

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**TITULO: “DEPRESION Y SINDROME BURNOUT COMO
FACTOR DE RIESGO EN MEDICOS DEL HOSPITAL HIPOLITO
UNANUE DE TACNA - 2011”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO**

AUTOR: NANCY CARPIO CONDE

ASESOR: Med. JOSÉ REVILLA URQUIZO

TACNA – PERÚ

2011

DEDICATORIA

Dedico a Dios, por enseñarme el camino correcto de la vida,
guiándome y fortaleciéndome cada día.

A mi hija Fabianita por ser fuente de inspiración y motivación de
superación ante la adversidad, para que la vida nos depare un
futuro mejor.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis padres Enriqueta y Jorge, por su ejemplo de perseverancia y constancia; por su amor, paciencia, comprensión, y motivación, en mis esfuerzos de superación profesional.

A mis hermanos Mateo y Mariela por creer y confiar en mí, apoyándome en todas las decisiones que he tomado en la vida.

A mi asesor el Dr. Revilla por apoyar desinteresadamente en la formulación y ejecución de este proyecto que enmarca el último escalón hacia un futuro en donde sea participe del cuidado de la salud de mis semejantes.

Al Dr. Sánchez Esquiche por brindarme las facilidades para la realización del presente proyecto.

A todos los médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna que participaron de este proyecto haciéndolo viable

INDICE

Resumen	01
Introducción.....	02
CAPITULO I	
1. El Problema de Investigación.....	04
1.1. Fundamentación del Problema.....	04
1.2. Formulación del Problema	06
1.3. Objetivos de la Investigación	07
1.3.1. Objetivo General.....	07
1.3.2. Objetivos Específicos	07
1.4. Justificación	08
1.5. Definición de Términos	10
CAPITULO II	
2. Revisión Bibliográfica	11
2.1. Antecedentes de la Investigación	11
2.2. Marco Teórico	17
2.2.1. Desarrollo Histórico de la Depresión	17
2.2.1.1. Grecia	17
2.2.1.2. Edad Media y Renacimiento	17
2.2.1.3. Siglo XVIII	18
2.2.1.4. Siglo XIX	18
2.2.1.5. Siglo XX	18
2.2.2. Depresión	19
2.2.2.1. Definición	19
2.2.2.2. Causas de Depresión.....	19
2.2.2.3. Clínica de la Depresión.....	21
2.2.3. Episodios Depresivos	23
2.2.3.1. Definición.....	23
2.2.3.2. Clasificación Internacional de las Enfermedades	25
2.2.3.3. Clasificación Según el Manual Diagnostico y Estadios de los Trastornos Mentales (DSM-IV)	29
2.2.4. Escala de Zung	31
2.2.5. Burnout	33
2.2.5.1. Definiciones y Características Generales....	33

2.2.5.2.	Dimensiones del Burnout	34
2.2.5.3.	Aspectos Epidemiológicos de Síndrome de Burnout	35
2.2.5.4.	La Evolución del Cuadro Clínico y su Sintomatología	39
2.2.5.5.	Diagnostico Diferencial	40

CAPITULO III

3.	Hipótesis, Variables y Definiciones Operacionales	44
3.1.	Hipótesis.....	44
3.2.	Variables y Definiciones Operacionales.....	45

CAPITULO IV

4.	Metodología de la Investigación	48
4.1.	Diseño.....	48
4.2.	Ámbito de Estudio	48
4.3.	Población y Muestra	48
4.4.	Criterio de Inclusión	48
4.5.	Criterio de Exclusión.....	49
4.6.	Técnica e Instrumentación de Recolección de Datos	49

CAPITULO V

5.	Procedimiento de Análisis de Datos	49
5.2	Trabajo de Campo	49

CAPITULO VI

6.1	RESULTADOS.....	51
	Discusión.....	76
	Conclusiones.....	82
	Recomendaciones.....	83
	Bibliografía.....	84
	Anexos.....	88

RESUMEN

Introducción: en personas que se encuentran en situaciones de estrés constante y exceso de trabajo como son los médicos experimentan una serie de procesos psicobiológicos que repercuten directamente sobre su estado de ánimo y entorno en general. **Objetivos:** Identificar la prevalencia y el grado de depresión y síndrome Burnout como factor de riesgo en médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna **Material y métodos:** Se utilizó un estudio descriptivo de corte transversal. La población y la muestra están conformadas por 58 médicos que cumplían los criterios de inclusión. **Resultados:** En el presente trabajo de investigación se encontró que 91.37% de médicos que laboran en el Hospital Hipólito Unanue presentan depresión 86.79% presenta depresión leve, y 13.20% presenta depresión moderada. El sexo, edad, estado civil lugar de procedencia especialidad, horas que labora por semana, condición laboral, años de ejercicio profesional, trabaja solo en hospital, si hace guardias o no y síndrome de Burnout no son factores de riesgo de depresión en esta población **Conclusiones:** la presencia de depresión en los médicos del Hospital Hipólito Unanue es alta y el síndrome Burnout no es factor de riesgo.

INTRODUCCIÓN

El informe de la OMS (2000) de evaluación de la calidad de los sistemas de salud y procedimientos de mejora describe a los recursos humanos como pieza clave del funcionamiento del sistema y de la calidad de la asistencia.

La depresión es un trastorno de la afectividad en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad. El Síndrome de Burnout se define como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Sin embargo, no sería completa la descripción del síndrome si no se describe el contexto económico, social y laboral en el cual surge. Por tanto la depresión y el síndrome de Burnout son motivo de preocupación, por las repercusiones personales que implica, ya sean emocionales, conductuales o psicósomáticas, por las repercusiones familiares y sociales, así como por la repercusión en el ámbito laboral u organizacional, como ausentismo laboral, disminución del grado de satisfacción de los profesionales y usuarios de sus servicios y pérdida de productividad.

Por lo expuesto anteriormente y debido a lo preocupante que resultan dichos trastornos mentales, como profesionales y futuros profesionales de la salud decidimos realizar este estudio con el propósito de investigar y analizar la frecuencia de la depresión y síndrome de Burnout como factor de riesgo de depresión en los médicos del Hospital Hipólito Enanque, con el objetivo de motivar la prevención tanto para mejorar la calidad de vida del profesional como la atención al paciente.

Para ello se usó un estudio descriptivo de corte transversal. La población y la muestra están conformadas por médicos que cumplieron los criterios de inclusión. Este trabajo se realizó a través de encuestas utilizando para el Screening de depresión la escala de Zung, compuesto por 20 ítems, validada para la detección

de los episodios depresivos; y el síndrome de Burnout será medida a través del cuestionario del Síndrome de Burnout de Maslach (1997) y consta de 22 ítems Tipo Escala Likert, que recoge tres dimensiones del Síndrome de Burnout: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal respecto a las tareas realizadas en el trabajo.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión es la principal causa de discapacidad. En la actualidad, 121 millones de personas sufren depresión y la carga que representan las enfermedades depresivas está aumentando. La OMS advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, y este número aumentará si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés. A nivel mundial, la incidencia de esta enfermedad es hasta dos veces más alta en las mujeres que en los hombres. También se observa que la depresión afecta cada vez más a los jóvenes. La dependencia del alcohol y de otras sustancias, así como los suicidios son problemas graves y cada vez más difundidos que guardan estrecha relación con la depresión (1)

Un estudio de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) acerca de las políticas y programas de salud mental concernientes a los trabajadores de Alemania, Estados Unidos, Finlandia, Polonia y el Reino Unido muestra que la incidencia de los problemas de salud mental está aumentando, hasta el punto de que uno de cada diez trabajadores sufre depresión, ansiedad, estrés o cansancio, que en algunos casos llevan al desempleo y a la hospitalización. (1)

Es así que La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas (infartos, insuficiencia coronaria, accidente cerebro vascular) mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar (2)

Por otro lado, en una reciente publicación de la OPS/OMS se presenta “al síndrome de Burnout como uno de los cinco problemas sanitarios más graves de la actualidad, tanto por la alta prevalencia de afectación en profesionales de la salud como por las posibles consecuencias en la población asistida por dichos profesionales” (3)

Por tanto los médicos como humanos que son, no son ajenos a estas situaciones, cuya incidencia varía en todas las investigaciones realizadas, sin embargo no hay área médica libre de estas alteraciones, y no hay persona que trabaje en salud que no pueda exponerse a ello

La depresión y el síndrome de Burnout en los médicos es un problema alarmante sin embargo casi nunca se proporciona la atención e importancia debidas, ser médico no es fácil. Nuestro rol profesional y social ha ido cambiando a lo largo del tiempo, pero la convivencia diaria con el dolor, la enfermedad y la muerte de nuestros semejantes, sin estar emocionalmente adiestrado para ello, puede pasar al profesional de la Medicina una factura afectiva que, a veces, trastocará su ejercicio profesional hasta el punto de hacerlo inviable.

Se ha destacado en distintos estudios que un 5- 12% de los médicos presenta un deterioro suficiente como para afectar seriamente a su práctica laboral, con el daño que de ello puede derivarse para sus pacientes y para sí mismos. Se estima que, al menos, un 10-20% de los médicos en activo están emocionalmente perturbados

1.2.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia de depresión en médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2011?

¿Existe relación estadísticamente significativa entre depresión y síndrome Burnout en médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2011?

1.3.OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de depresión, y síndrome de Burnout como factor de riesgo en médicos del Hospital Hipólito Unanue de la ciudad de Tacna 2011

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la frecuencia de grado de depresión que presentan médicos del Hospital Hipólito Unanue de la ciudad de Tacna 2011
2. Determinar la frecuencia de presentación de despersonalización, cansancio emocional y realización profesional. de los médicos del Hospital Hipólito Unanue de la ciudad de Tacna 2011
3. Determinar si existe relación estadísticamente significativa entre depresión y síndrome de Burnout en médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2011

1.4.JUSTIFICACIÓN

La depresión y el síndrome de desgaste (Burnout) es un problema que se está presentando en profesionales que trabajan con personas, en especial en los médicos, por ser una profesión en la que influyen factores externos e internos que pueden desencadenar dichos padecimientos; por externos entendemos cuestiones institucionales e internos como la personalidad del trabajador. El propósito de este trabajo es dar un panorama general de estos trastornos, considerando sus principales signos y síntomas para que los médicos identifiquen esta problemática en ellos y/o en sus compañeros de trabajo

El conocimiento respecto a frecuencia y los factores epidemiológicos y laborales asociados a estos trastornos permitirá a la Coordinación y o Dirección del Hospital Hipólito Unanue de Tacna , implementar programas de promoción de la salud ocupacional para el profesional medico

En los últimos años estos trastornos han adquirido especial relevancia, sobre todo por la serie de repercusiones que tiene en el ámbito laboral y personal. La salud laboral del personal sanitario puede incidir tanto en la calidad prestada como en su formación. Existen numerosos estudios sobre la prevalencia de este síndrome en diferentes profesionales de la salud, pero el presente trabajo incorpora la relación que puede guardar el síndrome de Burnout con la depresión así como categorizar el grado de depresión y síndrome de Burnout y su asociación con diferentes factores demográficos para luego plantear una serie de medidas con el propósito de brindar ayuda psicológica para mejorar sus condiciones de vida.

La relevancia social se fundamenta en la necesidad de promover la salud ocupacional, tendente a prevenir los trastornos mentales en los profesionales de salud mediante el control de los factores de riesgo modificables, que garanticen un mejor desempeño profesional.

La investigación contribuirá en el conocimiento de los factores epidemiológicos y laborales asociados a la depresión y Síndrome de Burnout, porque en la actualidad no existe consenso al respecto.

La investigación es factible económica y administrativamente. Económica, porque será autofinanciada por el tesista y administrativa, porque se contó con la aprobación de la Dirección del Hospital Hipólito unanue de Tacna

El estudio es viable porque se emplearon instrumentos validados y se cuenta con experiencia para la aplicación de los mismos. Adicionalmente, los resultados que se obtengan servirán de base para futuros trabajos de investigación.

Para ello se utilizó la Escala de Depresión de Zung que discrimina bastante bien la presencia de cuadros depresivos según el puntaje que logra el sujeto en su autoevaluación. El citado instrumento, además, ha sido validado para uso en población peruana por Novara

1.5.DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Burnout : es un síndrome relacionado con el trabajo , surge por la percepción del sujeto de una discrepancia entre los esfuerzos realizados y lo conseguido , sucede con frecuencia en los profesionales que trabajan cara a cara con clientes necesitados o problemáticos, se caracteriza por un agotamiento emocional falta de energía distanciamiento y cinismo hacia los destinatarios, sentimientos de incompetencia deterioro del auto concepto profesional actitudes de rechazo hacia el trabajo y por otros diversos síntomas psicológicos como irritabilidad ansiedad tristeza y baja autoestima .(4)

Agotamiento emocional: Disminución y pérdida de recursos emocionales. (4)

Despersonalización o deshumanización: Desarrollo de actitudes negativas de insensibilidad hacia los receptores del servicio prestado. (4)

Falta de realización personal: Tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal. (4)

Depresión: Alteración de la conducta caracterizado por sentimientos de tristeza, desesperanza secundaria a tragedia, pérdida de familiares, patologías terminales. (5)

Test Psicométrico: Es un método complementario de exploración que ayudan a una mejor evaluación psicológica del individuo, así como a la medición de los componentes de la enfermedad mental. (6)

Test de Zung: Es una escala para la autoedición de la depresión comprende una lista de 20 ítems. (7)

Depresión leve: Puntuación de 28 a 41 según la escala de Zung. (7)

Depresión moderada: Puntuación de 42 a 53 según la escala de Zung. (7)

Depresión severa: Puntuación por encima de 53 según la escala de Zung (7)

CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Elizabeth Pérez Cruz (mexico-2006)

Según la investigación “Síndrome de Burnout como factor de riesgo de depresión en médicos” con el objeto de identificar los factores de riesgo relacionados con la depresión y evaluar la influencia del síndrome de Burnout en médicos residentes de un hospital de tercer nivel de la ciudad de México, realizando un estudio observacional y analítico en el cual se aplicó un cuestionario conformado por tres secciones, reactivos de factores socio demográficos y aspectos del entorno laboral, escala auto aplicable de zing para la depresión y Maslach Burnout Inventory, llegando al siguiente resultado: la frecuencia de depresión en la población general fue del 16.3%; para los médicos residentes clínicos fue del 16% y para los quirúrgicos del 16.7%. El síndrome de Burnout se determinó en 35% de los médicos y predominó en el grupo clínico. El área más afectada fue la de despersonalización (25%), seguida del cansancio emocional (16.2%). El estudio mostró, como factores de riesgo para la depresión aunado al síndrome de Burnout, algunas enfermedades ($p < 0.05$). Llegando a la conclusión de que la depresión es un trastorno cada vez más frecuente en la población médica y tiene repercusiones en la salud y en el desempeño laboral. Este trastorno en ocasiones no se identifica; por lo tanto, es necesario realizar estudios longitudinales que permitan llevar a cabo estrategias de prevención en los programas de residencias médicas (8).

Milagros dueñas, Luzbenia Merma, Ricchard Ucharico (socipem) (Tacna Perú 2003)

Según “Prevalencia de Burnout en Médicos de la Ciudad de Tacna” con el objetivo de analizar el grado de desgaste profesional en médicos de la ciudad de Tacna y la influencia de algunos factores en el mismo. Se constituye un trabajo de diseño transversal descriptivo y analítico cuyo desplazamiento fue distrital a médicos generales y especialistas la población queda conformada por una muestra estratificada de médicos de hospital y de centros de salud de la ciudad de Tacna a la cual se aplicó un cuestionario administrado y anónimo, teniendo como resultado que. A partir de un total de 90 cuestionarios válidos (35% de la población) reflejan una edad, media de 42.7 + - 8.6 años: 84 5 varones 78 % casados 74% ejercen en hospitales, los valores medios obtenidos fueron: despersonalización: 4.64 ausencia de logros personales 44.35 y agotamiento emocional de 14.4, Un 15% presentó elevadas puntuaciones en alguna de las tres. Para la ausencia de logros personales las medias fueron significativamente inferiores en mujer, de hospital. Más de 10 años de antigüedad en la profesión más de 40 años de edad. Un 42% presentaba alteraciones psicofísicas de depresión. Concluyendo que se encontró un nivel bajo o muy inferior de desgaste profesional en los encuestados, Solo el 15,5 de la población presenta niveles altos de Burnout en alguna de las tres escalas y su distribución es diferente en cada una de las tres áreas estudiadas, la antigüedad conflictividad sociolaboral y familiar, ciertas características personales y laborales se asocian con niveles altos de desgaste (9)

Armand Grau, Daniel Flichtentrei, Rosa Suñer, Sílvia Font-Mayolas, María Prats y Florencia Braga IntraMed (marzo 2009)

Según “El Síndrome Burnout en médicos hispanoamericanos” cuyo objetivo fue comparar la prevalencia de Burnout entre profesionales sanitarios de países de habla hispana y explorar su asociación con las características socio demográficas y profesionales de los trabajadores y con sus percepciones, se ha

estudiado el síndrome de Burnout en 11530 profesionales de la salud de habla hispana (51% varones, edad media 41.7 años) se utilizó Maslach Burnout Inventory y un cuestionario de elaboración propia vía online desde el portal sanitario intramed. La prevalencia de Burnout en los profesionales residentes en España fue de 14,9%, del 14,4% en Argentina, y del 7,9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%. Por profesiones, Medicina tuvo una prevalencia del 12,1%, Enfermería del 7,2%, y Odontología, Psicología y Nutrición tuvieron cifras inferiores al 6%. Entre los médicos el Burnout predominaba en los que trabajaban en urgencias (17%) e internistas (15,5%), mientras que anestesistas y dermatólogos tuvieron las prevalencias más bajas (5% y 5,3% respectivamente). Fueron variables protectoras la mayor edad (OR=0,96), tener hijos (OR=0,93), la percepción de sentirse valorado (OR=0,53), el optimismo (OR=0,80), la satisfacción profesional (OR=0,80) y la valoración económica (OR=0,91). Concluyendo que la prevalencia del Burnout es mayor en España y Argentina y los profesionales que más lo padecen son los médicos. La edad, tener hijos, la percepción de sentirse valorado, el optimismo, la satisfacción laboral y la valoración económica, son variables protectoras de Burnout (10)

Rodolfo Quiroz Valdivia, Santiago Saco Méndez. (Cusco)

Según “Factores Asociados al Síndrome de Burnout en médicos y Enfermeras del Hospital nacional Sur Este de ESSALUD del Cusco” con el objetivo de determinar la prevalencia del síndrome de Burnout y determinar si existe asociación entre el síndrome Burnout y variables socio demográficas, problemas familiares, motivación para el trabajo satisfacción laboral, auto percepción del desempeño laboral, se utilizó cuestionarios estructurados especialmente confeccionados teniendo como resultado: La prevalencia del síndrome Burnout se encuentra en grado bajo en el 79.7% de médicos y 80% de enfermeras; en grado medio en el 10.9% de médicos y 1.4% de enfermeras. No se encontró síndrome Burnout en alto grado,

Existe asociación estadísticamente significativa con las siguientes variables: sexo masculino la profesión de médico tiempo de servicio mayor de 12 años, baja motivación laboral, baja satisfacción laboral y alta insatisfacción laboral. Existe baja asociación estadística con el trabajo mayor de 40 horas semanales, menos de 6 horas de esparcimiento semanal y otros trabajos fuera del hospital, existe correlación inversa con situación laboral, motivación para el trabajo auto percepción laboral satisfacción laboral e insatisfacción laboral. No se encuentra asociación estadísticamente significativa con el número de horas de trabajo ni con quien vive (11)

Víctor Manuel Joffre Velázquez, José Ma. Peinado Herreros², Ma. Del Carmen Barrientos Gómez¹, Dolores Lin Ochoa¹, Francisco Vázquez Nava¹, Arturo Llanes Castillo (Tamaulipas 2010)

Según “Síndrome de Burnout en médicos de un Hospital General en el Noreste de México” con objetivo general de analizar si existe una relación estadísticamente significativa entre las variables genero y los tres dominios de esta escala en médicos que laboran en el Hospital General Dr. Carlos Canseco de Tampico Tamaulipas la muestra fue 84 médicos especialistas y no especialistas cuyos resultados son: Para las dimensiones que conforman el cuestionario de Maslach se documentó que en el agotamiento o cansancio emocional, el 94% (n=79) calificó con un nivel bajo de gravedad. En cuanto a la despersonalización, el 38.1% (n=32) obtuvo una puntuación con un nivel de gravedad bajo, y para la realización profesional, se documentó que el 97.6% (n=82) calificó con un nivel alto. Los resultados obtenidos permiten ver que no hubo relación estadísticamente significativa entre el género y los tres dominios (13)

Zumárraga Rebeca del Consuelo, García Jorge Mauricio, Yopez Lupe Bernarda (Quito 2008)

Según Prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos de tres hospitales” con el objetivo de determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en los médicos tratantes de tres hospitales públicos de la ciudad de Quito con un diseño transversal donde participaron 108 médicos tratantes, mediante la aplicación del test de Maslach La prevalencia del síndrome de Burnout fue 7.4% en las categorías de agotamiento emocional y despersonalización, siendo más frecuente en el género masculino y en los tratantes de las especialidades anestesiología, traumatología, cirugía vascular, endocrinología, emergencia y reumatología. El 14.7% de los médicos tuvieron niveles altos de agotamiento emocional, un 16.7% mostraron niveles altos de despersonalización y apenas un 2.7% evidenciaron una baja realización personal. Concluyendo que los médicos tratantes investigados están cursando la segunda etapa evolutiva del síndrome de Burnout. Es necesario conducir otros estudios sobre el tema para precisar la realidad del problema y sus implicaciones sobre la práctica médica en nuestro medio (13)

Mariano Giardina (México 2010)

Según “Síndrome de Burnout en los médicos” cuyo objetivo fue analizar las características generales de la población de profesionales de la salud del Hospital Provincial del Centenario de la ciudad de Rosario, se utilizo un estudio tipo descriptivo y transversal, la muestra quedo conformada por 1000 médicos que trabajan en los distintos servicios llegando al siguiente resultado En cuanto a la evaluación de los niveles de síndrome de Burnout, el 73% de la población estudiada presentó cansancio emocional; el 85% presentó despersonalización y el 68% presentó realización profesional positiva.

Así, el 67% alcanzó niveles de síndrome de Burnout altos, el 23% alcanzó niveles de síndrome de Burnout intermedios y el 10% alcanzó niveles de síndrome de Burnout bajos.

Conclusión. Las mayores probabilidades de padecer un nivel alto de síndrome de Burnout se relacionó con: el sexo masculino, determinadas especialidades médicas, ejercer solamente en el Hospital Centenario y realizar guardias médicas. Las menores probabilidades de padecer síndrome de Burnout se relacionó con: la edad de 55 años o más y el ejercicio de su profesión desde hace 25 años o más. No se encontró diferencia significativa entre niveles de síndrome de Burnout y convivencia en pareja, hijos en relación de dependencia, año de residencia y cantidad de pacientes que atienden por día (14)

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1. DESARROLLO HISTÓRICO DE LA DEPRESIÓN

2.2.1.1 GRECIA

Hipócrates primeras referencias conceptuales y descripciones clínicas de la melancolía. En su obra Corpus Hippocraticum describe el tipus melancolicus, con tendencia a padecer este trastorno en primavera y otoño y cuya causa es un exceso de bilis negra. También describe la manía, aunque se limita a considerarla como un estado inespecífico de agitación psicomotriz. Además integra en una teoría: “TEORÍA DE LOS HUMORES” los conocimientos hasta entonces dispersos. Relacionó los cuatro humores con las estaciones del año y sus cualidades climáticas, lo cual determinaba los temperamentos del hombre. (15)

HUMOR	ESTACIÓN	CUALIDADES
Sangre	Primavera	Templado y húmedo
Bilis amarilla	Verano	Caliente y seco
Bilis negra	Otoño	Frío y seco
Flema	Invierno	Frío y húmedo

2.2.1.2 EDAD MEDIA Y RENACIMIENTO

Alejandro Trajano concibió la manía como una forma de melancolía que progresa hacia la locura agitada y nos proporciona descripciones clínicas de ambos estados. (16)

Paracelso, ya entrando al renacimiento, resaltó el curso periódico de la manía y la melancolía. También diferenció entre causa endógena y causa exógena. (15)

2.2.1.3 SIGLO XVIII

Philippe Pinel y Johann Heinrich Heinroth describieron como melancolía lo que hoy en día consideraríamos más bien un cuadro de esquizofrenia residual y denominaron manía a lo que corresponde al estado de agitación de la esquizofrenia. (16)

William Cullen recoge la visión que había hasta esa época de la enfermedad; la melancolía se consideraba como un trastorno afectivo con euforia y depresión, pero la manía era un trastorno intelectual (el componente afectivo pasaba a un segundo plano). Cullen la consideraba como una demencia (16)

2.2.1.4 SIGLO XIX

Falret por primera vez, propone la enfermedad maniaco-depresiva como se entiende hoy; en el paso de la melancolía a la manía observó una metamorfosis más que una transformación. (16)

Griesinger y Kalhbaum apoyaron una visión más unitaria de los distintos fenómenos psicopatológicos y concibieron, a partir de la teoría de la psicosis única, la concepción de que la melancolía y manía eran estudios de una enfermedad mental. Kraepelin, en la 6ª. Edición de su tratado de psiquiatría expone la diferencia entre psicosis maniaco-depresiva y la demencia precoz, en función del pronóstico. (16)

2.1.1.5. SIGLO XX

Leonhard, en 1957, establece una diferencia entre las depresiones bipolares y las unilaterales, con el apoyo posterior de Perris y Angst. Los tres autores se enfrentan pues a la idea de la psicosis unitaria. (16)

Cassano y otros autores en los últimos años plantean los distintos tipos de depresiones (con o sin manía, con historia familiar de trastorno familiar de

trastorno afectivo, con fases de manía farmacógena, con oscilaciones en el estado de ánimo que no llegan a configurar fases de manía, etc.) como un espectro de trastornos afectivos que iría desde la depresión monopolar a la depresión bipolar más grave- (16)

2.2. 2 DEPRESIÓN

2.2.2.1. DEFINICIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), describe a la depresión como un trastorno de la afectividad en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad. (17)

El Manual de Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, en inglés: Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders (DSM), la describe como humor disfórico diciendo así: “pérdida de interés o insatisfacción en toda o casi todas las actividades o pasatiempos usuales. Se expresa por síntomas tales como: deprimido, triste, desesperado, irritable, preocupados...”. (17)

2.2.2. 2. CAUSAS DE DEPRESIÓN

- Herencia
- Factores bioquímicos
- Situaciones estresante
- Estacionalidad
- Personalidad

No existe una sola causa para la depresión. La depresión puede estar causada por unos o varios factores. Algunas personas tienen mayor probabilidad

de tener depresión que otras. Hay diferentes razones que intentan explicar esta predisposición. (18)

Herencia

Existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad. Sin embargo no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad. Además la depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad. (18)

Factores bioquímicos

Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel importante en los trastornos depresivos. Se sabe, por ejemplo, que las personas con depresión grave típicamente tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina, dopamina, acetilcolina y neuropéptidos como la somatostatina. (19)

Lo que aun no se sabe es si el “desequilibrio bioquímico” de la depresión tiene un origen genético o es producido por estrés, por un trauma, o por una enfermedad física u otra condición ambiental. (18)

Situaciones estresantes

Muerte de un familiar próximo o de un amigo, una enfermedad crónica, problemas interpersonales, dificultades financieras y el divorcio pueden ocasionar síntomas de depresión que sostenidos a lo largo del tiempo pueden desencadenar en una depresión clínica. (18)

Estacionalidad

Trastorno afectivo estacional: se ha observado que hay personas que desarrollan depresión durante los meses de invierno, cuando los días se hacen más cortos. Es posible que la reducción de la cantidad de horas de luz afecte el equilibrio de ciertos compuestos químicos en el cerebro, dando lugar a síntomas de depresión. (18)

Personalidad

Las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer de depresión. Estos atributos pueden resaltar el afecto de las situaciones de estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlas o reponerse de las mismas.

Aparentemente los patrones de pensamiento negativo típicamente se establecen en la niñez o adolescencia y van conformando a lo largo del tiempo un patrón de pensamiento depresivo. (18)

2.2.2.3 CLÍNICA DE LA DEPRESIÓN

Los síntomas y signos de la depresión se focalizan en cuatro áreas básicas: conductual, afectiva, cognitiva, y neurovegetativa. (20)

La persona depresiva pierde el interés en casi todas las actividades usuales y en las que antes le ocasionaban placer. (20)

Prefiere estar triste desesperanzada, desanimada. A menudo recurre a expresiones como: “me siento dentro de un hoyo”, “creo que toqué fondo”. (18)

Hay trastornos del apetito, generalmente por disminución del mismo, junto con una pérdida significativa de peso. Otras personas muestran un aumento del apetito o de la ingestión de alimentos aunque no haya apetito y también el peso. (20)

Son comunes los trastornos del sueño: dificultades para quedarse dormido, sueño interrumpido, demasiado sueño (hipersomnia). (20)

El aspecto psicomotor sufre alteraciones: la persona puede sufrir episodios de agitación, incapacidad para permanecer tranquila, estallidos de queja o de gritos. (20)

En el otro extremo, hay lentificación motora, que se traduce en un hablar muy pausado y en movimientos corporales lentos. Casi invariablemente decae la energía. La persona experimenta una fatiga constante, hasta la tarea más pequeña puede parecer una tarea difícil o imposible de lograr. (21)

A esto se agrega un sentimiento de minusvalía. La persona cree que todo lo ha hecho mal; y recuerda sus errores, magnificándolos. Se reprocha, incluso, detalles mínimos, y busca en el ambiente cualquier signo que refuerce la idea de que el no vale nada. (20)

Hay sentimiento de culpa, igualmente exagerados, sobre situaciones presentes o pasadas. Es frecuente que la persona tenga dificultades para concentrarse, y que le cueste tomar decisiones o recordar las cosas pasadas. (18)

Se presentan pensamientos constantes acerca de la muerte, que incluso lleva a elaborar ideas suicidas. Aunque puede sentir miedo de morir. No obstante estar convencido de que él y los demás estarían mejor si fallecieran. (18)

También se presenta síntomas como: llanto frecuente, sentimientos de angustia, irritabilidad, mal genio, preocupación excesiva por la propia salud física, ataques de pánico y fobias. (18)

No todas las personas que están en fases depresivas padecen de todos los síntomas. Algunas padecen de unos pocos síntomas, otras tienen muchos. La gravedad de los mismos síntomas varía según la persona y también puede variar con el tiempo. (18)

2.2.3 EPISODIOS DEPRESIVOS

2.2.3.1 DEFINICIÓN:

Son sucesos o eventos, que se caracterizan porque el enfermo que los padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio (según su intensidad y su duración) y en cada individuo. También son manifestaciones de los episodios depresivos: (22)

- La disminución de la atención y concentración.
- La pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- Una perspectiva sombría del futuro.
- Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- Los trastornos del sueño.
- La pérdida de apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. (22)

La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad: leve moderado o severo. Habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque periodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco. (22)

Algunos de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas somáticos son:

- Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras.
- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual.
- Empeoramiento matutino del humor depresivo
- Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas).
- Pérdida marcada de apetito.
- Pérdida de peso (del orden del 5% o más del peso corporal en el último mes). Pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático

habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes.

2.2.3.2 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES (CIE-10):

EPISODIOS DEPRESIVOS

- ✓ F32.0 Episodios depresivos leve.
- ✓ F32.1 Episodio depresivo moderado.
- ✓ F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- ✓ F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- ✓ F32.4 Otros episodios depresivos.
- ✓ F32.5 Episodio depresivo sin especificación.

F32.0 Episodios depresivos leve.

Pautas para el diagnóstico:

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatiga, suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. (23)

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tienen alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo. (23)

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos

F32.00 Sin síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas del episodio depresivo leve y están presentes pocos síndromes somáticos o ninguno. (22)

F32.01 Con síndrome somático

Se satisfacen las pautas del episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más de los síntomas somáticos si están presentes solo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría. (23)

F32.1 Episodio depresivo moderado.

Pautas para el diagnóstico:

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. (23)

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social o doméstica. (23)

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático:

F32.10 Sin síndrome somático:

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndromes somáticos. (23)

F32.11 Con síndrome somático:

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más de los síndromes somáticos (si están presentes solo dos o tres pero con gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría). (23)

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave. (23)

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotriz, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El

episodio depresivo debe durar normalmente dos semanas, pero si los síntomas particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas. (23)

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2 y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de lo que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. (23)

F32.4 Otros episodios depresivos.

Episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos señalados en F32.0-F32.3, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva. (23)

Por ejemplo, mezclas fluctuantes de síntomas depresivo (especialmente de la variedad somática) con otro; síntomas como tensión, preocupación, malestar o mezcla de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no

debido a causas orgánicas (como los que se observan en ocasiones en los servicios de interconsultas de hospitales generales). (23)

F32.5 Episodio depresivo sin especificación.

Incluye:

Depresión sin especificación.

Trastorno depresivo sin especificación.

2.2.3.3 Clasificación según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV):

La DSM IV ubica a la depresión dentro de los trastornos del estado de ánimo, cuya característica principal es la alteración del humor. La encontramos en dos categorías: como episodio y como trastorno. En ambos casos quedan abolidas las finas delimitaciones cualitativas presentes en las descripciones clínicas de la psiquiatría clásica, poniéndose en primer plano las diferencias cuantitativas propias de un prognatismo que elabora clasificaciones cuyo principal objetivo es la eficacia medicamentosa. Desde el Anafranil en 1958, y después toda la gama de antidepresivos, terminaron por disolver la especificidad psiquiátrica de las depresiones. (24)

Criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor:

A- Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (24)

- (a) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio paciente (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).

- (b) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio paciente u observan los demás).
- (c) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
- (d) Insomnio o hipersomnia cada día.
- (e) Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
- (f) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- (g) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
- (h) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución objetiva o una observación ajena)
- (i) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente si un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B.- Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto. (24)

C.- los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. (24)

D.- los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica. (24)

E.- Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracteriza por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor. (24)

Respecto a este último criterio, vemos que el episodio depresivo puede responder tanto a lo que Kraepelin denominaba acceso melancólico hasta hoy entendemos como un síntoma neurótico. (24)

En el Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) de la American Psychiatric Association (Asociación Americana de Psiquiatría) se describen dos tipos de trastorno bipolar: tipo I y tipo II. (24)

En el **tipo I** (anteriormente conocido como trastorno maniaco-depresivo), ha habido al menos un episodio maniaco completo; sin embargo, las personas con este tipo de trastorno también pueden experimentar episodios de depresión mayor. (28)

En el **tipo II**, los periodos de hipomanía implican síntomas maníacos menos severos que alteran con, al menos, un episodio depresivo mayor. Cuando los pacientes tienen un periodo de empeoramiento, pueden estar en un estado maniaco, un estado depresivo o una combinación de ambos. (18)

2.2.4 ESCALA DE ZUNG

Ideado por Zung en 1965, fue traducida y validada al castellano por Conde. Es mucho más sencilla de manejar y más objetivable. Esta escala para la auto medición de la depresión (EAMD), comprende una lista de 20 ítems, cada ítem se refiere a una característica específica y común de la depresión. Los 20 temas esbozan de manera comprensiva los síntomas ampliamente conocidos como desordenes depresivos. (25)

Los párrafos están divididos en 4 columnas encabezados por: muy pocas veces, algunas veces, muchas veces y siempre; estos ítems se responden según los síntomas sean muy raros o muy frecuentes de 1 a 4 en los positivos (depresivos) o inversamente de 4 a 1 en los negativos de ánimo conservado. Valores inferiores a

28 se consideran normales, mientras que los superiores indican depresión, según el siguiente puntaje:

- Leve de 28-41
- Moderado de 42-53
- Grave por encima de este.

En la confección de la escala para la automedición de depresión (EAMD) de Zung se ha tomado ciertas precauciones necesarias. Al paciente le es imposible falsificar tendencias en sus respuestas, porque la mitad de los ítems están escritos como síntomas positivos y la otra mitad como negativos. Por ejemplo la afirmación “me siento triste y decaído” es positiva; la segunda “por las mañanas me siento mejor”, es una declaración negativa, porque refleja lo opuesto a lo que sienten la mayoría de pacientes deprimidos, que suelen sentirse peor en las mañanas. (7)

2.2.5 BURNOUT

2.2.5.1 DEFINICION Y CARACTERISTICAS GENERALES

El termino Burnout no existe en español, ni hay ninguno que pueda sustituirle. Se trata de una palabra que se utiliza frecuentemente por los deportistas para describir una situación en la que, en contra de las expectativas favorables, un atleta no logra obtener los resultados esperados por mas que se hubiera preparado y esforzado para conseguirlo: la traducción al castellano podría significar algo así como “estar quemado”(26)

Fue en los años 70 cuando Herbert Freudenberger un psicoanalista alemán, que trabajaba como asistente voluntario en una clínica para toxicómanos en Nueva York observó que la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, a los síntomas de ansiedad y de depresión, así como a la desmotivación en su trabajo y a la agresividad con los pacientes. Este autor definía "estar quemado" como el desgaste y el sentimiento de estar exhausto debido a las demandas excesivas de energía, fuerza o recursos; Afirmando que era el síndrome que ocasionaba la "adicción al trabajo" y que provocaba un desequilibrio productivo y, como consecuencia, las reacciones emocionales propias de la estimulación laboral aversiva. (26)

Estas observaciones fueron ratificadas por Cristina Maslach, Psicóloga Social norteamericana, investigadora especializada en este campo, quien trabajó con grupos de psicólogos, docentes, asistentes sociales, policías, enfermeros buscando la correlación entre los profesionales y los factores sociales y organizacionales. En 1976 denominó al síndrome como de “desgaste profesional o Burnout”, al observar un cuadro clínico que se caracterizaba por muestras de sufrimiento y desgaste emocional en los trabajadores que tenían una profesión de las denominadas "de ayuda a los demás" y en contacto directo con el público. (26)

Aunque es principalmente con los estudios, de Maslach y Jackson en 1981, cuando realmente adquiere verdadera importancia el estudio de este síndrome, ellas lo consideraron como un proceso de estrés crónico por contacto (26)

2.2.5.2 Dimensiones del Burnout:

Cansancio emocional: caracterizado por la creciente pérdida de energía, desgaste y agotamiento. Mientras se agotan sus recursos emocionales, los trabajadores se sienten que no pueden más. (26)

La despersonalización o deshumanización: se caracteriza por un cambio negativo de actitudes que lleva a un distanciamiento frente a los problemas, llegando a considerar a las Personas con las que tratan como verdaderos objetos o seres inanimados como por ejemplo en el caso de los profesionales en salud, “al de la cama 7 hay que darle...”, o “hay que repetirle La radiografía al amputado”, estas expresiones en muchas ocasiones son apropiadas e incluso necesarias para el desarrollo efectivo de la actividad habitual en un hospital, pero un grado Excesivo muestra sentimientos de inadecuación, insensibilidad y cinismo (26)

Falta de realización profesional: donde se dan respuestas negativas hacia sí mismos y Hacia el trabajo, con manifestaciones depresivas y con tendencia a la huida, una moral baja, un descenso en la productividad en el trabajo, lo que lleva a una escasa o nula realización Profesional donde se verbaliza comentarios como “no merece la pena intentar tal o cual acción porque hace años que está así y no hay quien lo cambie”, con sentimientos de frustración e ideas de abandonar en lo que tanto se ha invertido con grandes esfuerzos tanto personales como de formación. Los trabajadores se sienten infelices de sí mismos y descontentos en su trabajo. (26)

La teoría sugiere que el Burnout ocurre cuando se pierden ciertos recursos valiosos, son inadecuados para resolver demandas o no producen un rendimiento

satisfactorio. Las consecuencias del Burnout afectan a la institución y al empleado ya que una de las primeras reacciones que estos experimentan es el retiro. El retiro puede ser físico o psicológico donde se está físicamente presente pero mentalmente en otra parte. El término *Burnout* inicialmente sólo fue aplicable a trabajadores de servicios de ayuda, es decir, a aquellos que se utilizan a sí mismos como herramienta en el trabajo con otros, observado en profesiones como médicos, psicoanalistas, guarda de cárceles, trabajadores sociales y bomberos, Posteriormente se extendió a todos aquellos que interactúan en forma activa con trabajo de servicios humanos o “ayuda humana” dentro de estructuras funcionales. En la actualidad este fenómeno ha sido descrito en otro tipo de profesionales, como directivos y mandos intermedios de cualquier tipo de organización, entrenadores y deportistas, e incluso ha sido estudiado fuera del ámbito laboral (como en amas de casa). (26)

2.2.5.3 Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout:

Según los descritos en la literatura no parece existir un acuerdo unánime entre los diferentes autores si bien existe un determinado nivel de coincidencia para algunas variables:

1- Organizacionales: Son variables intrínsecas importantes en la interacción continua trabajador- puesto de trabajo: (27)

Dinámica de trabajo: Mala interacción con compañeros o supervisores.

Inadecuación profesional: No se adapta el perfil profesional y personal del individuo al perfil del puesto de trabajo que desempeña.

Sobrecarga de trabajo: Las exigencias del trabajo sobrepasan las racionalmente aceptables y ellas suelen ir acompañadas de excesos de tareas que no son agradables.

Los contenidos: Relacionados con la variedad de tareas, el grado de feedback, la identidad de las mismas y la realización.

Ambiente físico de trabajo: Estresores como el nivel de ruido que debe soportar el sujeto en el lugar de trabajo, sus características de intensidad, control y frecuencia suponen una fuente importante de estrés laboral.

Conflicto y ambigüedad de rol: Un rol puede ser definido como el conjunto de expectativas y demandas sobre conductas que se esperan de la persona que ocupa una determinada posición.

Estresores relacionados con las nuevas tecnologías: Las nuevas tecnologías afectan a los profesionales facilitando o entorpeciendo el desempeño de las tareas, y conllevan un cambio en las habilidades que el sujeto debe poner en práctica para desempeñar el trabajo.

Estructura organizacional: El Burnout se da en aquellas organizaciones excesivamente centralizadas o rígidas en las que prácticamente todo está previamente definido y las posibilidades de improvisar o de tomar decisiones están muy restringidas. También en estructuras descentralizadas donde la improvisación y el “verlas venir” se impone.

Estresores económicos: Cuando existe inseguridad económica (contrato inestable, ausencia del mismo, insuficiencia económica, previsiones negativas sobre el futuro del puesto de trabajo, etc.) aumenta la vulnerabilidad al Burnout.

Desafío en el trabajo: Se refiere a la circunstancia que a veces se da en los trabajadores, dentro del contexto laboral, de tener que estar continuamente demostrando su capacidad para desarrollar adecuadamente el desempeño laboral.

A más desafío más Burnout, y por consiguiente mayor despersonalización y menor realización personal.

El clima organizativo: está integrado por variables como la participación en la toma de decisiones, la autonomía en el trabajo, el compromiso con el trabajo y las relaciones con los compañeros.

2- Sociales: Son variables no relacionadas con el contexto laboral y sí con otros ámbitos que pueden originar fricciones: familia, estilos de vida, etc. :(27)

Comunicación: cuando los flujos comunicativos se deterioran en el ambiente social del individuo, la aparición del Burnout aumenta.

Actitudes de familiares y amigos: se refiere al sentido positivo o negativo de las actitudes que familiares y amigos tienen hacia la persona.

Problemas familiares: el hecho de que ocurran problemas familiares que distorsionen el funcionamiento normal de la dinámica del hogar, predispone a la persona a sufrir Burnout.

Recursos de afrontamientos familiares: cuando la familia facilita la puesta en marcha de recursos para afrontar las situaciones que pueden dar lugar a Burnout, la persona presenta menor vulnerabilidad a su padecimiento.

Cultura: el Burnout no afecta de la misma manera a individuos pertenecientes a una cultura u otra, debido a que ésta marca la forma de entender el desempeño laboral y las relaciones sociales (4).

3- Personales: Son variables propias del individuo y hacen referencia a aspectos de su personalidad, sentimientos, pensamientos, etc. :(27)

La edad: aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que

puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo éstos los primeros años de carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo, que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas, ni las esperadas.

Sexo: sería principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizá en este caso de los sanitarios, por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar, así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer.

El estado civil: aunque se ha asociado el síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables. En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas, con la ayuda del apoyo familiar.

La turnicidad laboral y el horario laboral de estos profesionales pueden conllevar, para algunos autores, la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo en enfermería donde esta influencia es mayor. Sobre la antigüedad profesional tampoco existe un acuerdo. Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestado en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel

de asociación con el síndrome. Naisberg y Fenning encuentran una relación inversa debido a que los sujetos que más Burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos Burnout presentaron y por ello siguen trabajando.

También el salario ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo de Burnout en estos profesionales, aunque no queda claro en la literatura. (27)

2.2.5.4 La evolución del cuadro clínico y su sintomatología

La podemos dividir en etapas:

1º Etapa: Se percibe un desequilibrio entre demandas laborales y recursos materiales y humanos de forma que los primeros exceden a los segundos, lo que provoca una situación de estrés agudo. (27)

2º Etapa: El individuo realiza un sobreesfuerzo, para adaptarse a las demandas. Esto solo funciona transitoriamente, empieza a perder el control de la situación y van apareciendo síntomas como menor compromiso con el trabajo, alienación y reducción de las metas laborales. Sin embargo hasta aquí el cuadro es reversible. (27)

3º Etapa: Aparece realmente el síndrome de desgaste profesional con los síntomas descriptos a los que se añaden: (27)

Síntomas psico-somáticos: cefalea, dolores osteomusculares, molestias gastrointestinales, úlceras, pérdida de peso, obesidad, cansancio crónico, insomnio, hipertensión arterial (HTA) y alteraciones menstruales.

Síntomas conductuales: ausentismo laboral, abuso y dependencia de drogas, alcohol, café, cigarrillos y problemas conyugales y familiares.

Síntomas emocionales: distanciamiento afectivo hacia las personas que ha de atender, ansiedad que disminuye la concentración y el rendimiento, impaciencia, irritabilidad. Pueden volverse insensibles, crueles y cínicos.

Síntomas defensivos: el individuo “desgastado” niega las emociones y conductas mencionadas y culpa a los pacientes, compañeros, jefes de su situación, no hace o no puede hacer nada para salir de ella.

4º Etapa: Puede presentar ausentismos laborales y falta de eficacia en su tarea, que lo convierte en un peligro más que en una ayuda para los destinatarios de sus servicios (27).

2.2.5.5 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Este síndrome ha sido calificado en publicaciones recientes como la “plaga del siglo XXI”, por lo que resulta necesario desde la perspectiva clínica y laboral conocer en qué consiste esta afección que aún no se presenta como una categoría diagnóstica clara en los manuales de psiquiatría y psicología. En el CIE-10 (Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades), se encuentra un grupo que se le asemeja al síndrome de agotamiento titulado “problemas respecto a las dificultades para afrontar la vida” También se debe diferenciar el Burnout de otros conceptos que se pueden solapar con él, como depresión, estrés e insatisfacción laboral. (26)

Diferencia entre Depresión y Burnout: el primero reúne una serie de síntomas de bajo estado de ánimo generalizado en un determinado tiempo. Es probable que la sintomatología tenga que valorarse para diferenciarlo de un trastorno distímico o una depresión mayor. La característica esencial del trastorno distímico es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años. Los sujetos con trastorno distímico describen su estado de ánimo como triste o “desanimado”. Durante los períodos de estado de ánimo depresivo hay al menos otros dos síntomas de entre

los siguientes: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. (26)

Los sujetos pueden señalar pérdida de intereses y aumento de la autocrítica, viéndose a menudo a sí mismos como poco interesantes o inútiles, puesto que estos síntomas se convierten en gran medida en una parte de la experiencia cotidiana (p. ej., “yo siempre he sido así”, “esta es mi forma de ser”). A lo largo del período de 2 años, los intervalos libres de síntomas no son superiores a 2 meses. Después de los 2 primeros años del trastorno distímico, pueden sobreañadirse al trastorno distímico episodios depresivos mayores. En estos casos (“depresión doble”) se diagnostica tanto el trastorno depresivo mayor como el trastorno distímico. La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. (26)

El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro *social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo*. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante. Mientras que en el Burnout la disminución en el estado de ánimo es temporal y específico al ámbito laboral. El Burnout no es igual que la depresión, pero los dos se relacionan de cerca y pueden compartir criterios diagnósticos o coexistir. Esta relación no es simple, es compleja y multidireccional. A través de la historia se ha mencionado que el Burnout puede

contribuir a la depresión (Maslach, 1982), la depresión puede contribuir al Burnout (Glass y otros., 1993) o que una predisposición para la depresión, según se refleja por una historia personal y familiar de depresión, podría aumentar el riesgo para el Burnout. (26)

Conexiones entre Estrés laboral y Burnout: se señala que la principal diferencia es que el primero es una consecuencia del estrés crónico experimentado en el contexto laboral, señalando que es una reacción al estrés en el trabajo en función de las demandas y características de la ocupación. Además el estrés tiene efectos positivos y negativos para la vida, en el Burnout siempre son negativos. El estrés laboral desempeña un papel importante en la etiopatogenia, por lo que se puede decir que el estrés en el trabajo es un predisponente esencial para el Burnout pero no la causa. Ya que sin estrés laboral es muy difícil que se origine el síndrome de Burnout; pero sufrir estrés laboral no implica necesariamente que luego vaya a producirse el síndrome. (26)

Con relación a la Insatisfacción laboral y el Burnout, Gil-Montes afirma que aunque ambas son experiencias psicológicas internas y negativas, el primero incluye cambios de conducta hacia los sujetos objeto de la actividad laboral, así como cambios en la calidad y desarrollo del trabajo y agotamiento o disminución de la energía para el trabajo. Mientras que el Burnout no se identifica con la sobrecarga de trabajo ni es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva que sigue el abandono de intereses que en un determinado momento fueron importantes para el sujeto. (26)

El cuestionario de Maslach Burnout Inventory mide el desgaste profesional y los tres aspectos del Síndrome: cansancio emocional, despersonalización y realización profesional. (27)

- Cansancio emocional: Consta de 9 ítems (1 al 9)
- Despersonalización: formada por 5 ítems (10 al 14)

•Realización profesional: constituida por 8 ítems (15 al 22)

Los grados de intensidad van desde: 0 (cero) = nunca; 1(uno) = pocas veces al año; 2 (dos) = una vez al mes; 3 (tres)= pocas veces al mes; 4 (cuatro)= una vez a la semana; 5 (cinco)= pocas veces a la semana; 6 (seis) = todos los días.

Altas puntuaciones en las dos primeras escalas y baja en la tercera definen al síndrome.

Como puntos de corte se pensó seguir los criterios seguidos por otros autores. Para cansancio emocional puntuaciones 27 o superiores son indicativos de un alto nivel de Burnout. El intervalo 19-26 correspondería a puntuaciones intermedias, siendo por debajo de 19 indicativas de niveles de Burnout bajos o muy bajos. (27)

Para despersonalización, puntuaciones superiores a 10 serian de nivel alto, 6-9 medio y menos de 6 bajo grado de despersonalización. En contra partida la escala de realización profesional funciona en sentido opuesto a las anteriores, 0-33 indicaran baja realización, 34-39 intermedia y más de 40 alta sensación de logro. (27)

CAPITULO III

HIPOTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 Hipótesis

1.-La frecuencia de depresión y del Síndrome de Burnout en médicos que laboran en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna es 16% (8)

2.- Existe relación estadísticamente significativa entre depresión y síndrome Burnout en médicos del Hospital Hipolito Unanue de Tacna 2011

3. 2 VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIZACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
Factores	Sexo	Femenino Masculino	Nominal
	Edad	20 – 40 años 41 a 59 años 60 a mas años	Ordinal
	Estado civil	Soltero Casado Conviviente	Nominal
	Lugar de donde procede	Tacna Otros	Nominal
sociodemográficos	Condición laboral	Nombrado Contratado	Nominal
	Trabaja solamente en el “Hospital Hipólito Unanue de Tacna”	Si No	Nominal
	Hace guardias	Si No	Nominal

Factores laborales	Especialidad	(1) Medicina Interna (2) Pediatría (3) Cirugía (4) Ginecología (5) Otros	Ordinal
	Cuántas horas labora por semana _____/	Hasta 40 horas Más de 40 horas	Ordinal
	años de ejercicio de la profesión	< 5 años 5 -10 11-15 >16 años	Ordinal
Episodios depresivos	Escala de Zung	Leve(28-41) Moderado(42-53) Severo >53	Ordinal
Dimensiones del Burnout (Cansancio emocional, despersonalización, realización profesional).	Maslach Burnout Inventory (MBI)	Cansancio emocional 27 o superiores: alto nivel 19-26 :Nivel medio 19 O menos: nivel bajos Despersonalización 10 o más: nivel alto 6-9 : Nivel medio 6 o menos: Nivel bajo	Ordinal

		Realización profesional 0-33: Baja realización 34-39: Intermedia 40 o más: Alta sensación de logro	
--	--	--	--

CAPITULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO

Descriptivo: ya que describe el porcentaje de frecuencia de cada uno de los episodios depresivos y síndrome de Burnout con respecto a la edad, sexo, estado civil, situación laboral, especialidad médica, antecedentes familiares.

Transversal: Porque el presente estudio describe lo mencionado antes; en un momento dado de tiempo.

4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

Está constituido por médicos que laboran en el Hospital Hipólito Enanue de Tacna

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población y la muestra están conformadas por médicos que trabajan en las diferentes aéreas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna del año 2011 que cumplen con los criterios de inclusión

4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Médicos de las diferentes especialidades del Hospital Hipólito unanue de Tacna.
- Sexo: masculino y femenino.
- Mostrar una actitud de colaboración.
- Mostrar interés en completar los distintos ítems del test.

4.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Médicos que al momento de la recolección de datos estén de vacaciones
- No mostrar una actitud de colaboración.
- Se excluye al médico tutor del presente proyecto

4.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se explico el procedimiento para el llenado de dichas encuestas, se utilizo las técnicas de encuesta, se oriento acerca de algunas palabras no conocidas por algunos de los participantes, a continuación se realizo la encuesta, luego se realizo la sumatoria del puntaje correspondiente a cada encuesta y finalmente se clasifio las encuestas de los participantes de acuerdo al puntaje establecido para cada episodio depresivo detectado así como para el síndrome de Burnout.

El instrumento utilizado para el Screening de depresión es la escala de Zung, compuesto por 20 ítems, validada para la detección de los episodios depresivos
El síndrome de Burnout será medida a través del cuestionario del Síndrome de Burnout de Maslach adaptado por (1997) y consta de 22 ítems Tipo EscalaLikert, que recoge tres dimensiones del Síndrome de Burnout: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal respecto a las tareas realizadas en el trabajo

CAPITULO V

5.1. PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

- Se uso tablas con valores absolutos y relativos.
- Chi cuadrado para contraste de variables asociadas a grados de depresión con valor P significativo <0.05 . al igual que para el síndrome de Burnout
- Programas: Excel para la tabulación, SPSS-15 para las pruebas estadísticas y epi- info para base de datos.

5.2. TRABAJO DE CAMPO

Se procedió en una primera instancia a solicitar el permiso al Director del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, para la entrada a dicho hospital y para la realización de las encuestas en los médicos.

Para lograr los objetivos descritos se procedió a la aplicación de la encuestas a los médicos que laboran en dicho hospital.

CAPITULO VI

6.1. RESULTADOS

TABLA 1

Médicos encuestados según especialidad del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2011

		N	%
Especialidad	Medicina Interna	10	17.2%
	Pediatría	8	13.8%
	Cirugía	10	17.2%
	Ginecología	8	13.8%
	Otros	22	37.9%
	Total	58	100.0%

Fuente: Anexo-I: Encuesta realizada en febrero 2011; a médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

De la población encuestada la mayor proporción corresponde a médicos de otras especialidades con 37.9% (22), (Imagenología, patología y laboratorio, oftalmología, otorrinolaringología, medicina física, anestesiología, traumatología), seguido de las especialidades de cirugía y medicina interna con 17.2% respectivamente, las especialidades con menor proporción son pediatría y ginecología con 13.8%

TABLA 2**Distribución según edad y sexo de médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2011**

			Sexo		
			Masculino	Femenino	Total
Edad	20 a 40 años	N	5	2	7
		%	10.9%	16.7%	12.1%
	41 a 59 años	N	37	10	47
		%	80.4%	83.3%	81.0%
	60 a mas	N	4	0	4
		%	8.7%	0.0%	6.9%
Total	N	46	12	58	
	%	100.0%	100.0%	100.0%	
Edad	Media		50.67	49.58	50.45
	Máximo		65.00	59.00	65.00
	Mínimo		28.00	30.00	28.00
	Desviación típica		8.73	9.89	8.90

Fuente: Anexo-I: Encuesta realizada en febrero 2011; a médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

De los 58 médicos participantes en el estudio, 46 corresponden al sexo masculino y 12 al femenino

Según la distribución por edad la mayor frecuencia de encuestados estuvieron entre los 41 a 59 años con 80.4% y 83.3% de varones y mujeres respectivamente

El rango de edades fue de 28 a 65 años de edad, con una media de 50.45.

TABLA 3

Grados de depresión en médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2011

		n	%
ZUNG	Sin depresión	5	100.0%
	Depresión leve	46	100.0%
	Depresión Moderada	7	100.0%
	Total	58	100.0%

Fuente: Anexo-I: Encuesta realizada en febrero 2011; a médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Referente al grado de depresión, los médicos refirieron tener depresión leve 46 (79.31%), seguido de los que tienen depresión moderada 7(12.06%), y no refieren depresión 5(8.62%).

TABLA 4

Influencia de las variables edad, sexo, estado civil, lugar de procedencia, especialidad, horas que labora por semana, condición laboral, años de ejercicio profesional, trabajo solo en hospital, hace guardias sobre grados de depresión, en médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2011

		ZUNG								p
		Sin depresión		Depresión leve		Depresión Moderada		Total		
		N	%	N	%	n	%	N	%	
Edad	20 a 40 años	0	0.0%	7	100.0%	0	0.0%	7	100.0%	0.417
	41 a 59 años	4	8.5%	36	76.6%	7	14.9%	47	100.0%	
	60 a mas	1	25.0%	3	75.0%	0	0.0%	4	100.0%	
Sexo	Masculino	5	10.9%	35	76.1%	6	13.0%	46	100.0%	0.413
	Femenino	0	0.0%	11	91.7%	1	8.3%	12	100.0%	
Estado Civil	Soltero	0	0.0%	6	100.0%	0	0.0%	6	100.0%	0.637
	Conviviente	0	0.0%	4	80.0%	1	20.0%	5	100.0%	
	Casado	5	10.6%	36	76.6%	6	12.8%	47	100.0%	
Lugar de Procedencia	Tacna	2	9.1%	18	81.8%	2	9.1%	22	100.0%	0.406
	Otros	3	8.3%	28	77.7%	5	13.8%	36	100.0%	
Especialidad	Medicina	0	0.0%	8	80.0%	2	20.0%	10	100.0%	0.061
	Pediatría	1	12.5%	7	87.5%	0	0.0%	8	100.0%	
	Cirugía	0	0.0%	10	100.0%	0	0.0%	10	100.0%	
	Ginecología	3	37.5%	4	50.0%	1	12.5%	8	100.0%	
	Otros	1	4.5%	17	77.3%	4	18.2%	22	100.0%	
Horas que labora por semana	hasta 40 horas	1	3.7%	21	77.8%	5	18.5%	27	100.0%	0.205
	más de 40 horas	4	12.9%	25	80.6%	2	6.5%	31	100.0%	
Condición Laboral	Contratado	0	0.0%	9	90.0%	1	10.0%	10	100.0%	0.541
	Nombrado	5	10.4%	37	77.1%	6	12.5%	48	100.0%	
Años de ejercicio profesional	De 0 a 10 años	0	0.0%	10	90.9%	1	9.1%	11	100.0%	0.541
	11 a 20 años	2	18.2%	7	63.6%	2	18.2%	11	100.0%	
	21 a mas	3	8.3%	29	80.6%	4	11.1%	36	100.0%	
Trabaja sólo en hospital	Sí	2	20.0%	6	60.0%	2	20.0%	10	100.0%	0.22
	No	3	6.3%	40	83.3%	5	10.4%	48	100.0%	
Hace Guardias	Sí	4	10.8%	28	75.7%	5	13.5%	37	100.0%	0.633
	No	1	4.8%	18	85.7%	2	9.5%	21	100.0%	

Fuente: Anexo-I: Encuesta realizada en febrero 2011; a médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Explorando el nivel de depresión en médicos del Hospital Hipólito unanue de Tacna según la edad se observa que los médicos que comprenden entre las edades de 41 a 59 años presentarían depresión leve con 36 médicos (76.6%), seguido de depresión leve 3 (75%), en médicos del rango de más de 60 años, 7 (14.9%) médicos que corresponden al rango de 20 a 40 años de edad con depresión moderada, y finalmente, 4 (8.5%) médicos del rango de 41 a 59 años no presenta depresión y 1 (25%) medico de más de 60 años no presenta depresión.

Según el sexo, 35 médicos varones (76.1%) presentaron depresión leve, seguido de 11 mujeres (91.7%) que presentaron depresión leve, 6 varones (13%) que presentaron depresión moderada, y finalmente 5 varones (10.9%) que no presentaron depresión.

De acuerdo al estado civil, 36 médicos (76.6%) casados presentaron depresión leve, seguido de 6 médicos (12.8%) casados que presentaron depresión moderada y 6 médicos (100%) solteros que presentaron depresión leve, y finalmente 5 médicos (10.6%) casados no presentaron depresión.

Según la especialidad, en el grupo de otras especialidades 17 (77.3%) presentaron depresión leve, seguido de 10 médicos (100%) de la especialidad de cirugía que presentaron depresión leve, seguidos de las especialidades de medicina y pediatría con 8 (80%) y 7 médicos ((87.5%) respectivamente que presentaron depresión leve y 4 médicos (18.2%) del grupo de otras especialidades presentaron depresión moderada.

Dentro de las horas que labora por semana, 25 médicos (80.6%) que laboran más de 40 horas presentaron depresión leve, seguido de 21 médicos (77.8%) que laboran menos de 40 horas que también presentaron depresión leve y 5 médicos (18.5%) que laboran menos de 40 horas presentaron depresión moderada finalmente 4 médicos (12.9%) que laboran más de 40 horas no presentaron depresión.

Observando la condición laboral, 37 médicos (77.1%) nombrados presentarían depresión leve seguido de 9 médicos (90%) contratados que también presentarían depresión leve, y 6 médicos (12.5%) nombrados que presentarían depresión moderada.

Sobre los años de ejercicio profesional 29 médicos (80.6%) de más de 21 años de ejercicio profesional presentaron depresión leve, seguidos de 10 (90.9%) y 7 médicos (63.6%) entre los rangos de 0 a 10 años de ejercicio profesional y 11 a 20 años de ejercicio profesional respectivamente que presentaron depresión leve y finalmente 4 médicos (11.1%) de más de 21 años de ejercicio profesional que presento depresión moderada.

Observando si trabaja solo en el hospital, 40 médicos (83.3%) que no trabajan solo en el hospital presentaron depresión leve, seguido de 6 médicos (60%) que trabajan solo en el hospital que presentaron depresión leve y finalmente 2 médicos (20%) que trabajan solo en el hospital presentaron depresión moderada.

Según si hace guardias, 28 (75.7%) médicos que si hacen guardias presentaron depresión leve seguido de 18 médicos (85.7%) que no hacen guardias que presentaron depresión leve y finalmente 5 médicos (13.5%) que si hacen guardias presentaron depresión moderada.

TABLA 5

Síndrome Burnout en médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2011

		n	%
SINDROME BURNOUT	Sin Síndrome Burnout	55	94.8%
	Con Síndrome Burnout	3	5.2%
	Total	58	100.0%

Fuente: Anexo-I: Encuesta realizada en febrero 2011; a médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

En esta tabla observamos que 3 médicos (5.2%) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna presentaron síndrome Burnout y 55 médicos (94.8%) no presentaron síndrome Burnout

TABLA 6

Médicos del Hospital Hipólito Unanue Tacna 2011 con síndrome Burnout según la especialidad

		SINDROME BURNOUT			
		Sin Síndrome Burnout		Con Síndrome Burnout	
		N	%	N	%
Especialidad	Medicina	9	16.4%	1	33.3%
	Pediatría	8	14.5%	0	0.0%
	Cirugía	10	18.2%	0	0.0%
	Ginecología	8	14.5%	0	0.0%
	Otros	20	36.4%	2	66.7%
	Total	55	100.0%	3	100.0%

Fuente: Anexo-I: Encuesta realizada en febrero 2011; a médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Según la especialidad 2 médicos que corresponden al grupo de otras especialidades presentó síndrome Burnout seguido de 1 medico de la especialidad de medicina interna que presenta síndrome Burnout.

Tabla 7

Médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna con y sin síndrome Burnout según sexo y edad

		SINDROME BURNOUT			
		Sin Síndrome Burnout		Con Síndrome Burnout	
		N	%	n	%
Edad	20 a 40 años	6	10.9%	1	33.3%
	41 a 59 años	45	81.8%	2	66.7%
	60 a mas	4	7.3%	0	0.0%
	Total	55	100.0%	3	100.0%
Sexo	Masculino	44	80.0%	2	66.7%
	Femenino	11	20.0%	1	33.3%
	Total	55	100.0%	3	100.0%

Fuente: Anexo-I: Encuesta realizada en febrero 2011; a médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Según la edad, 2 médicos (66.7%) que corresponden a los rangos de 41 a 59 años de edad presentaron síndrome Burnout seguido de 1 medico (33.3%) que corresponde al rango de 20 a 40 años de edad con este síndrome.

Según el sexo, 2 médicos (66.7%) varones presentaron síndrome Burnout seguido de 1 medico mujer (33.3%) con síndrome Burnout.

Tabla 8

Esferas afectadas del síndrome Burnout en médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2011

		n	%
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	BAJO AGOTAMIENTO	36	65.5%
	MODERADO AGOTAMIENTO	14	25.5%
	ALTO AGOTAMIENTO	5	9.1%
	Total	55	100.0%
DESPERSONALIZACION	BAJA DESPERSONALIZACION	35	63.6%
	MODERADA DESPERSONALIZACION	11	20.0%
	ALTA DESPERSONALIZACION	9	16.4%
	Total	55	100.0%
REALIZACION PERSONAL	ALTA REALIZACION PERSONAL	24	43.6%
	MODERADA REALIZACION PERSONAL	16	29.1%
	FALTA REALIZACION PERSONAL	15	27.3%
	Total	55	100.0%

Fuente: Anexo-I: Encuesta realizada en febrero 2011; a médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Dentro de los resultados de las esferas del síndrome Burnout tenemos:

Agotamiento emocional: presentaron bajo agotamiento 36 médicos (65.5%), seguido de moderado agotamiento con 14 médicos (25.5%), y finalmente 5 médicos con alto agotamiento (9.1%).

Según la despersonalización: presentaron baja despersonalización 35 médicos (63.6%), seguido de 11 médicos con moderada despersonalización (20%), finalmente 9 médicos (16.4%) con alta despersonalización.

Y sobre la realización personal: 24 médicos (43.6%) presentaron alta realización personal, 16 médicos (29.1%) presentaron moderada realización personal, y 15 médicos (27.3%) presentaron falta de realización personal.

TABLA 9

N° de esferas afectadas del Síndrome Burnout en médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

		N	%
N° de esferas afectadas	Ninguna esfera afectada	1	1.8%
	Una esfera afectada	19	34.5%
	hasta dos esferas afectadas	35	63.6%
	Total	55	100.0%

Fuente: Anexo-I: Encuesta realizada en febrero 2011; a médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Según esta tabla 35 médicos presentaron 2 esferas comprometidas que corresponde al 63.6%, seguido de 19 médicos (34.5%) con 1 esfera comprometida, y solo 1 medico (1.8%) no presento compromiso de ninguna esfera del síndrome Burnout.

TABLA 10

Influencia de las variables edad, sexo, estado civil, lugar de procedencia, especialidad, horas que labora por semana, condición laboral, años de ejercicio profesional, trabajo solo en hospital, hace guardias sobre agotamiento emocional, en médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2011.

		AGOTAMIENTO EMOCIONAL								p
		BAJO AGOTAMIENTO		MODERADO AGOTAMIENTO		ALTO AGOTAMIENTO		Total		
		n	%	N	%	N	%	N	%	
Edad	20 a 40 años	3	50.0%	2	33.3%	1	16.7%	6	100.0%	0.879
	41 a 59 años	30	66.7%	11	24.4%	4	8.9%	45	100.0%	
	60 a mas	3	75.0%	1	25.0%	0	0.0%	4	100.0%	
Sexo	Masculino	27	61.4%	13	29.5%	4	9.1%	44	100.0%	0.366
	Femenino	9	81.8%	1	9.1%	1	9.1%	11	100.0%	
Estado Civil	Soltero	3	60.0%	2	40.0%	0	0.0%	5	100.0%	0.773
	Conviviente	4	80.0%	1	20.0%	0	0.0%	5	100.0%	
	Casado	29	64.4%	11	24.4%	5	11.1%	45	100.0%	
Lugar de Procedencia	Tacna	13	65.0%	6	30.0%	1	5.0%	20	100.0%	0.503
	Otros	23	63.8	8	22.2%	5	13.8%	36	100.0%	
Especialidad	Medicina	5	55.6%	3	33.3%	1	11.1%	9	100.0%	0.031
	Pediatría	1	12.5%	4	50.0%	3	37.5%	8	100.0%	
	Cirugía	8	80.0%	2	20.0%	0	0.0%	10	100.0%	
	Ginecología	6	75.0%	2	25.0%	0	0.0%	8	100.0%	
	Otros	16	80.0%	3	15.0%	1	5.0%	20	100.0%	
Horas que labora por semana	hasta 40 horas	18	72.0%	6	24.0%	1	4.0%	25	100.0%	0.439
	más de 40 horas	18	60.0%	8	26.7%	4	13.3%	30	100.0%	
Condición Laboral	Contratado	4	44.4%	4	44.4%	1	11.1%	9	100.0%	0.317
	Nombrado	32	69.6%	10	21.7%	4	8.7%	46	100.0%	
Años de ejercicio profesional	De 0 a 10 años	7	70.0%	2	20.0%	1	10.0%	10	100.0%	0.84
	11 a 20 años	7	70.0%	3	30.0%	0	0.0%	10	100.0%	
	21 a mas	22	62.9%	9	25.7%	4	11.4%	35	100.0%	
Trabaja sólo en hospital	Sí	5	50.0%	4	40.0%	1	10.0%	10	100.0%	0.479
	No	31	68.9%	10	22.2%	4	8.9%	45	100.0%	
Hace Guardias	Sí	23	63.9%	10	27.8%	3	8.3%	36	100.0%	0.85
	No	13	68.4%	4	21.1%	2	10.5%	19	100.0%	

Fuente: Anexo-I: Encuesta realizada en febrero 2011; a médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

De acuerdo a la edad, 30 médicos (66.7%) en el rango de 41 a 59 años de edad presentaron bajo agotamiento emocional, seguido de 11 (24.4%) y 4 (8.9%) médicos del mismo rango presentaron moderado agotamiento emocional y alto agotamiento emocional respectivamente

Según el sexo, 27 médicos (61.4%) varones presentaron bajo agotamiento, seguido de 13 médicos (29.5%) varones que presentaron moderado agotamiento y 9 médicos (81.8%) mujeres que presentaron bajo agotamiento emocional.

Sobre el estado civil, 29 médicos (64.4%) casados presentaron bajo agotamiento emocional seguidos de 11 (24.4%) y 5 médicos (11.1%) casados que presentaron moderado agotamiento emocional y alto agotamiento emocional respectivamente.

Según la especialidad, 16 médicos (80%) del grupo de otras especialidades presentaron bajo agotamiento emocional seguido de 8 (80.0%), 6 (75.0%), 5 (55.6%) médicos de cirugía ginecología y medicina interna respectivamente que presentaron bajo agotamiento emocional, 4(50.0%) y 3 (33.3%) médicos de pediatría y medicina interna respectivamente que presentaron moderado agotamiento emocional, finalmente 3 médicos (37.5%) de pediatría presentaron alto agotamiento emocional, presentando un valor P de 0.031.

De acuerdo a las horas que labora por semana, 18 médicos (72.0%) del grupo que labora menos de 40 horas presento bajo agotamiento emocional y 18 médicos (60%) con más de 40 horas presentaron bajo agotamiento emocional, seguido de 8 (26.7%) y 6 (24%) médicos que laboran más de 40 horas y menos de 40 horas respectivamente presentaron moderado agotamiento.

Según la condición laboral, 32 médicos (69.6%) nombrados presentan bajo agotamiento, seguido de 4 médicos (44.4%) contratados presentaron bajo agotamiento emocional y 4 médicos (44.4%) contratados presentaron moderado agotamiento.

Sobre los años de ejercicio profesional, 22 médicos (62.9%) presentan bajo agotamiento emocional que corresponden a más de 21 años de ejercicio profesional seguido de 9 (25.7%) médicos de más de 21 años de ejercicio que presenta moderado agotamiento, 7 médicos (70%) de 0 a 10 años de ejercicio presento bajo agotamiento emocional

Según si trabaja solo en el hospital, 31 médicos (68.9%) que no trabajan solo en el hospital presentan bajo agotamiento seguido de 5 médicos (50%) que trabajan solo en el hospital presentaron bajo agotamiento.

De acuerdo a la pregunta si hace guardias, 13 médicos (68.4%) que no realizan guardias presentan bajo agotamiento seguido de 23 médicos (63.9%) que hace guardia que presentan bajo agotamiento, 10 médicos (27.8%) que si hacen guardias presentan moderado agotamiento

TABLA 11

Influencia de las variables edad, sexo, estado civil, lugar de procedencia, especialidad, horas que labora por semana, condición laboral, años de ejercicio profesional, trabajo solo en hospital, hace guardias sobre, despersonalización, en médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2011

		DESPERSONALIZACION								P
		BAJA DESPERSONALIZACION		MODERADA DESPERSONALIZACION		ALTA DESPERSONALIZACION		Total		
		N	%	n	%	N	%	N	%	
Edad	20 a 40 años	3	50.0%	0	0.0%	3	50.0%	6	100.0%	0.005
	41 a 59 años	32	71.1%	8	17.8%	5	11.1%	45	100.0%	
	60 a mas	1	25.0%	3	75.0%	0	0.0%	4	100.0%	
Sexo	Masculino	26	59.1%	11	25.0%	7	15.9%	44	100.0%	0.111
	Femenino	10	90.9%	0	0.0%	1	9.1%	11	100.0%	
Estado Civil	Soltero	4	80.0%	1	20.0%	0	0.0%	5	100.0%	0.453
	Conviviente	2	40.0%	1	20.0%	2	40.0%	5	100.0%	
	Casado	30	66.7%	9	20.0%	6	13.3%	45	100.0%	
Lugar de Procedencia	Tacna	14	70.0%	4	20.0%	2	10.0%	20	100.0%	0.549
	Otros	22	62.8%	7	20.0%	6	17.1%	35	100%	
Especialidad	Medicina	7	77.8%	2	22.2%	0	0.0%	9	100.0%	0.412
	Pediatría	5	62.5%	1	12.5%	2	25.0%	8	100.0%	
	Cirugía	8	80.0%	0	0.0%	2	20.0%	10	100.0%	
	Ginecología	3	37.5%	3	37.5%	2	25.0%	8	100.0%	
	Otros	13	65.0%	5	25.0%	2	10.0%	20	100.0%	
Horas que labora por semana	hasta 40 horas	16	64.0%	4	16.0%	5	20.0%	25	100.0%	0.517
	más de 40 horas	20	66.7%	7	23.3%	3	10.0%	30	100.0%	
Condición Laboral	Contratado	3	33.3%	2	22.2%	4	44.4%	9	100.0%	0.015
	Nombrado	33	71.7%	9	19.6%	4	8.7%	46	100.0%	
Años de ejercicio profesional	De 0 a 10 años	5	50.0%	2	20.0%	3	30.0%	10	100.0%	0.508
	11 a 20 años	6	60.0%	2	20.0%	2	20.0%	10	100.0%	
	21 a mas	25	71.4%	7	20.0%	3	8.6%	35	100.0%	
Trabaja sólo en hospital	Sí	3	30.0%	3	30.0%	4	40.0%	10	100.0%	0.015
	No	33	73.3%	8	17.8%	4	8.9%	45	100.0%	
Hace Guardias	Sí	23	63.9%	7	19.4%	6	16.7%	36	100.0%	0.828
	No	13	68.4%	4	21.1%	2	10.5%	19	100.0%	

Fuente: Anexo-I: Encuesta realizada en febrero 2011; a médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Según la edad, 32 médicos ((71.1%) de médicos entre los rangos de 41 a 59 años presentaron baja despersonalización, seguida de 8 médicos (17.8%) del mismo rango de edades que presentaron despersonalización moderada 5 médicos (11.1%) con lata despersonalización, 3 médicos (75.0%) de más de 60 años presentaron moderada despersonalización, 3 médicos (50.0%) de 20 a 40 presentaron alta despersonalización.

De acuerdo al sexo, 10 médicos mujeres (90.9%) presentaron baja despersonalización y 26 médicos varones (59.1%) presentaron baja despersonalización seguido de 11 médicos varones (25.0%) con moderada despersonalización y 7 varones (15.9%) con alta despersonalización

Observando el estado civil. 30 médicos (66.7%) de casados presentaron baja despersonalización, seguido de 9(20.0%) de moderada despersonalización y 6 (13.3%) con alta despersonalización, 4 médicos (80.0%) solteros presento baja despersonalización-.

Sobre la especialidad, 8 médicos (80.0%) cirujanos presentaron baja despersonalización, seguido de 7 médicos (77.8%) de medicina interna con baja despersonalización, y 13 médicos (65.0%) de otras especialidades que presentaron baja despersonalización, y 3 médicos (37.5%) ginecólogos presento baja despersonalización y otro igual moderada despersonalización.

Según las horas que labora por semana, 20 médicos (66.7%) que trabajan más de 40 horas presento baja despersonalización seguido de 7 médicos (23.3%) con moderada despersonalización, y 16 médicos (64.0%) con menos de 40 horas de trabaja presentan baja despersonalización seguido de 5 médicos (20.0%) con alta despersonalización.

De acuerdo a la condición laboral, 33 médicos (71.7%) nombrados presentan baja despersonalización seguido de 3 médicos (33.3%) contratado con baja

despersonalización, y 4 médicos (44.4%) contratados con alta despersonalización seguido de 2 médicos (22.2%) contratados con moderada despersonalización, y un valor P de 0.015.

De los encuestados 25 médicos (71.4%) con más de 21 años de ejercicio profesional presento baja despersonalización, seguido de 6 médicos (60.0%) de 11 a 20 años de ejercicio profesional que presento baja despersonalización y 3 (30.0%) médicos de menos de 10 años de ejercicio profesional que presento alta despersonalización.

A la pregunta si trabaja solo en el hospital, 33 médicos (73.3%) que respondieron no presentan baja despersonalización seguido de 4 médicos (40.0%) que respondieron sí que presentan alta despersonalización 3 médicos (30.0%) que respondieron si presentan moderada despersonalización con un valor P de 0.015.

Según si hace guardias, 13 médicos (68.4%) que no hace guardias presenta baja despersonalización seguido de 4 médicos (21.1%) con moderada despersonalización y 23 médicos (63.9%) que hacen guardias presento baja despersonalización seguido de 7 médicos (19.4%) que presentaron moderada despersonalización.

TABLA 12

Influencia de las variables edad, sexo, estado civil, lugar de procedencia, especialidad, horas que labora por semana, condición laboral, años de ejercicio profesional, trabajo solo en hospital, hace guardias sobre, realización personal, en médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2011

		REALIZACION PERSONAL								p
		ALTA REALIZACION PERSONAL		MODERADA REALIZACION PERSONAL		FALTA REALIZACION PERSONAL		Total		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Edad	20 a 40 años	1	16.7%	1	16.7%	4	66.7%	6	100.0%	0.173
	41 a 59 años	22	48.9%	13	28.9%	10	22.2%	45	100.0%	
	60 a mas	1	25.0%	2	50.0%	1	25.0%	4	100.0%	
Sexo	Masculino	18	40.9%	11	25.0%	15	34.1%	44	100.0%	0.068
	Femenino	6	54.5%	5	45.5%	0	0.0%	11	100.0%	
Estado Civil	Soltero	3	60.0%	2	40.0%	0	0.0%	5	100.0%	0.327
	Conviviente	1	20.0%	1	20.0%	3	60.0%	5	100.0%	
	Casado	20	44.4%	13	28.9%	12	26.7%	45	100.0%	
Lugar de Procedencia	Tacna	9	45.0%	7	35.0%	4	20.0%	20	100.0%	0.239
	Otros	15	42.8%	9	25.7%	11	31.4%	35	100.0%	
Especialidad	Medicina	5	55.6%	3	33.3%	1	11.1%	9	100.0%	0.654
	Pediatría	2	25.0%	3	37.5%	3	37.5%	8	100.0%	
	Cirugía	6	60.0%	1	10.0%	3	30.0%	10	100.0%	
	Ginecología	4	50.0%	3	37.5%	1	12.5%	8	100.0%	
	Otros	7	35.0%	6	30.0%	7	35.0%	20	100.0%	
Horas que labora por semana	hasta 40 horas	11	44.0%	7	28.0%	7	28.0%	25	100.0%	0.986
	más de 40 horas	13	43.3%	9	30.0%	8	26.7%	30	100.0%	
Condición Laboral	Contratado	3	33.3%	2	22.2%	4	44.4%	9	100.0%	0.449
	Nombrado	21	45.7%	14	30.4%	11	23.9%	46	100.0%	
Años de ejercicio profesional	De 0 a 10 años	1	10.0%	2	20.0%	7	70.0%	10	100.0%	0.005
	11 a 20 años	7	70.0%	1	10.0%	2	20.0%	10	100.0%	
	21 a mas	16	45.7%	13	37.1%	6	17.1%	35	100.0%	
Trabaja sólo en hospital	Sí	5	50.0%	2	20.0%	3	30.0%	10	100.0%	0.781
	No	19	42.2%	14	31.1%	12	26.7%	45	100.0%	
Hace Guardias	Sí	19	52.8%	8	22.2%	9	25.0%	36	100.0%	0.143
	No	5	26.3%	8	42.1%	6	31.6%	19	100.0%	

Fuente: Anexo-I: Encuesta realizada en febrero 2011; a médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Según la edad 22 médicos (48.9%) entre 41 a 59 años presentaron alta realización personal seguido de 13 médicos (28.9%) con moderada realización personal y 10 médicos (22.2%) del mismo rango de edad presentaron falta de realización personal, 4 médicos (66.7%) entre los rangos de 20 a 40 años presento falta de realización personal.

De acuerdo al sexo, 6 médicos (54.5%) mujeres presento alta realización personal, seguido de 5(45.5%) mujeres que presentaron moderada realización personal y 15 médicos (34.1%) varones que presentaron falta de realización personal.

Observando el estado civil 20 médicos (44.4%) presentaron alta realización personal y 12 médicos (26.7%) casados presentaron falta de realización personal, 3 médicos (60.0%) convivientes mostraron falta de realización personal-

De los encuestados 3 médicos (37.5%) de la especialidad de pediatría presentaron falta de realización personal, 7 médicos (35.0%) de otras especialidades presento falta de realización personal, seguido de 3 médicos (30.0%) de cirugía que mostraron falta de realización personal.

Sobre las horas que labora, 7 médicos (28%) que labora hasta 40 horas presento falta de realización personal, y 8 médicos (26.7%) que trabajan más de 40 horas presento falta de realización personal.

A la pregunta sobre su condición laboral, 4 médicos (44.4%) contratados presento falta de realización personal, y 11 médicos (23.9%) nombrados presento falta de realización personal.

De acuerdo a los años de ejercicio de la profesión 7 médicos (70%) con 11 a 20 años de ejercicio profesional presento alta realización personal, 7 médicos (70.0%) de 0 a 10 años de ejercicio profesional presento falta de realización personal con un valor P 0.005

A la pregunta si trabaja solo en el hospital, 5 médicos (50%) que respondieron si presentan alta realización personal, 3 médicos (30.0%) que respondieron si

presentar falta de realización personal y 12 (26.7%) que respondieron no presentan falta de realización personal.

Sobre si hace guardias o no, 19 médicos (52.8%) que respondieron si presentaron alta realización personal, 8 médicos (42.1%) que respondieron no presentan moderad realización personal y 6 médicos (31.6%) que respondieron presentaron falta de realización personal.

TABLA 13

Influencia de las variables edad, sexo, estado civil, lugar de procedencia, especialidad, horas que labora por semana, condición laboral, años de ejercicio profesional, trabajo solo en hospital, hace guardias sobre el numero de esferas afectadas, en médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2011

		N° de esferas afectadas								P
		Ninguna esfera afectada		Una esfera afectada		hasta dos esferas afectadas		Total		
		N	%	n	%	N	%	N	%	
Edad	20 a 40 años	0	0.0%	1	16.7%	5	83.3%	6	100.0%	0.816
	41 a 59 años	1	2.2%	17	37.8%	27	60.0%	45	100.0%	
	60 a mas	0	0.0%	1	25.0%	3	75.0%	4	100.0%	
Sexo	Masculino	0	0.0%	15	34.1%	29	65.9%	44	100.0%	0.123
	Femenino	1	9.1%	4	36.4%	6	54.5%	11	100.0%	
Estado Civil	Soltero	0	0.0%	2	40.0%	3	60.0%	5	100.0%	0.034
	Conviviente	1	20.0%	1	20.0%	3	60.0%	5	100.0%	
	Casado	0	0.0%	16	35.6%	29	64.4%	45	100.0%	
Lugar de Procedencia	Tacna	0	0.0%	7	35.0%	13	65.0%	20	100.0%	0.929
	Otros	1	2.8%	12	34.2%	22	62.8%	35	100%	
Especialidad	Medicina	0	0.0%	3	33.3%	6	66.7%	9	100.0%	0.065
	Pediatría	0	0.0%	0	0.0%	8	100.0%	8	100.0%	
	Cirugía	0	0.0%	6	60.0%	4	40.0%	10	100.0%	
	Ginecología	1	12.5%	4	50.0%	3	37.5%	8	100.0%	
	Otros	0	0.0%	6	30.0%	14	70.0%	20	100.0%	
Horas que labora por semana	hasta 40 horas	1	4.0%	8	32.0%	16	64.0%	25	100.0%	0.525
	más de 40 horas	0	0.0%	11	36.7%	19	63.3%	30	100.0%	
Condición Laboral	Contratado	1	11.1%	1	11.1%	7	77.8%	9	100.0%	0.028
	Nombrado	0	0.0%	18	39.1%	28	60.9%	46	100.0%	
Años de ejercicio profesional	De 0 a 10 años	0	0.0%	1	10.0%	9	90.0%	10	100.0%	0.088
	11 a 20 años	1	10.0%	4	40.0%	5	50.0%	10	100.0%	
	21 a mas	0	0.0%	14	40.0%	21	60.0%	35	100.0%	
Trabaja sólo en hospital	Sí	1	10.0%	3	30.0%	6	60.0%	10	100.0%	0.1
	No	0	0.0%	16	35.6%	29	64.4%	45	100.0%	
Hace Guardias	Sí	1	2.8%	15	41.7%	20	55.6%	36	100.0%	0.209
	No	0	0.0%	4	21.1%	15	78.9%	19	100.0%	

Fuente: Anexo-I: Encuesta realizada en febrero 2011; a médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Según la edad, 17 médicos (37.8%) entre el rango de 41 a 59 años presenta una esfera afectada, 27 médicos (60.0%) del mismo rango de edades presento dos esferas comprometidas, 5 médicos (83.3%) entre 20 a 40 años presento hasta dos esferas afectadas y 3 médicos (75%) de más de 60 años presento dos esferas afectadas.

De acuerdo al sexo, 29 varones (65.9%) presento dos esferas afectadas y mujeres (54.5%) presentaron dos esferas afectadas, y 15 varones (34.1%) presentaron una esfera afectada.

Observando el estado civil, 29 médicos casados (64.4%) presentaron dos esferas afectadas, 3 médicos (60%) solteros presentan dos esferas afectadas al igual que 3 (60%) de médicos que conviven presentan dos esferas afectadas con valor P 0.034-

De los encuestados, 8 médicos (100%) pediatras presentan dos esferas afectadas, 14 médicos (70%) de otras especialidades presentaron dos esferas afectadas, 6 médicos (66.7%) de medicina interna que presentan dos esferas afectadas, 6 médicos (60%) cirujanos presentan una esfera afectada

A la pregunta horas que trabaja a la semana 16 médicos (64.0%) que trabajan hasta 40 horas presentaron dos esferas afectadas, y 19 médicos (63.3%) que trabajan más de 40 horas presentaron dos esferas afectadas.

Según la condición laboral, 7 médicos (77.8%) contratados presentan dos esferas afectadas, 28 médicos (60.9%) nombrados presentan dos esferas afectadas, con un valor P 0.028

De acuerdo a los años de ejercicio profesional, 9 médicos (90%) de 0 a 10 años de ejercicio profesional presentaron dos esferas afectadas, 21 médicos (60%) de más

de 21 años de ejercicio profesional presentaron dos esferas afectadas, y 5 médicos (50%) de 11 a 20 años de ejercicio profesional presentaron dos esferas afectadas.

A la pregunta si trabajan solo en el hospital, 29 médicos (64.4%) que respondieron no presentan dos esferas afectadas, y 6 médicos (60%) de los que respondieron si presentan dos esferas afectadas.

De los médicos que no hacen guardia 15 (78.9%) presentan dos esferas afectadas, y 20 médicos (55.6%) que si hacen guardia presentan dos esferas afectadas.

TABLA 14

Influencia del síndrome Burnout sobre la depresión en médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2011

		ZUNG								p
		Sin depresión		Depresión leve		Depresión Moderada		Total		
		N	%	N	%	n	%	N	%	
SINDROME BURNOUT	Sin Síndrome Burnout	5	9.1%	44	80.0%	6	10.9%	55	100.0%	0.467
	Con Síndrome Burnout	0	0.0%	2	66.7%	1	33.3%	3	100.0%	
	Total	5	8.6%	46	79.3%	7	12.1%	58	100.0%	

Fuente: Anexo-I: Encuesta realizada en febrero 2011; a médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Según esta tabla 2 médicos (66.7%) con síndrome Burnout presentan depresión leve, 1 medico (33.3%) con síndrome Burnout presenta depresión moderada, 44 médicos (80.0%) sin síndrome Burnout presenta depresión leve, 6 médicos (10.9%) sin síndrome Burnout presenta depresión moderada.

TABLA 15

Influencia de las tres esferas del síndrome Burnout sobre la depresión en médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2011

		ZUNG								p
		Sin depresión		Depresión leve		Depresión Moderada		Total		
		n	%	N	%	n	%	n	%	
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	BAJO AGOTAMIENTO	3	8.3%	30	83.3%	3	8.3%	36	100.0%	0.77
	MODERADO AGOTAMIENTO	2	14.3%	10	71.4%	2	14.3%	14	100.0%	
	ALTO AGOTAMIENTO	0	0.0%	4	80.0%	1	20.0%	5	100.0%	
	Total	5	9.1%	44	80.0%	6	10.9%	55	100.0%	
DESPERSONALIZACION	BAJA DESPERSONALIZACION	2	5.6%	32	88.9%	2	5.6%	36	100.0%	0.234
	MODERADA DESPERSONALIZACION	2	18.2%	7	63.6%	2	18.2%	11	100.0%	
	ALTA DESPERSONALIZACION	1	12.5%	5	62.5%	2	25.0%	8	100.0%	
	Total	5	9.1%	44	80.0%	6	10.9%	55	100.0%	
REALIZACION PERSONAL	ALTA REALIZACION PERSONAL	2	8.3%	18	75.0%	4	16.7%	24	100.0%	0.261
	MODERADA REALIZACION PERSONAL	0	0.0%	15	93.8%	1	6.3%	16	100.0%	
	FALTA REALIZACION PERSONAL	3	20.0%	11	73.3%	1	6.7%	15	100.0%	
	Total	5	9.1%	44	80.0%	6	10.9%	55	100.0%	
Nº de esferas afectadas	Ninguna esfera afectada	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	0.077

Una esfera afectada	2	10.5%	15	78.9%	2	10.5%	19	100.0%
hasta dos esferas afectadas	3	8.6%	29	82.9%	3	8.6%	35	100.0%
Total	5	9.1%	44	80.0%	6	10.9%	55	100.0%

Fuente: Anexo-I: Encuesta realizada en febrero 2011; a médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

De los médicos con agotamiento emocional, 30 médicos (83.3%) con bajo agotamiento emocional presenta depresión leve, 4 médicos ((80%) con alto agotamiento emocional presenta depresión leve, 10 médicos (71.4%) con moderado agotamiento emocional presenta depresión leve, 1 medico (20.0%) con alto agotamiento presenta depresión moderada, 2 médicos (14.3%) con moderado agotamiento emocional presenta depresión moderada.

De los médicos con despersonalización, 32 médicos (88.9%) con baja despersonalización presentan depresión leve seguido de 7 médicos (63.6%) con moderada despersonalización presentan depresión leve, y 5 médicos (62.5%) con alta despersonalización, presenta depresión leve, y 2 médicos (25%) con alta despersonalización presentan depresión moderada.

De los médicos con realización personal, 15 médicos (93.8%) con moderada realización personal presentan depresión leve, 11 médicos con falta de realización personal presentaron depresión leve, 4 médicos (16.7%) de médicos con alta realización personal presentaron depresión moderada, 3 médicos (20.0%) con falta de realización personal no presentaron depresión.

Según el numero de esferas afectadas, 29 médicos (82.9%) con dos esferas afectadas presentan depresión leve, 15 médicos (78.9%) con una esfera afectada presenta depresión leve, 1 medico (100%) sin ninguna esfera afectada presenta depresión moderada, 2 médicos (10.5%) con una esfera afectada presenta depresión moderada, y 3 médicos (8.6%) con dos esferas afectadas presentan depresión moderada.

DISCUSION

Del total de la población estudiada 79.3% correspondía al sexo masculino; el 80.4% correspondía al intervalo de 41 a 59 años.

La población estudiada correspondía a diversas especialidades médicas, el 37.9% de ella correspondía a otras especialidades (oftalmología otorrinolaringología patología y laboratorio, imagenología anestesiología) 17.2% a cirugía, 17.2% a medicina interna.

La depresión en los médicos es un problema, sin embargo casi nunca se proporciona la atención e importancia debida, así en nuestro estudio encontramos 91.37% de médicos con depresión mayor a lo encontrado por Elizabeth Pérez en médicos de un hospital de tercer nivel de la ciudad de México que fue de 16.3%.

Según la distribución de edades se encontró un 100.0% de depresión leve en médicos entre 20 a 40 años de edad seguido de 76.6% de médicos con depresión leve entre 41 a 59 años de edad, contrario a lo que encontró Elizabeth Pérez que observo una frecuencia de 15-8% en un grupo de igual o menos de 30 años, y 25% en el grupo de mayores de 30 años, Blazer y sus colaboradores en un estudio realizado en Estados Unidos refirió mayor prevalencia en edades de 45 a 54 años.

La mayor depresión se encontró en mujeres con 91.7% con depresión leve, seguido de 76.1% de varones con depresión leve, algo similar se evidencia en lo observado por Elizabeth Pérez que describió un predominio del sexo femenino-

Según el estado civil 100% de los solteros presentaron depresión leve seguido de 80% de médicos que conviven presentarían depresión leve, y 76.6% de médicos casados presentarían depresión leve, variable que no influye en la presentación de depresión como así también lo menciona Elizabeth Pérez

De acuerdo a la especialidad el 100% de cirujanos presento depresión leve, seguido de 87.5% de pediatras con depresión leve, si correlacionamos como área quirúrgica y área clínica según Elizabeth Pérez los clínicos presentaron 16% de depresión y 16.7% los de áreas quirúrgica. Pero no influyen en la depresión

Con respecto a las horas que labora por semana 80.6 % de médicos con más de 40 horas de labor presentan depresión leve seguido de 77.8% con 40 horas de labor o menos que presenta depresión leve.

De los encuestados 90% de médicos contratados presento depresión leve, seguido de 77.1% de médicos nombrados que presentan depresión leve.

Según los años de ejercicio profesional, el 90.9% de médicos con 10 años o menos de ejercicio profesional muestran depresión leve, seguido de 80.6% de médicos con más de 21 años de ejercicio profesional finalmente 63.6% de médicos con 11 a 20 años de ejercicio profesional.

A la pregunta si trabajan solo en el hospital, 83.3% de médicos que respondieron no presentan depresión leve seguido de 60% de médicos que respondieron si presentan depresión leve sin embargo esta variable no influye en la presentación de depresión.

Según si hace guardias, 75.7% médicos que si hacen guardias presentaron depresión leve seguido de 85.7% que no hacen guardias que presentaron depresión leve y finalmente 3.5% que si hacen guardias presentaron depresión moderada pero esta variable tampoco influye en la depresión.

Con respecto al síndrome Burnout en nuestro estudio observamos que 5.2% médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna presentaron síndrome Burnout y 94.8% médicos no presentaron síndrome Burnout, diferente a lo observado por Elizabeth Pérez quien encontró que 35% de la población estudiada padeció síndrome Burnout

Según la especialidad 66.7% de médicos con síndrome de Burnout corresponden al grupo de otras especialidades seguido de 33.3% de la especialidad de medicina interna que presenta síndrome Burnout,

En nuestro estudio 66.7% médicos con síndrome de Burnout corresponden a los rangos de 41 a 59 años de edad seguido de 33.3% médicos que corresponde al rango de 20 a 40 años de edad con este síndrome contrario a lo observado por Elizabeth Pérez quien encontró que 60% de los afectados tiene 30 años o menos.

Según el sexo, 66.7% varones presentaron síndrome Burnout seguido de 33.3% médicos mujeres con síndrome Burnout, Elizabeth en su estudio observo un predominio en el sexo femenino, coincidiendo con Mariano Giordano quien observo mayores probabilidades de padecer síndrome Burnout en varones.

De acuerdo al número de esferas comprometidas 63.3% presentaron 2 esferas comprometidas, seguido de 34.5% con 1 esfera comprometida, y solo 1.8% no presento compromiso de ninguna esfera del síndrome Burnout

Dentro de los resultados de las esferas del síndrome Burnout tenemos:

Agotamiento emocional: presentaron bajo agotamiento 65.5%, seguido de moderado agotamiento con 25.5%, y finalmente, con alto agotamiento 9.1% médicos. De acuerdo a lo observado por Elizabeth Pérez presentaron agotamiento emocional 16.2%, según Mariano Giardina observo 73% de la población estudiada con alto agotamiento emocional, 16% con moderado agotamiento emocional 11% con nivel bajo de agotamiento emocional.

Según la despersonalización: presentaron baja despersonalización 63.6% médicos, seguido de 20% de médicos con moderada despersonalización, finalmente 16.4% médicos con alta despersonalización. De acuerdo a lo observado por Elizabeth sería 25% de médicos con despersonalización, según Mariano Giardina observo 85% de médicos con alto nivel de despersonalización, 15% con moderado nivel de despersonalización, y 0% con bajo nivel de despersonalización

Y sobre la realización personal: 43.6% médicos presentaron alta realización personal, 29.1% médicos presentaron moderada realización personal, y 27.3% médicos presentaron falta de realización personal, de acuerdo a lo observado por Elizabeth Pérez 7.5% de medico presentan falta de realización personal, según Mariano Giardino observo 68% de médicos con alta realización personal, 27 % presento moderada realización personal, y 5% presento falta de realización personal

Según el sexo, 61.4% varones presentaron bajo agotamiento, seguido de 29.5% varones que presentaron moderado agotamiento y 81.8% mujeres que presentaron bajo agotamiento emocional. Elizabeth Pérez observo un predominio en el sexo femenino con relación a cansancio emocional

Según la especialidad, 80% de médicos del grupo de otras especialidades presentaron bajo agotamiento emocional seguido de 80.0%, 75.0%, 55.6% médicos de cirugía ginecología y medicina interna respectivamente que presentaron bajo agotamiento emocional, 50.0% y 33.3% médicos de pediatría y medicina interna respectivamente que presentaron moderado agotamiento emocional, finalmente 37.5% médicos de pediatría presentaron alto agotamiento emocional, presentando un valor P de 0.031.

Según la edad, 75% de médicos de más de 60 años presento moderada despersonalización, seguida de 71.1% de médicos entre los rangos de 41 a 59 años presentaron baja despersonalización, seguida de 17.8% del mismo rango de edades que presentaron despersonalización moderada y 11.1% con alta despersonalización, 50.0% de 20 a 40 presentaron alta despersonalización con un valor P 0.005, según Valdez Segales en un estudio del mismo hospital 2009 encontró que el personal médico más joven obtuvo baja despersonalización que difiere del estudio anterior Vargas que mostro que los niveles de despersonalización en personal de menos edad presentaron alto nivel de despersonalización

De acuerdo a la condición laboral, 71.7% nombrados presentan baja despersonalización seguido de 33.3% médicos contratado con baja despersonalización, y 44.4% médicos contratados con alta despersonalización seguido de 2.2% médicos contratados con moderada despersonalización, y un valor P de 0.015.

A la pregunta si trabaja solo en el hospital, 73.3% médicos que respondieron no presentan baja despersonalización seguido de 40.0% que respondieron sí que presentan alta despersonalización 30.0% que respondieron si presentan moderada despersonalización con un valor P de 0.015 según Mariano Giardino encontró que los profesionales que ejercen solamente en el hospital tienen mayores probabilidades de padecer Burnout que los profesionales que ejercen además en otro lugar.

De acuerdo al sexo, 54.5% mujeres presento alta realización personal, seguido de 45.5% mujeres que presentaron moderada realización personal y 34.1% varones que presentaron falta de realización personal

De acuerdo a los años de ejercicio de la profesión 70% de médicos con 11 a 20 años de ejercicio profesional presento alta realización personal, 70.0% de 0 a 10 años de ejercicio profesional presento falta de realización personal con un valor P 0.005, según Valdez Segales muestra que la realización personal es alta en todos los grupos de médicos mientras que en los estudios de Condori Vargas los médicos con menos de 10 años de servicio tuvieron puntuaciones que señalan un grado moderado de realización personal y un 51.3% de los médicos con 11 a 20 años de servicio presentaron baja realización personal, según Mariano Giardino encontro que médicos que ejercen su profesión desde hace 25 años o más tienen menores probabilidades de padecer síndrome de Burnout que los profesionales que ejercen su profesión desde hace menos de 25 años

Observando el estado civil, 64.4% de médicos casados presentaron dos esferas afectadas, 60% de médicos solteros presentan dos esferas afectadas al igual que 60% de médicos que conviven presentan dos esferas afectadas con valor P 0.034 es decir que esta variable influye en el numero de esferas comprometidas

De los encuestados, 100% de médicos pediatras presentan dos esferas afectadas, 70% de otras especialidades presentaron dos esferas afectadas, 66.7% de medicina interna que presentan dos esferas afectadas, 60% cirujanos presentan una esfera afectada

Según la condición laboral, 77.8% contratados presentan dos esferas afectadas, 60.9% médicos nombrados presentan dos esferas afectadas, y 39.15 de médicos nombrados presentan una esfera afectada con un valor P 0.028 es decir que influye en la presentación del numero de esferas

En nuestro estudio encontramos 66.7% de médicos con síndrome Burnout presentan depresión leve, 33.3% con síndrome Burnout presenta depresión moderada, 80.0% sin síndrome Burnout presenta depresión leve, y 10.9% de médicos sin síndrome Burnout presenta depresión moderada.

De los médicos con agotamiento emocional, 83.3% médicos con bajo agotamiento emocional presenta depresión leve, 80% de médicos con alto agotamiento emocional presenta depresión leve, 71.4% de médicos con moderado agotamiento emocional presenta depresión leve, 20.0% de médicos con alto agotamiento presenta depresión moderada, 14.3% de médicos con moderado agotamiento emocional presenta depresión moderada.

De los médicos con despersonalización, 88.9% médicos con baja despersonalización presentan depresión leve, seguido de 63.6% médicos con moderada despersonalización presentan depresión leve, y 62.5% médicos con alta despersonalización presenta depresión leve, y 25% de médicos con alta despersonalización presentan depresión moderada.

De los médicos con realización personal, 93.8% con moderada realización personal presentan depresión leve, 73.3% de médicos con falta de realización personal presentaron depresión leve, 75% de médicos con alta realización personal presentaron depresión leve, 16.7% de médicos con alta realización personal presentaron depresión moderada, 20.0% con falta de realización personal no presentaron depresión.

Según el número de esferas afectadas, 82.9% médicos con dos esferas afectadas presentan depresión leve, 78.9% de médicos con una esfera afectada presenta depresión leve, 100% de médicos sin ninguna esfera afectada presenta depresión moderada, 10.5% médicos con una esfera afectada presenta depresión moderada, y 8.6% de médicos con dos esferas afectadas presentan depresión moderada.

Según Elizabeth Pérez determino que de los individuos con depresión todos tenían criterios de Burnout y las áreas de despersonalización y cansancio emocional fueron las más afectadas, por lo tanto en nuestro trabajo de investigación se tiene un alto porcentaje de población en riesgo.

CONCLUSIONES

1.- En el presente trabajo de investigación se encontró que 91.37% de médicos que laboran en el Hospital Hipólito Unanue presentan depresión 86.79% presenta depresión leve, y 13.20% presenta depresión moderada.

Las variables edad, sexo, estado civil, lugar de procedencia, especialidad, horas que labora por semana, condición laboral, años de ejercicio profesional, trabaja solo en el Hospital, y si hace guardias, no mostraron influencia en la presentación de depresión.

2.- De la población estudiada encontramos que 5.2% de médicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna presentaron síndrome de Burnout y 94.8% no presentaron Burnout; y de los que no presentaron Burnout 63.6% presento dos esferas comprometidas, 34.5% presentaron una esfera comprometida.

Entre los médicos que presentaron agotamiento emocional 9.1% presento alto agotamiento, siendo la especialidad la que mostro influencia sobre el agotamiento; y de los que presentaron despersonalización 16.4 presento alta despersonalización, siendo los extremos de la vida, los contratados y los que solo trabajan en el hospital quienes mostraron mayor porcentaje de despersonalización; y de la realización personal, 27.3% presento falta de realización personal siendo los de menos años de ejercicio profesional los que presentaron mayor porcentaje de falta de realización personal .

Los médicos casados y contratados mostraron hasta dos esferas comprometidas.

3.- El síndrome Burnout no tiene relación estadísticamente significativa con la depresión; las esferas agotamiento emocional, despersonalización, realización personal y el número de esferas no influyen en la presentación de depresión.

RECOMENDACIONES

- 1.- Se recomienda realizar estudios longitudinales en muestras representativas, para corroborar nuestros hallazgos y con el propósito de identificar factores de riesgo relacionados directamente con la depresión.

- 2.- Que en los silabus del curso de Salud integral de la escuela profesional de medicina humana de la Universidad Privada de Tacna se incluya el desarrollo de estrategias y programas de promoción de la salud ocupacional que contribuyan a crear las condiciones propicias para el buen desempeño laboral.

- 3.- Impulsar a través del Ministerio de Salud (MINSA), soluciones preventivas a nivel individual, grupal, y organizacional tanto para la depresión y para el síndrome burnout .

BIBLIOGRAFÍA

1. Portal Tecnociencia, DEPRESION,
<http://www.tecnociencia.es/especiales/depresion/introduccion.htm>, Julio 2005
2. Celia Antonini, Trastornos depresivos,
<http://www.respuestasaladepresion.com/queesladepresion/queesladepresion.php>
3. Ángeles Solaberrieta, Reseña Evolutiva del concepto “Burnout”, Hospital Naval “Pedro Malló”
http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:8Z0Ghrd_EuIJ:www.ancba.org.ar/cont_cien/burnout.doc+sindrome+bournout+segun+la+OMS&hl=es&gl=pe&pid=bl&srcid=ADGEEShDkXEe_QVeS2RHGkhwrXGFyPdV_Kj6mxfCSbrVuHYfrKGBowJWf1m7B-Hq1bjG21V9fckKHqHxU6KvVsVoy5VYK7hQftjhoaFhorNFXQp4qFNn6DlmOiczp47Wp5MYOMlegFGs&sig=AHIEtbQBzHY1eupunyYPSmE8gitDxNFV0A
4. Japcy Margarita Quiceno y Atefano Vinaccia Alpi, BOURNUT.”SINDROME DE QUEMARSE EN EL TRABAJO(SQT)”, Universidad de san Buenaventura, Medellín Colombia, Acta colombiana de psicología 10(2): 117-125, 2007
http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:yfM-_QBwHhgJ:portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/v10n2/art-11_117-125.pdf+sindrome+bournout+es+un+sindrome+relacionado+con+el+trabajo+surg+por+la+percepcion+de+un+sujeto&hl=es&gl=pe&pid=bl&srcid=ADGEESiM77A92AbiY27Yb8QBf1JksPmn3SeiBiP2trSbrMaICfg2di6i1cip_1cZ2GOP_wiUCzWIIHCnYDIWhAY716lbrXEG0B_oLskSFNhdflFLwyQtj5NVGrdlfx-qsg513OAB3V8&sig=AHIEtbSIG_zPM0GeOLZBv7SVvgECEpO-aw
5. Cabrejos, J. (1999). “La depresión en medicina y cirugía” Tesis para obtener el título de licenciado en medicina. Universidad de San Marcos. Lima.
<http://www.org.depresion.com>.
6. Jaime Aliaga Tovar.(2007)“Tests Psicométricos, Confiabilidad y Validez”
<http://www.unmsm.edu.pe/psicologia/documentos/documentos2007/libro%20eap/05LibroEAPAliaga.pdf>
7. W. Zung. Evaluación de la depresión 1995. Pág. 7-11

8. Elizabeth Pérez Cruz, síndrome de Burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes, *med Int México* 2006; 22:282-6
http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=38982&id_seccion=1479&id_ejemplar=4018&id_revista=47
9. Milagros Dueñas, Luzbenia merma, Richard Ucharico, Prevalencia de Burnout en médicos de la ciudad de Tacna, *Sociedad científica Peruana de Estudiantes de Medicina, Universidad nacional Jorge Basadre Grohmann Tacna Perú CIMEL* 2003;8(1):33-37,
http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:yV8sOkAwDW0J:revistas.concytec.gob.pe/pdf/cimel/v8n1/a07v8n1.pdf+bournout+en+medicos+de+tacna&hl=es&gl=pe&pid=bl&srcid=ADGEESgqQa3M8fKJKUvv3gasjM6F-abrqV7z0A3n5dscAujsjfuM7CgiEy_aNhPqlt4PxnBXcsrniHGVon0yDMWo098Fz1QkTRi4zmnv6eKwfX_9hK4--vPoEy1dlW3ok2ABuFJyydP9&sig=AHIEtbRJ98c9Rb8IPF7SwQG6J2Vdh6nC1A
10. Armand Grau, Daniel Flichtentrei, Rosa Suñer, Sílvia Font-Mayolas, María Prats y Florencia Braga, El Síndrome Burnout en Profesionales de la Salud Hispanoamericanos, *IntraMed, Rev Esp Salud Pública* 2009; 83: 215-230, N.º 2 - Marzo-Abril 2009,
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=60122>
11. Rodolfo Quiroz Valdivia, Santiago saco Méndez, Factores Asociados al Síndrome Burnout en Médicos y Enfermeras del hospital Nacional Sur este de ESSALUD del Cusco, *Universidad nacional san Antonio Abad del Cusco* 2003; 12(23): 11-22,
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2004_n23/rsm_factores.htm
12. Víctor Manuel Joffre Velázquez, José Ma. Peinado Herreros², Ma. Del Carmen Barrientos Gómez¹, Dolores Lin Ochoa¹, Francisco Vázquez Nava¹, Arturo Llanes Castillo, SÍNDROME DE BURNOUT EN MEDICOS DE UN HOSPITAL GENERAL EN EL NORESTE DE MEXICO, *Fac. de Medicina Humana “Alberto Romo Caballero” del Centro Universitario Tampico, Madero Altamira de la Universidad Autónoma de Tamaulipas*, agosto de 2010,

http://www.medicinasaludysociedad.com/site/images/stories/pdf/SINDROME_D E_BURNOUT.pdf

13. Zumarraga Rebeca del Consuelo, García Jorge Mauricio, Yopez Lupe Bernarda, Prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos de tres hospitales, Rev Fac Cien Med Quito 2008; 33(2) : 96-100,
http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=203&id_seccion=3454&id_ejemplar=5643&id_articulo=5575
14. Mariano Giardina, Síndrome de Burnout en los Médicos, octubre 2010,
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2544/1/Sindrome-de-burnout-en-los-medicos-.html>
15. Cabaleiro, Ana Paula y otros. Tesis. Depresión y Subjetividad. Universidad de Mar de Plata. Facultad de Psicología 2000.pag.1-48
. www.herrerros.com.ar/melanco/tesis.htm
16. Díaz Álvarez, A. Exploraciones psicológicas. Psicodiagnóstico. Evaluación de la depresión.
www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/informacion_sociedad/manual/a8n4.htm
1
17. Diccionario Lexus de la Salud. Mosby/Doyma. Libros, S.A. Edición en Español, impreso en Colombia por printer Colombiana, S.A. 1996. Pág.45
18. Antonini, Celia. Respuestas a la Depresión. 2003.
www.respuestasaladepresion.com/queesladepresion.php
19. Pérez Anau, F.A. Biología de los Trastornos afectivos. Centre de Salut Mental Prat de Llobregat. Barcelona. Vol.56-Número 1288. Pág. 57. 2003
20. Carlos J.G. Sisto (2004) “Clínica de depresión”
<http://www.herrerros.com.ar/melanco/sisto.htm>
21. García López. “Depresión severa en niños y adolescentes”. Centro par servicios de salud mental. Estados Unidos. 1996.
www.informacionparapadres.org/depression.htm
22. Clasificación Internacional Estadística de Enfermedades (CIE).10ª Edición. ESSALUD. Protocolo y Estándares. Lima S.A.2004. Pág. 1-19

23. Clasificación Internacional Estadística de Enfermedades (CIE).10ª. Edición ESSALUD. Protocolo y estándares. Edigraf Lima. S.A. 1999. Pág. 52
24. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (DSM IV). Asociación Americana de Psiquiatría. Editorial Masson S.A. 1994.
25. Duch Campodarbe, R.F. y otros. (2004). “Psicometría de la Ansiedad, la Depresión y el Alcoholismo en la Atención Primaria”. Pág. 209, 211,219
www.semergen.es/pdf/numero3_99/209-221.pdf
26. Myleen Madrigal Solano, “Burnout” En Medicos: Aproximaciones teóricas y Algunos diagnósticos Diferenciales, Costa Rica, 2006, Vol. 23 N°2,
<http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v23n2/3477.pdf>
27. Mariano Giardina, Síndrome de Burnout en los médicos del Hospital Provincial del Centenario de la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, Argentina 2010,
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2544/1/Sindrome-de-burnout-en-los-medicos->

ANEXOS

CUESTIONARIO PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESION Y SÍNDROME DE BURNOUT

Por favor, lea cada pregunta cuidadosamente y responda cada una de ellas marcando con un aspa (X) las alternativas que crea conveniente o rellenando los espacios en blanco.

¿Qué edad tiene Ud.?: _____ años

Sexo:

- (1) Masculino
- (2) Femenino

¿Cuál es su estado civil?

- (1) Soltero (a)
- (2) conviviente
- (3) Casado (a)

¿De qué lugar procede Ud.?: _____
(Departamento)

¿Cuál es su especialidad?:

- (1) Medicina
- (2) Pediatría
- (3) Cirugía
- (4) Ginecología
- (5) Otros

¿Cuántas horas labora por semana?: _____ horas semanales

¿Cuál es su condición laboral?:

- (1) Contratado
- (2) Nombrado

¿Cuántos años de ejercicio de la profesión?_____ /

¿Trabaja solamente en el “Hospital Hipólito Unanue de Tacna”?

- (1) Si
- (2) No

¿Hace guardias?

- Si
- No

TESTS DE ZUNG

Conteste las 20 preguntas marcando solo uno de los casilleros correspondientes a la columna 1,2, 3,4:

1 = Muy poco tiempo - Muy pocas veces - Raramente.

2 = Algún tiempo - Algunas veces - De vez en cuando.

3 = Gran parte del tiempo - Muchas veces - Frecuentemente.

4 = Casi siempre - Siempre - Casi todo el Tiempo.

Que has experimentado, en forma casi diaria, durante el último mes?		1	2	3	4
1	Me siento triste y deprimida (o)				
2	Por las mañanas me siento mejor que por las tardes				
3	Tengo ganas de llorar y a veces lloro				
4	Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche				
5	Como igual que antes				
6	Todavía me siento atraído por el sexo opuesto				
7	Noto que estoy adelgazando				
8	Estoy estreñado (a)				
9	El corazón me late más rápido que antes				
10	Me canso por cualquier cosa, me quedo sin energías				
11	Mi mente esta tan despejada como antes				
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes				
13	Me siento intranquilo a y no puedo estar quieto				
14	Tengo esperanza y confío en el futuro				
15	Me siento más irritable que antes. Me enojo fácilmente				
16	Encuentro fácil tomar decisiones				
17	Siento que soy útil				
18	Encuentro agradable vivir				
19	Creo que sería mejor para los demás que me muriera				
20	Me gustan las mismas cosas que antes me agradaban				

INVENTARIO PARA DETERMINAR SINDROME DE BURNOUT

Las siguientes son 22 declaraciones que hablan acerca de los sentimientos relacionados al trabajo. Por favor, lea cada declaración cuidadosamente y decida si usted se siente de esa manera acerca de su trabajo. Si usted nunca ha tenido este sentimiento, escriba un "0" (cero) en el espacio provisto. Si usted ha tenido este sentimiento, indique cuán frecuente lo ha sentido escribiendo el número (del 1 al 6) que mejor describa con qué frecuencia se ha sentido así. La escala de frecuencia de los sentimientos es según sigue:

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días

Conteste las siguientes frases indicando la frecuencia con que usted ha experimentado ese sentimiento.

AFIRMACIONES	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar							
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo							
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes							
8. Me siento "quemado" por mi trabajo							
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas							
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión							

11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente							
12. Me siento muy activo							
13. Me siento frustrado en mi trabajo							
14. Creo que estoy trabajando demasiado							
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes							
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés							
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes							
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes							
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión							
20. Me siento acabado							
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma							
22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas							

Fuente: MASLACH, C. Y JACKSON, S.E. (1986): Maslach Burnout Inventory. Manual research Edition. University of California. Consulting Psychologist Press. Palo Alto.

CLASIFICACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS DE LA ESCALA DE ZUNG

SÍNTOMAS DE LOS DESORDENES DEPRESIVOS	ÍTEMS DE LA EAMD	Nº DEL ÍTEM
I. AFECTIVOS PERSISTENTES		
Deprimido, triste, melancólico	me siento triste y decaído	(1)+
Accesos de llanto	tengo ganas de llorar y a veces lloro	(3)+
II. EQUIVALENTES FISIOLÓGICOS		
Exageración de los síntomas en la mañana mejorando conforme pasa el día	por las mañanas me siento mejor	(2)-
Sueño: despertar temprano	me cuesta mucho dormir en la noche	(4)+
Apetito: disminución de la ingestión de los alimentos	como igual que antes	(5)-
Pérdida de peso	noto que estoy adelgazando	(7)+
Sexuales: libido disminuido	todavía me siento atraído por el sexo opuesto	(6)-
Gastrointestinales: constipación	estoy estreñido	(8)+
Cardiovasculares: taquicardia	el corazón me late más rápido que antes	(9)+
Musculo esqueléticos: fatiga	me canso por cualquier cosa	(10)+
III. EQUIVALENTES PSICOLÓGICOS		
Agitación psicomotor	me siento intranquilo y no puedo estar quieto	(13)+
Retardo psicomotor	hago las cosas con la misma facilidad que antes	(12)-
Confusión	mi mente esta tan despejada como antes	(11)-
Sensación de vacío	encuentro agradable vivir	(18)-
Desesperanza	tengo esperanzas y confié en el futuro	(14)-
Indecisión	encuentro fácil tomar decisiones	(16)-
Irritabilidad	me siento más irritable que antes	(15)+
Disgustos	me gustan las mismas cosas que solían agradarme	(20)-
Desvalorización personal	siento que soy útil	(17)-
Ideas suicidas	creo que sería mejor para los demás si me muriera	(19)+

INDICE

Resumen	01
Introducción.....	02
CAPITULO I	
1. El Problema de Investigación.....	04
1.1. Fundamentación del Problema.....	04
1.2. Formulación del Problema	06
1.3. Objetivos de la Investigación	07
1.3.1. Objetivo General.....	07
1.3.2. Objetivos Específicos	07
1.4. Justificación	08
1.5. Definición de Términos	10
CAPITULO II	
2. Revisión Bibliográfica	11
2.1. Antecedentes de la Investigación	11
2.2. Marco Teórico	17
2.2.1. Desarrollo Histórico de la Depresión	17
2.2.1.1. Grecia	17
2.2.1.2. Edad Media y Renacimiento	17
2.2.1.3. Siglo XVIII	18
2.2.1.4. Siglo XIX	18
2.2.1.5. Siglo XX	18
2.2.2. Depresión	19
2.2.2.1. Definición	19
2.2.2.2. Causas de Depresión.....	19
2.2.2.3. Clínica de la Depresión.....	21
2.2.3. Episodios Depresivos	23
2.2.3.1. Definición.....	23
2.2.3.2. Clasificación Internacional de las Enfermedades	25
2.2.3.3. Clasificación Según el Manual Diagnostico y Estadios de los Trastornos Mentales (DSM-IV)	29
2.2.4. Escala de Zung	31
2.2.5. Burnout	33
2.2.5.1. Definiciones y Características Generales....	33
2.2.5.2. Dimensiones del Burnout	34
2.2.5.3. Aspectos Epidemiológicos de Síndrome de Burnout	35

2.2.5.4.	La Evolución del Cuadro Clínico y su Sintomatología	39
2.2.5.5.	Diagnostico Diferencial	40
CAPITULO III		
3.	Hipótesis, Variables y Definiciones Operacionales	44
3.1.	Hipótesis	44
3.2.	Variables y Definiciones Operacionales	45
CAPITULO IV		
4.	Metodología de la Investigación	48
4.1.	Diseño	48
4.2.	Ámbito de Estudio	48
4.3.	Población y Muestra	48
4.4.	Criterio de Inclusión	48
4.5.	Criterio de Exclusión	49
4.6.	Técnica e Instrumentación de Recolección de Datos	49
CAPITULO V		
5.	Procedimiento de Análisis de Datos	49
5.2	Trabajo de Campo	49
CAPITULO VI		
6.1	RESULTADOS	51
	Discusión	76
	Conclusiones	82
	Recomendaciones	83
	Bibliografía	84
	Anexos	88