necesidad de control y un sentimiento inicial de omnipotencia en su trabajo. El sujeto pensara que "sólo él, y nadie más que él, puede hacer las cosas tan bien". Esto le proporciona una sobrecarga emocional que le lleva al agotamiento. (26)

Waring refiere que son personalidades caracterizadas por ambición profesional, búsqueda de satisfacciones personales y el sentimiento de indispensabilidad. Su mundo personal se restringe al mundo profesional. Este perfil encajaría en el tipo de personalidad obsesivo-compulsivo. (O/C) Purdy y Lemkau determinaron que los rasgos obsesivos de personalidad no se relacionaron con ninguna dimensión de SB (positiva o negativamente). Por el contrario los rasgos: evitativo, dependiente, antisocial y pasivo-agresivos se correlacionaron con altas puntuaciones de agotamiento emocional, mientras que los rasgos: narcisista, histriónico, compulsivo y esquizoide no tuvieron relación. Alemany, Berini y Gay (2008) (22) establecieron que los tipos de

personalidad narcisista y límite son los más frecuentemente encontrados en los individuos que padecen de SB Daly y Willcock señalaron que el estilo de personalidad "alexitímico" (incapacidad para reconocer o describir las propias emociones) es un predictor para desarrollar altos niveles de Síndrome de Burnout.

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

4.1 ANTECEDENTES LOCALES

4.1.1

AUTORES: MINAYA TEJADA VIVIANA CAROLINA, ZARATE VELASQUEZ JASMIN E.

RELACION ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y SINDROME DE BURNOUT EN MEDICOS Y OBSTETRAS DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO 2015.

OBJETIVO:

Determinar la prevalencia de síndrome de burnout en médicos y obstetras del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y sus características epidemiológicas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se aplicó a todo el personal de Gineco Obstetricia que cumplió los criterios de selección, una ficha de datos epidemiológicos y el inventario de Burnout de Maslach. Se relacionaron resultados mediante prueba de chi cuadrado.

RESULTADOS

Se encuestaron a 49 trabajadores, la edad promedio fue de 49.04 +/- 8.69 (rango: 30-65 años), 61.22 %, mujeres y 38,78% varones, siendo la mayoría casados (69,39%) con 2.04 % de casos, hubo al menos dos síntomas en 4.08%, un síntoma en 65.31 % y ningún síntoma en niveles altos en 28.57% de casos.

No se encontró relación entre las características epidemiológicas evaluadas y los síntomas de Burnout ($p>0.05$).

Se concluye que la prevalencia de Burnout entre médicos obstetras del servicio de Ginecología y obstetricia del servicio de Ginecología y Obstetricia.

4.1.2

AUTOR: KARINA RONDON DELGADO

RELACION ENTRE VLA INTELIGENCIA EMOCIONAL SINDROME DE BURNOUT EN INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA.2011.

OBJETIVO:

Determinar la relación entre inteligencia emocional y Síndrome de Burnout en internos de medicina del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza año 2011.

DISEÑO DE ESTUDIO:

Es una investigación de campo, descriptiva, correlacional. La muestra estuvo constituida por 78 internos de medicina de ambos sexos. Se empleó la TMMS-24 (Trait Meta-Mood Scale), que evalúa la inteligencia emocional percibida y el MBI. Se procesaron y presentaron los datos utilizando SPSS. Se efectuó análisis para establecer la correlación entre las variable dependiente Síndrome de Burnout (en sus tres dimensiones) y las independientes componentes de la inteligencia emocional r de Pearson.

RESULTADOS:

Se encuentra significancia estadística entre inteligencia emocional y las dimensiones del Síndrome de Burnout, hubo relación positiva entre los 3 componentes de la inteligencia emocional y realización personal, y relación negativa con agotamiento emocional y despersonalización.

CONCLUSIONES:

Los internos de Medicina Humana presentan una adecuada regulación emocional, son los menos expuestos a desarrollar el Síndrome de Burnout y sufrir y las consecuencias que de este derive.

4.2 ANTECEDENTES NACIONALES

4.2.1

AUTORES: RODOLFO QUIROZ VALDIVIA, SANTIAGO SACO MÉNDEZ

FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME BURNOUT EN MÉDICOS Y ENFERMERAS DEL HOSPITAL NACIONAL SUR ESTE DE ESSALUD DEL CUSCO 1998-1999.

OBJETIVOS:

1. Identificar la existencia del Síndrome Burnout como patología profesional prevalente en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de ESSALUD del Cusco.
2. Identificar las variables socio-demográficas como factores asociados al Síndrome Burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de ESSALUD del Cusco.
3. Determinar los factores: motivación para el trabajo, satisfacción laboral, insatisfacción laboral, y autopercepción del desempeño laboral en los médicos y enfermeras, asociados al Síndrome Burnout.

MATERIAL Y METODO.-

Se realizó un estudio de tipo descriptivo y de tipo analítico - correlacional porque intenta establecer relación entre variables sin relación causa efecto; de corte transversal, con una sola población de estudio.

RESULTADOS-

Durante los meses de Octubre de 1998 a Febrero de 1999, se realizó un estudio de prevalencia del Síndrome Burnout y los factores asociados al mismo en 64 médicos y 73 enfermeras del Hospital nacional Sur Este de ESSALUD del Cusco, que corresponde al 83.1 % de médicos y al 81 % de enfermeras que trabajaban en esos meses en dicho hospital. Los objetivos del estudio fueron determinar la prevalencia del Síndrome Burnout y determinar si existe asociación entre el síndrome Burnout y los factores siguientes: variables sociodemográficas, problemas familiares, motivación para el trabajo, satisfacción laboral, insatisfacción laboral, autopercepción del desempeño laboral. Se utilizaron como instrumentos de investigación cuestionarios estructurados especialmente confeccionados para el presente estudio, los

cuales fueron previamente validados antes de aplicarlos a los sujetos de estudio. Se obtuvieron los siguientes resultados: La prevalencia del Síndrome Burnout se encuentra en grado bajo en el 79.7 % de médicos y 89 % de enfermeras; en grado medio en el 10.9 % de médicos y 1.4 % de enfermeras. No se encontró Síndrome Burnout en alto grado. Existe asociación estadísticamente significativa con las siguientes variables: sexo masculino, la profesión de médico, tiempo de servicio mayor de 12 años, baja motivación laboral, baja satisfacción laboral y alta insatisfacción laboral. Existe baja asociación estadística con el trabajo mayor a 40 horas semanales, menos de 6 horas de esparcimiento semanal y otros trabajos fuera del hospital. Existe correlación inversa con situación laboral, motivación para el trabajo, autopercepción laboral, satisfacción laboral e insatisfacción laboral. No se encuentra asociación estadísticamente significativa con el número de horas de trabajo diario, ni con quien vive.

4.2.2

AUTOR: MILAGROS DUEÑAS, LUZBENIA MERMA, RICHARD UCHARICO
PREVALENCIA DE BURNOUT EN MÉDICOS DE LA CIUDAD DE TACNA
2003.

OBJETIVO:

El objetivo del presente estudio consiste en analizar el grado de desgaste profesional en médicos de la ciudad de Tacna y la influencia de algunos factores, en el mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS: se constituye como un trabajo de diseño transversal, descriptivo y analítico, cuyo emplazamiento fue distrital, aplicado a médicos generales y especialistas. La población queda conformada por una muestra estratificada de médicos de hospital y de centros de salud de la ciudad de Tacna ($p = 255$; $n = 90$), a la cual se aplicó un cuestionario administrado y anónimo, Maslach Burnout Inventory, que valora: despersonalización, autoestima y agotamiento emocional; el análisis estadístico se realizó mediante test de Student y Anova (medias) y X² o Fisher (porcentajes).

RESULTADOS: A partir de un total de 90 cuestionarios válidos (35% de la población) reflejan una edad media de $42,7 \pm 8,6$ años; 84% varones, 78% casados, 74% ejercen en hospitales. Los valores medios obtenidos fueron: Despersonalización: 4.64, ausencia de logros personales 44.35 y agotamiento emocional de 14.4. Un 15% presentó elevadas puntuaciones en alguna de las tres. Para la ausencia de logros personales las medias fueron significativamente inferiores en mujer, de hospital, más de 10 años de antigüedad en la profesión, de más de 40 años de edad. Un 42% presentaba alteraciones psicofísicas de depresión. Conclusión: se encontró un nivel bajo o muy inferior de desgaste profesional en los encuestados. Solo el 15% de la población presenta niveles altos de Burnout en alguna de las tres escalas, y su distribución es diferente en cada una de las tres áreas estudiadas. La antigüedad, conflictividad sociolaboral y familiar, y ciertas características personales y laborales se asocian con niveles altos de desgaste.

4.3 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

4.3.1 AUTOR: MION G Y GOL

FACTORES DE RIESGO LIGADOS AL SINDROME DE BURNOUT Y SU PREVALENCIA FRANCIA 2011.

OBJETIVO:

Determinar los factores de riesgo ligados al Síndrome de Burnout y su prevalencia.

MATERIAL Y METODOS:

Se tuvo una muestra de 1603 médicos y personal de cuidados críticos (uci y anestesiología) el estudio fue descriptivo.

RESULTADOS:

Se encontró una prevalencia de Síndrome de Burnout de 62.3%, depresión 38,6%, adicción a medicamentos o químicos: 10,6, alcoholismo: 10,6%.

4.3.2 AUTOR: ZAVALA-GONZÁLEZ MARCO ANTONIO, POSADA-ARÉVALO SERGIO EDUARDO, JIMÉNEZ-MAYO OSCAR, LÓPEZ-MÉNDEZ REYNA

LEONOR, PEDRERO-RAMÍREZ LUCÍA GUADALUPE, PÉREZ-ARIAS MARÍA BEATRIZ.

SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA DE UNA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR EN TABASCO, MÉXICO 2009

OBJETIVO:

Determinar la prevalencia de síndrome de burnout y los factores demográficos y laborales asociados a éste en el personal médico y de enfermería que labora en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 43 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Villahermosa, Tabasco, México, en 2010.

MATERIAL Y METODOS:

Diseño transversal. Universo: 42 médico(as) y enfermeras(os) adscritos a la UMF No. 43. Muestra: no probabilística por conveniencia. Criterios de selección: cualquier edad, sexo, categoría contractual y antigüedad. Variables: edad, sexo, estado civil, escolaridad, profesión, turno laboral, tipo de ejercicio profesional, antigüedad en el puesto de trabajo y síndrome de Burnout con sus tres componentes. Instrumentos: Maslach Burnout Inventory (MBI). Análisis: estadística descriptiva, razón de posibilidades (OR) con 95% de confianza ($p \leq 0.05$). Software: Epi Info.

RESULTADOS:

38 profesionales de la salud, 60.5% femeninos y 39.5% masculinos. Edad media 40.6 ± 10.8 , intervalo 22-64 años. Profesión: Médicos(as) Cirujanos(as) 50%, Licenciados(as) en Enfermería 34.2%, Técnicos(as) en Enfermería 15.8%. Función laboral: 84.2% asistenciales y 15.8% administrativas. Antigüedad media 11.6 ± 8.9 , moda 2 años. Prevalencia de síndrome de burnout: 2.6%. No se encontró asociación con las variables incluidas. Conclusiones. La prevalencia del síndrome en esta serie fue menor a la reportada por diversos autores. Palabras clave: Médico cirujano, Médico familiar, Enfermería, atención primaria, Síndrome de burnout.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general:

Determinar la frecuencia de SB y su relación con variables sociodemográficas, laborales, trastornos emocionales y perfiles de personalidad en médicos residentes que trabajan en el en el hospital Honorio Delgado Espinoza?

5.2 Objetivos específicos:

1. Determinar la frecuencia del síndrome de Burnout en médicos residentes del HRHD.
2. Conocer Cuáles son los trastornos emocionales en médicos residentes del HRHD.
3. Conocer Cuáles son los rasgos de personalidad en médicos residentes del HRHD.
4. Conocer Cuáles son las características sociodemográficas en médicos residentes del HRHD.
5. Conocer Cuáles son las características laborales en médicos residentes del HRHD.
6. Determinar la relación entre SB y los trastornos emocionales.
7. Determinar la relación entre el SB y perfiles de personalidad.
8. Determinar la relación entre el SB y las características sociodemográficas.
9. Determinar la relación entre el SB y las características laborales.

6.- Hipótesis

Dado que médicos residentes son los que están en mayor contacto con los pacientes y tienen la responsabilidad de brindar una excelente calidad de atención son los que son más expuestos a las variables antes mencionadas lo cual es muy probable que guarde mucha relación con el Síndrome de Burnout.

III PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos, y materiales de verificación.

c) **Técnicas:** recolección de datos mediante encuesta.

d) **Instrumentos:**

Los participantes de este estudio serán sometidos a cuatro tipos de encuestas auto aplicadas:

Encuesta de variables sociodemográficas (ANEXO I) referida a datos de: edad, género, estado civil, número de hijos, cargo, tiempo de trabajo en HRHD, especialidad, número de pacientes que atiende diariamente, horas de trabajo en otra institución, horas dedicadas a actividades recreativas, consumo de alcohol y tabaco, satisfacción laboral y remuneración económica.

MBI-Human Services Survey (MBI-HSS): (ANEXO II)

Es un instrumento dirigido a los profesionales de la salud. Es la versión clásica del MBI (Maslach y Jackson, 1981). Está conformado por 22 ítems que se valoran con una escala de frecuencia de siete grados que van de 0 (Nunca) a 6 (Todos los días). Este cuestionario tiene tres dimensiones: Cansancio emocional (con 9 ítems), Baja realización personal en el trabajo (con 5 ítems) y Despersonalización (con 8 ítems).

Escala	Cansancio emocional (1,2,3,6,8,13,14,16,20)	Despersonalización (5,10,11,15,22)	Realización personal (4,7,9,12,17,18,19,2)	Síndrome de burnout
Alto	27-54	10-30	40 a mas	>=62
Medio	19-26	6-9	34-39	33-61
Bajo	<18	<5	33 o menos	<=32

International Personality Disorder Examination Screener (ANEXO III)

Es un cribado que consta de 77 ítems de Verdadero/Falso diseñado para evaluar la presencia de rasgos de personalidad patológicos en los últimos 5 años de vida. El IPDE-S permite la clasificación de un individuo en uno de los 10 diferentes patrones de personalidad según la DSM IV: Grupo A (paranoide,

esquizoide, esquizotípico); Grupo B (antisocial, límite, histriónico y narcisista) y Grupo C (evitativo, dependiente, obsesivo-compulsivo). Si tres o más ítems de un trastorno han sido señalados, el sujeto ha dado positivo para la evaluación para ese trastorno, y debe ser entrevistado por un especialista. El perfil de personalidad que obtuvo mayor número de ítems fue considerado como positivo.

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) (ANEXO IV)

El cuestionario consta de 14 preguntas, de las cuales los números impares se relacionan con ansiedad y los números pares con depresión. La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala de Likert de 4 puntos (rango 0 - 3), con diferentes formulaciones de respuesta. El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante la última semana. La puntuación para cada subescala se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas (0-3) en los ítems respectivos. El rango de puntuación es de 0-21 para cada subescala, y de 0-42 para la puntuación global.

PUNTUACION	CALIFICACION
0-7	NORMAL
8-10	CASO PROBABLE
>=11	CASO PROBLEMA

e) Materiales

Encuestas

- Materiales de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.
- Impresora.

2. Campo de verificación:

2.1 ubicación espacial: Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa

2.2 ubicación temporal: la investigación se realizara de febrero-marzo 2016

2.3 unidades de estudio: médicos residentes del HRHD.

2.4 Población: médicos asistentes que son un numero de 60 médicos residentes del Hospital Regional Honorio Delgado los cuales serán entrevistados en el mes de febrero año 2016.

2.5 Procedimiento de muestreo:

No hay muestreo porque se trabajara con toda la población.

2.6 criterios de selección:

Criterios de inclusión;

Médicos residentes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

Criterios de exclusión:

Profesionales que trabajan en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza siendo médicos asistentes, los del sector administrativo, enfermeras, técnicos y/o personal dedicado a actividades preventivo-promocionales.

3). Estrategia de recolección de datos

3.1 organización

Se acudirá a Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

Solicitud formal a la facultad de medicina de la UCSM, contando con el proyecto de tesis.

3.2 Recursos

3.2.1 Humanos:

El autor:

Cecilia Huaco Cano

Investigador:

Cecilia Huaco Cano

Asesor:

Dr. Médico Psiquiatra Juan Manuel Zevallos Rodríguez.

Grupo recolector de datos:

Cecilia Huaco Cano

3.2.2 Recursos físicos:

Fichas de recolección de datos.

3.2.3 Recursos financieros:

Autofinanciado por el autor

3.3 criterios de manejo de resultados

a) plan de procesamiento



CRONOGRAMA DE TRABAJO

Actividades	febrero				marzo				abril			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración de Proyecto												
Presentación de Proyecto												
Recolección de datos y Aplicación de Test de Ansiedad de Hamilton												
Interpretación y análisis de datos												
Elaboración de informe final												
Fecha de Presentación												



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CARRILLO-ESPER R, GÓMEZ K, ESPINOZA DE LOS MONTEROS I. SÍNDROME DE BURNOUT EN LA PRÁCTICA MÉDICA. MED INT MEX. 2012, 28(6): 579-584
2. QUICENO J. M, VINACCIA S, “Burnout: Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT)”, Acta Colombiana de Psicología Vol. 10 (2): 117-125, 2007
3. DÍAZ J. J, “Patologías emergentes: mobbing y burnout”, Serie Cuidados Avanzados
4. GIL MONTE P. R, “El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout)”, Ediciones Pirámide, 2005
5. MORENO A, LATORRE I, DE MIQUELA J, CAMPILLO A, SÁEZ J, AGUAYO J, L, “Sociedad y cirugía. Burnout y cirujanos”, Cir Esp. 2008; 83(3):118-24
6. ÁLVAREZ E, FERNÁNDEZ L, “El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional: revisión de estudios”, Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Vol. XI, N.o 39, 1991
7. CASTILLO S, “El síndrome de "BurnOut"o síndrome de agotamiento profesional”, Med. leg. Costa Rica Vol.17 N.2, 2001
8. MONTERO J, GARCÍA J, MOSQUERA D, LÓPEZ Y, “A new definition of burnout syndrome based on Farber's proposal,” Journal of Occupational Medicine and Toxicology. 2009, 4:31.
9. PRUESSNER J. C, HELLHAMMER D. H, KIRSCHBAUM C, “Burnout, Perceived Stress, and Cortisol Responses to Awakening”, Psychosomatic Medicine 61:197–204 (1999)

10. SERTÖZ OO, BINBAY I, “The neurobiology of burnout: the hypothalamus-pituitary-adrenal gland axis and other findings”, *Turk PsikiyatriDergisi* [Internet]. 2008 [cited 2013 Mar 21]; 19(3):318–28. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18791885>
11. OLIVARES V. E, “Análisis de las Propiedades Psicométricas del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en Profesionales Chilenos”, *CiencTrab.* Oct-Dic; 11 (34): 217-221.
12. GIL MONTE P. R, “Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals”, *Rev Salud Public*, 2005; 39(1): 1-8
13. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria.
14. Estrés y Ansiedad, Mc Graw Hill,
www.mcgrawhill.es/bcv/guide/capitulo/8448176391.pdf
15. AHOLA K. “Occupational burnout and health”, Finnish Institute of occupational Health Helsinki, Finland, 2007
16. LIZONDO G., LLANQUE C., “Depresión”, *Revista Paceyña de Medicina Familiar*, 2008; 5(7)
17. Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t Nº 2006/06.
18. ATKINSON & HILGARD'S, “Introducción a la Psicología”, *14ª edición*, Madrid, Ed. Thomson, 2003, Cap. 13, p.417.

19. ROCA B.BACAB, VALLEJO R, LEAL C, CERVRA E, UBAGO G, "trastornos de la personalidad" 1ª edición, sociedad española de psiquiatría, 2010.
20. ROCA B., BACA B., VALLEJO R., LEAL C., CERVRA E., UBAGO G., "Trastornos de Personalidad", 1ra edición, Sociedad Española de Psiquiatría, 2010.
21. ALEMANY A., BERINI E., Gay C. "The burnout syndrome and associated personality disturbances. The study in three graduate programs in Dentistry at the University of Barcelona", Med Oral Patol Oral Cir Bucal, Vol 13(7), 444-450, 2008.
22. MULCAHY-AVERY, J., MCNAIR S., "The Predictive Validity of a Screening Measure for identifying individuals with Personality Disorders ", The Penn State Mcnair Journal, Vol 15, 2008;15: 91-99
23. BAKKER A, VAN DER ZEE K, LEWIG K, DOLLARD M, "The Relationship between the Big Five Personality Factors and Burnout: A Study Among Volunteer Counselor", The Journal Of Social Psychology, 2002, 135(5).
24. GONZALVES J. AIZPIRI J., BARBADO A., CAÑONES P., FERNÁNDEZ A., RODRÍGUEZ J. DE LA SERNA I., SOLLA J., "Síndrome de Burnout en el médico general", Habilidades en Salud Mental, Vol. 43, 278-273, 2002.
25. MINAYA TEJADA VIVIANA CAROLINA, ZARATE VELASQUEZ JASMIN E. Relación entre las características epidemiológicas y Síndrome de burnout en médicos y obstetras del servicio de Gineco obstetricia del hospital regional Honorio delgado 2015.
26. KARINA RONDON DELGADO
Relación entre la inteligencia emocional Síndrome de Burnout en internos de medicina del hospital regional Honorio delgado Espinoza 2011.

27. RODOLFO QUIROZ VALDIVIA, SANTIAGO SACO MÉNDEZ
Factores asociados al Síndrome Burnout en médicos y enfermeras del hospital nacional sur este de Es salud del cusco 1998-1999.
28. MILAGROS DUEÑAS, LUZBENIA MERMA, RICHARD UCHARICO
Prevalencia de burnout en médicos de la ciudad de Tacna 2003.
29. MION G Y GOL Factores de riesgo ligado al Síndrome de Burnout y su prevalencia Francia 2011.
30. BJELLAND I, ALV A, TANGEN T, NECKELMANN D, "The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review", Journal of Psychosomatic Research 52 (2002).
31. CALDERÓN D, "Ansiedad y Depresión en médicos residentes con Síndrome De Burnout, en Hospital De Niños Baca Ortiz, del Distrito Metropolitano De Quito durante el año 2010", Disertación previa a la obtención de Título de Médico Cirujano. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 201
- .32 BELTRÁN M, FREYRE M, HERNÁNDEZ L, "El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente", Terapia Psicológica 2012, Vol. 30, N°1, 5-13
33. CEBRIA J., CORBELLA S., COMAS O., GARCIA M., RODRIGUEZ C.,L PARDO M., PEREZ J., "Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia", Aten Primaria, 2001; 27:459-68
34. AMERICAN PSIQUIATRIC ASOCIATION."Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales.5ta Edición, España 2014.
35. ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD DE NEUROLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA, "Nueva clasificación de los trastornos mentales DSM V,Rev Chil Neuro-psiquiat,2014,52 supl N°1.

36. FISKE.DW, "Cosistency of factorial structures of personality ratings from different souces", Jabnor Social Psychol.





ANEXO I

INSTRUCCIONES

En la encuesta hay ítems en los que tiene que colocar una cifra numérica y otros en los que tiene que encerrar la respuesta. Favor NO dejar ningún ítem de la encuesta sin responder:

1. Edad: _____

2. Sexo: M F

3. Estado Civil:

Casado/a Soltero/a Unión Libre Viudo/a Divorciado/Separado/a

4. Con Hijos: SI NO Si responde SI: Número de Hijos: _____

6. ¿Cuánto tiempo trabaja en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza? _____

7.

6. Especialidad: Clínica/ Quirúrgica

Especificar _____

7. ¿Cuántos pacientes aprox. atiende al día? _____

8. ¿Usted trabaja en otra institución a parte del HRHD? SI NO

Si su respuesta es SI: ¿Cuántas horas a la semana trabaja en la otra institución?: _____

9. ¿Cuántas horas a la semana dedica a alguna actividad recreativa? (Ejercicio, hobby, etc.) _____

10. ¿Consume alcohol? SI NO Si su respuesta es SI ¿Con que frecuencia? _____

11.

11. ¿Fuma? SI NO Si su respuesta es SI ¿Cuántos tabacos? _____

12. ¿Usted como considera su ambiente de trabajo?

MALO REGULAR BUENO EXCELENTE

13. ¿La remuneración económica que recibe alcanza a cubrir sus necesidades? SI NO

14: ¿Cómo se siente en su ambiente de trabajo?

MUY SATISFECHO SATISFECHO POCO SATISFECHO
INSATISFECHO



ANEXO N° 2

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los siguientes 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.



	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 los 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 he vuelto más duro emocionalmente con la gente.	
11	Siento que este trabajo me está 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.	

ANEXO III

Cuestionario de evaluación IPDE módulo DSM-IV

Instrucciones:

- El propósito de este cuestionario es conocer qué tipo de persona ha sido usted en los últimos cinco años.
 - Por favor, no omitir ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta, señalar la respuesta (VERDADERO o FALSO) que le parezca más correcta. No hay límite de tiempo pero no pierda mucho tiempo pensando cuál es la respuesta correcta a un ítem determinado:
 - Cuando la respuesta sea VERDADERO, señalar con un círculo la letra V, cuando la respuesta sea FALSO, señalar con un círculo la letra F.
1. Normalmente me divierto y disfruto de la vida V F
 2. Confío en la gente que conozco V F
 3. No soy minucioso con los detalles pequeños V F
 4. No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser V F
 5. Muestro mis sentimientos a todo el mundo V F
 6. Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí V F
 7. Me preocupo si oigo malas noticias sobre alguien que conozco V F
 8. Ceder a algunos de mis impulsos me causa problemas V F
 9. Mucha gente que conozco me envidia V F
 10. Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles V F
 11. Nunca me han detenido V F
 12. La gente cree que soy frío y distante V F
 13. Me meto en relaciones muy intensas pero poco duraderas V F
 14. La mayoría de la gente es justa y honesta conmigo V F
 15. La gente tiene una gran opinión sobre mí V F
 16. Me siento molesto o fuera de lugar en situaciones sociales V F
 17. Me siento fácilmente influido por lo que me rodea V F

18. Normalmente me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien V F
19. Me resulta muy difícil deshacerme de las cosas V F
20. A veces he rechazado un trabajo, incluso aunque estuviera esperándolo V F
21. Cuando me alaban o critican manifiesto mi reacción a los demás V F
22. Uso a la gente para lograr lo que quiero V F
23. Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente V F
24. A menudo, la gente se ríe de mí, a mis espaldas V F
25. Nunca he amenazado con suicidarme, ni me he autolesionado a propósito V F
26. Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando V F
27. Para evitar críticas prefiero trabajar solo V F
28. Me gusta vestirme para destacar entre la gente V F
29. Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos V F
30. Soy más supersticioso que la mayoría de la gente V F
31. Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales V F
32. La gente cree que soy demasiado estricto con las reglas y normas V F
33. Generalmente me siento incómodo o desvalido si estoy solo V F
34. No me gusta relacionarme con gente hasta que no estoy seguro de que les gusto V F
35. No me gusta ser el centro de atención V F
36. Creo que mi cónyuge (pareja) me puede ser infiel V F
37. La gente piensa que tengo muy alto concepto de mí mismo V F
38. Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mí V F
39. Me preocupa mucho no gustar a la gente V F
40. A menudo me siento vacío por dentro V F
41. Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más V F
42. Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidar de mí mismo V F
43. Tengo ataques de ira o enfado V F
44. Tengo fama de que me gusta “flirtear” V F
45. Me siento muy unido a gente que acabo de conocer V F
46. Prefiero las actividades que pueda hacer por mí mismo V F
47. Pierdo los estribos y me meto en peleas V F
48. La gente piensa que soy tacaño con mi dinero V F

49. Con frecuencia busco consejos o recomendaciones sobre decisiones de la vida Cotidiana V F
50. Para caer bien a la gente me ofrezco a realizar tareas desagradables V F
51. Tengo miedo a ponerme en ridículo ante gente conocida V F
52. A menudo confundo objetos o sombras con gente V F
53. Soy muy emocional y caprichoso V F
54. Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas V F
55. Sueño con ser famoso V F
56. Me arriesgo y hago cosas temerarias V F
57. Todo el mundo necesita uno ó dos amigos para ser feliz V F
58. Descubro amenazas ocultas en lo que me dicen algunas personas V F
59. Normalmente trato de que la gente haga las cosas a mi manera V F
60. Cuando estoy estresado las cosas que me rodean no me parecen reales V F
61. Me enfado cuando la gente no quiere hacer lo que le pido V F
62. Cuando finaliza una relación, tengo que empezar otra rápidamente V F
63. Evito las actividades que no me resulten familiares para no sentirme molesto
Tratando de hacerlas V F
64. A la gente le resulta difícil saber claramente que estoy diciendo V F
65. Prefiero asociarme con gente de talento V F
66. He sido víctima de ataques injustos sobre mi carácter o mi reputación V F
67. No suelo mostrar emoción V F
68. Hago cosas para que la gente me admire V F
69. Suelo ser capaz de iniciar mis propios proyectos V F
70. La gente piensa que soy extraño o excéntrico V F
71. Me siento cómodo en situaciones sociales
72. Mantengo rencores contra la gente durante años V F
73. Me resulta difícil no estar de acuerdo con las personas de las que dependo V F
74. Me resulta difícil no meterme en líos V F
75. Llego al extremo para evitar que la gente me deje V F
76. Cuándo conozco a alguien no hablo mucho V F
77. Tengo amigos íntimos V F

ANEXO IV

HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCA

1. Me siento tenso o nervioso

Todos los días

Muchas veces

A veces

Nunca

2. Todavía disfruto con lo que me ha gustado hacer

Como siempre

No lo bastante

Sólo un poco

Nada

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder

Definitivamente y es muy fuerte

Sí, pero no es muy fuerte

Un poco, pero no me preocupa

Nada

4. Puedo reírme y ver el lado positivo de las cosas

Al igual que siempre lo hice

No tanto ahora

Casi nunca

Nunca

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones

La mayoría de las veces

Con bastante frecuencia

A veces, aunque no muy seguido

Sólo en ocasiones

6. Me siento alegre

Nunca

No muy seguido

A veces

Casi siempre

7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado

Siempre

Por lo general

No muy seguido

Nunca

8. Siento como si yo cada día estuviera más lento

Por lo general en todo momento

Muy seguido

A veces

Nunca

9. Tengo una sensación extraña, como de aleteo o vacío en el estómago

Nunca

En ciertas ocasiones

Con bastante frecuencia

Muy seguido

10. He perdido el deseo de estar bien arreglado o presentado

Totalmente

No me preocupa como debiera

Podría tener un poco más de cuidado

Me preocupo al igual que siempre

11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme

Mucho

Bastante

No mucho

Nada

12. Me siento con esperanzas respecto al futuro

Igual que siempre

Menos de lo que acostumbraba

Mucho menos de lo que acostumbraba

Nada

13. Presento una sensación de miedo muy intenso de un momento a otro

Muy frecuentemente

Bastante seguido

No muy seguido

Nada

14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión

Seguido

A veces

No muy seguido



ANEXO V:

Consentimiento

Arequipa.....

Universidad Católica Santa María

Facultad de Medicina

Consentimiento Informado para la Participación en un estudio de Investigación

Nombre del Estudio:

PREVALENCIA DE SINDROME DE BURNOUT EN MEDICOS TRATANTES Y RESIDENTES QUE TRABAJAN EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO RELACIONADO CON PERFILES DE PERSONALIDAD

Al contestar este formulario usted está participando en una investigación. Los antecedentes personales no serán revelados y los datos serán anónimos y confidenciales.

Finalmente, le solicitamos tener especial cuidado en contestar la totalidad de las preguntas de los respectivos cuestionarios y marcar de la manera más precisa posible.

Muchas gracias por su colaboración

Investigadores:

Cecilia Huaco Cano Estudiante Egresada de la Facultad de Medicina Humana de la UCSM