

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**“ESTRÉS Y SÍNDROME DE BURNOUT EN RELACIÓN A LOS DIVERSOS TRASTORNOS
ÓRGANO-ESPECÍFICOS EN PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
DE CAJAMARCA PERÍODO ENERO- MARZO 2017”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR EL BACHILLER:

VILLEGAS REVILLA, CLAUDIA LISSETH

ASESOR:

M.C. MIGUEL ANDRÉS VARGAS CRUZ

ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA E INTENSIVA

CAJAMARCA- PERÚ

2017

Dedicatoria:

*A Dios que nos da la vida y un propósito de existencia y nos pone al cuidado de ángeles,
que son nuestros padres, Celso y Eliza, muchas gracias por su amor incondicional,
a mis hermanos por su ejemplo, los amo mucho Marlenita, Normi y Carlitos.*

A Juanjo gracias por tu compañía, amor y sobretodo comprensión.

A mis amigos, que, aunque pocos son realmente apreciados.

Claudia Lisseth Villegas Revilla

Agradecimiento:

*A Dios y a mis padres, Celso y Eliza mis compañeros de vida desde que nací, quienes junto a mis hermanos me han otorgado su apoyo y amor incondicional.
Al M.C. Miguel Andrés Vargas Cruz por su apoyo en este trabajo y por servirme día a día de ejemplo de vocación en esta cautivante carrera humanitaria*

Claudia Lisseth Villegas Revilla

RESUMEN

El estrés laboral es una situación originada en el trabajo que perturba o probablemente afecte el funcionamiento fisiológico o psicológico normal de una persona, se ha visto mediante estudios que personal de salud se encuentra seriamente expuesto a estrés porque lidian con la muerte y con situaciones adversas, esto puede generarle trastornos psicosomáticos; la finalidad de este estudio es encontrar la relación tanto del estrés, así como del síndrome de Burnout, con la aparición de trastornos órgano- específicos; identificar los factores o estresores laborales, para que se pueda encontrar la solución mediante la supresión de los mismos, así mejorar las condiciones de trabajo, la calidad de vida, salud y productividad del personal médico.

El objetivo es conocer cuál es la relación que existe entre el estrés y el síndrome de Burnout, con la aparición de trastornos órgano-específicos en el personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el período enero - marzo 2017.

El estudio es prospectivo, transversal y correlacional, se utilizaron dos cuestionarios entre ellos el MIB MASLACH y un cuestionario sobre los trastornos órgano específicos que se padecen en épocas de estrés; se usó la prueba del chi cuadrado para demostrar asociación y p- valor de 0.05 para la significancia estadística.

Se ha logrado determinar la asociación de estrés laboral con 02 trastornos órgano específicos como son cefalea tensional y pirosis, mientras que, entre síndrome de Burnout y los trastornos órgano específicos, se ha logrado determinar 4 asociaciones estadísticamente significativas como son cefalea tensional, pirosis, fibromialgia y alteraciones de la motilidad intestinal. Además, se logró hallar tres factores estresores estadísticamente significativos como son número de pacientes, ineficacia de terceros y pacientes complicados; se encontró relación entre servicio y estrés.

Se lograron los objetivos planteados al encontrar, pese a las limitaciones, trastornos órgano- específicos, asociados a la presencia del estrés y al síndrome de Burnout.

SUMMARY

Workplace stress is a situation originated in work that disturbs or is likely to affect the normal physiological or psychological functioning of a person, it has been seen through studies that health personnel are seriously exposed to stress because they deal with death and situations Adverse effects, this can lead to psychosomatic disorders; The purpose of this study is to find the relationship of both stress and Burnout syndrome with the appearance of organ-specific disorders; Identify labor factors or stressors, so that the solution can be found by suppressing them, thus improving working conditions, quality of life, health and productivity of medical personnel.

The objective is to know the relationship between stress and Burnout syndrome, with the appearance of organ-specific disorders in the medical staff of the Regional Teaching Hospital of Cajamarca in the period January-March 2017.

The study is prospective and correlational, we used MBI MASLACH and questionnaire about organ-specific disorders in stress situations, used to chi-square test was used to demonstrate association and p-value of 0.05 for statistical significance.

The association of work-related stress with 02 specific organ disorders such as tension headache and While Burnout syndrome and organ-specific disorders have led to the identification of 4 statistically significant associations such as tension headache, heartburn, fibromyalgia and intestinal transit disorders. In addition, we found three statistically significant stressors such as number of patients, third-party ineffectiveness and complicated patients; Relationship between service and stress was found.

The objectives were achieved by finding, despite the limitations, organ-specific disorders, associated with the presence of stress and Burnout syndrome.

INDICE GENERAL

1. INTRODUCCION	1
2. PLAN DE INVESTIGACION	3
2.1. EL PROBLEMA CIENTÍFICO Y LOS OBJETIVOS	3
2.2. FORMULACION DEL PROBLEMA	3
2.3. JUSTIFICACION	4
2.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	6
2.4.1. OBJETIVO GENERAL	6
2.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
3. MARCO TEORICO	7
3.1. ANTECEDENTES	7
3.1.A. ANTECEDENTES INTERNACIONALES RESPECTO A ESTRÉS	7
3.1.B. ANTECEDENTES NACIONALES RESPECTO A ESTRÉS	7
3.1.C. ANTECEDENTES INTERNACIONALES RESPECTO A SINDROME DE BURNOUT	11
3.1.D. ANTECEDENTES NACIONALES RESPECTO A SINDROME DE BURNOUT	15
3.1.E. ANTECEDENTES LOCALES CON RESPECTO A SINDROME DE BURNOUT	15
3.2. BASES TEÓRICAS	16
3.2.1. DEFINICIÓN DE ESTRÉS LABORAL	16
3.2.2. FISIOLÓGÍA DE ESTRÉS LABORAL	17
3.2.3. NEUROBIOLOGÍA DE ESTRÉS LABORAL	18
3.2.4. DESENCADENANTES O ESTRESORES LABORALES	20
3.2.5. SINDROME DE BURNOUT	23
3.2.5.1. HISTORIA DEL SINDROME DE BURNOUT	23

3.2.5.2.	DEFINICION DEL SINDROME DE BURNOUT	24
3.2.5.3.	DENOMINACIONES DEL SINDROME DE BURNOUT	24
3.2.5.4.	DIMENSIONES DEL SINDROME DE BURNOUT	27
3.2.6.	TRASTORNOS RELACIONADOS A ESTRÉS	28
3.2.7.	TRASTORNOS RELACIONADOS A SINDROME DE BURNOUT	30
4.	DEFINICION DE TERMINOS	31
5.	HIPÓTESIS	32
6.	DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES	32
7.	METODOLOGIA	35
8.	LIMITACIONES	41
9.	RESULTADOS	42
10.	DISCUSION	117
11.	CONCLUSIONES	119
12.	RECOMENDACIONES	121
13.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	122
14.	ANEXOS	127

1. INTRODUCCIÓN.

El estrés laboral es la condición a la cual se encuentran sometidas muchas personas que puede afectar o perturbar el funcionamiento de las personas. El Síndrome de Burnout (SB) se presenta en profesionales que brindan servicios de atención y cuidado a personas. Los profesionales de salud son uno de los grupos más afectados, pues son los encargados de tomar decisiones en relación a la vida del paciente y la calidad de ésta (21).

Investigaciones previas atribuyen la aparición de este síndrome a jornadas laborales mayores a ocho horas diarias y/o cuarenta horas semanales, o por el número de usuarios atendidos, la permanencia en un mismo ambiente laboral por un tiempo prolongado y remuneraciones inadecuadas, dichos estudios han mostrado que personas que trabajan jornadas igualmente largas, pero cuya remuneración es buena, es poco frecuente que desarrollen esta enfermedad. (20).

Dentro de los estudios, el estudio realizado en Finlandia llamado el Q Health Study 2000, demostró que hay enfermedades que se asocian al síndrome de Burnout; encontrando asociación entre síndrome de Burnout y enfermedades cardiovasculares en hombres y con enfermedades músculo-esqueléticas en mujeres.

Si bien es cierto existen publicaciones que reportan el tema a nivel internacional, no se ha encontrado un estudio en nuestro medio que trate la asociación de estos factores; es decir estrés y síndrome de Burnout con trastornos órgano específicos.

En el caso de Cajamarca la mayor cobertura en atención en salud es ofrecida por el Hospital Regional de Cajamarca. Por lo que es importante que la institución y sus funcionarios se encuentren en óptimas condiciones al momento de brindar la atención a los pacientes.

El personal clínico del Hospital Regional de Cajamarca labora en jornadas superiores a las ocho horas diarias o cuarenta horas semanales, sus remuneraciones no son

superiores a la media y están sometidos a fuertes exigencias emocionales en su vida laboral diaria.

Con la presente investigación se buscó establecer la asociación del estrés, así como las dimensiones del síndrome de Burnout con la aparición de diferentes trastornos órgano específicos en el personal médico que labora en el Hospital Regional de Cajamarca.

2. PLAN DE INVESTIGACIÓN

2.1. EL PROBLEMA CIENTÍFICO Y LOS OBJETIVOS

2.1.1. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL O TEMÁTICA: Se abarcarán las manifestaciones clínicas de diversos trastornos órgano específicas presentadas en personal médico que se encuentra sometido a estrés laboral y/o padece de síndrome de Burnout.

2.1.2. DELIMITACIÓN ESPACIAL O GEOGRÁFICA: Se realizaron encuestas al personal médico de los diferentes servicios del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

2.1.3. DELIMITACIÓN TEMPORAL O CRONOLÓGICA: Encuestas fueron realizadas al personal médico durante los meses de enero- marzo del 2017.

2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación que existe entre el estrés y el síndrome de Burnout, con la aparición de diversos trastornos órgano-específicos en el personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el período enero - marzo 2017?

2.3. JUSTIFICACIÓN

El estrés es la respuesta fisiológica, psicológica y conductual, de un sujeto que busca adaptarse y reajustarse a presiones tanto internas como externas, pero también se puede entender al estrés laboral como una situación que se origina en el trabajo que perturba o probablemente afecte el funcionamiento fisiológico o psicológico normal de una persona, que puede conllevar a la aparición de diversos trastornos órgano-específicos; término que emplearemos, para delimitar a un conjunto de alteraciones que suceden en diversos sistemas del organismo; como son en el sistema gastrointestinal, el sistema cardiovascular, el sistema musculo-esquelético, alteraciones dermatológicas y del sistema nervioso central principalmente. (4)

Es necesario establecer la relación entre el estrés laboral y síndrome de Burnout con la aparición de los trastornos órgano específicos en el personal médico del nosocomio de nuestra región.

La incidencia del Estrés en nuestra sociedad es alta, más aún en personal de salud como enfermeros y médicos son vulnerables en su estado de salud, dada su permanencia frente a la persona enferma y su familia, la contingencia de resolver problemas emergentes como: agravamiento, accidentes, y por su trabajo frente al dolor y la muerte. (1)

Esta investigación es de interés para el personal médico ya que se ha visto en estudios internacionales que el desarrollo de los diversos trastornos órgano específicos, va a menguar la calidad de vida de estos y esto va a repercutir de manera perjudicial en cuanto a su desempeño laboral y personal.

Los resultados obtenidos en este estudio servirán para tomar medidas preventivas para salvaguardar la integridad del personal médico y minimizar el costo económico que generan al sistema de salud de nuestro país; ya sea mediante horas laborales perdidas por descansos médicos, o por el uso de medios diagnósticos y terapéuticos en establecimientos de salud, que pudieran requerir nuestros profesionales enfermos.

Si estamos tan expuestos a estos problemas que consideramos comunes en nuestra sociedad, ¿Por qué no preocuparnos en encontrar las raíces y suprimir la causa y brindarles solución a estos problemas?

2.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación que existe entre el estrés y síndrome de Burnout con la aparición de diversos trastornos órgano específicos en el personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el período enero - marzo 2017

2.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar que trastornos órgano específicos se asocian tanto a estrés como al síndrome de Burnout.
- Determinar cuáles son los factores considerados como estresores laborales y el que tiene más prevalencia
- Determinar el estresor laboral que más se asocia a casos de estrés
- Determinar cuál trastorno órgano específico tiene mayor prevalencia en el personal de salud sometido a estrés
- Determinar el servicio considerado más estresante por los trabajadores.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. ANTECEDENTES

3.1.A. ANTECEDENTES INTERNACIONALES RESPECTO A ESTRÉS:

En la década de 1920, Walter Cannon (1875- 1945) dirigió el primer estudio sistematizado de la relación del estrés y la enfermedad. Demostró que la estimulación del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) en especial del sistema nervioso simpático preparaba al organismo a la respuesta de “lucha y huida” que se caracteriza por hipertensión taquicardia e incremento del gasto cardiaco. Esta respuesta resultaba de utilidad para el animal que podía luchar o huir; sin embargo, en el ser humano que no podía recurrir a ninguna de estas dos respuestas en virtud de su civilización, el estrés consiguiente derivaba en una enfermedad. (p.ej. un trastorno cardiovascular.) (1)

En la década de 1950, Harold Wolff (1898- 1962) observó que la fisiología del aparato gastrointestinal, parecía tener correlación con los estados de ánimo específicos. La hiperfunción estaba asociada a la hostilidad y la hipofunción a la tristeza. Wolff no consideró que estas relaciones fuesen específicas, y creía que la reacción de los pacientes estaba determinada por su situación vital general, y por la forma de percibir el acontecimiento estresante. (1)

William Beaumont (1795-1853), un cirujano militar norteamericano, tuvo un paciente llamado Alexis St. Martin, que se hizo famoso a causa de una herida de bala que le provocó una fístula gástrica permanente. Beaumont observó que, en el curso de estados emocionales muy alterados, la mucosa

podía tanto palidecer como volverse hiperémica, lo cual indicaba que el flujo sanguíneo estomacal estaba influenciado por las emociones. (1)

Hans Selye, científico pionero en estrés, creó el concepto de reacción general de adaptación al estrés, que consta de tres fases: Fase A (reacción de alarma, movilización de todas las facultades del organismo); Fase B (adaptación, la reacción de estrés se dirige hacia el órgano mejor capacitado para suprimirlo); Fase C (agotamiento de este órgano o función) (3). De esto se desprende que el estrés es una reacción del organismo para que éste se adapte a un esfuerzo corriente, pero debe considerarse que la sobrecarga de situaciones estresantes puede llevar a consecuencias negativas, ya sea en términos de enfermedades médicas (enfermedad coronaria, úlcera péptica, hipertensión arterial, diabetes, enfermedades alérgicas, infecciones), o bien, psiquiátricas (ansiedad, depresión) (4, 5).

Se ha demostrado que los profesionales en Salud Médicos experimentan un mayor número de síntomas relacionados con el estrés que la población general (5). Según estudios internacionales, la prevalencia de estrés es de hasta un 64,5% en médicos residentes de primer año de Medicina (6). En Chile, se realizó un estudio que muestra que el 91% de los estudiantes de pregrado de Medicina de la Universidad Católica de Chile presentaban síntomas de estrés, condición que estaba presente en el 94% de los estudiantes de primer año de la División de Ciencias Médicas Norte de la Universidad de Chile (7).

Por otra parte, se ha observado que el estrés produce depresión del sistema inmune, mediante mecanismos diversos y no del todo aclarados. Por ejemplo, el incremento endógeno de cortisol, que ocurre durante la respuesta al estrés, induce linfocitopenia, y las catecolaminas inhiben la diferenciación linfocitaria. Las endorfinas y encefalinas también son inmunomoduladores importantes (1,8).

Pruebas especialmente claras del impacto médico del estrés han surgido de estudios sobre enfermedades infecciosas tales como resfríos, gripe y herpes (9).

3.1.B. ANTECEDENTES NACIONALES CON RESPECTO A ESTRÉS:

Se han realizado en el país diversos estudios que guardan una relación parcial con el tema actualmente estudiado, dentro de estos estudios tenemos:

El estudio realizado por estudiantes de medicina de la Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (SOCIEMUPC), Lima, Perú, quienes demostraron que hay una asociación positiva entre la aparición de la depresión en estudiantes de la carrera de medicina. [...]Por otro lado, la falta de apoyo social (amical y familiar) y, nuevamente, los altos niveles de estrés, pueden devenir en depresión. (15)

Así mismo en un estudio realizado por el Prof. José Zavala Zavala acerca del estrés y Burnout docente, se menciona 50 de los síntomas producidos por el estrés así mismo cita los efectos que causa el estrés dentro de los órganos del cuerpo humano citando al instituto americano del estrés (AIS),

y rescatando una asociación positiva entre dichos efectos en docentes sometidos al estrés en América latina. (16)

Además, se realizó un estudio conjunto entre investigadores de la Universidad Federico Villareal y la Universidad Autónoma de México, [...]en el presente estudio se reportan los resultados de la adaptación y validación de una escala que mide dicha variable en la forma de Situaciones Vinculadas con Estrés (SVE-12) en una muestra de 110 mujeres con cáncer de mama del Perú. [...]en tanto que la prueba de esfericidad de Bartlett arrojó un resultado estadísticamente significativo ($\chi^2 [66] = 698.077; p < 0.001$) [...] se concluye que hay una asociación fuertemente positiva de mujeres que previo al diagnóstico de la enfermedad estuvieron sometidos a altos niveles de estrés. (17)

Se ha encontrado también trabajos que mencionan el estrés como causa de algunas enfermedades dermatológicas Como menciona el artículo siguiente:

El estrés emocional es capaz de producir un empeoramiento del acné, lo cual se aprecia fácilmente en la práctica clínica. El mecanismo por el cual se produce este fenómeno es oscuro. Probablemente, sea mediante un efecto sobre el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, con posterior aumento de la secreción androgénica. El rol de la función de la glándula sebácea es fundamental y la producción de grasa es directamente controlada por los andrógenos. La liberación de los glucocorticosteroides y andrógenos está significativamente incrementada, en respuesta a los eventos emocionales estresantes. Además, las alteraciones en el sistema inmune por un evento

estresante pueden ser seguidas por una reducción progresiva en la respuesta de los anticuerpos (18)

3.1.C ANTECEDENTES INTERNACIONALES CON RESPECTO AL SINDROME DE BURNOUT

En el año 2000, Teija Honkonena, Kirsi Aholaa, Marja Pertovaara, realizaron un estudio cuyo objetivo fue demostrar la asociación entre el burnout y las enfermedades físicas en un estudio nacional representativo de salud de la población. Métodos: Como Parte del Health 2000 Study Q en Finlandia, 3368 empleados de Se estudiaron 30 a 64 años. Burnout fue evaluado con el Maslach Inventario de Burnout - Estudio general. Las enfermedades físicas fueron Diagnosticado en un examen de salud integral por la investigación, los resultados médicos fueron que la enfermedad física fue más frecuente entre Sujetos con burnout que otros (64% vs. 54%, P b.0001), y que la prevalencia de enfermedades aumentó con la gravedad del Síndrome de Burnout (P _ {b.0001}). El síndrome de Burnout tuvo un importante correlato con los trastornos músculo- esqueléticos (OR = 1,35; IC del 95%: 1,13-1,61), especialmente en mujeres, y con enfermedades cardiovasculares entre los hombres. Las enfermedades físicas se asocian con las tres dimensiones. (27).

En Cuba, Hernández realizó un estudio descriptivo realizado por el Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores en médicos y enfermeros del primer y segundo nivel de atención, utilizaron tres instrumentos de medición, entre

los que se encontraba el Cuestionario Breve de Burnout, de Moreno (CBB). Observaron que la prevalencia en médicos alcanzó un 35 % y fue superior en el primer nivel, especialmente en mujeres (58,3%). Estos profesionales presentaron síntomas de estrés como: trastornos del sueño, cefaleas, ansiedad, irritabilidad, depresión, fatiga o debilidad y acidez o ardor estomacal. Entre las posibles causas identificadas: la necesidad de actualización de la información para mantener la competencia profesional, conflictos con superiores, sentir máxima la responsabilidad en los resultados de la atención a los pacientes, bajo reconocimiento por parte de la población asistida, incertidumbre en el manejo de información con el paciente o sus familiares y cuidar de las necesidades emocionales de los pacientes. (22)

Moreira DS, Magnago RF, Sakae TM, Magajewski FRL, el 2007, en Brasil, realizaron un estudio sobre "Prevalencia del Síndrome de Burnout en trabajadores de enfermería del Hospital Nossa Senhora da Conceição, tiene por objetivo determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en los enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería del Hospital Nossa Senhora da Conceição. El método de la investigación realizada, con enfoque cuantitativa, fue diseñado como un estudio epidemiológico de tipo transversal. La muestra estuvo constituida por 151 personas distribuidos entre enfermeros, técnicos de enfermería y auxiliares de enfermería. El instrumento aplicado fue el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI). Concluyendo entre otros que: "Fueron encontradas puntuaciones medias en

agotamiento emocional (17), despersonalización (7,79) y en realización personal (36,6). Según el criterio de Ramirez et al., no hubo diagnóstico de Síndrome de Burnout. De acuerdo con los criterios de Grunfeld et al., 35,7% de los entrevistados presentaron Burnout. Los lugares de trabajo que concentraron mayor número de trabajadores con Burnout fueron los sectores agrupados (42,6%), la UTI (25,9%) y la UTI Neonatal (18,5%). No hubo asociación estadística entre lugar de trabajo y Burnout” (24).

En el 2006, Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., & Shapira, I., realizaron un estudio longitudinal cuyo objetivo, fue investigar los efectos del burnout sobre los factores de riesgo de enfermedad arteriosclerótica. Se recolectaron datos de referencia de 442 gerentes de sexo masculino que trabajaban para una empresa de fabricación en Japón. Todos los participantes realizaron un chequeo de salud física y completaron el inventario general de inventario de Maslach de Japón. Se calcularon los puntos de corte específicos de Japón del MBI-GS para definir los sujetos como sanos o con síndrome de burnout en la línea de base. Las medidas de seguimiento se recogieron 4-5 años más tarde para 383 gerentes de nivel medio. Cambios en la circunferencia de la cintura de los sujetos, el peso corporal, el índice de masa corporal (IMC), la presión arterial, el colesterol total, los triglicéridos, el colesterol HDL, el colesterol LDL, el azúcar en sangre en ayunas, la insulina en ayunas, HOMA-R y HbA1c durante un período de tiempo de 4 a 5 años fueron comparados entre los grupos sanos y burnout. En el seguimiento se detectaron nuevos casos de circunferencia de cintura grande, alto IMC, síndrome metabólico, hipertensión,

hipercolesterolemia, triglicéridos altos, colesterol HDL bajo, colesterol LDL alto y glucosa en ayunas alterada. Resultados: Los cambios en la circunferencia de la cintura, el peso corporal y el IMC fueron significativamente mayores en los gerentes quemados que en los gerentes sanos. Dentro de las conclusiones: El agotamiento, que resulta de la exposición prolongada al estrés laboral crónico, puede estar asociado con factores de riesgo de enfermedad arteriosclerótica. (28)

En un estudio integral sobre la salud en 2000-2001, realizado por: Kirsi Aholaa, Mika Kivimäki, Teija Honkonen, Marianna Virtanen, Seppo Koskinen, Jussi Vahtera, Jouko Lönnqvist, intentaron evaluar la influencia del síndrome de burnout en asociación a ausencia por enfermedades medicamente probadas, en una muestra de 3151 empleados finlandeses de entre 30 y 60 años, para lo cual se utilizó el Inventario de Burnout - Estudio general. De ausencia por enfermedad médicamente certificada fue más frecuente entre los empleados con burnout que entre aquellos sin síndrome de burnout. Después de ajustar por factores sociodemográficos y los trastornos físicos, el odds ratio de la ausencia por enfermedad El burnout severo fue de 6,9 [intervalo de confianza del 95% (IC del 95%) = 2,7- 17,8] para los hombres y 2,1 (IC del 95% = 1,1-4,0) para las mujeres. Entre Empleados con trastornos mentales o físicos, el burnout severo fue asociado con un 7,7 veces de riesgo de ausencia por enfermedad entre los hombres y con un riesgo de 2,6 veces entre las mujeres (29)

3.1.D. ANTECEDENTES NACIONALES CON RESPECTO AL BURNOUT

Dueñas, Merma y Ucharico: Este estudio es de tipo descriptivo, transversal y analítico que tiene como objetivo detectar la presencia del desgaste profesional y factores de riesgo en los médicos de la ciudad de Tacna, se encuestó a profesionales de la salud de hospitales de ESSALUD y del MINSA de la ciudad de Tacna, además se consideró a centros médicos periurbanos de la misma ciudad, con una población de 255 y una muestra de 90, se realiza un estudio a través de 3 instrumentos en los cuales se incluye una encuesta sociodemográfica, segundo la MBI además una encuesta de ansiedad y depresión de respuesta abierta, los resultados que se recogen de tal estudio es una baja presencia del Síndrome de Burnout dentro del personal de salud encuestados y poca relación o casi nula con los factores sociodemográficos, lo que si hay que resaltar es la presencia de un mayor porcentaje de Síndrome de Burnout en la dimensión Despersonalización en los centros médicos periurbanos que según se explica en el estudio se debería a la presencia de médicos jóvenes que trataría de no relacionarse emocionalmente con la enfermedad del paciente o ver al paciente desde el punto de vista científico. (25)

3.1.E. ANTECEDENTES LOCALES CON RESPECTO A SINDROME DE BURNOUT:

Dentro de los antecedentes locales se ha encontrado solo un trabajo que demuestra la presencia del Síndrome de Burnout en Médicos asistentes del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el año 2012, lo cual

demonstró una asociación positiva entre el agotamiento emocional asociado al sexo femenino y entre la despersonalización con el sexo masculino en personas sometidas a estrés laboral. (19)

No se han evidenciado más trabajos similares o que traten de la temática de enfermedades desarrolladas por estrés dentro de nuestra comuna local.

3.2. BASES TEÓRICAS

3.2.1. DEFINICIÓN DE ESTRÉS LABORAL

El estrés se puede entender como un fenómeno adaptativo de los seres humanos ante diferentes situaciones en las esferas de la vida, ya sean de supervivencia o de rendimiento en sus actividades y desempeño eficaz. No obstante, lo que se considera negativo es que la experiencia de estrés sea excesiva, incontrolada o incontrolable. En este sentido, se pueden emplear dos términos (“eustrés” y “distrés”) para diferenciar la doble valoración (positiva o negativa) que recibe el estrés. Así como el “eustrés” se refiere a situaciones y experiencias en las que el estrés tiene resultados y consecuencias predominantemente positivos, porque produce la estimulación y activación adecuadas para alcanzar unos resultados satisfactorios en una actividad con un costo personal razonable, el “distrés”, engloba situaciones y experiencias personales desagradables, molestas y con probables consecuencias negativas para la salud y el bienestar psicológico. El término genérico de estrés se identifica con distrés, asociándose a la polaridad negativa y considerándole como un fenómeno desadaptativo con consecuencias patológicas sobre la salud física y/o emocional de la persona (4).

3.2.2. FISIOLOGÍA DEL ESTRÉS

Se pueden recordar brevemente algunos aspectos fisiológicos del tratamiento del estrés y del síndrome general de adaptación, ya que además se trata de nociones clásicas.

- El análisis del estresor se descompone en tres fases: (20)
 1. Recepción del estresor y filtro de las informaciones sensoriales por el tálamo.
 2. Luego, programación de la reacción al estrés poniendo en juego el cortex prefrontal (implicado en la toma de decisión, la atención, la memoria a corto plazo) y el sistema límbico por un análisis comparativo entre la nueva situación y los “recuerdos”: la respuesta se hará en función de la experiencia.
 3. Finalmente, activación de la respuesta del organismo (vía: la amígdala [memoria emocional] y el hipocampo [memoria explícita]).

Esta respuesta pone en juego el complejo hipotálamo-hipofisiario, así como la formación reticular y el locus coeruleus.
- El síndrome general de adaptación se descompone en tres fases: (20)
 1. La primera es la fase de alerta. En reacción a un estresor, el hipotálamo estimula las suprarrenales (en su parte medular) para secretar la adrenalina, cuyo objetivo es suministrar la energía en caso de urgencia. Habrá entonces una serie de respuestas del organismo como un aumento de la frecuencia

cardíaca, una vasodilatación, un aumento de la vigilancia (puesta en juego también por la noradrenalina [NA]).

2. La segunda fase es la fase defensa (o resistencia) que se activa solamente si el estrés se mantiene. Las suprarrenales (en la zona fasciculada) van a secretar entonces un segundo tipo de hormona, el cortisol. Su papel, es esta vez, el de mantener constante el nivel de glucosa sanguínea para nutrir los músculos, el corazón, el cerebro. Por una parte, la adrenalina suministra la energía de urgencia; por otra, el cortisol asegura la renovación de las reservas. Es una fase de resistencia, el organismo debe “aguantar”.

3. La fase de agotamiento (o de relajamiento) se instala si la situación persiste y se acompaña de una alteración hormonal crónica (con consecuencias orgánicas y psiquiátricas). Si la situación persiste todavía más, es posible que el organismo se encuentre desbordado, inclusive agotado. Poco a poco las hormonas secretadas son menos eficaces y comienzan a acumularse en la circulación. Resultado: el organismo está invadido de hormonas que tendrán un impacto negativo sobre la salud.

3.2.3. NEUROBIOLOGÍA DEL ESTRÉS:

En el mundo de las neurociencias, la noción de estrés es objeto de una cierta postura reduccionista que supedita la reacción del organismo a las modificaciones del medio (interior y exterior) según tres modos principales: (20)

- La reacción de estrés está controlada en sus componentes emocionales, conductuales y fisiológicos por la hormona liberadora de corticotropina (CRH). El conocimiento de la organización del sistema CRH (la CRH y los péptidos relacionados, las proteínas ligadas a la CRH, los receptores de la CRH) en el cerebro debería permitir una mejor comprensión de la fisiología y la fisiopatología de la reacción al estrés.
- La reacción del eje hipotálamo-hipófiso-córtico-suprarrenal (eje HPA o corticotrópico) al estrés está modulado en su intensidad y su duración por el feedback de los glucocorticoides al nivel del hipocampo. Siendo las neuronas hipocámpicas muy sensibles al exceso o a la insuficiencia de glucocorticoides, la variación de la eficacia de este sistema de freno debería dar cuenta de las diferencias individuales de reactividad al estrés.
- La reciprocidad de las interacciones entre el sistema inmunitario y el sistema nervioso central, a través de la combinación citoquinas-glucocorticoides, constituye otro elemento regulador cuyo funcionamiento alterado puede estar en el origen de la patología (ej. las enfermedades autoinmunes).

NEUROBIOLOGÍA EN EL ESTRÉS CRÓNICO

El estrés repetido genera, en fase de agotamiento, una hipercortisolemia crónica. En el animal se ha demostrado que la hipercortisolemia podía ser neurotóxica para las estructuras cerebrales vulnerables como el hipocampo. La “neurotoxicidad” se manifiesta al nivel del hipocampo por una atrofia de las neuronas piramidales CA3

del cuerno de Amón y por una disminución del volumen y del número de neuronas del gyrus dentado.

Esta atrofia hipocámpica secundaria al estrés. implicaría de manera más amplia: (20)

1. Una disminución de la neurogénesis.
2. Una disminución de la síntesis de factores neurotróficos como el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) que inhibe la apoptosis celular.
3. Un aumento de la excitotoxicidad (glutamato) debido a una pérdida glial.
4. Una neurotoxicidad debido a la hipercortisolemia (disminución de la neuroplasticidad, inicialmente reversible, después permanente).

En el hombre, la disminución del volumen del hipocampo se ha correlacionado con: (20)

- Los niveles de cortisol (en caso de enfermedad de Cushing).
- La duración y la intensidad de la depresión.
- Con la duración de la exposición al estrés. (20)

3.2.4. DESENCADENANTES O ESTRESORES LABORALES

La realidad laboral es muy variada, pero lo que es indiscutible que la mayor parte de las personas dedican una buena parte de su vida en actividades laborales, y en su previa preparación.

Los factores estresantes son por tanto muy diversos según el tipo de trabajo que realice cada persona, y además es necesario considerar el

contexto en el que un determinado trabajador se encuentre. De todas formas, aun con la complejidad que supone realizar la agrupación de los desencadenantes del estrés laboral, se pueden realizar según las causas que más conjuntamente han sido analizadas. (21)

3.2.4.1. Ambiente físico de trabajo, del puesto y del trabajo en concreto

Estresores del ambiente físico: (21)

- Ruido: El estrés inducido por el ruido ha sido implicado en trastornos del sistema cardiovascular, endocrino e inmune.
- Vibración: puede causarle daños físicos en el sistema locomotor y además efectos negativos para su bienestar psicológica.
- Iluminación: causa fatiga visual, una iluminación inadecuada puede causar cansancio, estrés físico y jaquecas según el instituto de seguridad e higiene en el trabajo.
- Higiene: en el ámbito de la salud puede contribuir al contagio de infecciones o adquisición de enfermedades.

3.2.4.2 Contenidos del puesto: (21)

- Trabajo por turnos y trabajo nocturno, este sistema permite a muchas empresas funcionar las 24 h del día para proporcionar bienes y servicios por lo que en los últimos tiempos cada vez son más los que operan con un horario tan extendido. El trabajo a turnos exige mantener al organismo activo en momentos en que necesita estar en descanso y por ello representa un riesgo para la salud, alcanzando aspectos negativos en la salud física y

psíquica, tal y como indica el instituto de seguridad y salud laboral.

- Sobrecarga de trabajo, es una fuente importante de estrés. Debido a que el trabajador se ve superado por las excesivas demandas en relación con las competencias, habilidades y recursos que dispone para hacerle frente. Por el contrario, la falta de carga de trabajo puede resultar también estresante.

3.2.4.3 Contenidos del trabajo: (21)

- Oportunidad para el control, entendiendo por él, la influencia que la persona tiene sobre el contenido de su propio trabajo, como también las condiciones de bienestar en la que se encuentra en referencia a aspectos del ambiente de trabajo tales como salarios, horarios, políticas de empresa, beneficios sociales, etc.
- Variedad de las tareas, siendo la novedad y el cambio que requiere un puesto de trabajo. La ampliación y el enriquecimiento del contenido del puesto de trabajo, así como la rotación de puestos son algunos procedimientos que suelen ponerse en marcha para combatir la falta de variedad en el trabajo y los consiguientes sentimientos negativos de aburrimiento y monotonía que ella comporta. Los trabajadores que ocupan puestos con estas características obtienen mayor nivel de satisfacción y de motivación y niveles más bajos de agotamiento emocional que aquellos en donde esta retroalimentación no existe o es mínima.

3.2.4.4. Relaciones interpersonales y grupales (21)

Estas relaciones en el puesto de trabajo son normalmente valoradas positivamente, siendo la afiliación muy beneficiosa para la persona. Sin embargo, no siempre resulta positivo dado que puede convertirse en uno de los estresores más dañinos si las relaciones entre los compañeros de trabajo son negativas.

3.2.5. SÍNDROME DE BURNOUT (21)

3.2.5.1. HISTORIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT

El término Burnout, cuya traducción al castellano significa “quemado”, ha sido utilizado dentro de la jerga deportiva, para describir una situación en la que, en contra de las expectativas del deportista, éste no lograba obtener los resultados esperados por más que se hubiera entrenado para conseguirlos. Fuera del contexto deportivo, Freudenberger (1974) utilizó, por primera vez, el vocablo Burnout para referirse a los problemas de los profesionales de servicios sociales, siendo Cristina Maslach, quién comenzó a divulgarlo en el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos en 1977, utilizándolo para referirse a que los trabajadores de los servicios humanos después de meses o años de dedicación acababan “quemándose” en el trabajo.

A pesar de las múltiples denominaciones que se le ha dado al Síndrome de Burnout, como, por ejemplo: “Síndrome de quemarse por el trabajo” (Gil-Monte, 2002a, 2002b; Gil-Monte y Peiró, 1997), “Síndrome de estar quemado” (Da Silva, Daniel y Pérez, 1999;

Durán, Extremera y Rey, 2001; Flórez, 1994; Manzano y Ramos, 2000), “Desgaste ocupacional” (López, 1996), “Estrés crónico laboral asistencial” (Manzano, 2001), “Estrés profesional” (Aluja, 1997), entre otros, a lo largo de todo este trabajo el término utilizado es SINDROME DE BURNOUT, tanto por ser la primera acepción del Síndrome que recibió como por ser la más utilizada. Entre todas las definiciones expuestas, Maslach y Jackson, establecen en 1981, por ser la consecuencia empírica de los estudios realizados por las autoras (1979, 1981, 1982, 1984, 1985 y 1986) en el que configuran el Síndrome de Burnout en tres dimensiones: Cansancio Emocional (sensaciones de sobreesfuerzo físico y la disminución o pérdida de recursos emocionales), Despersonalización (actitudes negativas, de insensibilidad y respuestas cínicas hacia los receptores del servicio prestado) y baja Realización Personal en el trabajo (evaluación del propio trabajo de forma negativa).

3.2.5.2. DEFINICIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT (21)

Respuesta psicológica al estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de la organización. Esta respuesta se caracteriza por un deterioro:

Cognitivo, consistente en la pérdida de la ilusión por el trabajo, el desencanto profesional, o la baja Realización Personal en el trabajo.

Afectivo, caracterizado por agotamiento emocional y físico; Y por la aparición de actitudes y conductas negativas hacia los clientes y hacia la organización, en forma de comportamientos indiferentes, fríos, distantes y, en ocasiones, lesivos. En ocasiones, estos síntomas se acompañan de sentimientos de culpa.

3.2.5.3. DENOMINACIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT (21)

En la revisión bibliográfica, se han encontrado al menos diecisiete denominaciones diferentes en español para aludir al Síndrome de Burnout, pudiéndose ampliar a diecinueve si se incluye la denominación “Síndrome del empleado”, ofrecida en la página web de la Universidad de California y la denominación “Enfermedad de Tomás o Síndrome de Tomás” (Meeroff, 1997; Mingote y Pérez, 1999; Tarela, 2002).

Muchas de las denominaciones del Síndrome de Burnout que aparecen en la literatura presentan una gran similitud se pueden clasificar en los siguientes tres grupos dependiendo de la referencia en la que se basen.

Denominaciones *Burnout Syndrome*.

Grupo	Denominaciones	Autores
I	<i>Síndrome de quemarse por el trabajo</i>	- Gil-Monte y Peiró (1997) - Gil-Monte (2002a, 2002b)
	<i>Síndrome de estar quemado en el trabajo</i>	- Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau (2000)
	<i>Síndrome de quemarse en el trabajo</i>	- Guillén y Santamaría, 1999 - Manassero, García, Vázquez, Ferrer, Ramis y Gili (2000)
	<i>Síndrome de estar quemado</i>	- Da Silva y cols .(1999) - Durán y cols .(2001) - Flórez (1994) - López y cols .(2000) - Manzano y Ramos (2000)
	<i>Síndrome del quemado</i>	- Chacón, Vecina, Barrón y De Paúl (1999) - De la Fuente y cols .(1997) - Fuertes, Martínez, Cantizano, Gándara y De la Cruz (1997)
	<i>Estar quemado</i>	- Olmeda, García y Morante (1998) - Prieto, Robles, Salazar y Daniel (2002) - Quevedo-Aguado y cols (1999)
	<i>Quemazón profesional</i>	- Aluja (1997) - Martín, Viñas, Pérez, Luque y Soler-Insa (1997)
II	<i>Desgaste psicológico por el trabajo</i>	- García-Izquierdo, Sáez y Llor (2000)
	<i>Desgaste ocupacional</i>	- López (1996)
	<i>Desgaste profesional</i>	- Arón y Milicic (2000) - Capilla (2000) - Da Silva y cols (1999) - Livianos, De las Cuevas y Rojo (1999) - Mingote (1998) - Olivar y cols. (1999) - Olmeda y cols. (1998) - Prieto y cols.(2002) - Segarra y Garrido (2000)
	<i>Agotamiento profesional</i>	- Belloch, Renovell, Calabuig y Gómez (2000) - Díaz e Hidalgo (1994) - Montesdeoca, Rodríguez, Pou y Montesdeoca (1997)
	<i>Agotamiento laboral</i>	- Manassero, Ferrer, Vázquez, Gili, Simó y Bes (1998)
III	<i>Síndrome de Cansancio Emocional</i>	- García, Sobrido, García, Raña y Saleta (1999)
	<i>Estrés crónico laboral asistencial</i>	- Manzano (2001)
	<i>Estrés laboral asistencial</i>	- Arranz, Torres, Cancio y Hernández (1999) - Carretero, Oliver, Toledo y Regueiro (1998) - Montalbán y cols (1995)
	<i>Estrés profesional</i>	- Aluja (1997) - Martín, Viñas, Pérez, Luque y Soler-Insa (1997)
III	<i>Estrés laboral</i>	- Fuertes y cols. (1997) - García y cols. (1999)

Fuente: López Agrelo, V. L., "Rasgos, Trastornos De Personalidad Y Comorbilidad Psiquiátrica De Profesionales Sanitarios Con Síndrome De Burnout", Universidad Complutense De Madrid, Tesis Doctoral

- Grupo I: Denominaciones que toman como referencia para la denominación en español el término original anglosajón Burnout.
- Grupo II: Denominaciones que toman como referencia el contenido semántico de la palabra o el contenido de la patología.
- Grupo III: Estudios en los que se considera que el Síndrome de Burnout es sinónimo de estrés laboral.

3.2.5.4. DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT 21

Tres dimensiones que configuran el Síndrome de Burnout: Cansancio Emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal en el trabajo, entendido como un proceso (perspectiva psicosocial) y no como un estado (perspectiva clínica). Concebir el Síndrome de Burnout como un estado ha dificultado su comprensión y la identificación de estrategias adecuadas de afrontamiento (21)

Desde una perspectiva psicosocial, los estudios que abordan el Síndrome de Burnout, se diferencian en el orden secuencial en el que establecen la aparición y el desarrollo de las dimensiones que lo configuran: Cansancio Emocional, Despersonalización y falta de Realización Personal en el trabajo, las cuales consisten en: (21)

◆ Cansancio Emocional: Es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a

nivel afectivo. Una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo.

◆ Despersonalización: Desarrollo de sentimientos negativos y actitudes de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. Los profesionales generan una visión deshumanizada de las personas a las que atienden debido a un endurecimiento afectivo.

◆ Falta de Realización Personal en el trabajo: La tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente y, de forma especial, 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 mismos e insatisfechos con sus resultados laborales.

3.2.6. TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ESTRÉS (21)

El desarrollo de un trastorno psicofisiológico que haya sido producido por el estrés, dependerá de las respuestas del individuo y los órganos involucrados en ella. No obstante, si la respuesta necesita una activación muy frecuente, duradera e intensa puede llegar a provocar daños en los órganos, al no poder hacer frente a ese desgaste. Sin lugar a dudas, que estos daños lleguen a darse, no será solo fruto de una circunstancia, sino que concurrirán múltiples factores tanto psicológicos como fisiológicos. En este sentido, también hay que subrayar la influencia de la personalidad y del estilo de afrontamiento, por lo que en las mismas condiciones no habrá las mismas consecuencias para todas

las personas, dado que la vulnerabilidad del individuo es un factor importante. Principales trastornos psicofisiológicos según Labrador y Crespo (21)

-Trastornos cardiovasculares: Hipertensión esencial, enfermedad coronaria, taquicardia, arritmias cardiacas episódicas, enfermedad de Raynaud, cefaleas migrañosas.

-Trastornos respiratorios: Asma bronquial, síndrome de hiperventilación, alteraciones respiratorias, alergias.

-Trastornos gastrointestinales: Úlcera péptica, dispepsia funcional, síndrome de colon irritable, colitis ulcerosa.

-Trastornos musculares: Tics, temblores, contracturas, alteración de reflejos musculares, lumbalgias, cefaleas tensionales.

-Trastornos dermatológicos: Prurito, eccema, acné, psoriasis.

-Trastornos sexuales: Impotencia, eyaculación precoz, coito doloroso, vaginismo, disminución del deseo.

-Trastornos endocrinos: Hipertiroidismo, hipotiroidismo, síndrome de Cushing.

-Trastornos inmunológicos: Inhibición del sistema inmunológico.

3.2.7 TRASTORNOS RELACIONADOS A SINDROME DE BURNOUT:

La complejidad del trabajo, dada la relación existente entre la complejidad con la satisfacción laboral y con la autoestima, siendo significativas las repercusiones negativas ligadas con la depresión, ansiedad, irritabilidad y síntomas neuróticos. Según Quinceno y Vinaccia refieren que hasta hoy se han reportado más de 100 síntomas asociados al síndrome de Burnout, como se muestra en el cuadro a continuación. (23)

Manifestaciones	
Cognitivas	Problemas de memoria, ideación suicida, ideas de culpa o autoinmolación, baja autoestima
Emocionales	Depresión, frustración, irritabilidad, ansiedad, "sensación de estar desgastado", aburrimiento, desilusión dificultad para controlar y expresar emociones.
Somáticas	Cefalea tensional, problemas gastrointestinales, fatiga, mialgias, insomnio, dolor inespecífico, incrementa el reporte de infecciones de vías respiratorias superiores y gastroenteritis, lumbalgia, hipertensión arterial. Disminución del número total de linfocitos, de células T (CD3, CD4 y CD8) y NK (Natural Killers).
Conductuales	Dificultad para relajarse, cinismo, ausentismo laboral, disminución de la productividad y del interés en el trabajo, incremento del uso del alcohol, involucramiento en actividades de alto riesgo (que aparecen por primera vez en la persona), comportamiento suspicaz, inflexibilidad y rigidez.
Interpersonales	Aislamiento, superficialidad en el contacto con los demás.

Fuentes: Quinceno y Vinaccia, (2007); Schaufeli, et al (2001); Faragher, et al (2005); Kumar, Nath, Lau, Bradley (2006); Nakamura, Nagase, Yoshida, Ogino 1999; Mommersteeg et al (2006); Ramírez et al (1995).

4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- *Estrés*: Es una situación que perturba el funcionamiento fisiológico o psicológico normal de un individuo, cuando éste busca adaptarse y reajustarse a presiones tanto internas como externas (13).
- *Trastornos órgano específicos*: Conjunto de alteraciones que suceden en diversos sistemas del organismo del individuo. (1)
- *Síndrome de Burnout- Maslach*: Gil-Monte (2005): Respuesta psicológica al estrés laboral crónico, en profesionales que trabajan en contacto con usuarios. Consiste en la pérdida de ilusión por el trabajo, acompañado de maltrato a usuarios, seguido de sentimiento de culpa (19)
- *Alteraciones de la motilidad intestinal*: Abarca tres trastornos: *Síndrome de intestino irritable*: episodios recurrentes de dolor e hinchazón abdominal, con alteraciones en la frecuencia y/o en la consistencia de las deposiciones; *estreñimiento funcional*: menos de tres deposiciones por semana con consistencia dura; *diarrea funcional*: deposiciones sueltas o acompañadas de urgencia e incontinencia. (14)
- *Lumbalgia*: síndrome músculo-esquelético (trastorno de vertebras, discos intervertebrales, músculos y/o ligamentos), que causan dolor en la zona lumbar. (14)
- *Fibromialgia*: trastorno de dolor crónico generalizado, fatiga, problemas de la memoria y cambios de estados de ánimo. Presentado con mayor frecuencia en mujeres y entre los 30 y 50 años de edad. (14)
- *Cefaleas tensionales*: es un tipo de dolor de cabeza continua, no pulsátil, en de duración variable, suele estar vinculada con una contracción sostenida de los músculos de la cabeza y del cuello. (14)

5. HIPÓTESIS

- Hipótesis i: La aparición de trastornos órgano-específicos tienen relación con el estrés y síndrome de Burnout del personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el período enero- marzo 2017.
- Hipótesis 0: No hay relación entre las variables aparición de trastornos órgano específicos y el estrés ni síndrome de Burnout del personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el período enero- marzo 2017.

Hipótesis alternativas:

- H. ALT 1: Hay trastornos órgano específicos que se asocian más a estrés
- H. ALT 2: Hay trastornos órgano específicos que se asocian más al síndrome de Burnout.
- H. ALT 3: Hay factores considerados como estresores laborales que se asocian más a la aparición de estrés.
- H. ALT 4: Hay trastornos órgano específicos que se presentan con mayor incidencia dentro del personal de salud.
- H. ALT 5: Hay un servicio considerado por los trabajadores como el más estresante.

6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

6.1. Variables:

Variables Independientes: EL ESTRÉS

EL SINDROME DE BURNOUT

Variable Dependiente: TRASTORNOS ÓRGANO ESPECÍFICOS

6.2. Operalización de variables

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES						
VARIABLES INDEPENDIENTES						
Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	instrumento	Unidad de medida	Escala
Síndrome de Burnout	Alteración del estado psicológico manifestada en personas que trabajan en relación con caracterizada por agotamiento emocional.	Agotamiento emocional	Cansancio al lidiar con los problemas de usuarios	Cuestionario MBI Inventario de Burnout Maslach	Si, no	Si, no
		Despersonalización	Capacidad de materializar a los usuarios			
		Falta de realización personal.	Incapacidad de lograrse profesionalmente			
		No síndrome	Ninguna de las anteriores definiciones			
Estrés	Situación adversa que perturba el funcionamiento normal de la persona	Positivo negativo	Percepción de estrés por parte del personal de salud	Cuestionario estrés en personal de salud-aparición clínica de trastornos órgano específicos	Si, no	Si, no

VARIABLE DEPENDIENTE						
Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Indicadores	Unidad de medida	escala
TRASTORNOS ORGÁNICO ESPECÍFICOS	Serie de alteraciones fisiológicas en los diferentes sistemas que componen a los seres humanos	Trastornos gastrointestinales	Alteraciones en el sistema digestivo	Clínico	Si, no	Si, no
		Trastornos cardiovasculares	Alteración de la presión arterial Alteración del ritmo o frecuencia cardiaca	Medición de presión arterial	Hipertensión >120/80 mmHg	Si, no
				Clínico	Positivo-negativo	Si, no
		Trastornos dermatológicos	Alteración o problemas a la piel	Clínico	Positivo-negativo	Si, no
		Trastornos del sistema musculoesquelético	Alteraciones como lumbalgia, fibromialgia, etc.	Clínico	Positivo-negativo	Si, no
		Trastornos del sistema nervioso central	Alteraciones que abarcan trastornos como cefalea, ansiedad, etc.	Clínico	Positivo-negativo	Si, no

7. METODOLOGÍA

6.1 Diseño y tipo de investigación

6.1.1. Diseño

Tenemos un universo que son el total del personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca registrados en planilla del mismo, vamos a escoger nuestra población objetivo que viene a ser los que se encuentran laborando activamente en el período de enero a marzo 2017, escogeremos de esta población una muestra confiable y vamos a aplicar la encuesta MBI (Inventario de Burnout de Maslach) y nuestra encuesta “Trastornos órgano específicos experimentados en épocas de estrés” para luego identificar y separar en 2 grupos, los médicos que están sometidos a niveles de estrés laboral y los que no están sometidos este; e identificaremos quienes desarrollan diversos trastornos órgano específicos, también identificaremos quienes padecen síndrome de Burnout y lo asociaremos a los trastornos órgano específicos. Se identificará mediante tablas de frecuencia cual es el trastorno de mayor prevalencia además se identificarán los principales estresores laborales.

6.1.2. Tipo de estudio

Prospectivo, correlacional, transversal, de asociación.

6.2.- Técnica de muestreo

6.2.1. Área de Estudio

Todos los servicios del Hospital Regional Docente de Cajamarca, perteneciente al Ministerio de Salud localizado en la ciudad de Cajamarca.

6.2.2. Población

El total de personal médico que se encuentra laborando en los diferentes servicios del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el período enero - marzo 2017; se cuenta con los siguientes médicos: nombrados 130 asistentes, 14 contrato por terceros, 55 residentes en plaza libre y 24 en plaza cautiva, que hacen un total de 223 trabajadores, de los cuales se excluyen a quienes se encuentran de vacaciones, año sabático y rotaciones externas, por lo que la población de partida de quienes laboran en el hospital en el período enero- marzo 2017 sería 196.

6.2.3. Muestra

Para una población de $N = 196$

Vamos a obtener una muestra con la siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{N\sigma^2 Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2 Z^2}$$

Donde:

- ✓ n = el tamaño de la muestra.

- ✓ N = tamaño de la población. En nuestro caso 196
- ✓ Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2,58, valor que queda a criterio del investigador.
- ✓ e = Límite aceptable de error muestral que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), valor que para nuestro caso será de 5% (0.05)

$$n = \frac{N \sigma^2 Z^2}{\varepsilon^2(N - 1) + \sigma^2 Z^2}$$

$$n = \frac{196 \cdot 0.5^2 \cdot 1.96^2}{0.05^2(196 - 1) + 0.5^2 \cdot 1.96^2}$$

$$n = \frac{188.24}{0.4875 + 0.9604}$$

$$n = \frac{188.24}{1.4479}$$

$$n = 130$$

6.2.4. Criterios de Inclusión

Todo personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el período enero 2017 marzo 2017, que se encuentren sometidos a niveles de estrés y deseen participar voluntariamente del estudio.

6.2.5. Criterios de Exclusión

1. Fichas incompletas: se excluirá toda ficha cuyo llenado de datos básicos para la investigación estén en blanco.
2. Antecedentes de enfermedades crónicas diagnosticadas con anterioridad: se excluirá a personal médico que ya cuente con diagnóstico de enfermedades crónica, las cuales puedan alterar la fiabilidad del estudio.

6.3. Técnica para el procesamiento y análisis de la información

6.3.1. Técnica de recolección de datos

El proyecto será primero presentado a la Facultad de Medicina Humana, a la cual se le solicitará la aprobación respectiva para iniciar el proyecto dirigido al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca. Luego se procederá a gestionar el permiso correspondiente al Director del hospital en mención y a su oficina de capacitación y a cada uno de los jefes de servicio del Hospital para poder aplicar las respectivas encuestas al personal médico que se encuentren bajo su mando.

Una vez realizadas estas gestiones, se procederá a realizar las encuestas que se encuentran anexadas, con los datos necesarios para dar solución a los objetivos planteados.

Materiales:

1.- Cuestionario validado como son el MBI- GS (Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) (Maslach & Jackson, 1981, 3ra ed. Validación Internacional por Oramas et al. (2007), a partir de la validación española de Moreno-Jiménez, Rodríguez-Carvajal y Escobar (2001)); la cual consta de 22 ítems que permite diagnosticar tres dimensiones de la patología.

Agotamiento emocional: (AE) consta de 9 ítems y valora la vivencia de estar exhausto en el ámbito emocional por las demandas del trabajo. Las puntuaciones altas en esta dimensión permitieron diagnosticar el trastorno.

Despersonalización: (DP) formada por 5 ítems, mide el grado en que puede reconocerse en uno mismo actitudes de frialdad y de distanciamiento. Puntuaciones altas en este apartado posibilitaron identificar el trastorno.

Realización personal: (RP) Compuesta por 8 afirmaciones que evalúan los sentimientos de auto eficacia y de realización personal en el trabajo. Las puntuaciones bajas permitieron diagnosticar el trastorno

DIMENSIÓN	ITEM
Agotamiento Emocional (AE)	1,2,3,6,8,13,14,16,20 (9 ítems)
Despersonalización (DP)	5,10,11,15,22 (5 ítems)
Realización Profesional (RP)	4,7,9,12,17,18,19, 21 (8 ítems)

2.- “Trastornos orgánico específicos experimentados en épocas de estrés” validado por un grupo de expertos en revisión y asesoría de tesis.

Las anteriormente mencionadas son encuestas confidenciales, llenadas de manera correcta con los datos necesarios completos y principales síntomas relacionados con los episodios de estrés

6.3.2. Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de la información es automático y se utilizará una computadora con paquete de Windows 10, el programa Microsoft Excel 2016 y el paquete estadístico IBM SPSS 24.

En la presente investigación se utilizarán las medidas descriptivas: porcentajes, cuadros y gráficos. Además, se elaborarán tablas de frecuencia y de contingencia, para analizar la asociación con la prueba Chi cuadrado, y gráficos de barras.

En cuanto a la estadística inferencial elegimos un nivel de significación del 5%, es decir tomamos una decisión con una probabilidad de riesgo de 5 en 100.

8. LIMITACIONES:

La principal limitación del estudio es que se cuenta con una población muestral pequeña que puede alterar los resultados al momento de aplicar una prueba estadística correlacional. Para evitar errores de este tipo se ha decidido dar un nivel de significación de P valor de 0.05.

Otra de las limitantes es que las variables son muy subjetivas y además depende de si el sujeto recuerda de manera fiable los síntomas padecidos durante los períodos de estrés.

La siguiente limitante que podemos mencionar en el trabajo es que el cuestionario del anexo número 1 no tiene validación en nuestro medio, por lo cual se trabajó con una validación extranjera que puede tener variación con la población estudiada actualmente.

Y por último ,el cuestionario número 2 fue validado por un grupo de profesionales de salud considerados expertos en la revisión de tesis, mas no tuvo un piloto que nos permita probarlo inicialmente en la población.

9. RESULTADOS:

En el presente estudio se encuestaron a 112 médicos, asistentes y residentes del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el período enero- marzo 2017

9.1. Tablas de frecuencia:

TABLA 1: INCIDENCIA DE ESTRÉS LABORAL

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	45	40
SI	67	60
TOTAL	112	100.0

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

Interpretación:

En la tabla 1: Incidencia de estrés laboral:

Se encuentra que el 60% de la población muestral percibe estar sometido a estrés laboral, mientras que 40% no percibe esta condición.

TABLA 2: PERSONAL QUE PADECE SÍNDROME BURNOUT

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	27	24
DESPERSONALIZACIÓN	16	14
NO SÍNDROME	69	62
TOTAL	112	100.0

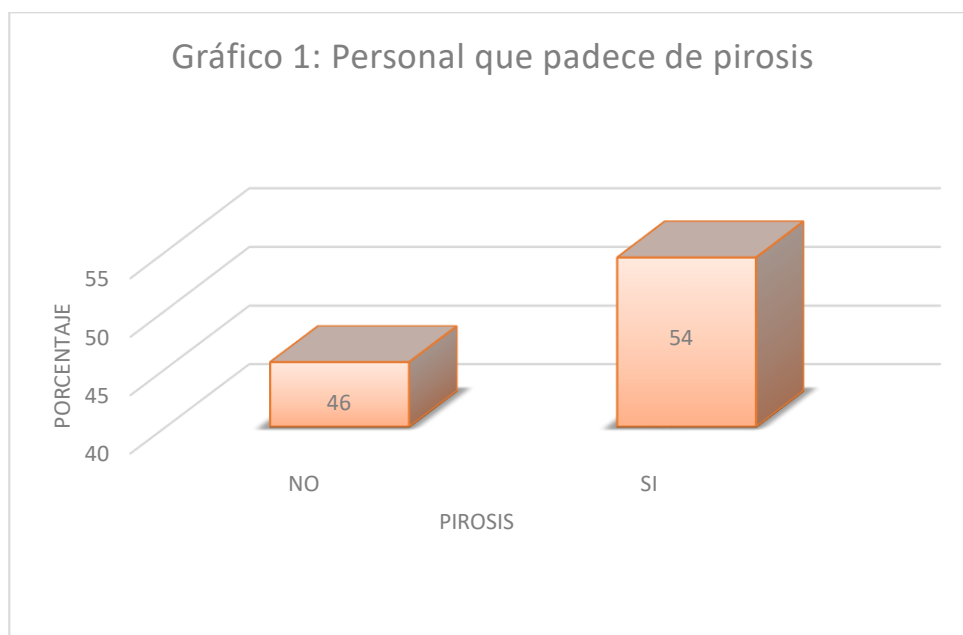
Fuente: Cuestionario MBI de Burnout y Maslach; aplicado a personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca enero- marzo 2017.

Interpretación:

En la tabla 2: Personal que padece Síndrome de Burnout:

Se encuentra que de los pacientes encuestados el 24% padece de agotamiento emocional, 14% de despersonalización, es decir que un 38% de la población encuestada presentan síndrome de Burnout y los que no padecen éste síndrome son el 62%.

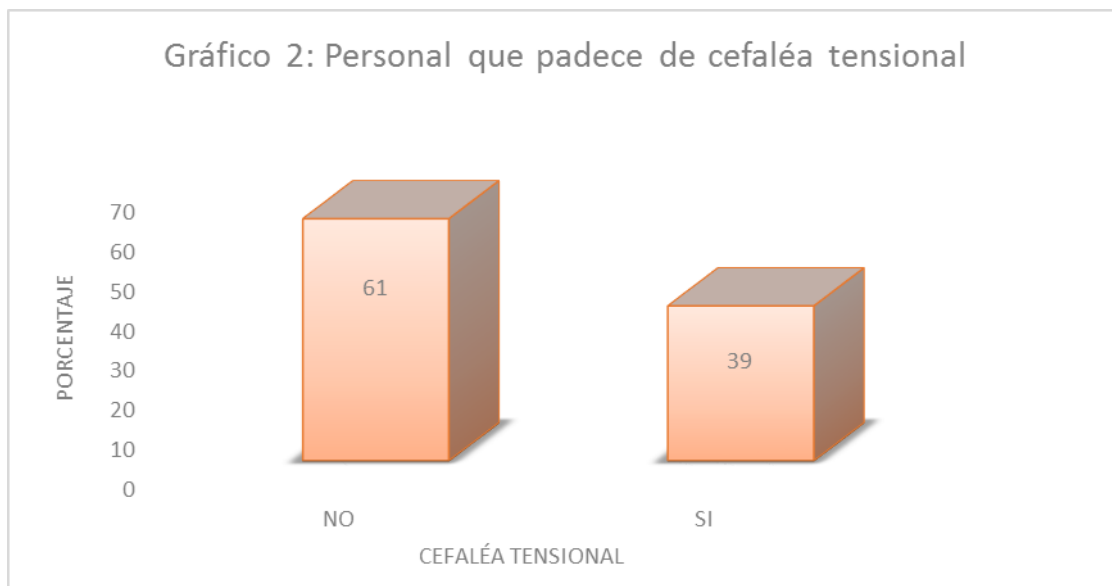
9.2. Gráficos de frecuencia de trastornos órgano-específicos:



Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

Interpretación:

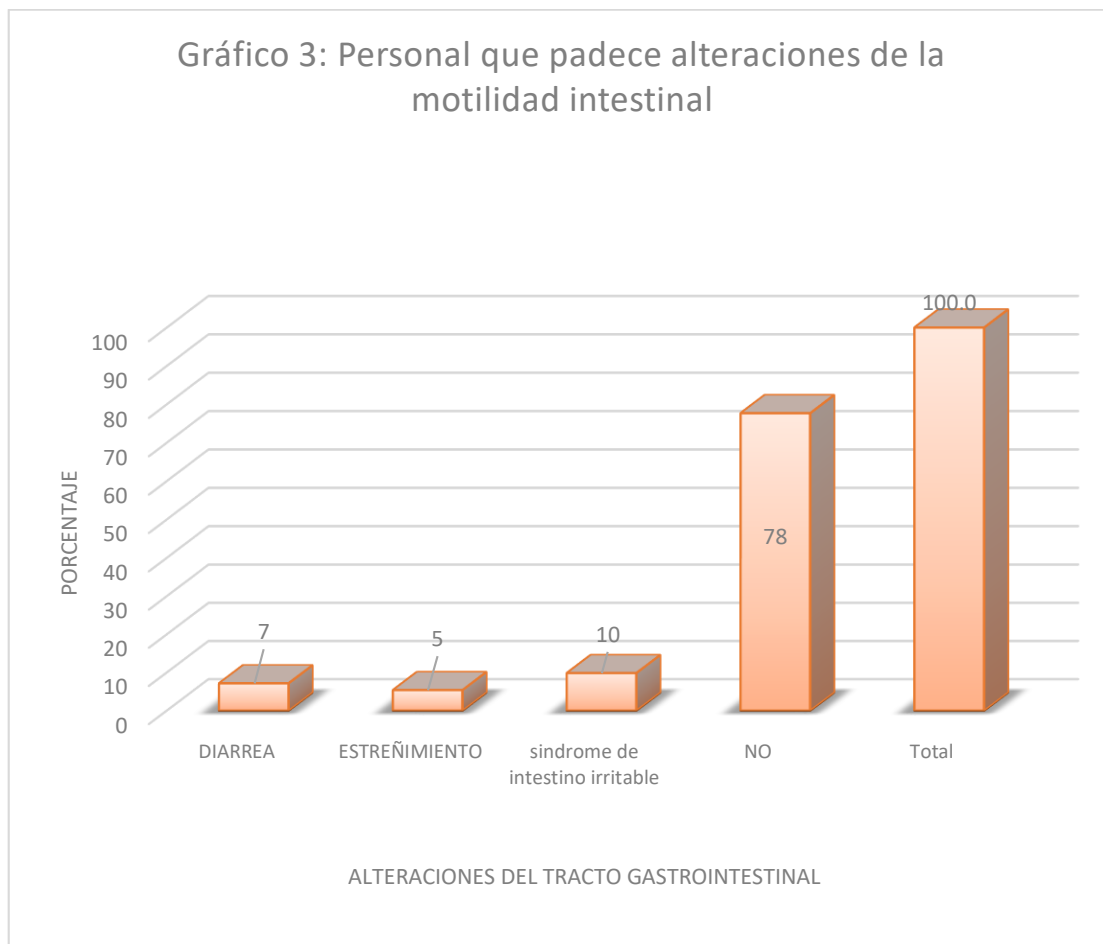
Gráfico 1: Personal que padece pirosis, se ha encontrado que la mayor incidencia de entre los trastornos órgano específicos experimentados por el personal de salud, es de pirosis con un 54 % de casos.



Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

Interpretación:

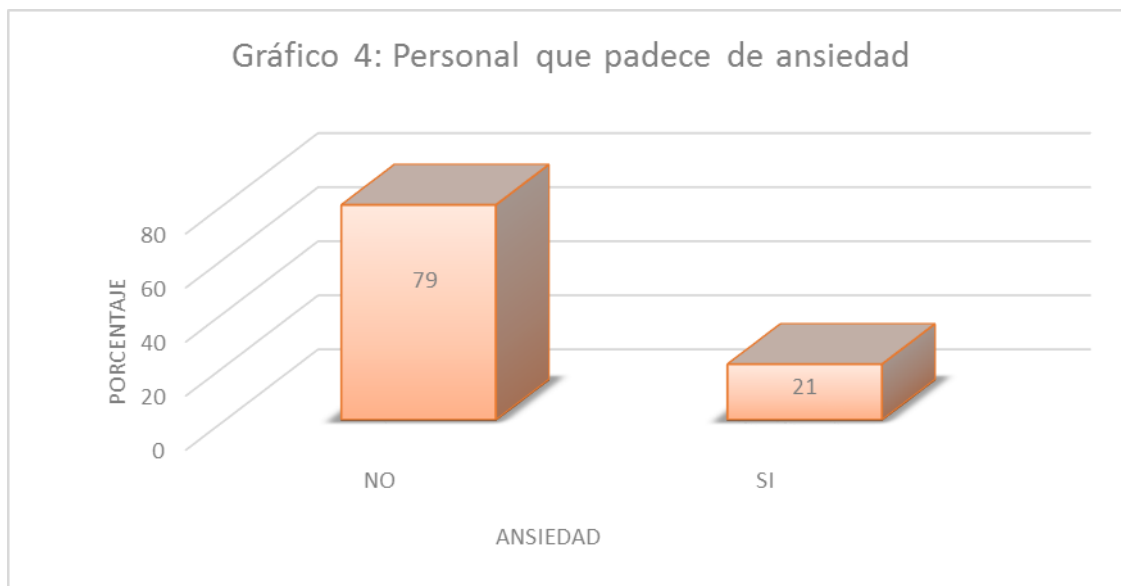
Gráfico 2: Personal que padece cefaléa tensional, se ha encontrado que el 39% del personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, padece cefaléa tensional y el 61% no.



Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

Interpretación:

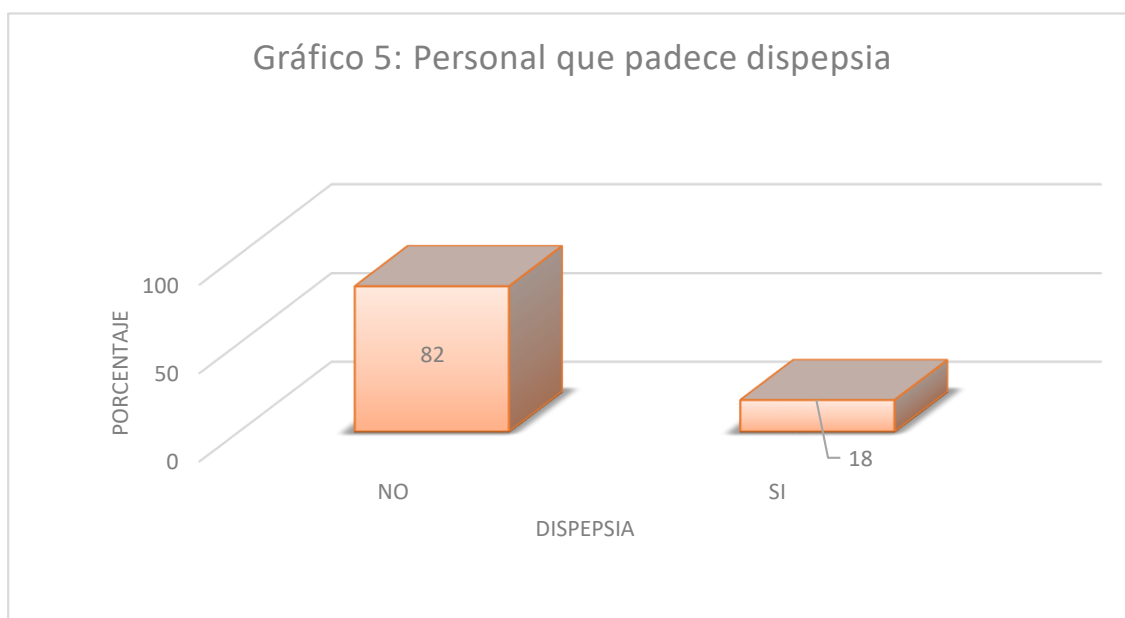
Gráfico 3: Personal que padece alteraciones de la motilidad intestinal, se ha encontrado que el 22% del personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, tiene trastornos en la motilidad gastrointestinal, según la tabla se puede ver que estos trastornos están distribuidos de la siguiente manera: 7% con diarrea, 5% con estreñimiento y 10% con síndrome de intestino irritable.



Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

Interpretación:

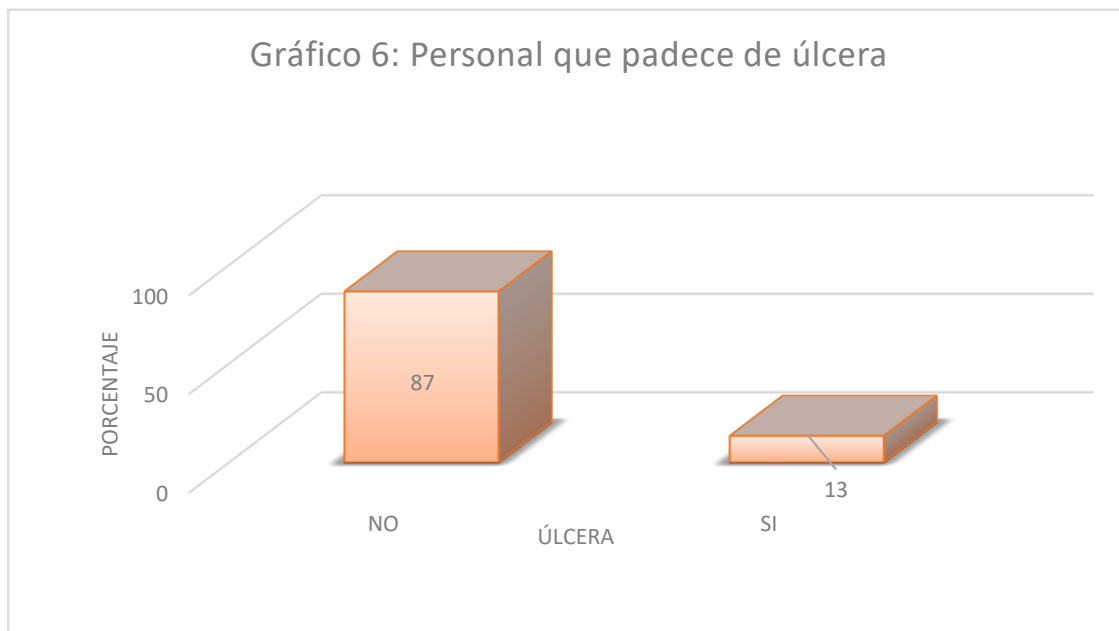
Gráfico 4: Personal que padece ansiedad, se ha encontrado que el 21 % del personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, padece ansiedad.



Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017

Interpretación:

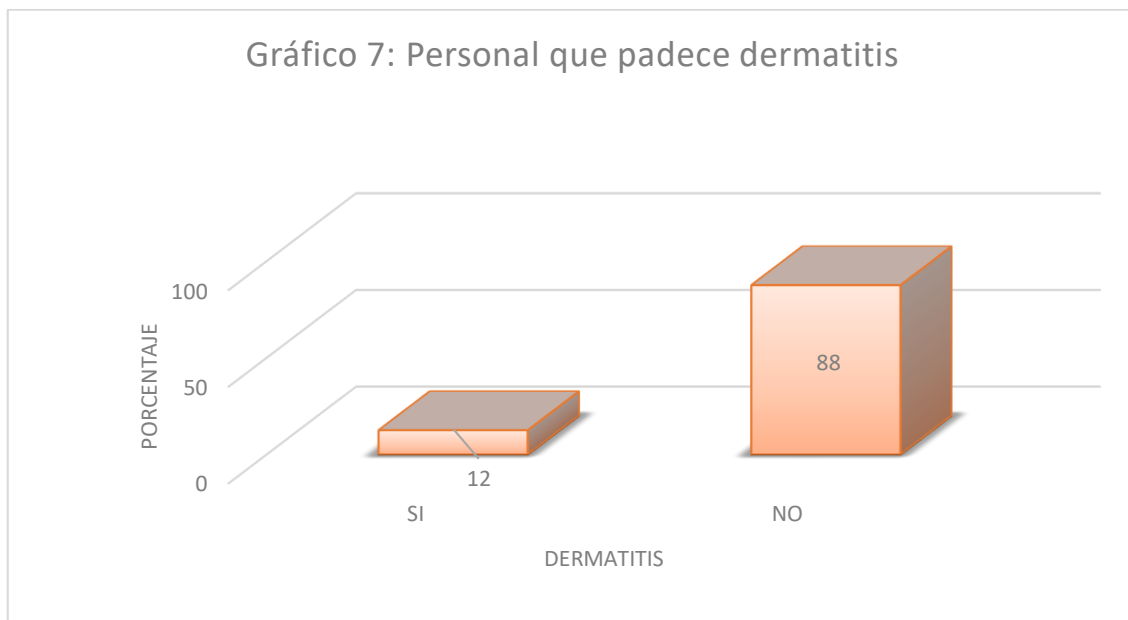
Gráfico 5: Personal que padece dispepsia, se ha encontrado que el 18 % del personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, padece dispepsia.



Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

Interpretación:

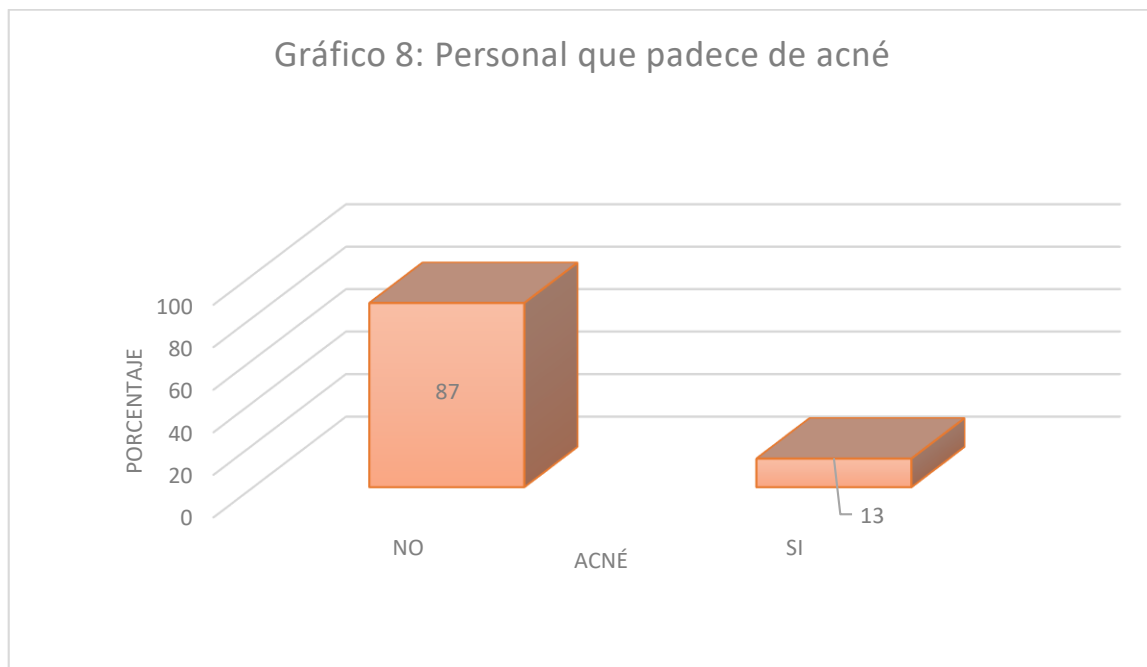
Gráfico 6: Personal que padece úlcera gástrica, se ha encontrado que el 13 % del personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, padece úlcera, mientras que un 87 % no padece este trastorno.



Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

Interpretación:

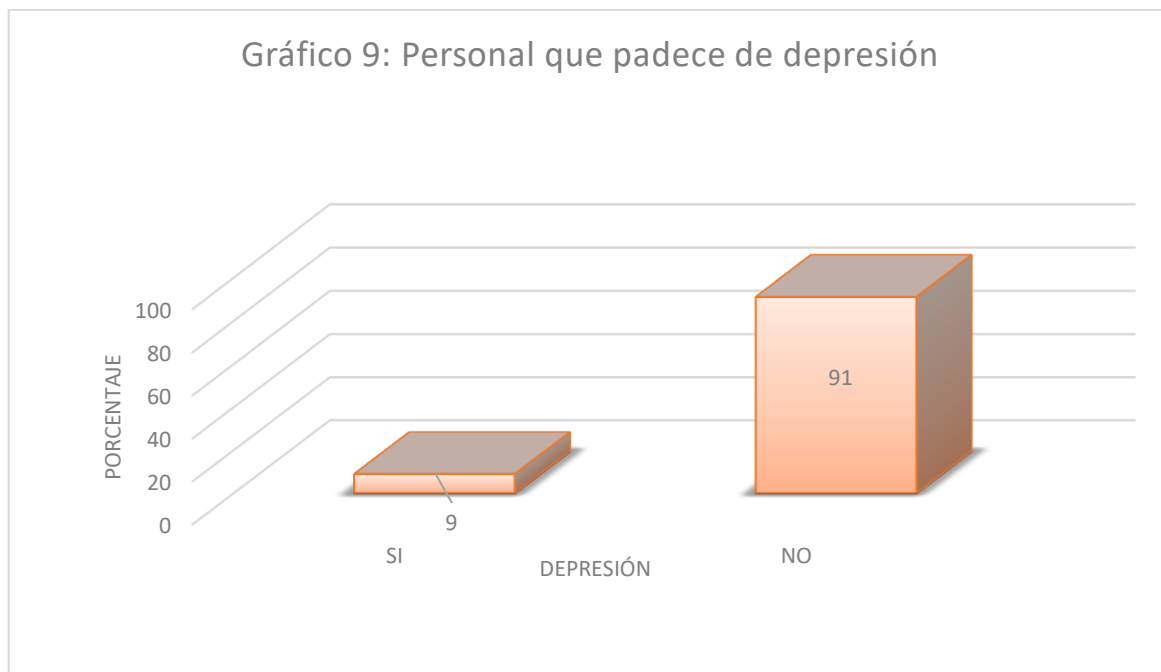
Gráfico 7: Personal que padece dermatitis, se ha encontrado que el 12 % del personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, padece dermatitis y un 88% no presentan este trastorno.



Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

Interpretación:

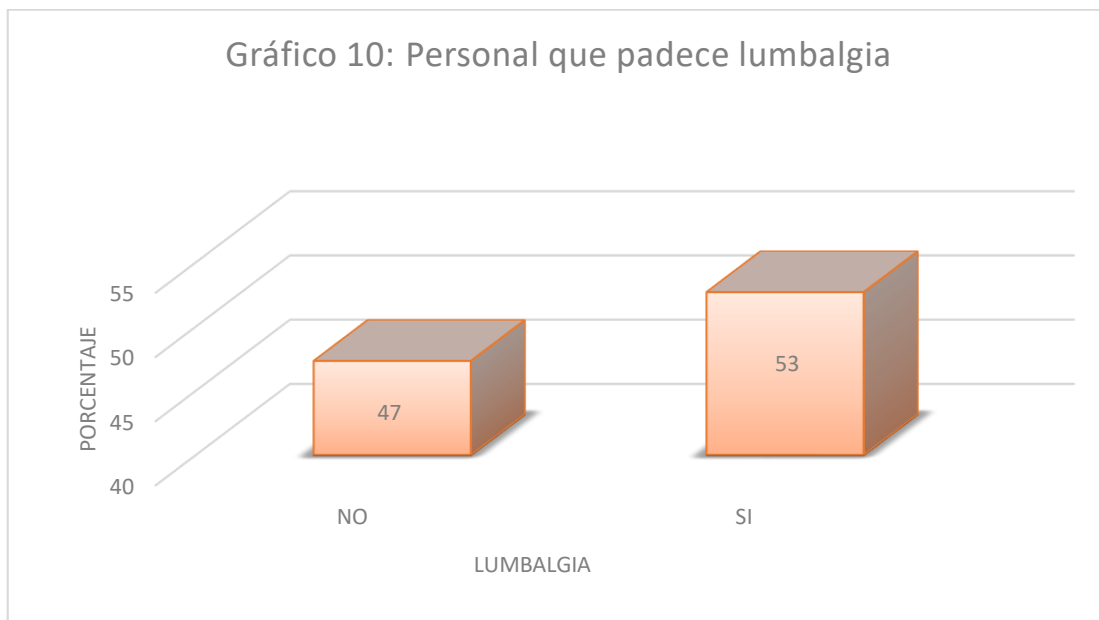
Gráfico 8: Personal que padece acné, se ha encontrado que el 13 % del personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, padece acné y un 88% no presentan este trastorno.



Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

Interpretación:

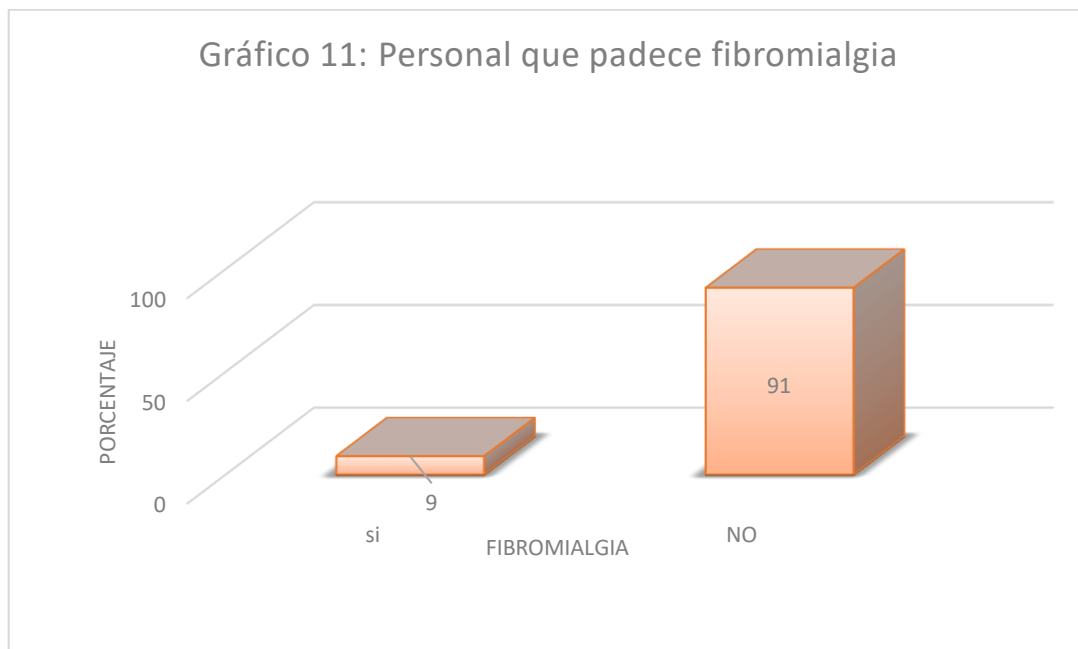
Gráfico 9: Personal que padece depresión, se ha encontrado que el 9 % del personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, padece depresión y un 91% no presentan este trastorno.



Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

Interpretación:

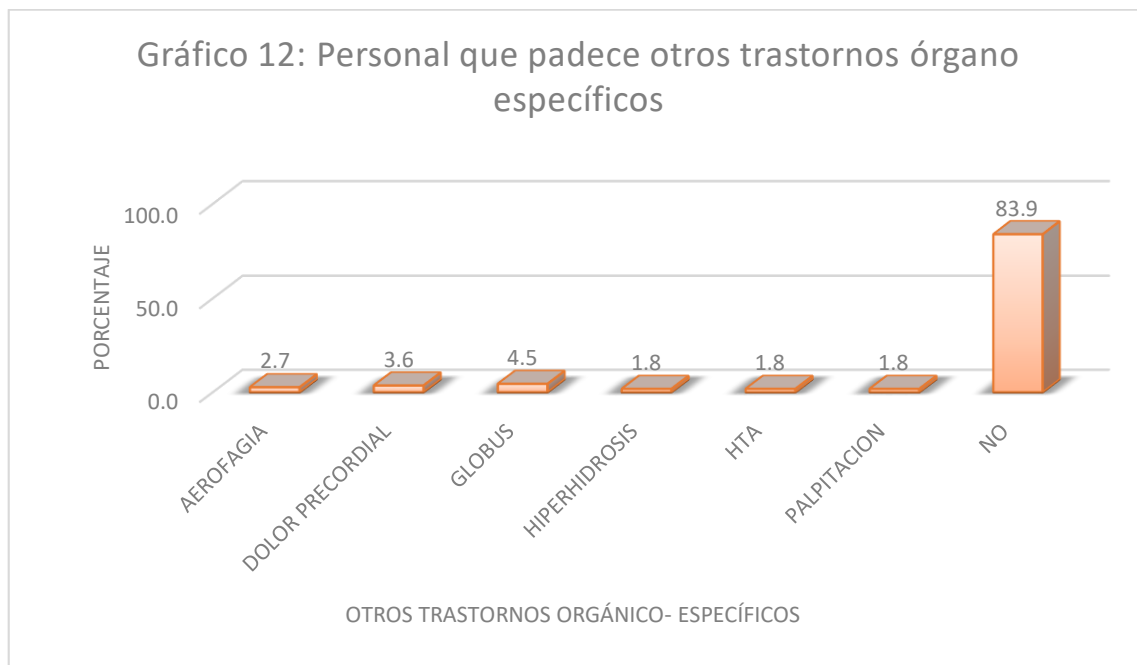
Gráfico 10: Personal que padece lumbalgia, se ha encontrado que el 53 % del personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, padece lumbalgia y un 47% no presentan este trastorno.



Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

Interpretación:

Gráfico 11: Personal que padece fibromialgia, se ha encontrado que el 9% del personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, padece fibromialgia y el 91% no presentan este trastorno.



Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

Interpretación:

Gráfico 12: Personal que padece otros trastornos órgano específicos, se ha encontrado que hay una gama de otros trastornos que presenta el personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, entre estos se encuentran aerofagia en un 2.7%, dolor precordial no cardiaco en un 3.6%, globus en un 4.5%, hiperhidrosis en un 1.8%, al igual que hipertensión arterial y palpitación.

9.3. Tablas de frecuencia para estresores laborales:

Tabla N° 3: ESTRESOR NÚMERO DE PACIENTES

	RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NÚMERO DE PACIENTES	SI	50	44,6
	NO	62	55,4
	TOTAL	112	100,0

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

Interpretación:

Tabla N° 3: Estresor número de pacientes: de esta tabla inferimos que el personal médico que considera que el gran número de pacientes que debe atender es un factor estresante, es del 44.6%, mientras que los que no consideran a este como factor estresante es del 62%.

TABLA N° 4: ESTRESOR INEFICACIA DE TERCEROS

	RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INEFICACIA DE OTROS	SI	19	17,0
	NO	93	83,0
	TOTAL	112	100,0

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

Interpretación:

Tabla N° 4: Estresor ineficacia de terceros: de esta tabla inferimos que el personal médico que considera que la ineficacia de terceros es decir el incumplir o demorar en las labores del personal que trabaja en conjunto con ellos , es un factor estresante es del 17%, mientras los que no lo consideran así son el 83%.

TABLA N°5: ESTRESOR PACIENTES COMPLICADOS

	RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PACIENTES COMPLICADOS	NO	87	77,7
	SI	25	22,3
	TOTAL	112	100,0

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

Interpretación:

Tabla N° 5: Estresor pacientes complicados: de esta tabla inferimos que el personal médico que considera que la condición de los pacientes es decir el hecho que el cuadro clínico sea complicado, es un factor estresante, es del 22.3%, mientras los que no lo consideran así son el 77,7%.

TABLA N° 6: OTROS ESTRESORES

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MAL CLIMA LABORAL	6	5,4
FALTA DE RECURSOS	14	12,5
TURNOS LABORALES	5	4,5

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

Interpretación:

Tabla N° 6: Otros estresores, dentro de la encuesta realizada se ha encontrado una variedad de factores considerados por el personal de salud como estresores, dentro de ellos tenemos por ejemplo al mal clima laboral, con un 5.4%, también mencionan a la falta de recursos es decir la precariedad de los materiales para trabajar adecuadamente, con un 22.5% y quienes consideran a los turnos laborales, es decir horas de trabajo y horario de guardias, como factor estresante a un 4.5%

8.4 Tablas cruzadas:

Se hicieron tablas cruzadas para valorar las asociaciones entre estrés y Burnout, entre estrés y la aparición de trastornos órgano-específicos, entre el síndrome de Burnout y la aparición de los trastornos orgánico específicos, entre estrés y el síndrome de Burnout, también para relacionar percepción de estrés y categoría médica desarrollada (residente y asistente), también para ver la asociación entre el servicio en el que se labora y la aparición de estrés; se usó el chi cuadrado para valorar la fuerza de asociación y el valor p usado para la significancia estadística de un 0.05.

TABLA N° 8 ASOCIACIÓN ENTRE ESTRÉS Y CEFALÉA TENSIONAL

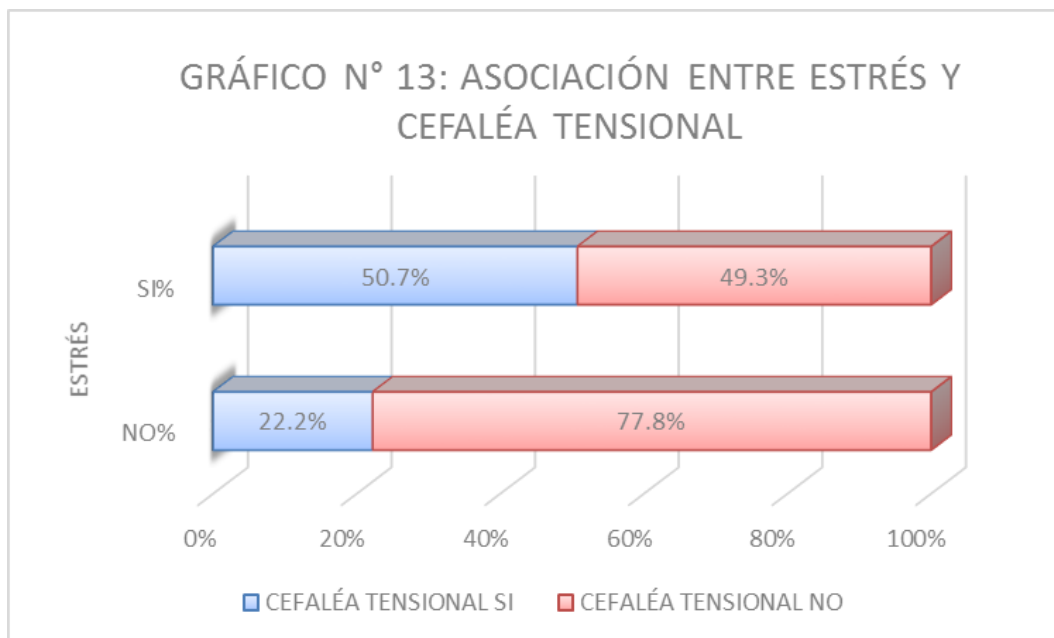
VARIABLES		CEFALÉA TENSIONAL				TOTAL	
		SI		NO			
ESTRÉS	NO	10	22.2%	35	77.8%	45	100%
	SI	34	50.7%	33	49.3%	67	100%
	TOTAL	44	39.3%	68	60.7%	112	100%

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

Tabla 8.1 Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Grado de libertad	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	9,183 ^a	1	.002

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.



Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

INTERPRETACIÓN:

Tabla N° 8 y Gráfico 13: Asociación entre cefalea tensional y estrés:

Se ha encontrado una asociación positiva entre el estrés y la cefalea tensional, con una significación estadística (valor de chi cuadrado) de 0.002, por lo que inferimos que el estrés interviene en la ocurrencia de la cefalea tensional. En la tabla se encuentra que del personal que padece estrés y que presenta cefalea tensional es 50.7%. Y de los que no tienen estrés, solamente un 22.2%, desarrolla cefalea tensional.

El valor de Chi cuadrado es pequeño, cuando más tendencia a 0 quiere decir que las variables intervienen una en la ocurrencia de la otra, con 0.002, tenemos un margen de riesgo de error de 2 en 100, por lo que concluimos que el riesgo de error es bajo, y que estas variables tienen asociación entre sí, es decir la ocurrencia de estrés puede desencadenar la cefalea tensional.

Tabla N° 9 ASOCIACIÓN ENTRE ESTRÉS Y DISPEPSIA

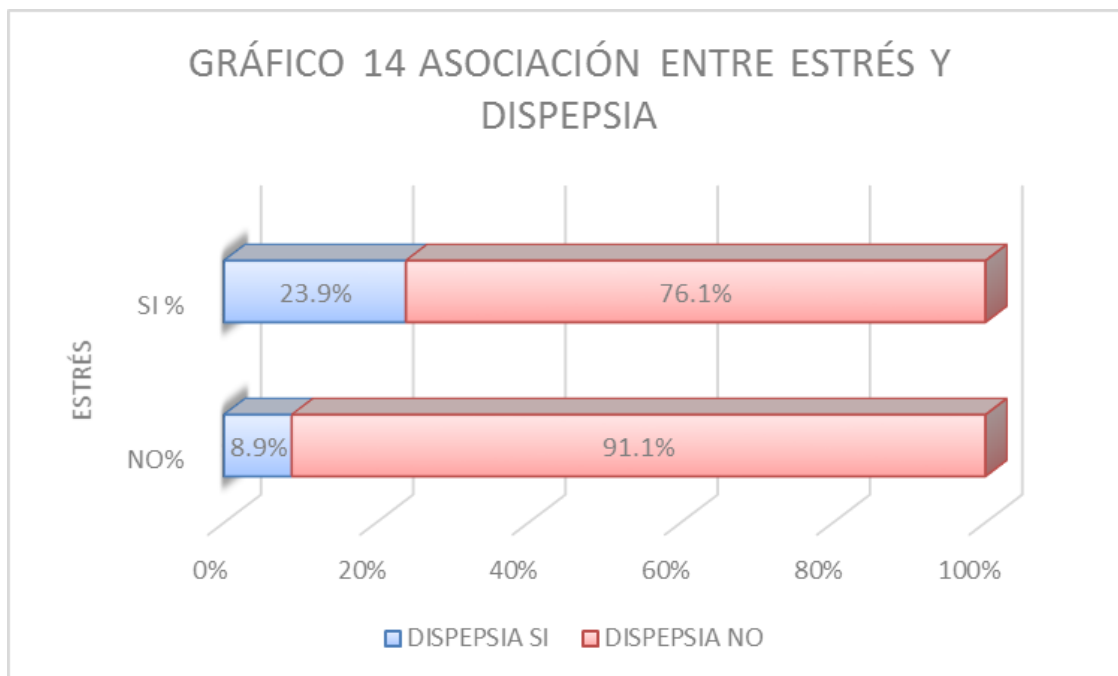
VARIABLES		DISPEPSIA				TOTAL	
		SI		NO			
ESTRÉS	NO	4	8.9%	41	91.1%	45	100.0%
	SI	16	23.9%	51	76.1%	67	100.0%
	TOTAL	20	17.9%	92	82.1%	112	100.0%

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

TABLA 9.1 Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Grado de libertad	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	4,125 ^a	1	.042

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.



Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

INTERPRETACIÓN:

Tabla N° 9 y gráfico 14: Asociación entre Dispepsia y estrés:

Se ha encontrado una asociación positiva entre el estrés y la dispepsia, con una significación estadística (chi cuadrado) de 0.042, < de 0.05, por lo que inferimos que el estrés interviene en la ocurrencia de la dispepsia.

De la tabla se infiere que del personal médico que padece estrés el 23.9% presenta dispepsia y de los que no tiene estrés, solo la presenta el 8.9%.

El valor de Chi cuadrado es menor de 0.05 el cual hemos establecido como límite para considerar un valor estadísticamente significativo, es decir por debajo de este valor se acepta que las variables intervienen una en la ocurrencia de la otra; con 0.042, tenemos un margen de riesgo de 4,2 en 100, por lo que concluimos que el riesgo de error es bajo. Y que estas variables tienen asociación entre sí.

TABLA N° 10: ASOCIACIÓN ENTRE ESTRÉS Y PIROSIS

VARIABLE	PIROSIS				TOTAL		
	NO		SI				
	ESTRÉS	NO	23	51.1%	22	48.9%	45
	SI	28	41.8%	39	58.2%	67	100.0%
	TOTAL	51	45.5%	61	54.5%	112	100.0%

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

Tabla 10.1 Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Grado de libertad	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	,943 ^a	1	.332

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

INTERPRETACIÓN:

Tabla N° 10: Asociación entre estrés y pirosis

No se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa entre el estrés y la pirosis, puesto que hay un chi cuadrado de $0.332 >$ de 0.05 (nuestro riesgo máximo o nivel estadísticamente significativo), por lo que inferimos que el estrés no interviene en la ocurrencia de la pirosis, de asumir que intervendría, caeríamos en un riesgo de error de 33 en 100.

Se concluye que el estrés no interviene en la aparición de pirosis.

De la tabla se infiere que del personal médico que padece estrés y desarrolla pirosis es de 58.2%, mientras que los que no tienen estrés y desarrollan pirosis son el 49%.

TABLA N° 11 ASOCIACIÓN ENTRE ESTRÉS Y LUMBALGIA

VARIABLES	LUMBALGIA				TOTAL		
	SI		NO				
ESTRÉS	NO	20	44.4%	25	55.6%	45	100.0%
	SI	39	58.2%	28	41.8%	67	100.0%
	TOTAL	59	52.7%	53	47.3%	112	100.0%

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

Tabla 11.1 Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Grado de libertad	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,046 ^a	1	.153

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

INTERPRETACIÓN:

Tabla N° 11: Asociación entre estrés y lumbalgia

No se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa entre el estrés y la lumbalgia, puesto que hay un chi cuadrado de 0.153 > de 0.05 (nuestro riesgo máximo o nivel estadísticamente significativo), por lo que inferimos que el estrés no interviene en la ocurrencia de la lumbalgia, de asumir que intervendría, caeríamos en un riesgo de error de 15 en 100.

Se concluye que el estrés no interviene en la aparición de lumbalgia

De la tabla se infiere que del personal médico que padece estrés y desarrolla lumbalgia es de 58.2%, mientras que los que no tienen estrés y desarrollan lumbalgia son el 44.4%.

TABLA N° 12 ASOCIACIÓN ENTRE ESTRÉS FIBROMIALGIA

VARIABLES		FIBROMIALGIA				TOTAL	
		SI		NO			
ESTRÉS	NO	5	11.1%	40	88.9%	45	100.0%
	SI	5	7.5%	62	92.5%	67	100.0%
	TOTAL	10	8.9%	102	91.1%	112	100.0%

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

TABLA 12.1 PRUEBA DE CHI CUADRADO

	VALOR	GRADO DE LIBERTAD	SIG. ASINTÓTICA (2 CARAS)
CHI-CUADRADO DE PEARSON	,441 ^A	1	.507

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

INTERPRETACIÓN:

Tabla N° 12: Asociación entre estrés y fibromialgia

No se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa entre el estrés y la fibromialgia, puesto que hay un chi cuadrado de 0.507 > de 0.05 (nuestro riesgo máximo o nivel estadísticamente significativo), por lo que inferimos que el estrés no interviene en la ocurrencia de la fibromialgia, de asumir que intervendría, caeríamos en un riesgo de error de 50 en 100.

De la tabla se infiere que del personal médico que padece estrés y desarrolla fibromialgia es de 7.5%, mientras que los que no tienen estrés y desarrollan fibromialgia son el 11.1%.

TABLA N° 13 ASOCIACIÓN ENTRE ESTRÉS Y ANSIEDAD

VARIABLES		ANSIEDAD				TOTAL	
		SI		NO			
ESTRÉS	NO	6	13.3%	39	86.7%	45	100.0%
	SI	17	25.4%	50	74.6%	67	100.0%
	TOTAL	23	20.5%	89	79.5%	112	100.0%

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

TABLA 13.1 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	VALOR	GRADO DE LIBERTAD	SIG. ASINTÓTICA (2 CARAS)
CHI-CUADRADO DE PEARSON	2,391 ^A	1	.122

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

INTERPRETACIÓN:

Tabla N° 13: Asociación entre estrés y ansiedad

No se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa entre el estrés y la ansiedad, puesto que hay un chi cuadrado de 0.122 > de 0.05 (nuestro riesgo máximo o nivel estadísticamente significativo), por lo que inferimos que el estrés no interviene en la ocurrencia de la ansiedad, de asumir que intervendría, caeríamos en un riesgo de error de 12 en 100.

De la tabla se infiere que del personal médico que padece estrés y desarrolla ansiedad es de 25.4%, mientras que los que no tienen estrés y desarrollan ansiedad son el 13.3%.

TABLA N° 14 ASOCIACIÓN ENTRE ESTRÉS Y ACNÉ

VARIABLES		ACNÉ				TOTAL	
		SI		NO			
ESTRÉS	NO	5	11.1%	40	88.9%	45	100.0%
	SI	10	14.9%	57	85.1%	67	100.0%
	TOTAL	15	13.4%	97	86.6%	112	100.0%

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

TABLA 14.1 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	VALOR	GRADO DE LIBERTAD	SIG. ASINTÓTICA (2 CARAS)
CHI-CUADRADO DE PEARSON	,338 ^A	1	.561

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

INTERPRETACIÓN:

Tabla N° 14: Asociación entre estrés y acné

No se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa entre el estrés y el acné, puesto que hay un chi cuadrado de 0.561 > de 0.05 (nuestro riesgo máximo o nivel estadísticamente significativo), por lo que inferimos que el estrés no interviene en la ocurrencia del acné, de asumir que intervendría, caeríamos en un riesgo de error de 56 en 100.

De la tabla se infiere que del personal médico que padece estrés y desarrolla acné es de 14.9%, mientras que los que no tienen estrés y desarrollan acné son el 11.1%.

TABLA N° 15 ASOCIACIÓN ENTRE ESTRÉS Y ÚLCERA

VARIABLES		ÚLCERA				TOTAL	
		NO		SI			
ESTRÉS	NO	41	91.1%	4	8.9%	45	100.0%
	SI	56	83.6%	11	16.4%	67	100.0%
	TOTAL	97	86.6%	15	13.4%	112	100.0%

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

TABLA 15.1 Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	GRADO DE LIBERTAD	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,316 ^a	1	.251

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

INTERPRETACIÓN:

Tabla N° 15: Asociación entre estrés y úlcera

No se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa entre el estrés y la úlcera, puesto que hay un chi cuadrado de 0.251 > de 0.05 (nuestro riesgo máximo o nivel estadísticamente significativo), por lo que inferimos que el estrés no interviene en la ocurrencia de la úlcera, de asumir que intervendría, caeríamos en un riesgo de error de 25 en 100.

De la tabla se infiere que del personal médico que padece estrés y desarrolla úlcera es de 16.4%, mientras que los que no tienen estrés y desarrollan úlcera son el 8.9%.

TABLA N° 16 ASOCIACIÓN ENTRE ESTRÉS Y DEPRESIÓN

		DEPRESIÓN				TOTAL	
		DEPRESION		NO			
ESTRÉS	NO	5	11.1%	40	88.9%	45	100.0%
	SI	5	7.5%	62	92.5%	67	100.0%
	TOTAL	10	8.9%	102	91.1%	112	100.0%

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

Tabla 16. 1 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	VALOR	GRADO DE LIBERTAD	SIG. ASINTÓTICA (2 CARAS)
CHI-CUADRADO DE PEARSON	,441 ^A	1	.507

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

INTERPRETACIÓN:

Tabla N° 16: Asociación entre estrés y depresión

No se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa entre el estrés y la depresión, puesto que hay un chi cuadrado de 0.507 > de 0.05 (nuestro riesgo máximo o nivel estadísticamente significativo), por lo que inferimos que el estrés no interviene en la ocurrencia de la depresión, de asumir que intervendría, caeríamos en un riesgo de error de 50 en 100.

De la tabla se infiere que del personal médico que padece estrés y desarrolla depresión es de 7.5%, mientras que los que tienen estrés y no desarrollan depresión son el 92.5%.

TABLA N°17 ASOCIACIÓN ENTRE ESTRÉS Y DERMATITIS

VARIABLES		DERMATITIS				TOTAL	
		SI		NO			
ESTRÉS	NO	5	11.1%	40	88.9%	45	100.0%
	SI	9	13.4%	58	86.6%	67	100.0%
	TOTAL	14	12.5%	98	87.5%	112	100.0%

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

TABLA 17.1 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	VALOR	GRADO DE LIBERTAD	SIG. ASINTÓTICA (2 CARAS)
CHI-CUADRADO DE PEARSON	,133 ^A	1	.716

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

INTERPRETACIÓN:

Tabla N° 17: Asociación entre estrés y dermatitis

No se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa entre el estrés y la dermatitis, puesto que hay un chi cuadrado de $0.716 >$ de 0.05 (nuestro riesgo máximo o nivel estadísticamente significativo), por lo que inferimos que el estrés no interviene en la ocurrencia de la dermatitis, de asumir que intervendría, caeríamos en un riesgo de error de 71 en 100.

De la tabla se infiere que del personal médico que padece estrés y desarrolla dermatitis es de 13.4% , mientras que los que tienen estrés y no desarrollan dermatitis son el 86.6% .

TABLA N° 18 ASOCIACIÓN ENTRE ESTRÉS Y ALTERACIONES DE LA MOTILIDAD INTESTINAL

VARIABLES		ALTERACIONES DE LA MOTILIDAD INTESTINAL								TOTAL	
		DIARREA		ESTREÑIMIENTO		NINGUNO		INTESTINO IRRITABLE			
ESTRÉS	NO	4	8.9%	3	6.7%	37	82.2%	1	2.2%	45	100.0%
	SI	4	6.0%	3	4.5%	50	74.6%	10	14.9%	67	100.0%
	TOTAL	8	7.1%	6	5.4%	87	77.7%	11	9.8%	112	100.0%

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

TABLA 18.1 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	VALOR	GRADO DE LIBERTAD	SIG. ASINTÓTICA (2 CARAS)
CHI-CUADRADO DE PEARSON	5,185 ^A	3	.159

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

INTERPRETACIÓN:

Tabla N° 18: Asociación entre estrés y alteraciones de la motilidad intestinal

No se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa entre el estrés y las alteraciones de la motilidad intestinal, puesto que hay un chi cuadrado de 0.159 > de 0.05 (nuestro riesgo máximo o nivel estadísticamente significativo), por lo que inferimos que el estrés no interviene en la ocurrencia de las alteraciones de la motilidad intestinal, de asumir que intervendría, caeríamos en un riesgo de error de 15 en 100.

De la tabla se infiere que del personal médico que padece estrés y desarrolla diarrea funcional es del 6%, los que desarrollan estreñimiento son de 4.5 % y los que presentan síndrome de intestino irritable es de 14,9%, mientras que los que tienen estrés y no desarrollan ninguna alteración de la motilidad gastrointestinal son el 74.6%.

TABLA N° 19 DE ASOCIACIÓN DE ESTRÉS CON OTROS TRASTORNOS

OTROS TRASTORNOS

VARIABLES		OTROS TRASTORNOS												TOTAL			
		AERO-FAGIA	DOLOR PRECORDIAL		GLOBUS		HIPER-HIDROSIS		HIPER-TENSION ARTERIAL		NO		PALPI-TACION				
ESTRÉS	NO	0	0.0%	2	4.4%	2	4.4%	0	0.0%	0	0.0%	39	86.7%	2	4.4%	45	100.0%
	SI	3	4.5%	2	3.0%	3	4.5%	2	3.0%	2	3.0%	55	82.1%	0	0.0%	67	100.0%
	TOTAL	3	2.7%	4	3.6%	5	4.5%	2	1.8%	2	1.8%	94	83.9%	2	1.8%	112	100.0%

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	VALOR	GL	SIG. ASINTÓTICA (2 CARAS)
CHI-CUADRADO DE PEARSON	7,907 ^A	6	.245

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

INTERPRETACIÓN:

Tabla N° 19: Asociación entre estrés y otros trastornos órgano específicos

No se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa entre el estrés y otros trastornos , puesto que hay un chi cuadrado de 0.245 > de 0.05 (nuestro riesgo máximo o nivel estadísticamente significativo), por lo que inferimos que el estrés no interviene en la ocurrencia de otros trastornos como son: la aerofagia, el dolor precordial, el Globus esofágico, la hiperhidrosis, la hipertensión arterial, la palpitación; de asumir que intervendría en cualquiera de ellos, caeríamos en un riesgo de error de 24 en 100.

De la tabla se infiere que del personal médico que padece estrés y desarrolla: aerofagia es de 4.5%; dolor precordial, es de 3%; Globus, es de 4.5%; hiperhidrosis, es de 3%; hipertensión arterial es de 3%.

TABLA N° 20 ASOCIACIÓN ENTRE SINDROME DE BURNOUT Y PIROSIS

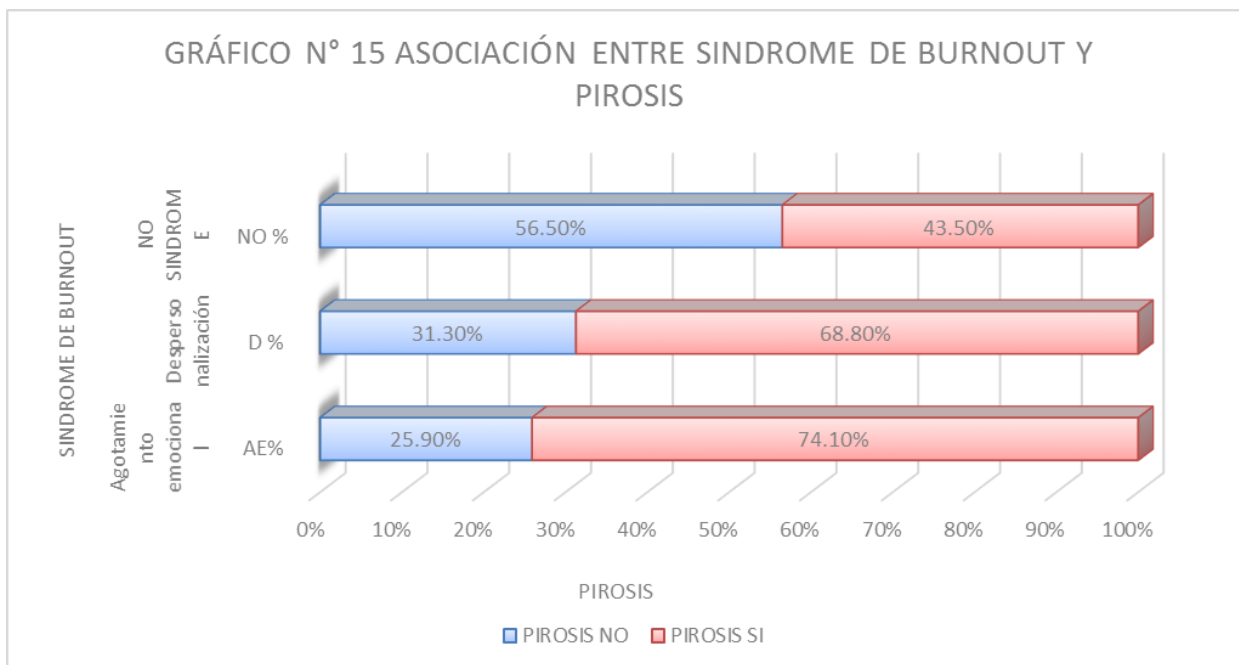
VARIABLES		PIROSIS				TOTAL	
		NO		SI			
SINDROME DE BURNOUT	AGOTAMIENTO EMOCIONAL	7	25.9%	20	74.1%	27	100.0%
	DESPERSONALIZACION	5	31.3%	11	68.8%	16	100.0%
	NO SINDROME	39	56.5%	30	43.5%	69	100.0%
TOTAL		51	45.5%	61	54.5%	112	100.0%

Fuente: Cuestionario MBI de Burnout y Maslach y Cuestionario “Trastornos órgano-específicos experimentados en épocas de estrés”; aplicado a personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca enero- marzo 2017.

TABLA 20.1 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	VALOR	GRADO DE LIBERTAD	SIG. ASINTÓTICA (2 CARAS)
CHI-CUADRADO DE PEARSON	8,861 ^A	2	.012

Fuente: Cuestionario MBI de Burnout y Maslach y Cuestionario “Trastornos órgano-específicos experimentados en épocas de estrés”; aplicado a personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca enero- marzo 2017.



Fuente: Cuestionario MBI de Burnout y Maslach y Cuestionario “Trastornos órgano específicos experimentados en épocas de estrés”; aplicado a personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca enero- marzo 2017.

INTERPRETACIÓN:

TABLA N° 20 Y GRÁFICO N° 15 ASOCIACIÓN ENTRE SINDROME DE BURNOUT Y PIROSIS:

Se ha encontrado una asociación positiva entre el síndrome de Burnout y la pirosis, con una significación estadística (valor de chi cuadrado) de 0.012, por lo que inferimos que el síndrome de Burnout interviene en la ocurrencia de pirosis, siendo la probabilidad de riesgo de error 1 en 100 al afirmar esto.

En la tabla se encuentra que del personal que presenta síndrome de Burnout en su dimensión de Agotamiento emocional y que desarrolla pirosis es de un: 74.1%, y el personal que presenta síndrome de Burnout en su dimensión de despersonalización y que desarrolla pirosis es de un: 68.8%. Y de los que no tienen síndrome de Burnout un 43.5%, desarrolla pirosis.

TABLA N° 21 ASOCIACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y LUMBALGIA

VARIABLES	LUMBALGIA				TOTAL		
	SI		NO				
SINDROME DE BURNOUT	AGOTAMIENTO EMOCIONAL	16	59.3%	11	40.7%	27	100.0%
	DESPERSONALIZACION	9	56.3%	7	43.8%	16	100.0%
	NO SINDROME	34	49.3%	35	50.7%	69	100.0%
	TOTAL	59	52.7%	53	47.3%	112	100.0%

Fuente: Cuestionario MBI de Burnout y Maslach y Cuestionario “Trastornos órgano específicos experimentados en épocas de estrés”; aplicado a personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca enero- marzo 2017.

TABLA 21.1 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	VALOR	GRADO DE LIBERTAD	SIG. ASINTÓTICA (2 CARAS)
CHI-CUADRADO DE PEARSON	,871 ^A	2	.647

Fuente: Cuestionario MBI de Burnout y Maslach y Cuestionario “Trastornos órgano específicos experimentados en épocas de estrés”; aplicado a personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca enero- marzo 2017.

INTERPRETACIÓN:

Tabla N° 21: Asociación entre síndrome de Burnout y lumbalgia

No se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa entre el síndrome de Burnout y la lumbalgia, puesto que hay un chi cuadrado de 0.647 > de 0.05 (nuestro riesgo máximo o nivel estadísticamente significativo); por lo que inferimos que el síndrome de Burnout no interviene en la ocurrencia de la lumbalgia, de asumir que intervendría, tendríamos en un riesgo de error de 65 en 100.

De la tabla se infiere que del personal médico que padece de síndrome de Burnout en la dimensión de agotamiento emocional, desarrolla lumbalgia en un 59.3%; y el personal médico que padece de síndrome de Burnout en la dimensión de despersonalización, desarrolla lumbalgia en un 56.3%.

TABLA N° 22 ASOCIACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y CEFALÉA TENSIONAL

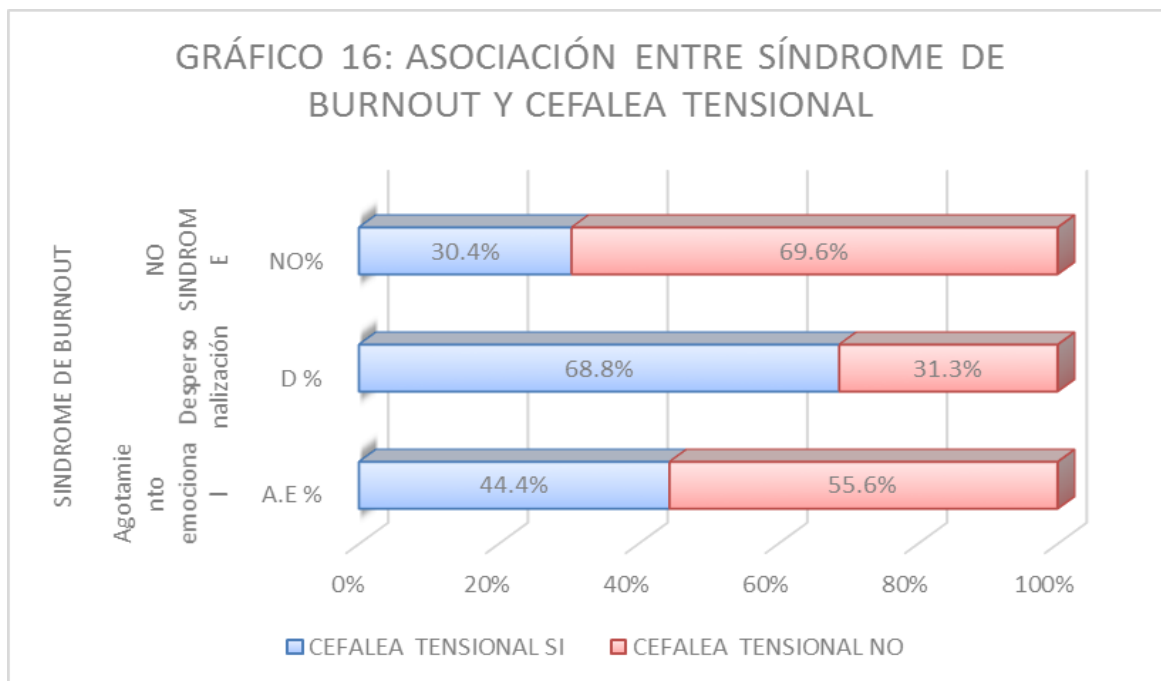
VARIABLES	CEFALÉA TENSIONAL				TOTAL		
	SI		NO				
	SINDROME DE BURNOUT	AGOTAMIENTO EMOCIONAL	12	44.4%	15	55.6%	27
	DESPERSONALIZACIÓN	11	68.8%	5	31.3%	16	100.0%
	NO SINDROME	21	30.4%	48	69.6%	69	100.0%
	TOTAL	44	39.3%	68	60.7%	112	100.0%

Fuente: Cuestionario MBI de Burnout y Maslach y Cuestionario "Trastornos órgano-específicos experimentados en épocas de estrés"; aplicado a personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca enero- marzo 2017

TABLA 22.1 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	VALOR	GRADO DE LIBERTAD	SIG. ASINTÓTICA (2 CARAS)
CHI-CUADRADO DE PEARSON	8,391 ^A	2	.015

Fuente: Cuestionario MBI de Burnout y Maslach y Cuestionario "Trastornos órgano-específicos experimentados en épocas de estrés"; aplicado a personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca enero- marzo 2017



Fuente: Cuestionario MBI de Burnout y Maslach y Cuestionario “Trastornos órgano-específicos experimentados en épocas de estrés”; aplicado a personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca enero- marzo 2017

INTERPRETACIÓN:

Tabla n° 22 y gráfico n° 16: Asociación entre síndrome de Burnout y cefaléa tensional:

Se ha encontrado una asociación positiva entre el síndrome de Burnout y la cefaléa tensional, con una significación estadística (valor de chi cuadrado) de 0.015, por lo que inferimos que el síndrome de Burnout interviene en la ocurrencia de cefaléa, siendo la probabilidad de riesgo de error 1,5 en 100 al afirmar esto.

En la tabla se encuentra que del personal que presenta síndrome de Burnout en su dimensión de agotamiento emocional y que desarrolla cefaléa tensional es de un: 55.6%, y el personal que presenta síndrome de Burnout en su dimensión de despersonalización y que desarrolla cefaléa tensional es de un: 31.3%.

TABLA N° 23 ASOCIACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y DISPEPSIA

VARIABLES	DISPEPSIA				TOTAL		
	SI		NO				
	SINDROME DE BURNOUT	AGOTAMIENTO EMOCIONAL	4	14.8%	23	85.2%	27
	DESPERSONALIZACION	3	18.8%	13	81.3%	16	100.0%
	NO SINDROME	13	18.8%	56	81.2%	69	100.0%
	TOTAL	20	17.9%	92	82.1%	112	100.0%

Fuente: Cuestionario MBI de Burnout y Maslach y Cuestionario “Trastornos órgano-específicos experimentados en épocas de estrés”; aplicado a personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca enero- marzo 2017

TABLA 23. 1 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	VALOR	GRADO DE LIBERTAD	SIG. ASINTÓTICA (2 CARAS)
CHI-CUADRADO DE PEARSON	,225 ^A	2	.894

Fuente: Cuestionario MBI de Burnout y Maslach y Cuestionario “Trastornos órgano-específicos experimentados en épocas de estrés”; aplicado a personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca enero- marzo 2017.

INTERPRETACIÓN:

Tabla N° 23: Asociación entre síndrome de Burnout y Dispepsia

No se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa entre el síndrome de Burnout y la dispepsia, puesto que hay un chi cuadrado de 0.894 > de 0.05 (nuestro riesgo máximo o nivel estadísticamente significativo); por lo que inferimos que el síndrome de Burnout no interviene en la ocurrencia de la dispepsia, de asumir que intervendría, tendríamos un riesgo de error de 89 en 100.

De la tabla se infiere que del personal médico que padece de síndrome de Burnout en la dimensión de agotamiento emocional, desarrolla dispepsia en un 14.8%; y el personal médico que padece de síndrome de Burnout en la dimensión de despersonalización, desarrolla dispepsia en un 18.8%.

TABLA N° 24 ASOCIACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y FIBROMIALGIA

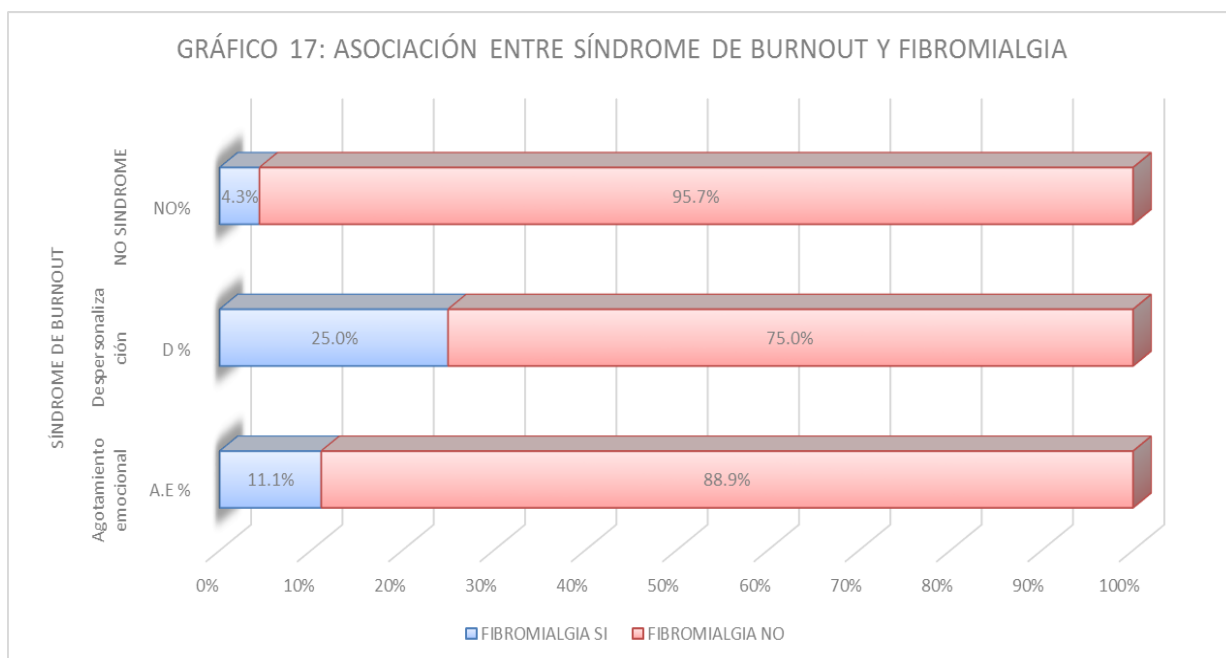
VARIABLES	FIBROMIALGIA				TOTAL		
	SI		NO				
	SINDROME DE BURNOUT	AGOTAMIENTO EMOCIONAL	3	11.1%	24	88.9%	27
	DESPERSONALIZACION	4	25.0%	12	75%	16	100.0%
	NO SINDROME	3	4.3%	66	95.7%	69	100.0%
	TOTAL	10	8.9%	102	91.1%	112	100.0%

Fuente: Cuestionario MBI de Burnout y Maslach y Cuestionario “Trastornos órgano-específicos experimentados en épocas de estrés”; aplicado a personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca enero- marzo 2017

TABLA 24.1 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	VALOR	GRADO DE LIBERTAD	SIG. ASINTÓTICA (2 CARAS)
CHI-CUADRADO DE PEARSON	7,021 ^A	2	.030

Fuente: Cuestionario MBI de Burnout y Maslach y Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés”; aplicado a personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca enero- marzo 2017.



Fuente: Cuestionario MBI de Burnout y Maslach y Cuestionario “Trastornos órgano-específicos experimentados en épocas de estrés”; aplicado a personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca enero- marzo 2017

INTERPRETACIÓN:

Tabla N° 24 y gráfico 17: asociación entre síndrome de Burnout y fibromialgia

Se ha encontrado una asociación positiva entre el síndrome de Burnout y la fibromialgia, con una significación estadística (valor de chi cuadrado) de 0.030, por lo que inferimos que el síndrome de Burnout interviene en la ocurrencia de la fibromialgia, siendo la probabilidad de riesgo de error de 3 en 100 al afirmar esto.

En la tabla se encuentra que del personal que presenta síndrome de Burnout en su dimensión de agotamiento emocional y que desarrolla fibromialgia de un: 11.1%, y el personal que presenta síndrome de Burnout en su dimensión de despersonalización y que desarrolla cefalea tensional es de un: 25%.

TABLA N° 25 ASOCIACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y ANSIEDAD

VARIABLES	ANSIEDAD				TOTAL		
	SI		NO				
SINDROME DE BURNOUT	AGOTAMIENTO EMOCIONAL	6	22.2%	21	77.8%	27	100.0%
	DESPERSONALIZACION	4	25.0%	12	75%	16	100.0%
	NO SINDROME	13	18.8%	56	81.2%	69	100.0%
	TOTAL	23	20.5%	89	79.5%	112	100.0%

Fuente: Cuestionario MBI de Burnout y Maslach y Cuestionario “Trastornos órgano-específicos experimentados en épocas de estrés”; aplicado a personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca enero- marzo 2017

TABLA 25.1 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	VALOR	GRADO DE LIBERTAD	SIG. ASINTÓTICA (2 CARAS)
CHI-CUADRADO DE PEARSON	,364 ^A	2	.834

Fuente: Cuestionario MBI de Burnout y Maslach y Cuestionario “Trastornos órgano-específicos experimentados en épocas de estrés”; aplicado a personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca enero- marzo 2017

INTERPRETACIÓN:

Tabla N° 25: Asociación entre síndrome de Burnout y ansiedad

No se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa entre el síndrome de Burnout y la ansiedad, puesto que hay un chi cuadrado de 0.834 > de 0.05 (nuestro riesgo máximo o nivel estadísticamente significativo); por lo que inferimos que el síndrome de Burnout no interviene en la ocurrencia de la ansiedad, de asumir que intervendría, tendríamos un riesgo de error de 83 en 100.

De la tabla se infiere que del personal médico que padece de síndrome de Burnout en la dimensión de agotamiento emocional, un 22.2 % desarrolla ansiedad y del personal médico que padece de síndrome de Burnout en la dimensión de despersonalización, un 25 % desarrolla ansiedad.

TABLA N° 26 ASOCIACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y ACNÉ

VARIABLES	ACNÉ				TOTAL		
	SI		NO				
SINDROME DE BURNOUT	AGOTAMIENTO EMOCIONAL	5	18.5%	22	81.5%	27	100.0%
	DESPERSONALIZACION	1	6.3%	15	93.8%	16	100.0%
	NO SINDROME	9	13.0%	60	87.0%	69	100.0%
	TOTAL	15	13.4%	97	86.6%	112	100.0%

Fuente: Cuestionario MBI de Burnout y Maslach y Cuestionario “Trastornos órgano-específicos experimentados en épocas de estrés”; aplicado a personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca enero- marzo 2017

TABLA 26.1 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	VALOR	GRADO DE LIBERTAD	SIG. ASINTÓTICA (2 CARAS)
CHI-CUADRADO DE PEARSON	1,323 ^A	2	.516

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

INTERPRETACIÓN:

Tabla N° 26: Asociación entre síndrome de Burnout y acné

No se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa entre el síndrome de Burnout y el acné, puesto que hay un chi cuadrado de 0.516 > de 0.05 (nuestro riesgo máximo o nivel estadísticamente significativo); por lo que inferimos que el síndrome de Burnout no interviene en la ocurrencia del acné, de asumir lo contrario, tendríamos un riesgo de error de 51 en 100.

De la tabla se infiere que del personal médico que padece de síndrome de Burnout en la dimensión de agotamiento emocional, un 18.5 % desarrolla acné y del personal médico que padece de síndrome de Burnout en la dimensión de despersonalización, un 6.3 % desarrolla acné.

TABLA N° 27 ASOCIACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y ÚLCERA

VARIABLES	ÚLCERA				TOTAL		
	SI		NO				
SINDROME DE BURNOUT	AGOTAMIENTO EMOCIONAL	23	85.2%	4	14.8%	27	100.0%
	DESPERSONALIZACION	11	63.8%	5	31.3%	16	100.0%
	NO SINDROME	63	91.3	6	8.7%	69	100.0%
	TOTAL	97	86.6%	15	13.4%	112	100.0%

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

TABLA 27.1 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	VALOR	GRADO DE LIBERTAD	SIG. ASINTÓTICA (2 CARAS)
CHI-CUADRADO DE PEARSON	5,758 ^A	2	.056

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

INTERPRETACIÓN:

Tabla N° 27: Asociación entre síndrome de Burnout y úlcera

No se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa entre el síndrome de Burnout y la úlcera, puesto que hay un chi cuadrado de $0.56 >$ de 0.05 (nuestro riesgo máximo o nivel estadísticamente significativo); por lo que inferimos que el síndrome de Burnout no interviene en la ocurrencia de la úlcera, de asumir lo contrario, tendríamos un riesgo de error de 56 en 100.

De la tabla se infiere que del personal médico que padece de síndrome de Burnout en la dimensión de agotamiento emocional, un 14.8 % desarrolla úlcera y del personal médico que padece de síndrome de Burnout en la dimensión de despersonalización, un 31.3 % desarrolla úlcera.

TABLA N° 28 ASOCIACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y DEPRESIÓN

VARIABLES	DEPRESIÓN				TOTAL		
	SI		NO				
SINDROME DE BURNOUT	AGOTAMIENTO EMOCIONAL	3	11.1%	24	88.9%	27	100.0%
	DESPERSONALIZACION	0	0.0%	16	100.0%	16	100.0%
	NO SINDROME	7	10.1%	62	89.9%	69	100.0%
	TOTAL	10	8.9%	102	91.1%	112	100.0%

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

TABLA 28.1 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	VALOR	GRADO DE LIBERTAD	SIG. ASINTÓTICA (2 CARAS)
CHI-CUADRADO DE PEARSON	1,852 ^A	2	.396

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

INTERPRETACIÓN:

Tabla N° 28: Asociación entre síndrome de Burnout y depresión

No se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa entre el síndrome de Burnout y la depresión, puesto que hay un chi cuadrado de 0.396 > de 0.05 (nuestro riesgo máximo o nivel estadísticamente significativo); por lo que inferimos que el síndrome de Burnout no interviene en la ocurrencia de la depresión, de asumir lo contrario, tendríamos un riesgo de error de 39 en 100.

De la tabla se infiere que del personal médico que padece de síndrome de Burnout en la dimensión de agotamiento emocional, un 11.1 % desarrolla depresión y del personal médico que padece de síndrome de Burnout en la dimensión de despersonalización, nadie desarrolla depresión.

TABLA N° 29 ASOCIACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y DERMATITIS

VARIABLES	DERMATITIS				TOTAL		
	SI		NO				
SINDROME DE BURNOUT	AGOTAMIENTO EMOCIONAL	6	22.2%	21	77.8%	27	100.0%
	DESPERSONALIZACION	3	18.8%	13	81.3%	16	100.0%
	NO SINDROME	5	7.2%	64	92.8%	69	100.0%
	TOTAL	14	12.5%	92	87.5%	112	100.0%

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

TABLA 29.1 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	VALOR	GRADO DE LIBERTAD	SIG. ASINTÓTICA (2 CARAS)
CHI-CUADRADO DE PEARSON	4,646 ^A	2	.098

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

INTERPRETACIÓN:

Tabla N° 29: Asociación entre síndrome de Burnout y dermatitis

No se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa entre el síndrome de Burnout y la dermatitis, puesto que hay un chi cuadrado de 0.098 > de 0.05 (nuestro riesgo máximo o nivel estadísticamente significativo); por lo que inferimos que el síndrome de Burnout no interviene en la ocurrencia de la dermatitis, de asumir lo contrario, tendríamos un riesgo de error de 9 en 100.

De la tabla se infiere que del personal médico que padece de síndrome de Burnout en la dimensión de agotamiento emocional, un 22.2 % desarrolla dermatitis y del personal médico que padece de síndrome de Burnout en la dimensión de despersonalización, un 18.85 desarrolla dermatitis.

TABLA N° 30 ASOCIACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y ALTERACIONES DE LA MOTILIDAD INTESTINAL

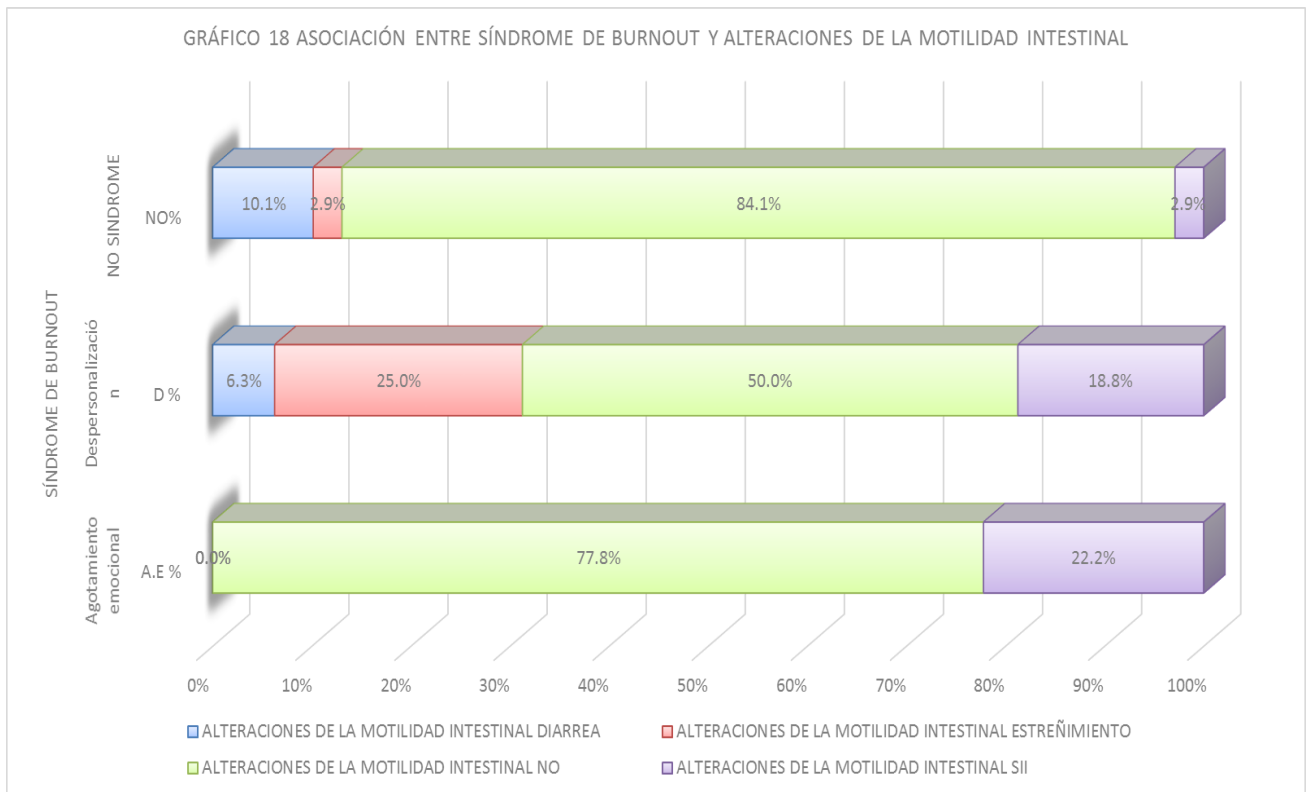
VARIABLES		ALTERACIONES DE LA MOTILIDAD INTESTINAL								TOTAL	
		DIARREA		ESTREÑIMIENTO		NO		SII			
SÍNDROME DE BURNOUT	AGOTAMIENTO EMOCIONAL	0	0.0%	0	0.0%	21	77.8%	6	22.2%	27	100.0%
	DESPERSONALIZACION	1	6.3%	4	25.0%	8	50.0%	3	18.8%	16	100.0%
	NO SINDROME	7	10.1%	2	2.9%	58	84.1%	2	2.9%	69	100.0%
	TOTAL	8	7.1%	6	5.4%	87	77.7%	11	9.8%	112	100.0%

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

TABLA 30.1 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	VALOR	GRADO DE LIBERTAD	SIG. ASINTÓTICA (2 CARAS)
CHI-CUADRADO DE PEARSON	27,399 ^A	6	.000

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.



Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

INTERPRETACIÓN:

Tabla N° 30 y Gráfico 18: asociación entre síndrome de Burnout y alteraciones de la motilidad intestinal.

Se ha encontrado una asociación positiva entre el síndrome de Burnout y las alteraciones de la motilidad intestinal, con una significación estadística de 0, por lo que inferimos que el síndrome de Burnout interviene en la ocurrencia de las alteraciones de la motilidad intestinal, siendo la probabilidad de riesgo de error de 0 en 100. En la tabla se encuentra que del personal que presenta síndrome de Burnout - agotamiento emocional y que desarrollan alteraciones de la motilidad intestinal son un: 22.2%, y el personal que presenta síndrome de Burnout- despersonalización un 50%, desarrolla alteraciones de la motilidad intestinal, como son; diarrea funcional, estreñimiento funcional, o síndrome de intestino irritable.

TABLA N°31 ASOCIACION ENTRE SERVICIO Y ESTRÉS

	ESTRÉS				TOTAL	
	NO		SI			
ANESTESIOLOGIA	7	100.0%	0	0.0%	7	100.0%
CARDIOLOGIA	0	0.0%	3	100.0%	3	100.0%
CIRUGIA	8	42.1%	11	57.9%	19	100.0%
CONS. EXT	5	45.5%	6	54.5%	11	100.0%
DX.IMAGENES	2	40.0%	3	60.0%	5	100.0%
EMERGENCIA	2	28.6%	5	71.4%	7	100.0%
GASTRO	4	50.0%	4	50.0%	8	100.0%
GINECO	3	21.4%	11	78.6%	14	100.0%
MEDICINA	3	20.0%	12	80.0%	15	100.0%
NEONATOLOGIA	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%
PATOLOGIA	2	100.0%	0	0.0%	2	100.0%
PEDIATRIA	7	53.8%	6	46.2%	13	100.0%
UCI	1	20.0%	4	80.0%	5	100.0%
UCI NEO	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%
UCIN	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%
TOTAL	45	40.2%	67	59.8%	112	100.0%

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

TABLA 31.1 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	VALOR	GRADO DE LIBERTAD	SIG. ASINTÓTICA (2 CARAS)
CHI-CUADRADO DE PEARSON	25,564 ^A	14	.0.029

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

Interpretación:

Tabla 31: asociación entre servicio y estrés

Servicio y estrés: dentro de esta tabla se ha realizado la comparación de los servicios de la percepción del estrés que tiene el personal que labora en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, y se encuentra una asociación estadísticamente significativa con un p- valor de 0.029, es decir el servicio en el que se labora en el Hospital condiciona la aparición de estrés laboral.

Es así que de la tabla se infiere que el servicio de U.C.I (UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS), es percibido como un servicio estresante por los trabajadores, seguido por el servicio de Cardiología con un 100% de percepción de estrés, Medicina, con un 80% , Ginecología con un 78.6% y Emergencia, con un 71.4%.

8.5 Tablas cruzadas de estresores laborales

TABLA N° 32 ESTRESOR NÚMERO DE PACIENTES Y ESTRÉS

		ESTRÉS				TOTAL	
		NO		SI			
		SI	NO	SI	NO	SI	NO
NUMERO DE PACIENTES	SI	6	12.0%	44	88.0%	50	100.0%
	NO	39	62.9%	23	37.1%	62	100.0%
	TOTAL	45	40.2%	67	59.8%	112	100.0%

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

TABLA 32.1 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	VALOR	GRADO DE LIBERTAD	SIGNIFICACIÓN ASINTÓTICA (BILATERAL)
CHI-CUADRADO DE PEARSON	29,839 ^A	1	0.000

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

INTERPRETACIÓN:

TABLA 32: NÚMERO DE PACIENTES Y ESTRÉS

Se encuentra una asociación estadísticamente significativa con chi cuadrado de 0, es decir el riesgo que asumimos al afirmar que el número de pacientes genera estrés es de 0 en 100. De la tabla inferimos que del estresor denominado número de pacientes, es decir del personal que considera que deben atender a un gran número de pacientes 44% desarrolla estrés laboral y solo un 12 % no lo desarrolla.

TABLA N° 33 ESTRESOR INEFICACIA DE TERCEROS Y ESTRÉS

		ESTRÉS				TOTAL	
		NO		SI			
INEFICACIA DE TERCEROS	SI	1	5.3%	18	94.7%	19	100.0%
	NO	44	47.3%	49	52.7%	93	100.0%
	TOTAL	45	40.2%	67	59.8%	112	100.0%

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

TABLA 33.1 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	VALOR	GRADO DE LIBERTAD	SIGNIFICACIÓN ASINTÓTICA (BILATERAL)
CHI-CUADRADO DE PEARSON	11,606 ^A	1	0.001

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

INTERPRETACIÓN:

TABLA 33: INEFICACIA DE TERCEROS Y ESTRÉS

Se encuentra una asociación estadísticamente significativa con chi cuadrado de 0,001 es decir el riesgo de error que asumimos al afirmar que la ineficacia de terceros genera estrés es de 1 en 1000.

De la tabla inferimos que el estresor denominado ineficacia de terceros, es decir cuando el encuestado considera que personal que trabaja con ellos no cumple su rol, y lo considera un factor estresante, en un 94.7%.

TABLA N°34 ESTRESOR PACIENTE COMPLICADO Y ESTRÉS

		ESTRÉS				TOTAL	
		NO		SI			
		PACIENTE COMPLICADO	SI	1	4.0%	24	96%
	NO	44	50.6%	43	49.4%	87	100.0%
	TOTAL	45	40.2%	67	59.8%	112	100.0%

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

TABLA 34.1 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	VALOR	GRADO DE LIBERTAD	SIGNIFICACIÓN ASINTÓTICA (BILATERAL)
CHI-CUADRADO DE PEARSON	17,526 ^A	1	0.000

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

INTERPRETACIÓN:

TABLA 34: PACIENTES COMPLICADOS Y ESTRÉS

Se encuentra una asociación estadísticamente significativa con chi cuadrado de 0,000 es decir el riesgo de error que asumimos al afirmar que el número de pacientes genera estrés es de 0.

De la tabla inferimos que el estresor denominado pacientes complicados, es decir cuando el encuestado considera que los cuadros clínicos de gravedad de los pacientes que atiende le generan estrés, se da en un 96%.

TABLA N° 35 ASOCIACION ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y ESTRÉS

		BURNOUT						TOTAL	
		AGOTAMIENTO EMOCIONAL		DESPERSONALIZACIÓN		NO SÍNDROME			
ESTRÉS	NO	6	13.3%	3	6.7%	36	80%	45	100%
	SI	21	31.3%	13	19.4%	33	49.3%	67	100.0%
	TOTAL	27	24.1%	16	14.3%	69	61.6%	112	100.0%

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

TABLA 35.1 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	VALOR	GRADIO DE LIBERTAD	SIGNIFICACIÓN ASINTÓTICA (BILATERAL)
CHI-CUADRADO DE PEARSON	10,809 ^A	2	0.004

Fuente: Cuestionario “Trastornos órgano- específicos experimentados en épocas de estrés” aplicado al personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el período enero- marzo 2017.

INTERPRETACIÓN:

TABLA 35: ASOCIACION ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y ESTRÉS

Se encuentra una asociación estadísticamente significativa con chi cuadrado de 0,004 entre estrés y síndrome de Burnout es decir el riesgo de error que asumimos al afirmar que el estrés influye en la aparición de síndrome de Burnout es de 4 en 1000.

De la tabla inferimos que el 31.3% de quienes perciben estrés desarrollan síndrome de Burnout en su variante agotamiento emocional, y el 19.4% de quienes perciben estrés desarrollan síndrome de Burnout en su variante despersonalización.

10. DISCUSIÓN:

En nuestro estudio se puede observar que del personal médico que se encuestó, el 60% percibe estar sometido a estrés laboral; esto corrobora lo que inicialmente se planteó en la literatura, cuando refería que personal de salud en general, se encontraban expuestos a estrés laboral; en este estudio encontramos que además el 24% del total padece de agotamiento emocional, 14% de despersonalización, es decir que, si bien es cierto que no todos los que padecen estrés tienen síndrome de Burnout, un gran porcentaje de nuestro personal lo tiene, estamos hablando de un 38 %, más de la tercera parte de los médicos que podrían incurrir en faltas éticas al momento de tratar a los pacientes, esto se puede evidenciar por ejemplo en casos de maltrato ya sea a pacientes o familiares de los mismos, por el tedio que le supone al personal de salud lidiar con ellos.

En cuanto a las gráficas de frecuencia mostradas, se obtiene que los trastornos principalmente desarrollados por el personal médico dentro de los factores quienes tienen mayor incidencia son pirosis con un porcentaje de 54%, seguido de cefaléa tensional con un 39% de personal que la padece, luego se encuentran otros trastornos con un menor porcentaje, esto no quiere decir que sean menos importantes, sino que la gama de alteraciones que puede padecer el personal de salud es muy variada.

Se debe tomar en cuenta que se ha logrado establecer una asociación estadísticamente significativa, de tan solo dos variables al relacionarlas con estrés estas son cefaléa tensional y dispepsia, mientras que las otras variables no tuvieron un valor menor de 0.05 en cuanto a valor estadísticamente significativo, por lo que fueron desechadas; mientras que cuando se trabajó en

las asociaciones de trastornos órgano específicos con síndrome de Burnout se lograron obtener la asociación de cuatro variables (pirosis, cefaléa tensional, alteraciones de la motilidad intestinal, fibromialgia) , lo que nos lleva a inferir que las personas que ya padecen del síndrome de Burnout son más propensas al desarrollo de trastornos órgano-específicos que aquellas que aunque padezcan estrés aún no llegan al desarrollo de síndrome.

Debido a la población muestral que era un número pequeño, se estableció un 5% de valor estadísticamente significativo, para disminuir los riesgos en la decisión durante el estudio, pero también pudo haberse fijado en 0.1 es decir al 10%, dentro de lo cual se habría considerado como estadísticamente significativa la asociación tanto de estrés como de síndrome de Burnout con más trastornos órgano- específicos.

Dentro de la asociación que se realiza entre los servicios en los cuales se trabaja, se debe tomar en cuenta que los servicios donde el personal percibe estrés son: cuidados intensivos, medicina, ginecología y emergencia; con un valor de chi cuadrado de 0.029 lo que se vuelve un valor estadísticamente significativo para inferir que de acuerdo al servicio donde se trabaja es que el personal puede presentar estrés laboral. Éste hallazgo difiere de lo mencionado en la literatura encontrada en lo cual no se demuestra la existencia de asociación entre el servicio en el que se labora y la presencia de estrés.

Cuando analizamos los factores considerados estresores en este trabajo, vemos que efectivamente lo que se da a conocer en la literatura, son diversos grupos de estresores, dentro de los cuales tenemos por ejemplo al ambiente físico de trabajo, del puesto y del trabajo en concreto, los contenidos del puesto, los contenidos del trabajo y a las relaciones interpersonales y grupales; los

cuales abarcan diferentes items; pero en este nosocomio hay tres factores considerados como mayoritarios por el personal que aquí labora, estos son: Número de pacientes en un 44%, la cual podría ingresar al grupo de sobrecarga laboral, pacientes complicados en un 22%, que puede incluirse dentro de contenidos de trabajo, la ineficacia de otras personas con un 17%, que puede estar dentro de relaciones interpersonales y grupales; y una minoría de otros factores.

Se ha demostrado feacientemente la gran significación estadística entre los estresores y el desarrollo del estrés, con una probabilidad de riesgo con tendencia a 0 en este estudio, es decir una asociacion casi perfecta, esto es muy importante ya que una vez que se puedan suprimir estos factores estresantes podriamos también disminuir la incidencia de estrés y la subsecuente aparicion de trastornos órgano -específicos.

11. CONCLUSIONES:

1. Existe una relación de asociación positiva entre el estrés y la aparición de dos trastornos órgano específicos como la cefalea tensional ($X^2= 0.002$) y la dispepsia ($X^2= 0.042$).
2. Se logró determinar una asociación significativa entre la presencia de síndrome de Burnout con cuatro de estos trastornos que pueden menguar su calidad de vida y su rol en el trabajo, estos son pirosis ($X^2= 0.012$), cefalea tensional ($X^2= 0.015$), alteraciones de la motilidad intestinal ($X^2= 0.000$) y fibromialgia ($X^2= 0.030$).
3. Entre los trastornos órgano específicos los que se presentan con mayor prevalencia en el personal de salud son la pirosis (54%) y la cefalea tensional (39%)
4. De entre los factores considerados como estresores laborales, el que tiene una mayor prevalencia es (44.6%), el número de pacientes que deben atender.
5. De entre los estresores laborales encontrados, tres se asocian significativamente al desarrollo de estrés laboral; estos son: El gran número de pacientes que se debe atender, la ineficacia de terceros, y los pacientes complicados.
6. Dentro del estudio del servicio que se encuentra como el más estresante por los trabajadores se encuentra a los servicios de área crítica, seguidos de los servicios de cardiología, medicina, ginecología y emergencia.

12. RECOMENDACIONES:

El presente trabajo debe constituir una base para elaborar nuevos proyectos de investigación del tema para así obtener mayores resultados.

Se recomienda que la institución pueda atenuar los factores que se consideran estresores para que ellos logren trabajar de manera adecuada sin noxas a su salud.

Se debería monitorear los trastornos que ya han sido desarrollados por el personal de salud y se dé inmediata atención al personal, mediante los especialistas correspondientes para que de esta manera puedan optimizar su salud y calidad de vida y trabajar en óptimas condiciones, para evitar de este modo ausentismos laborales, personal enfermo, etc.

Debería optimizarse al equipo de salud ocupacional, destinado a prevenir, los trastornos en los usuarios internos de la institución, brindando tratamiento a quienes desarrollan las patologías.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sadock J, Alcott S. Sinopsis de psiquiatría, ciencias de la conducta y psiquiatría clínica. 2009th 11 edición, ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 2009.
Disponible en:
<https://psiquiatriaucv.files.wordpress.com/2013/03/kapaln-y-sadock.pdf>

2. Cruz Marín C, Vargas Fernández L. Estrés. Entenderlo es Manejarlo. 1ª edición. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile, 1998. 133 páginas..
Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/281068696_Cruz_C_Vargas_L_Estrés_Entenderlo_es_Manejarlo_1_edicion_Santiago_de_Chile_Ediciones_Universidad_Catolica_de_Chile_1998_133_paginas

3. Marty C, Lavín M, Figueroa M, Larraín D, Cruz C. Prevalencia del estrés en estudiantes del área de salud de la Universidad de los Andes y su relación con enfermedades infecciosas. Revista Chilena de Neuropsiquiatría. 2005 Enero/Marzo; 43(1).
Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3315/331527697004.pdf>

4. Buceta J, Bueno A. Control del estrés y trastornos asociados. 1º edición. Madrid: Dykison; 1995.

5. Toews J, Lockyer J, Dobson DJ B. stress among residents medical students and graduate sciences (MSc/PhD) student. medical academics. 1993; 1(6).
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8216630>

6. Vaz R, MBaijorgu E, Acuda S. A preliminary study of stress levels among first year medical students at the University of Zimbabwe.” Central Africa. Journal Med. 1998; XCIV(9): p. 214- 219.
Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/secure/sci-hub.cc/pubmed/10101425>
7. Pallavicini J, Venegas L, Romo O. Estrés en profesionales de medicina de la Universidad Católica de Chile. Revista de Psiquiatría clínica 2012; I(43): p.23-29
Disponibile en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272005000100004
8. Posada Pérez, EJ. La relación trabajo- estrés laboral en los médicos de planta y médicos residentes colombianos. Revista CES Salud pública. 2011; 2(1): p. 66-73.
Disponibile en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3677384.pdf>
9. Espinoza E, Bermúdez- Rattoni F. Relación conducta- inmunidad: el papel de las citocinas. Revista de investigación clínica. 2011; I (53): p. 240- 253.
Disponibile en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/medicina_experimental/v30_n2/pdf/a17v30n2.pdf
10. Gloger S, Puente J, Arias P, Fischman P, Zaldumbide I, Gonzáles R. Respuesta inmune disminuida por estrés académico intenso: cambios de la proliferación linfocitaria en estudiantes de medicina. Revista de Medicina de Chile. 2011; III (125): p. 665- 670.
Disponibile en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272005000100004

11. Estay C, Figueroa M, Sáenz M, Carrión F, Figueroa F. Disfunción de la capacidad fagocítica celular en estudiantes de medicina sometidos a estrés académico. Detección mediante citometría de flujo. informe de congreso científico de estudiantes de medicina. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile; 2010.
Disponibile en: <http://www.sochipe.cl/subidos/catalogo5/congreso-2014.pdf>
12. Giraldo R. Papel de los estresantes inmunológicos en la inmunodeficiencia. Latreia. 2012; I (10): p. 62- 76.
Disponibile en:
http://www.robertogiraldo.com/esp/articulos/pdf/LOS_AGENTES_ESTRESANTES_INMUNOL.pdf
13. Herrera M, Polanco Cárdenas Y. Aspectos Psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular: epidemiología, mecanismos y tratamiento. Revista Española de Cardiología. 2011;(64): p. 924- 933.
Disponibile en:
<http://www.afa-international.org/files/file/1112-Spanish%20patient%20information-Aspectos%20psiqui%C3%A1tricos%20y%20conductuales%20de%20la%20enfermedad%20cardiovascular.pdf>
14. Longo D, Fauci A, Kasper DH, Jameson J, Loscalzo J. Harrison Principios de Medicina Interna. 18th edición. México: McGraw- Hill; 2012.
15. Pereyra Elías R, Ocampo Mascaró J, Silva Salazar V, Vélez Segovia E, Da Costa Bullón D, Toro Polo L, et al. prevalencia y factores asociados con síntomas

depresivos en estudiantes de ciencias de la salud de una Universidad Privada de Lima. Revista peruana de Medicina experimental y salud pública. 2010 octubre/ diciembre; 27(4).

Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342010000400005&script=sci_arttext

16. Zavala Zavala J. Estrés y Burnout docente: conceptos, causas y efectos. Educación. 2008 marzo; XVII (32): p. 67- 86.

Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5056868>

17. Piña López J, Mejía Velarde R, Méndez Venegas J, Laborín Álvarez J. Versión Peruana de una escala que mide situaciones vinculadas con Estrés (SVE-12) en mujeres con cáncer de mama. Revista latinoamericana de medicina conductual. 2014; IV (2).

Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/53609/47672>

18. Escalante Jibaja E. acné y estrés. revistas de dermatología. 2007; XVII (1): p. 30-34.

Disponible en:

http://200.62.146.19/BVRevistas/dermatologia/v17_n1/pdf/a07v17n1.pdf

19. Paredes Zeña DDR. Síndrome de Burnout: Características personales y condiciones de trabajo en médicos del Hospital Regional Docente de Cajamarca. Enero Febrero del 2012. Tesis para optar título profesional de médico cirujano.

20. González Félix, DF, Rabia Hassen, Neurobiología del estrés. Revista chilena neuro-psiquiatría [Internet] 2010, Dic; 48(4): 307-318.
- Disponible en:
- http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500006&lng=es.
- <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000500006>.
21. Lopez Agrégio, VL, Rasgos, trastornos de personalidad y comorbilidad psiquiátrica de profesionales sanitarios con síndrome de Burnout, Universidad Complutense de Madrid, 2013. Tesis Doctoral.
- Disponible en:
- <http://eprints.ucm.es/21683/1/T34525.pdf>
22. Hernández JR. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. Rev Cubana Salud Pública v.29 Nª 2 Ciudad de La Habana Mayo-Ago. 2003 Vinaccia Alpi, Stefano;
23. Quiceno, Japcy Margarita; (2007). Burnout: "síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)". Acta Colombiana de Psicología, julio-diciembre, 117-125.
- Disponible en:
- <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79810212>
24. Moreira DS, Magnago RF, Sakae TM, Magajewski FRL. Prevalência da Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009. Tesis doctoral.
25. Santana L, Hernández H, Eugenio P, Sánchez M, Pérez R, Falcón R. Síndrome de burnout entre el personal de enfermería y auxiliar de una Unidad de Cuidados Intensivos y el de las plantas de hospitalización. Enferm Clin. 2009; 19(1):31-34.

27. Honkonen, Teija et al, The association between burnout and physical illness in the general population—results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Psychosomatic Research* , Volume 61 , Issue 1 , 59 – 66.

Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399905004319>

28. Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., & Shapira, I. (2006). Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological bulletin*, 132(3), 327.

Disponible en:

<http://dspace.lib.kanazawa-u.ac.jp/dspace/bitstream/2297/37566/1/56%20LE-PR-KITAOKA-K-12-131.pdf>

29. Ahola, K., Kivimäki, M., Honkonen, T., Virtanen, M., Koskinen, S., Vahtera, J., & Lönnqvist, J. (2008). Occupational burnout and medically certified sickness absence: a population-based study of Finnish employees. *Journal of psychosomatic research*, 64(2), 185-193.

Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399907002607>

14. ANEXOS

Anexo 01: MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)

A continuación, encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción. A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

Nunca: 1

Algunas veces al año: 2

Algunas veces al mes: 3

Algunas veces a la semana: 4

Diariamente: 5

Por favor, señale el número que considere más adecuado:

1. AE Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.
2. AE Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.
3. AE Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.
4. RP Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.
5. D Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales.
6. AE Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.
7. RP Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.
8. AE Siento que mi trabajo me está desgastando.
9. RP Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.

10. D Siento que me he hecho más duro con la gente.
 11. D Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.
 12. RP Me siento muy enérgico en mi trabajo.
 13. AE Me siento frustrado por el trabajo.
 14. AE Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.
 15. D Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.
 16. AE Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.
 17. RP Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.
 18. RP Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.
 19. RP Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
 20. AE Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.
 21. RP Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.
 22. D Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.
- AE: Agotamiento Emocional; D: Despersonalización; RP: Realización Personal.

Anexo 2:

Código

Encuesta número 02: Cuestionario estrés en personal de salud- aparición clínica de trastornos órgano específicos

Esta encuesta es anónima, por favor llene los datos con total confianza:

Edad..... Sexo..... Especialidad.....

Años de servicio.....

1.-ES USTED MÉDICO: A. Residente B. Asistente

2.-¿Cuántas horas diarias le dedicas en promedio a tu trabajo en el Hospital (sin guardias)?:.....

3.- ¿Cuántas horas diarias le dedicas a tu trabajo en tu domicilio?:

4.- ¿Cuántos casos clínicos, sesiones o ponencias preparas por mes?:

5.- ¿Cuál es el número de pacientes que atiende usted diariamente?.....

6.- ¿Cuál es el porcentaje de pacientes que usted percibe que atiende satisfactoriamente?

25%

50%

75%

100%

7.- Si en la pregunta anterior contestó 25% o 50%, considera usted que esto es un factor estresante

Si

No

8.- ¿A qué servicio pertenece (especifique nombre)?.....

9.- ¿Le parece su servicio estresante? A. Si..... B. No.....

¿Por qué?

.....
.....

10.- Si respondió si al ítem anterior, cuál de todos los meses le parece el más estresante.

¿Por qué?

.....
.....
.....

9.- En los períodos que usted padece de situaciones de estrés durante lo que va del año, marque cuál de los siguientes trastornos ha experimentado con respecto a su salud:

(EXCEPTUAR LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMEADES CRÓNICAS O QUE NO SE RELACIONEN CON ESTRÉS)

A.- TRASTORNOS GASTROINTESTINALES:

- Globus (sensación de nudo en la garganta)*
- Rumiación (regurgitación y masticación del contenido intestinal)*
- Dolor precordial no cardíaco (marque solo si carece de antecedentes de cardiopatías)*
- Ardor de estómago funcional (pirosis)*
- Disfagia funcional (incapacidad para la deglución de alimentos)*
- Dispepsia funcional (incapacidad para la digestión adecuada de alimentos)*
- Aerofagia (ingreso de aire a estómago y esófago seguido de eructos abundantes)*
- Síndrome de intestino irritable (alteración del ritmo defecatorio acompañado dolor e hinchazón)*
- Estreñimiento funcional (menos de tres deposiciones por semana)*
- Diarrea funcional (deposiciones acuosas acompañadas de urgencia e incontinencia)*
- Incontinencia funcional (incapacidad de contener las heces fecales, no relacionado a alteraciones neurológicas ni anatómicas)*
- Clínica compatible con úlcera péptica (Dolor corrosivo que se localiza en el epigastrio y suele aparecer entre 1 y 3 horas después de las comidas o por la noche)*

durante las horas de sueño. Suele ceder tras la ingesta de alimentos, y seguir una evolución cíclica con exacerbaciones de semanas o meses de duración que se intercalan con períodos en los que no se manifiesta)

- Clínica compatible con colitis ulcerosa (síntomas típicos incluyen diarrea (algunas veces con sangre) y con frecuencia dolor abdominal.)*
- La enfermedad de Crohn (dolor abdominal y la diarrea, aunque también pueden presentarse rectorragia, pérdida de peso con déficit nutricional, fiebre, dolores articulares y afectación anal)*
- OTROS.....

B.- TRASTORNOS CARDIOVASCULARES:

- Hipertensión arterial sistólica (CONFIRMADO CON TOMA DE P.A CON ESFINGOMANÓMETRO O CON M.A.P.A (Monitoreo ambulatorio de Presión Arterial))*
- Arritmias cardíacas (CONFIRMADAS CON EKG)*
- OTROS.....

C.- TRASTORNOS DERMATOLÓGICOS:

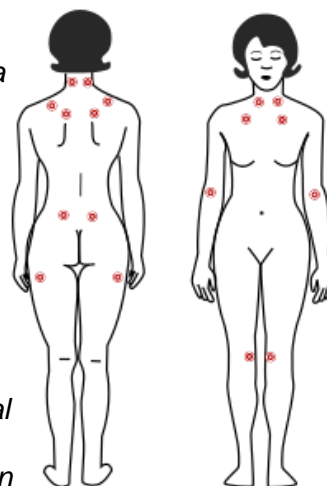
- Dermatitis atópica (Prurito, Ampollas que supuran y forman costras enrojecimiento o inflamación de la piel alrededor de las ampollas, erupción cutánea)*
- Psoriasis (lesión elemental es una pápula o placa eritematosa, de tamaño diverso y tono rojo oscuro, bordes delimitados y habitualmente cubierta de escamas.)*
- Acné vulgaris (comedones o espinillas o inflamación de folículos pilosebáceos)*
- Hiperhidrosis (sudoración excesiva)*

D.- TRASTORNOS MÚSCULO- ESQUELÉTICOS

Lumbalgia: dolor lumbar asociado a contractura muscular

Fibromialgia

Marque esta alternativa solo si se experimenta dolor en los puntos gatillo graficados en el siguiente esquema, y si estos se encuentran asociados a labilidad emocional o cambios del estado de ánimo o variaciones en el patrón normal del sueño.



E.- TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Cafaleas tensionales (dolor de cabeza asociado a contractura muscular en la región cervical)

Depresión (profunda tristeza, decaimiento anímico, pérdida de interés)

Ansiedad (sensación de intranquilidad y perturbación constante)

Tiempo de síntomas de las diferentes patologías que ha padecido:

.....
.....
.....

Exámenes auxiliares que se realizó al respecto:

.....
.....

Antecedentes de enfermedades crónicas:

.....
.....

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.