

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia



“Prevalencia y factores asociados al Síndrome de Burnout en alumnos de Medicina Veterinaria y Zootecnia”

Tesis para optar el Título Profesional de:
MÉDICO VETERINARIO ZOOTECNISTA

Kevin Louis Puertas Neyra

Bachiller en Medicina Veterinaria y Zootecnia

LIMA - PERÚ

2017

A mi madre, por supuesto.

AGRADECIMIENTOS

En orden cronológico:

A todo el equipo de Vet Support, en especial al Dr. Renato Zúñiga quien me ayudó a diseñar mi primer proyecto de tesis.

A los integrantes del Área de Salud Pública. En especial al Dr. Néstor Falcón quien me adoptó como su tesista en el momento que más lo necesitaba, comprometiéndose íntegramente con el desarrollo de este proyecto, realizando una labor excepcional como docente y amigo.

A los integrantes de la Dirección de la Escuela Profesional de la FAVEZ-UPCH, en especial a la Dra. Galy Mendoza, siempre estuvo presta a ayudarme con el proyecto.

A la Oficina de Tutoría Académica y Consejería Psicológica de la FAVEZ-UPCH, en especial a la Lic. Silvana Cáceres quién realiza una labor titánica velando por el bienestar psicológico de los estudiantes de la facultad. Agradezco mucho su disposición de ayudarme con el desarrollo del proyecto.

A toda mi familia y amigos incondicionales.

A todos y cada uno de ellos, Gracias totales.

ABSTRACT

Burnout syndrome (BOS) is defined as an inappropriate response to stressors and inefficient support systems; which harms the academic, physical and mental performance of the students. The aim of the study was to determinate the prevalence and associated factors with the BOS among the students of the Faculty of Veterinary Medicine and Zootechny at the Cayetano Heredia Peruvian University (FVMZ-CHPU). A descriptive, observational and transversal study was performed with the students of FVMZ-CHPU during July 2017. Two surveys were assessed: a sociodemographic questionnaire and the Maslach Burnout Inventory - Student Survey (MBI-SS). The prevalence of clinically burned out students was 32,3% (n=87). The study found that 58,7% (n=158) and 14,1% (n=38) of the students had high levels of emotional exhaustion (EE) and cynicism (C), respectively; while 46,1% (n=124) of them had low levels of academic self-efficacy. There was a significant relation between the year of study ($p=0,038$), gender ($p=0,019$), living arrangements ($p=0,039$), hours of sleep ($p=0,000$), sports practice ($p=0,042$) and the level of EE. Statistical significance was also found between the year of study ($p=0,040$), the tobacco consumption ($p=0,033$) and the level of C. The relation between sports practice ($p=0,004$), the presence of gastrointestinal ($p=0,007$) or psychosomatic ($p=0,000$) disturbances and the BOS were statistically significant. We concluded there is a high BOS prevalence in the students of FVMZ-CHPU both in multidimensional and dichotomous evaluation.

Key words: Burnout syndrome, stress, students, veterinary, Maslach Burnout Inventory

RESUMEN

El Síndrome de Burnout (SBO) académico es definido como una respuesta inapropiada a estresores y sistemas de soporte ineficientes, que perjudica el desempeño académico, físico y mental de los estudiantes. El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia y factores asociados al SBO en estudiantes de la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (FAVEZ-UPCH) a través de un estudio descriptivo, observacional y transversal en el mes de julio de 2017. Se emplearon dos instrumentos: la Escala Maslach Burnout Inventory - Student Survey (MBI-SS) y una encuesta sociodemográficas. Se obtuvo 269 encuestas válidas en las que se encontró una prevalencia de SBO clínico de 32,3% (n=87). Se determinó que el 58,7% (n=158) y 14,1 % (n=38) de los estudiantes presentaban un niveles severos de agotamiento emocional (AE) y cinismo (C), respectivamente; mientras que 46,1% (n=124) presentaron niveles bajos de autoeficacia académica (AA). Se encontró que existe asociación entre el año de estudio (p=0,038), sexo (p=0,019), arreglo de vivienda (p=0,039), horas de sueño (p=0,000), y práctica de deportes (p=0,042), con el nivel de AE. El año de estudio (p=0,040) y el consumo de tabaco (p=0,033), se asociaron al nivel de C. Se halló asociación entre la práctica de deportes (p=0,004), la alteraciones gastrointestinales (p=0,007) y psicósomáticas (p=0,000) con el SBO. Se concluye que existe una elevada prevalencia de alumnos con SBO en la FAVEZ-UPCH, tanto en la evaluación multidimensional como dicotómica.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, estrés, estudiantes, veterinaria, Maslach Burnout Inventory

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Burnout (SBO), también llamado “Síndrome de quemarse por el trabajo”, “Síndrome de agotamiento o desgaste profesional” (Cáceres-Mejía *et al.*, 2013) es definido como una respuesta excesiva e inapropiada a estresores (afectivos, interpersonales o laborales) y sistemas de soporte insuficientes; caracterizado por sentimientos de agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y una baja realización personal (RP) (Gold, 1984; Nakandakari *et al.*, 2015).

El AE hace referencia a la sensación de cansancio relacionada con el trabajo; las personas afectadas se sienten emocionalmente exhaustas, cansadas, incapaces de hacer frente a diferentes situaciones, y faltos de energía. La DP, hace referencia a una respuesta impersonal, insensible, deshumanizada, poco empática o negativa hacia quienes se atiende; las personas afectadas encuentran sus tareas frustrantes y estresantes; y la RP, se refiere a la visión de competencia, logros o éxito en el trabajo; las personas se sienten apáticas, faltas de creatividad y encuentran difícil concentrarse (Maslach *et al.*, 1996; Estela-Villa *et al.*, 2010; IQEHC, 2017).

El SBO presenta síntomas físicos, psíquicos, comportamentales y defensivos (Luzia y Soares, 2016). De acuerdo con Pereira (2002), entre los síntomas físicos pueden presentarse: cefalea, disturbios del sueño, dolores musculares, cansancio, problemas gastrointestinales, disturbios de menstruación, entre otros; en cuanto a los síntomas psíquicos, reporta: falta de atención y concentración, labilidad emocional, baja autoestima, impaciencia, depresión, desánimo, etc. En relación a los síntomas comportamentales, Araujo (2008) describe: comportamiento suicida, negligencia, irritabilidad, agresividad, dificultad para relajarse y adaptarse a los cambios, falta de iniciativa y consumo de sustancias psicoactivas; mientras que dentro de los síntomas defensivos, menciona: ausentismo, aislamiento, ganas de abandonar el trabajo, ausencia de interés por la labor, demostración de ironía y cinismo.

La sintomatología del SBO fue descrita por primera vez por Freudenberger en 1973, sin embargo, fueron Maslach, Jackson y Leiter quienes en 1981 construyeron el primer instrumento para su medición: El Maslach Burnout Inventory (MBI) (Cáceres-Mejía *et al.*, 2013), dirigido originalmente hacia profesionales con intenso y emocional contacto interpersonal con otros humanos (Duarte *et al.*, 2012). Posteriormente, en 1996, proponen tres versiones para diferentes poblaciones: MBI-Human Services Survey (MBI-HSS) para profesionales de la salud, el MBI-Educators Survey (MBI-ES) para profesionales de la educación y el MBI-General Survey para otras profesiones distintas al ámbito existencial y educativo (Cáceres-Mejía *et al.*, 2013).

A pesar de tener algunos estudios dispersos a lo largo de los años, la moción que el SBO ocurre también en estudiantes, fue propuesta con rigor y soporte empírico por Schaufeli, Salanova, Gonzáles-Romá y Bakker (2002) tras diseñar el MBI-Student Survey (MBI-SS), un instrumento derivado del MBI-GS, diseñado específicamente para evaluar el SBO académico, en este sentido, se cambia el nombre de dos dimensiones: la DP es renombrada a “Cinismo” (C), entendido como el desenvolvimiento de una actitud de distanciamiento con el estudio; mientras que la falta de RP se traduce como la percepción de estar siendo incompetentes académicamente por parte de los estudiantes y es llamada “autoeficacia negativa” o “baja autoeficacia académica” (AA) (Martínez *et al.*, 2000; Hederich-Martínez y Caballero-Domínguez, 2016).

El SBO académico parece estar relacionado a que las instituciones educativas no facilitan el desempeño académico del estudiante universitario al no proveer suficientes recursos, a la existencia de dinámicas negativas para la realización del trabajo académico y excesivas exigencias en el mismo, entre otras (Hederich-Martínez y Caballero-Domínguez, 2016).

Diversas relaciones entre el SBO y los factores de estrés o las variables sociodemográficas han sido analizadas. Para el caso de estudiantes de Medicina Veterinaria (MV) se ha reportado que el vivir con otro estudiante previene significativamente el SBO (Chigerwe *et al.*, 2014). En el Perú, para el caso de internos en Medicina Humana, no se encontró asociación entre las variables sociodemográficas y el SBO (Estela-Villa *et al.*, 2010); mientras que para los alumnos de odontología, se evidenció una mayor prevalencia en hombres y menor en aquellos que viven solos (Picasso-Pozo *et al.*, 2012).

La prevalencia de SBO en estudiantes universitarios es significativa y varía entre el 8% y el 56,9% de acuerdo a la población estudiada (Loayza-Castro *et al.*, 2016). En el Perú, se han reportado diferentes prevalencias de SBO en estudiantes de pregrado de distintas profesiones. Para la carrera de Medicina Humana se encontró una prevalencia del 57,6% en sus estudiantes de pregrado hasta el sexto año de carrera (Nakandakari *et al.*, 2015), mientras que para el año de internado esta fue de 57,2% y 83,8% (Estela-Villa *et al.*, 2010; Palacios, 2017); para el caso de odontología se encontró que el 30,7% de sus estudiantes padecían SBO en grado severo y el 23,6% en grado moderado (Picasso-Pozo *et al.*, 2012).

Los estudios de prevalencia del SBO en estudiantes de pregrado de MV son escasos. La Universidad de California Davis encontró en todos sus estudiantes de MV, de primer y segundo año de carrera, un nivel SBO moderado, siendo mayor el AE en el segundo semestre (Chigerwe *et al.*, 2014).

Existe considerable variabilidad en cómo los investigadores han valorado los puntajes obtenidos en el MBI para evaluar el SBO, y el efecto de ella sobre los resultados es considerable (Dyrbye *et al.*, 2009). Usualmente para evaluar el puntaje obtenido en el MBI-SS se asumen los datos normativos de la Nota Técnica NTP 732 del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España, que orienta la interpretación del MBI-GS. (Hederich-Martínez y Caballero-Domínguez, 2016) que reporta resultados

individuales para cada dimensión, utilizando puntos de corte establecidos y categorizando los resultados en seis subescalas que van de “muy bajo” a “muy alto”.

Para fines netamente investigativos, la decisión de tratar las tres dimensiones del SBO por separado tiene mucho sentido; sin embargo, para los evaluadores y público en general, no es así, ya que prefieren un concepto integral y unitario. A lo largo de los años, existieron diversos intentos por lidiar con este problema, algunos intentando combinar los resultados del MBI utilizando un modelo aditivo simple, un sistema de valoración especial de cada ítem o reduciendo el número de ellos (Maslach *et al.*, 2008). Una propuesta diferente es la presentada por el modelo de fases de Golembiewski y Munzenrider (1988), en la cual las tres dimensiones son dicotomizadas en función su media (por encima o debajo de esta); sin embargo, ninguno de estos intentos ha sido probado satisfactoriamente (Leiter, 1993).

Una estrategia alternativa es usar un criterio diagnóstico externo independiente del SBO. Una posible aproximación serían los criterios utilizados en el diagnóstico de la neurastenia relacionada al trabajo; según Schaufeli *et al.* (2001), en el SBO clínico se observan los mismos signos que en la neurastenia sólo que estos están relacionados al trabajo. Basados en los criterios diagnósticos antes mencionados, se establecieron puntos de corte clínicamente validados para cada una de las dimensiones del SBO. Investigaciones adicionales validaron estos puntos de corte y establecieron que un individuo es considerado clínicamente “quemado por el trabajo” cuando obtiene una puntuación alta en el AE, en combinación con un nivel alto en alguna de las 2 dimensiones restantes (Brenninkmeijer y VanYperen, 2003; Dyrbye, 2009; Maslach *et al.*, 2008).

En los estudiantes de la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (FAVEZ-UPCH), la exigencia académica y otras situaciones de tensión a las que están

sometidos pueden causar SBO, lo que a su vez ocasionaría baja identificación con la institución, falla académica, efectos negativos en su desempeño pre-profesional e ideación suicida; esto debido a la asociación que existe entre el SBO, el estrés y enfermedades mentales como la depresión; además de las disfunciones psicofisiológicas que ocasiona y su repercusión sobre la salud física (Luzia y Soares, 2016).

En el Perú aún no se han realizado estudios para este tipo de población y se desconoce la cantidad de estudiantes de MVZ que han desarrollado SBO, lo cual no ha permitido reconocer grupos en riesgo ni realizar intervenciones oportunas. Los programas de prevención y tratamiento del SBO deben realizarse desde los primeros años de estudios, siendo en este momento las intervenciones más efectivas (Hederich-Martínez y Caballero-Domínguez, 2016). Además, se hace necesario que la universidad conozca los factores estresantes o características demográficas que se asocian comúnmente con esta patología en sus estudiantes. En este sentido, conocer la prevalencia y factores asociados al SBO en estudiantes de MVZ de la UPCH servirá a que las autoridades correspondientes tomen las medidas que estimen convenientes para su prevención.

MATERIALES Y MÉTODOS

1. Lugar de estudio

El estudio se realizó en la FAVEZ-UPCH durante el periodo académico 20171.

2. Tipo de estudio

El estudio correspondió a una investigación Descriptiva, Observacional y Transversal.

3. Población objetivo y tamaño de muestra

La población objetivo del estudio fue la totalidad de estudiantes de la FAVEZ-UPCH que se encontraban matriculados en el semestre académico 20171, que asistían regularmente a clases y que decidían participar en forma voluntaria. El estudio no involucró a estudiantes que se encontraban en el ciclo de rotaciones (prácticas finales).

4. Criterios de inclusión y exclusión

Un estudiante fue incluido en el estudio después haber aceptado participar voluntariamente y haber firmado un consentimiento informado. Se excluyeron aquellas encuestas en las cuales no se había respondido la totalidad de alguno de los dos cuestionarios.

5. Características del instrumento a utilizar

Para medir el SBO en los estudiantes de FAVEZ-UPCH se utilizó el instrumento MBI-SS versión española tomado de Hederich-Martínez y Caballero-Dominguez (2016) basado en el MBI-SS Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker (2002). Una escala válida y fidedigna, que presenta los

requisitos necesarios en cuanto a consistencia interna y validez factorial para ser utilizada en la evaluación del SBO en estudiantes universitarios. (Carlotto y Cámara, 2006) Con un adecuado nivel de confiabilidad, demostrado en estudiantes peruanos de odontología. (Picasso-Pozo *et al.*, 2012)

El instrumento consta de 15 ítems que evalúan las tres dimensiones del SBO académico: AE (5 ítems), C (4 ítems) y AA (6 ítems). Los ítems están escritos a manera de enunciados sobre sentimientos personales o actitudes y son respondidos en términos de frecuencia en la que el participante los experimenta en una escala del 0 (nunca) al 6 (todos los días).

Para determinar la prevalencia del SBO, se utilizó el criterio “Agotamiento emocional +1” establecido por Brenninkmeijer y VanYperen (2003), y avalado por Christina Maslach, inventora del MBI (Maslach *et al.*, 2008; Dyrbye, 2009), el cual indica que un individuo es considerado clínicamente quemado por el trabajo cuando obtiene una puntuación alta en el AE, en combinación con un alto nivel en alguna de las 2 dimensiones restantes.

Para evaluar independientemente a las dimensiones del SBO, se utilizaron los datos normativos recomendados en la Nota Técnica de Prevención 732 (NTP732) del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT), los cuales son usualmente asumidos para la interpretación del MBI-SS (Hederich-Martínez y Caballero-Domínguez, 2016). Para favorecer al entendimiento del constructo, se agrupó las subescalas muy bajo y bajo en un único nivel denominado “bajo”, las subescalas medio (bajo) y medio (alto) en “moderado”, y las subescalas alto y muy alto, en “severo”.

Los factores asociados al SBO fueron evaluados mediante el “Cuestionario sociodemográfico y de factores asociados al SBO” diseñado especialmente para este estudio. Este cuestionario tomó en cuenta los principales factores asociados al SBO encontrados en la bibliografía revisada. Consta de 9 ítems con preguntas de opción múltiple y de desarrollo.

6. Recolección de muestra

El procedimiento para la recolección de datos se realizó a través de visitas a cada aula de clases. Las encuestas fueron entregadas a los estudiantes para ser desarrolladas al interior del aula. El tiempo disponible para completar la misma fue de máximo 15 minutos. Los estudiantes fueron informados sobre la finalidad de la investigación y recibieron instrucciones sobre correcto llenado de los cuestionarios. En primera instancia, recibieron un consentimiento informado, el cual fue recogido antes de entregar los cuestionarios, con la finalidad de mantener el carácter anónimo de la encuesta.

7. Procesamiento de datos y análisis

Se realizó el análisis descriptivo de cada dimensión y nivel de SBO mediante tablas de distribución de frecuencias, mientras que para evaluar la relación entre el nivel de SBO y sus dimensiones, con las variables consideradas factores asociados, se empleó la prueba de Chi cuadrado con un nivel de significancia del 5%.

8. Consideraciones éticas

Cada participante fue previamente informado sobre la finalidad del estudio, respetando los principios de la bioética. Asimismo, se les comunicó el carácter anónimo de las encuestas y que tras finalizar los cuestionarios, estos deberían ser devueltos al investigador. La aplicación de los cuestionarios se realizó previa firma libre y voluntaria del consentimiento informado, en el cual dio a conocer el derecho del participante a desistir de la investigación en cualquier momento sin perjuicio alguno, garantía de mantener en completa confidencialidad su identidad, y que cualquier interrogante que pudieran presentar fue resuelta satisfactoriamente.

RESULTADOS

Se obtuvo 277 encuestas, de las cuales 8 participantes no completaron la totalidad de alguno de los dos cuestionarios, quedando 269 encuestas válidas. El Cuadro 1 muestra la distribución de las dimensiones y la prevalencia clínica del SBO. El estudio encontró una prevalencia de SBO clínico de 32,3%, (n=87). La distribución de las dimensiones del SBO, encontró que el 35,7% y 58,7% de los estudiantes presentaron un nivel moderado y severo de AE; 37,9% y 14,1% un nivel moderado y severo de C; mientras que 46,1% y 41,6% presentaron un nivel bajo y moderado de EA; respectivamente.

Los cuadros 2 al 4 (a y b), se muestra la distribución estratificada de las variables sociodemográficas evaluadas, en relación a los niveles de AE, C y AA. Se encontró asociación entre el año de estudio ($p=0,038$), sexo ($p=0,019$), arreglo de vivienda ($p=0,039$), horas de sueño ($p=0,000$), la práctica de deportes ($p=0,042$), y el nivel de AE. Además, el año de estudio ($p=0,040$) y consumo de tabaco ($p=0,033$), se asoció al nivel de C. No se encontró asociación alguna entre las variables y el nivel de AA.

El cuadro 5 (a y b), muestra la distribución estratificada de las variables sociodemográficas evaluadas, en relación a la presentación de SBO clínico. Sólo se encontró asociación con la práctica de deportes ($p=0,004$). El cuadro 6, muestra la distribución de las alteraciones fisiológicas respecto a la presentación de SBO clínico. Se evidenció asociación entre la presentación de alteraciones psicósomáticas ($p=0,000$) y gastrointestinales ($p=0,007$) con padecer de SBO clínico.

Cuadro 1. Distribución de los resultados de las dimensiones del SBO y su prevalencia clínica en estudiantes de la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Año 2017

Variable de estudio	Estrato de la variable	Frecuencia (n=269)	Porcentaje (%)
Agotamiento emocional	Leve	15	5,6
	Moderado	96	35,7
	Severo	158	58,7
Cinismo	Leve	129	48,0
	Moderado	102	37,9
	Severo	38	14,1
Autoeficacia académica	Baja	124	46,1
	Moderada	112	41,6
	Alta	33	12,3
SBO clínico	Ausente	182	67,7
	Presente	87	32,3

Cuadro 2a. Distribución de variables sociodemográficas en relación a los niveles de agotamiento emocional reportado por estudiantes de la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Año 2017.

Variable	Estrato de la variable	Leve		Moderado		Severo		Total		Sig.
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Año de estudio	Primero	8	11,1	32	44,4	32	44,4	72	26,8	0,038
	Segundo	5	7,2	20	29,0	44	63,8	69	25,7	
	Tercero	-	-	13	37,1	22	62,9	35	13,0	
	Cuarto	1	1,5	25	37,9	40	60,6	66	24,5	
	Quinto	1	3,7	6	22,2	20	74,1	27	10,0	
Sexo	Masculino	8	12,5	23	35,9	33	51,6	64	23,8	0,019
	Femenino	7	3,4	73	35,6	125	61,0	205	76,2	
Relación sentimental	Si	7	6,7	35	33,3	63	60,0	105	39,0	0,711
	No	8	4,9	61	37,2	95	57,9	164	61,0	
Arreglo de vivienda	Familia nuclear	4	3,4	42	35,3	73	61,3	119	44,2	0,039
	Familia extendida	1	4,2	10	41,7	13	54,2	24	8,9	
	Familia monoparental	4	6,3	19	30,2	40	63,5	63	23,4	
	Vive con hermanos	-	-	7	46,7	8	53,3	15	5,6	
	Vive solo	3	11,1	12	44,4	12	44,4	27	10,0	
	Vive con otro estudiante	3	33,3	3	33,3	3	33,3	9	3,3	
	Otros arreglos	-	-	3	25,0	9	75,0	12	4,5	

Cuadro 2b. Distribución de variables sociodemográficas en relación a los niveles de agotamiento emocional reportado por estudiantes de la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Año 2017.

Variable	Estrato de la variable	Leve		Moderado		Severo		Total		Sig.
		N	%	n	%	n	%	n	%	
Trabaja y estudia	Si	2	10,0	6	30,0	12	60,0	20	7,4	0,619
	No	13	5,2	90	36,1	146	58,6	249	92,6	
Consumo de tabaco	Nunca	13	6,6	74	37,4	111	56,1	198	73,6	0,411
	Ocasionalmente	1	1,6	19	30,2	43	68,3	63	23,4	
	Casi a diario	1	14,3	3	42,9	3	42,9	7	2,6	
	A diario	-	-	-	-	1	100,0	1	0,4	
Horas de sueño	Menos de 8 horas	8	3,4	84	35,6	144	61,0	236	87,7	0,000
	8 horas en promedio	5	19,2	11	42,3	10	38,5	26	9,7	
	Más de 8 horas	2	28,6	1	14,3	4	57,1	7	2,6	
Practica deportes	Si	9	7,7	49	41,9	59	50,4	117	43,5	0,042
	No	6	3,9	47	30,9	99	65,1	152	56,5	

Cuadro 3a. Distribución de variables sociodemográficas en relación a los niveles de cinismo reportado por estudiantes de la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Año 2017.

Variable	Estrato de la variable	Leve		Moderado		Severo		Total		Sig.
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Año de estudio	Primero	46	63,9	21	29,2	5	6,9	72	26,8	0,040
	Segundo	32	46,4	26	37,7	11	15,9	69	25,7	
	Tercero	15	42,9	16	45,7	4	11,4	35	13,0	
	Cuarto	27	40,9	29	43,9	10	15,2	66	24,5	
	Quinto	9	33,3	10	37,0	8	29,6	27	10,0	
Sexo	Masculino	29	45,3	22	34,4	13	20,3	64	23,8	0,262
	Femenino	100	48,8	80	39,0	25	12,2	205	76,2	
Relación sentimental	Si	53	50,5	35	33,3	17	16,2	105	39,0	0,427
	No	76	46,3	67	40,9	21	12,8	164	61,0	
Arreglo de vivienda	Familia nuclear	62	52,1	41	34,5	16	13,4	119	44,2	0,548
	Familia extendida	10	41,7	10	41,7	4	16,7	24	8,9	
	Familia monoparental	30	47,6	24	38,1	9	14,3	63	23,4	
	Vive con hermanos	3	20,0	10	66,7	2	13,3	15	5,6	
	Vive solo	13	48,1	12	44,4	2	7,4	27	10,0	
	Vive con otro estudiante	5	55,6	2	22,2	2	22,2	9	3,3	
	Otros arreglos	6	50,0	3	25,0	3	25,0	12	4,5	

Cuadro 3b. Distribución de variables sociodemográficas en relación a los niveles de cinismo reportado por estudiantes de la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Año 2017.

Variable	Estrato de la variable	Leve		Moderado		Severo		Total		Sig.
		N	%	n	%	n	%	n	%	
Trabaja y estudia	Si	7	35,0	9	45,0	4	20,0	20	7,4	0,456
	No	122	49,0	93	37,3	34	13,7	249	92,6	
Consumo de tabaco	Nunca	97	49,0	80	40,4	21	10,6	198	73,6	0,033
	Ocasionalmente	30	47,6	19	30,2	14	22,2	63	23,4	
	Casi a diario	2	28,6	3	42,9	2	28,6	7	2,6	
	A diario	-	-	-	-	1	100,0	1	0,4	
Horas de sueño	Menos de 8 horas	111	47,0	89	37,7	36	15,3	236	87,7	0,214
	8 horas en promedio	15	57,7	11	42,3	0	0,0	26	9,7	
	Más de 8 horas	3	42,9	2	28,6	2	28,6	7	2,6	
Practica deportes	Si	55	47,0	46	39,3	16	13,7	117	43,5	0,916
	No	74	48,7	56	36,8	22	14,5	152	56,5	

Cuadro 4a. Distribución de variables sociodemográficas en relación a los niveles de Autoeficacia Académica reportado por estudiantes de la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Año 2017.

Variable	Estrato de la variable	Baja		Moderada		Alta		Total		Sig.
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Año de estudio	Primero	29	40,3	29	40,3	14	19,4	72	26,8	0,166
	Segundo	31	44,9	30	43,5	8	11,6	69	25,7	
	Tercero	19	54,3	11	31,4	5	14,3	35	13,0	
	Cuarto	31	47,0	33	50,0	2	3,0	66	24,5	
	Quinto	14	51,9	9	33,3	4	14,8	27	10,0	
Sexo	Masculino	28	43,8	28	43,8	8	12,5	64	23,8	0,907
	Femenino	96	46,8	84	41,0	25	12,2	205	76,2	
Relación sentimental	Si	43	41,0	46	43,8	16	15,2	105	39,0	0,298
	No	81	49,4	66	40,2	17	10,4	164	61,0	
Arreglo Familiar	Familia nuclear	56	47,1	54	45,4	9	7,6	119	44,2	0,158
	Familia extendida	11	45,8	8	33,3	5	20,8	24	8,9	
	Familia monoparental	30	47,6	23	36,5	10	15,9	63	23,4	
	Vive con hermanos	6	40,0	8	53,3	1	6,7	15	5,6	
	Vive solo	11	40,7	13	48,1	3	11,1	27	10,0	
	Vive con otro estudiante	4	44,4	1	11,1	4	44,4	9	3,3	
	Otros arreglos	6	50,0	5	41,7	1	8,3	12	4,5	

Cuadro 4b. Distribución de variables sociodemográficas en relación a los niveles de Autoeficacia Académica reportado por estudiantes de la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Año 2017.

Variable	Estrato de la variable	Baja		Moderada		Alta		Total		Sig.
		N	%	n	%	n	%	n	%	
Trabaja y estudia	Si	7	35,0	10	50,0	3	15,0	20	7,4	0,585
	No	117	47,0	102	41,0	30	12,0	249	92,6	
Consumo de tabaco	Nunca	97	49,0	73	36,9	28	14,1	198	73,6	0,102
	Ocasionalmente	23	36,5	36	57,1	4	6,3	63	23,4	
	Casi a diario	4	57,1	2	28,6	1	14,3	7	2,6	
	A diario	-	-	1	100,0	0	0,0	1	0,4	
Horas de sueño	Menos de 8 horas	113	47,9	98	41,5	25	10,6	236	87,7	0,069
	8 horas en promedio	9	34,6	12	46,2	5	19,2	26	9,7	
	Más de 8 horas	2	28,6	2	28,6	3	42,9	7	2,6	
Practica deportes	Si	45	38,5	53	45,3	19	16,2	117	43,5	0,051
	No	79	52,0	59	38,8	14	9,2	152	56,5	

Cuadro 5a. Distribución de variables sociodemográficas en relación a la presentación del SBO clínico en estudiantes de la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Año 2017.

Variable	Estrato de la variable	Ausente		Presente		Total		Sig.
		n	%	n	%	n	%	
Año de estudio	Primero	57	79,2	15	20,8	72	26,8	0,120
	Segundo	45	65,2	24	34,8	69	25,7	
	Tercero	21	60,0	14	40,0	35	13,0	
	Cuarto	44	66,7	22	33,3	66	24,5	
	Quinto	15	55,6	12	44,4	27	10,0	
Sexo	Masculino	47	73,4	17	26,6	64	23,8	0,258
	Femenino	135	65,9	70	34,1	205	76,2	
Relación sentimental	Si	72	68,6	33	72	105	39,0	0,798
	No	110	67,1	54	110	164	61,0	
Arreglo Familiar	Familia nuclear	79	66,4	40	33,6	119	44,2	0,676
	Familia extendida	17	70,8	7	29,2	24	8,9	
	Familia monoparental	41	65,1	22	34,9	63	23,4	
	Vive con hermanos	11	73,3	4	26,7	15	5,6	
	Vive solo	21	77,8	6	22,2	27	10,0	
	Vive con otro estudiante	7	77,8	2	22,2	9	3,3	
	Otros arreglos	6	50,0	6	50,0	12	4,5	

Cuadro 5b. Distribución de variables sociodemográficas en relación a la presentación del SBO clínico en estudiantes de la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Año 2017.

Variable	Estrato de la variable	Ausente		Presente		Total		Sig.
		N	%	n	%	n	%	
Trabaja y estudia	Si	15	75,0	5	25,0	20	7,4	0,466
	No	167	67,1	82	32,9	249	92,6	
Consumo de tabaco	Nunca	134	67,7	64	32,3	198	73,6	0,542
	Ocasionalmente	43	68,3	20	31,7	63	23,4	
	Casi a diario	5	71,4	2	28,6	7	2,6	
Horas de sueño	A diario	-	-	1	100,0	1	0,4	0,055
	Menos de 8 horas	154	65,3	82	34,7	236	87,7	
	8 horas en promedio	23	88,5	3	11,5	26	9,7	
Practica deportes	Más de 8 horas	5	71,4	2	28,6	7	2,6	0,004
	Si	90	76,9	27	23,1	117	43,5	
	No	92	60,5	60	39,5	152	56,5	

Cuadro 6. Distribución de las alteraciones fisiológicas respecto a la presentación de SBO clínico reportado por estudiantes de la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Año 2017.

Variable	Estrato de la variable	Ausente		Presente		Total		Sig.
		n	%	n	%	n	%	
Alteración Musculoesquelética	No	73	72,3	28	27,7	101	37,5	0,209
	Si	109	64,9	59	35,1	168	62,5	
Alteración Psicosomática	No	51	87,9	7	12,1	58	21,6	0,000
	Si	131	62,1	80	37,9	211	78,4	
Alteración Gastrointestinal	No	127	73,4	46	26,6	173	64,3	0,007
	Si	55	57,3	41	42,7	96	35,7	
Alteración Cardiovascular	No	175	68,4	81	31,6	256	95,2	0,275
	Si	7	53,8	6	46,2	13	4,8	

DISCUSIÓN

El MBI es considerado el “gold standart” para medir el SBO, sin embargo existe considerable variabilidad respecto a cómo los investigadores han definido la presencia del síndrome (Dyrbye *et al.*, 2009). Muestra de ello, son los resultados de Legassie *et al.* (2008) quienes reportaron una prevalencia de SBO del 12,5% en residentes de medicina humana, este resultado parece subestimar la prevalencia real ya que al menos 29% de sus encuestados presentaban niveles altos de AE o C. Asimismo, el estudio realizado por Palacios (2017) parece sobreestimar ya que reporta 84% de prevalencia de SBO en internos peruanos de medicina humana, debido a que al menos 22,9% de sus encuestados presentan niveles bajos de AE o C.

Por su parte, Nakandakari *et al.* (2015) reportaron como “quemados por el trabajo” a aquellos estudiantes que presentaron niveles altos en tan solo una de las tres dimensiones, mientras que Hederich-Martínez y Caballero-Domínguez (2016) y Tomaschewski-Barlem *et al.* (2014) encontraron una prevalencia de 2,4% y 0,0% de SBO respectivamente, utilizando como criterio diagnóstico la necesidad de presentar niveles altos en las tres dimensiones. Este último criterio es considerado sin fundamento por Dyrbye *et al.* (2009), alegando que no guarda relación con la bibliografía disponible referente al SBO.

En el estudio se considera que un estudiante presenta SBO clínico cuando existe la presencia de niveles altos de AE junto a niveles altos en alguna de las dimensiones restantes (C o AA) (Maslach *et al.*, 2008). Debido a que este criterio evita la sobreestimación del resultado, es el criterio diagnóstico más reciente y está avalado por destacados investigadores del área, incluida Cristina Maslach, inventora del MBI.

Al comparar la prevalencia clínica del SBO que se obtuvo en el estudio, con los resultados que se hubieran obtenido de seguir los criterios diagnósticos de Golembiowski y Munzenrider (1988) (Anexo 1) y

Schaufeli *et al.* (2001), se puede observar que el 36,1% de estudiantes con SBO severo, según Golembiowski y Munzenrider (1988), se asemeja al 32,3% de alumnos con SBO clínico, siguiendo los criterios de Maslach *et al.* (2008). Por otro lado, al utilizar el criterio establecido por Schaufeli *et al.* (2001), se obtuvo una prevalencia de 61%, la cual se asemeja a la suma de las prevalencias de SBO moderado (22,7%) y severo (36,1%), que se obtuvieron al utilizar el modelo de fases de Golembiowski y Munzenrider (1988).

Los datos normativos recomendados en la nota técnica NTP732 del INSHT de España, establecidos originalmente para la interpretación del MBI-GS, son usualmente asumidos para el análisis del MBI-SS (Hederich-Martínez y Caballero-Domínguez, 2016). Sin embargo, en un estudio de validación del MBI-SS en estudiantes colombianos de ciencias de la salud, Hederich-Martínez y Caballero-Domínguez (2016) cuestionaron dichos datos. Como se muestra en el Anexo 2, los resultados del estudio no mostraron similitudes con lo descrito por Hederich-Martínez y Caballero-Domínguez (2016) o la NTP732. Los estudiantes de la FAVEZ-UPCH mostraron sus niveles de AE presentaba una media aritmética (M) y desviación estándar (DS) de 3,31 y 1,69, respectivamente; muy superior al de los estudiantes colombianos (M=2,34; DS=1,08) o los trabajadores españoles (M=2,12; DS=1,23). El nivel de promedio de C (M=1,00; DS=1,33) fue mayor al de los estudiantes colombianos (M=0,54; DS=0,80), pero menor al de los trabajadores españoles (M=1,5; DS=1,3), mientras que el nivel promedio de AA (M=3,99; DS=1,37) es menor que el de los estudiantes colombianos (M=4,41; DS=0,99) y los trabajadores españoles (M=4,45; DS= 0,90).

Frente a estos resultados, se pueden elaborar distintas hipótesis no excluyentes. Las diferencias fundamentales de una situación laboral y académica pueden explicar los niveles mayores de AE que sufren los estudiantes debido a la naturaleza de su actividad, la cual no brinda descanso al final del día e

incluso fines de semana (Hederich-Martínez y Caballero-Domínguez, 2016). Es comprensible que los estudiantes se encuentren más agotados que los trabajadores, sobretodo en época de evaluaciones o fin de semestre (Galbraith y Merrill, 2012).

Las diferencias en los niveles de C también podrían ser explicadas por el tipo de actividad. En el ámbito laboral, el trabajador establece una relación de dependencia con su salario, el cual compromete sus niveles de vida y la supervivencia de su familia. En una situación de estrés laboral extremo, la gran mayoría de trabajadores no pueden dejar de trabajar así lo quisieran; frente a esta situación, el trabajador desarrollará una actitud cínica respecto a su actividad. Por otro lado, cuando el estudiante encuentra insatisfactoria su actividad, puede abandonarla sin que este abandono tenga consecuencias mayores. Así, las tasas más bajas de C podrían ser explicables por una deserción temprana de aquellos estudiantes que encontraron excesivamente estresante su actividad académica (Hederich-Martínez y Caballero-Domínguez, 2016). Las consecuencias de abandonar los estudios por una parte no son tan drásticas ya que el universitario aún depende de sus padres, pero por otra parte podría suponer que el adolescente se “pierda” y que el exceso de tiempo libre le genere vicios.

La etapa universitaria supone un periodo de constante interacción social, el cual puede actuar como una herramienta de soporte frente a las actitudes negativas frente al estudio (Chigerwe *et al.*, 2014), desarrollando así un nivel menor de C que el de los trabajadores. Asimismo, la población universitaria está conformada, en su mayoría, por adolescentes y adultos jóvenes; en estos periodos de la vida, la importancia del grupo social tiene su valor máximo en la identificación propia y la estructuración de la personalidad, logrando mucha influencia en el comportamiento del individuo (Hederich-Martínez y Caballero-Domínguez, 2016). El proceso de desarrollo, madurez e independencia en la que se encuentran

los estudiantes universitarios hace que la socialización suponga una importante medida de apoyo ante las exigencias académicas.

Las diferencias culturales también podrían influir en estos resultados. La población asentada en el Caribe colombiano, ha sido descrita en estudios de antropología cultural como con tendencia al relajamiento, al goce, la fiesta y al disfrute del presente (Gutiérrez de Pineda, 2012). Es posible que esto pueda explicar el bajo nivel de C que presentan los estudiantes colombianos, en comparación con los estudiantes de la FAVEZ-UPCH y los trabajadores españoles. Aún no se dispone de suficiente investigación, en el Perú, respecto a las realidades mencionadas.

Estas diferencias culturales, sociales, económicas, etarias y demás, ponen en cuestionamiento los datos normativos utilizados en el MBI-GS para la interpretación del MBI-SS. Como sugieren Hederich-Martínez y Caballero-Domínguez (2016) y Schaufeli *et al.* (2001), se requiere desarrollar nuevos datos normativos específicos para el MBI-SS en cada región en la que se aplica el instrumento.

Es importante señalar que dentro de las carreras de salud evaluadas en el estudio de Hederich-Martínez y Caballero-Domínguez (2016), no figura la MVZ, la cual es evaluada en el estudio. La severidad del entrenamiento a los alumnos de la FAVEZ-UPCH, sumado al bajo reconocimiento social y económico de la MVZ en el Perú; podrían influir en la presentación de niveles de AE y C más altos en estudiantes peruanos que en los colombianos. Así mismo, la UPCH es conocida por ser una de las universidades más exigentes del país, por este motivo, la competencia dentro de las aulas puede llevar a la decepción académica en muchos estudiantes, disminuyendo sus niveles de AA.

El estudio demostró que, en los estudiantes de la FAVEZ-UPCH, existe asociación entre el año de estudio, sexo, arreglo de vivienda, horas de sueño, práctica de deportes y el nivel de AE. Con respecto al año de estudio, era de esperarse que los años superiores presentaran mayor AE debido a la carga académica que poseen. Por lo tanto, se esperaba que tanto los alumnos de quinto año (los cuales están más próximos a convertirse en profesionales), como los alumnos de primer año, (los cuales concluyeron la etapa escolar recientemente), presenten un nivel de AE elevado. Llama la atención que mientras el 44,4% de los estudiantes de primer año presentan un nivel severo de AE; en el segundo año, el 63,8% se encuentra dentro de este mismo nivel. Existe la posibilidad que una frecuencia de 44,4% de AE severo se considere alto, y que la diferencia observada entre el primer año y los años siguientes, se deba a que los estresores académicos universitarios sean superiores a los que confieren dejar la etapa escolar, así como la adaptación a las exigencias universitarias.

En cuanto al sexo, se determinó que las mujeres son más propensas a desarrollar un alto nivel de AE. Este hallazgo concuerda con lo descrito por la NTP 732, en la cual determinaron que las mujeres trabajadoras españolas son más propensas a desarrollar niveles altos de AE. Numerosas investigaciones manifiestan que el afrontamiento de problemas en hombres y mujeres es distinto, pues las mujeres tienden a reflexionar más en una misma idea, analizar el problema detalladamente e imaginar varias soluciones, mientras que los varones tienden a distraerse a través del trabajo o el deporte. Pese a ello, en el SBO, las asociaciones con el género no han sido muy consistentes (Hernández J., 2003).

La asociación entre el arreglo de vivienda y el AE se asemeja a lo descrito por Picasso-Pozo *et al.* (2012) y Chigerwe *et al.* (2014), quienes mencionan que vivir solos o con otro estudiante, disminuye el riesgo de sufrir SBO, respectivamente. En el estudio, los estudiantes que reportaron vivir solos o con otro estudiante, presentaron la prevalencias más bajas de AE severo, en comparación con los demás arreglos de

vivienda. Este fenómeno podría sugerir que la presión que ejercen las figuras paternas sobre los estudiantes es significativa y puede afectar negativamente a su salud emocional. Otro factor a tener en cuenta es la personalidad del estudiante, su estilo cognitivo y hábitos, pues hay personas que se encuentran más a gusto siendo independientes, mientras que otros individuos necesitan compañía para poder adaptarse al medio.

El sueño reincorpora al cuerpo del funcionamiento diario, mientras que la privación de este, parece aumentar la sensibilidad a estímulos emocionales y estresores (Vandekerckhove y Cluydts, 2010). Así, se ha reportado que niveles reducidos de sueño causan síntomas que emulan al SBO, tales como: fatiga, somnolencia y deterioro del funcionamiento cognitivo (atención, memoria, razonamiento, etc.) (Söderström *et al.*, 2012). Blasco *et al.* (2002) encontraron una correlación positiva entre los problemas de sueño y la severidad del SBO. Asimismo, el estudio prospectivo realizado por Söderström *et al.* (2012), encontró que aquellos trabajadores que dormían menos de 6 horas al día, tenían mayor riesgo de sufrir SBO. En el estudio, la asociación entre las horas de sueño y el nivel de AE fue significativa, pues aquellos estudiantes que dormían menos de 8 horas diarias, presentaron mayores niveles de AE. Sin embargo, la relación entre el SBO clínico y las horas de sueño, no llegó a ser significativa ($p=0,055$).

Ekstedt *et al.* (2009) investigó la importancia del sueño y su repercusión en el SBO clínico, encontrando que la recuperación del AE estaba relacionada a la reducción de “micro despertares” durante el sueño. Además, Sonnenschein *et al.* (2008) mostraron que pacientes con SBO clínico y deterioro del sueño subyacente, mostraron niveles más altos de AE durante su recuperación. Ambos autores concuerdan en la repercusión que tienen las alteraciones del sueño sobre la reincorporación laboral, siendo la “reducción de la fatiga” la señal que mejor predice la reincorporación al trabajo en los pacientes con SBO clínico.

El estudio encontró asociación entre la práctica de deportes y el AE; mostrando que aquellos estudiantes que manifestaron practicar deportes, alcanzaban niveles menores de AE. Incentivar la práctica de deportes es una herramienta común entre las medidas correctivas del SBO, descrita sobre todo en países europeos (Lavrova y Levin, 2006). Esta medida contrasta con lo ocurrido en deportistas profesionales, quienes debido a las demandas físicas y psicológicas del deporte, frustraciones, sueños y exigencias de alto rendimiento por parte de la población, ha hecho que algunos deportistas desarrollen SBO (García-Jaramillo *et al.*, 2015). Tomando en cuenta estos antecedentes, se podría sugerir que la práctica de deportes a nivel recreacional, es una medida que favorece a la recuperación del estudiante con SBO.

Con respecto a la dimensión C, se encontró que existe asociación con el año de estudio y consumo de tabaco. La prevalencia de alumnos con un nivel severo de C, parece incrementarse conforme transcurre la formación académica, los estudiantes de primer año pasan de presentar 6,9% de nivel severo de C a 29,6% cuando llegan a quinto año. Este fenómeno podría deberse al enfrentamiento con el mundo laboral que experimentan los estudiantes del último año de carrera, viendo cómo el salario que recibirán no es proporcional al tiempo, esfuerzo y dinero que han invertido en su formación profesional. Esta situación, sumada al bajo reconocimiento social y estrés laboral que empiezan a percibir, podrían generar dudas respecto al valor e importancia de sus estudios, generando actitudes cínicas de cara a la finalización de los mismos.

Otro motivo sería que los estudiantes de primer año se encuentran deseosos de empezar la carrera que han elegido emprender, muchos, con ideas equívocas respecto a lo que la MVZ realmente comprende o a la línea de carrera que seguirán. Un número considerable de estudiantes inician sus estudios con la idea de desenvolverse en un área y terminan orientándose por otra, esto debido muchas veces a factores ajenos a

sus propios ideales; entre ellos el mercado laboral, capacidad física, contactos, necesidad económica, situaciones personales y demás.

Es importante tener en cuenta que entre los alumnos de primer año, aún figuran aquellos que optarán por abandonar la carrera. Tener actitudes académicas cínicas en este nivel podría llevar a la deserción universitaria, ya que un alumno que duda de la importancia de sus estudios, y que no posee interés ni entusiasmo por su carrera, probablemente la abandonará. Así, se podría entender al C como un indicador de deserción universitaria. Esta idea se basa en la estrecha relación que guardan estas actitudes con causas reconocidas de deserción universitaria, tales como la falta de claridad vocacional, baja motivación e insatisfacción con la carrera (CMD, 2008; Mori, 2012).

El estudio evidenció que la frecuencia de consumo de tabaco está asociada al nivel de C en los estudiantes de la FAVEZ-UPCH. Este hallazgo respalda lo descrito por Neuvonen *et al.* (2014), quienes encontraron que los niveles altos de “desconfianza cínic” se encuentran relacionados a factores socioeconómicos, salud y conductas como el hábito de fumar, en adultos mayores de 71 años. Este estudio también señaló que estas personas son más propensas a sufrir de demencia, “añadiendo evidencia a que la personalidad y la forma de ver la vida de las personas, puede tener impacto en su salud” de acuerdo con Anna-Maija Tolppanem, coautora del estudio (UEA, 2014).

El cinismo académico y la “desconfianza cínic”, entendida como la creencia de que los humanos son deshonestos y basan sus acciones en motivaciones egoístas, podrían estar relacionadas; de ser así, los estudiantes con niveles altos de C pondrían en riesgo su integridad mental y física; de perdurar este fenómeno, podrían sufrir consecuencias tan severas como la demencia al llegar a edades tardías.

Ningún factor sociodemográfico evaluado en el estudio presentó asociación con la dimensión de AA. Este hallazgo podría sugerir que la percepción de qué tan competentes son los alumnos académicamente sería muy íntima, influenciada por otros factores, quizás más personales que los evaluados. No se ha encontrado literatura disponible respecto a la asociación entre las características sociodemográficas y la autoeficacia académica; sin embargo se ha reportado que existe asociación entre el nivel socioeconómico, el nivel educativo de los padres y otras variables sociodemográficas con el rendimiento académico de los estudiantes universitarios (Garbonazo, 2007).

Por su parte, el SBO clínico, evaluado de manera dicotómica frente a los factores sociodemográficos, sólo mostró asociación con la práctica de deportes. Este acontecimiento concuerda con lo descrito por Maslach *et al.* (2008), quienes sugieren estudiar las relaciones entre posibles factores de riesgo y el SBO se debe emplear un análisis multidimensional; ya que cuando se relaciona directamente al SBO con factores de riesgo, se podrían omitir factores que pueden guardar relación con alguna de sus dimensiones. La única asociación que se repite, tanto en el estudio multidimensional del SBO como en el dicotómico, es la existente con la práctica de deportes; quizás por eso sea una de las más importantes y figura dentro de las medidas correctivas del SBO. Distintas investigaciones sostienen que la práctica de deportes beneficia a los procesos mentales, de socialización, rendimiento académico y la calidad de vida de las personas (Ramírez *et al.*, 2004).

Un punto de quiebre importante en relación a los niveles de AE, C y SBO, se observa entre los alumnos de primer año y el resto de la facultad. El hecho que estas variables permuten tan drásticamente entre los alumnos de primer y segundo año, podría deberse, además de las hipótesis antes planteadas, a las diferencias en su entorno educativo. Los alumnos de primer año realizan sus actividades académicas

exclusivamente en la sede ubicada en Camacho-La Molina, compartiendo sólo con estudiantes de su mismo nivel de estudio; por lo cual la competencia académica probablemente aún no este establecida.

En adición a los factores sociodemográficos, se analizó la asociación existente entre posibles alteraciones fisiológicas y el SBO clínico. Se encontró que existe asociación entre las alteraciones psicosomáticas y gastrointestinales que presentan los estudiantes de la FAVEZ-UPCH, con la presencia de SBO clínico. Entre las alteraciones psicosomáticas más reportadas figuran: ansiedad, depresión, dolor de cabeza, migraña y nerviosismo; mientras que en las gastrointestinales se presentan: diarrea, gastritis y estreñimiento. Este resultado concuerda con lo descrito por Pereira (2002) y Saliba-Garbin *et al.* (2012), quienes enumeran las posibles alteraciones fisiológicas que puede causar el SBO (ya que se preguntó a los estudiantes por aquellas alteraciones que consideraban relacionadas a su actividad académica). A su vez, la presencia de enfermedades mentales ha sido asociada, particularmente, con niveles altos de AE y C (Estela-Villa *et al.*, 2010).

En este sentido, el Ministerio de Salud Brasilerio reconoce desde 1999 al SBO como un “trastorno mental y de comportamiento relacionado con el trabajo” y compone la “lista de enfermedades relacionadas al trabajo” (Luzia y Soares, 2016). Argentina, por su parte, tiene antecedentes de haber declarado, en una querrela legal, al SBO como una “enfermedad-accidente de trabajo” y existen estudios que promueven darle la importancia requerida al SBO en instancias legislativas (Feresín y Aguilar, 2009). Algunos autores citan como un ejemplo de leyes para trabajadores a España, en donde aquellos profesionales que lidian con personas con necesidades especiales, por derecho, reciben un valor adicional a su salario por el alto riesgo que tienen de desarrollar SBO (Luzia y Soares, 2016).

El SBO no figura dentro de la lista de “enfermedades profesionales” de la Norma técnica de salud NTS 068 del Ministerio de Salud del Perú (MINSA) (MINSA, 2008), recientemente empezó a ser tomado en cuenta por el Instituto de Gestión de Servicios del MINSA, debido a la deshumanización de la atención en salud que confiere (Chaw, 2015). No se encontraron antecedentes judiciales de trabajadores incapacitados de seguir con sus labores a causa del SBO. Estos antecedentes, sugieren que en el Perú no se le estaría dando la importancia requerida a este síndrome.

El SBO, como una experiencia laboral desagradable que acarrea distintos problemas anteriormente descritos; contrasta con la “existencia neutral en el trabajo”, en la cual el trabajador raramente se siente agotado, afligido o cínico. Pese a ello, una existencia neutral no logra abarcar en su totalidad las potencialidades de una experiencia laboral, en la cual el trabajador puede llegar a sentirse realizado o satisfecho, tanto profesional como laboralmente. (Maslach *et al.*, 2008).

El “compromiso laboral” es considerado la antítesis positiva del SBO (Capri *et al.* 2014), debido a ello, debe ser tomada en cuenta al momento de definir las intervenciones correctivas, ya que el objetivo de estas debe no sólo centrarse en aliviar las experiencias negativas, sino también en afianzar el compromiso que sienten los trabajadores (Maslach *et al.*, 2008). Extrapolando esta idea al ámbito académico, se puede sugerir que algunos estudiantes que padecen de SBO puedan a su vez presentar un alto nivel de “compromiso académico”, el cual debería mantenerse al momento de aplicar las medidas correctivas al SBO.

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

El estudio reporta una alta prevalencia de SBO en los estudiantes de la FAVEZ-UPCH, tanto en la evaluación multidimensional como dicotómica. En este contexto, se recomienda:

- Debido al incremento del estrés que existe a medida que avanzan la carrera, se debe enfatizar la orientación y asistencia por parte de la Oficina de Tutoría Académica y Consejería Psicológica mediante: tutorías, talleres, charlas y evaluaciones; en estas medidas también deben participar los profesores.
- Los talleres de inducción a la carrera deben ajustarse lo más posible a la realidad peruana. En lugar de que de mostrar los ámbitos más llamativos, se debe estudiar en qué escenarios la mayoría de médicos veterinarios peruanos se desenvuelve, para diseñar una inducción más realista a la carrera; asimismo se debe profundizar sobre los requerimientos, beneficios y mercado laboral de la línea de carrera sobre la que se realiza la inducción.
- Los estudios que evalúan el SBO y su relación con el compromiso académico deben continuar como una medida de bienestar estudiantil. Las medidas correctivas y profilácticas deben incluir la promoción del deporte y el descanso (sueño). Asimismo, se debe revisar las exigencias académicas en la currícula de la carrera de MVZ en la FAVEZ-UPCH.

BIBLIOGRAFÍA

1. Araujo C. (2008) A Saúde mental está doente! A Síndrome de Burnout em psicólogos que trabalham em Unidades Básicas de Saúde. (Dissertação de Mestrado). Universidad de São Paulo, São Paulo, Brasil.
 2. Blasco J, Llor B, García M, Sáez M, Sánchez M. (2002). Relación entre la calidad del sueño, el burnout y el bienestar psicológico en profesionales de la seguridad ciudadana. *Mapfre Medicina*, 13(4), 258-267.
 3. Brenninkmeijer y VanYperen. (2003). How to conduct research on burnout: advantages and disadvantages of a unidimensional approach in burnout research. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(1), 1-20.
 4. Cáceres-Mejía B, Roca-Quicaño R, Torres M, Pavic-Espinoza I, Mezones-Holguín E, Fiestas F. (2013). Análisis factorial del “Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo” en estudiantes de medicina peruanos. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental de Barcelona*, 209, 7.
 5. Capri B, Gündüz B, Akbay S. (2014). Utrecht Work Engagement Scale-Student Forms’ (UWES-SF) Adaptation to Turkish, validity and reliability studies, and the mediator role of work engagement between academic procrastination and academic responsibility. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri Educational Sciences: Theory and Practice*, 17(2), 411-435.
 6. Carlotto y Câmara. (2006). Características psicométricas do Maslach Burnout Inventory – Student Survey (MBI-SS) em estudantes universitarios brasileiros. *Psico-USF*, 11(2), 167-173.
 7. Centro de Microdatos (CMD). (2008). Informe final: Estudio sobre causas de la deserción universitaria. Santiago: Departamento de Economía de la Universidad de Chile. (39-40).
 8. Chaw I, (2015). Humanización de la atención en salud. Instituto de Gestión de Servicios se Salud.
- 24 de agosto del 2017, de MINSA Sitio web:

<http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/2015/ponencia/240915/10-GESTION%20DE%20CALIDAD%20Y%20HUMANIZACION%20DE%20LA%20SALUD.pdf>

9. Chigerwe M, Boudreaux K, Ilkiw J. (2014). Assessment of burnout in veterinary medical students using the Maslach Burnout Inventory-Educational Survey: a survey during two semesters. *Biomed Central Medical Education*, 14, 255.
10. Duarte J, Jordani P, Lucindo M, Sampaio F, Maroco J. (2012). Burnout syndrome among dental students. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(1), 155-65.
11. Dyrbye L, West C, Shanafelt T. (Enero de 2009). Defining Burnout as a Dichotomous Variable. [Carta al editor]. *Journal of General Internal Medicine*, 24(3):440.
12. Ekstedt M, Söderström M, Åkerstedt T. (2009). Sleep physiology in recovery from burnout. *Biological Psychology*, 82, 267–273.
13. Estela-Villa L, Jimenez-Román C, Landeo-Gutiérrez J, Tomateo-Torvisco J, Vega-Dienstmaier J. (2010). Prevalencia de síndrome de burnout en alumnos del séptimo año de medicina de una universidad privada de Lima, Perú. *Revista de Neuropsiquiatría*, 73(4), 147-156.
14. Feresín y Aguilar. (2009). Nuevas consideraciones sobre Burnout o Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT). Trabajo presentado en la VI Jornada Universitaria y III Congreso Latinoamericano de Psicología del Trabajo. Buenos Aires.
15. Galbraith y Merrill. (2012) Academic and work-related burnout: A longitudinal study of working undergraduate university business students. *Journal of College Student Development*, 53(3), 453-463.
16. Garbonazo G. (2007). Factores asociados al rendimiento académico en estudiantes universitarios, una reflexión desde la calidad de la educación superior pública. *Revista Educación*, 31(1), 43-63.
17. García-Jaramillo M, De Francisco C, Garcés de los Fayos E. (2015). El síndrome de burnout en deportistas: estudio piloto sobre la percepción del psicólogo deportivo a través del método Delphi. *Cuadernos de Psicología del Deporte*. 16(1), 243-250.
18. Gold Y. (1984). Burnout: a major problem for the teaching profession. *Education*, 104, 271-274.

19. Golembiewski y Munzenrider. (1988). Phases of Burnout: Developments in Concepts and Applications. New York: Praeger.
20. Gutiérrez de Pineda V. (2012). Familia y cultura en Colombia. Tipologías, funciones y dinámica de la familia. Manifestaciones múltiples a través del mosaico cultural y sus estructuras sociales. Medellín: Universidad de Antioquia.
21. Hederich-Martínez C, Caballero-Domínguez C. (2016) Validación del cuestionario Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) en contexto académico colombiano. Revista CES Psicología, 9(1).
22. Hernández J. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. Revista Cubana de Salud Pública, 29(2), 103-10.
23. Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQEHC). (2017). Depression: What is burnout?. 01 de Junio del 2017, de Pubmed Health Sitio web: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0072470/>
24. Lavrova y Levin. (2006). Burnout syndrome: Prevention and management. En Handbook for workers of farm reduction program. Vilnius: Central and Eastern European Harm Reduction Network (CEEHRM) publications.
25. Legassie J, Zibrowski E, Goldszmidt M. (2008). Measuring resident well-being: Impostorism and burnout syndrome in residency. Journal of General Internal Medicine, 23, 1090-4.
26. Leiter L. (1993). Burnout as a developmental: Consideration of models. En Schaufeli W, Maslach C, y Marek T. Professional burnout: Recent developments in theory and research (237-250). London: Taylor y Francis.
27. Loayza-Castro J, Correa-López L, Cabello-Vela C, Huamán-García M, Cedillo-Ramírez L, Vela-Ruiz J, et al. (2016) Síndrome de burnout en estudiantes universitarios: tendencias actuales. Revista de la Facultad de Medicina, 16(1), 31-36.
28. Luzia y Soares. (2016). Estudo da Síndrome de Burnout em estudantes de psicologia. Psicologia: Ensino e Formação, 7(1), 40-58.

29. Martínez I, Pinto A, Silva A. (2000). Burnout em estudantes do ensino superior. Revista Portuguesa de Psicologia, 35, 151-167.
30. Maslach C, Jackson S, Leiter M. (1996). Maslach Burnout Inventory. En Maslach Burnout Inventory Manual (191-218). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
31. Maslach C, Leiter M, Schaufeli W. (2008). Measuring burnout. En The Oxford handbook of organizational well-being (86-108). Oxford: Oxford University Press.
32. Ministerio de Salud (MINSA). (2008). Norma técnica que establece el listado de enfermedades profesionales NTS 068. 8 de septiembre de 2017, MINSA Sitio web:
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2008/RM480-2008.pdf>
33. Ministerio de trabajo y asuntos sociales de España. (200**). NTP 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo “Burnout” (III): Instrumento de medición. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene.
34. Mori M. (2012). Deserción universitaria en estudiantes de una universidad privada de Iquitos. Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria. 6(1), 60-83.
35. Nakandakari M., De la Rosa D, Failoc-Rojas V, Huahuachampi K, Nieto W, Gutiérrez A, et al. (2015). Síndrome de burnout en estudiantes de medicina pertenecientes a sociedades científicas peruanas: Un estudio multicéntrico. Revista de Neuropsiquiatría, 78(4), 203-2010.
36. Neuvonen E, Rusanen M, Solomon A, et al. (2014). Late-life cynical distrust, risk of incident dementia, and mortality in population-based cohort. Neurology, 82, 2205-2212.
37. Palacios P. (2017). Factores asociados al Síndrome de Burnout en internos de medicina de la Universidad Ricardo Palma en el año 2016. (Tesis para optar el título de Médico Cirujano). Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.
38. Pereira A. (2002). Burnout, Por quê? En Pereira, bem-estar do trabalhador (13-20). São Paulo: Casa do Psicólogo.

39. Picasso-Pozo M, Huillca-Castillo N, Ávalos-Marquez J, Omori-Mitumori E, Gallardo-Schultz A, Salas-Chavez M. (2012). Síndrome de burnout en estudiantes de odontología de una universidad peruana, *Kiru*, 9(1).
40. Ramírez W, Vinaccia S, Suárez G. (2004). El impacto de la actividad física y el deporte sobre la salud, la cognición, la socialización y el rendimiento académico: una revisión teórica. *Revista de Estudios Sociales*, 18, 67-75.
41. Saliba-Garbin C, Saliba A, Reis-Dos Santos R, Do Prado L, Garbin I. (2012) Burnout en estudiantes de odontología: evaluación a través MBI – versión estudiantes. *Medicina y Seguridad del trabajo*, 58 (229), 327–334.
42. Schaufeli B, Bakker A, Hoogduin K, Schaap C, Kladler A. (2001). On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout measure. *Psychology and Health*, 16, 565-582.
43. Schaufeli W, Martinez I, Marques A, Salanova M, Bakker A. (2002). Burnout and engagement in university students a cross-national study. *Journal of Cross-cultural Psychology*, 33(5), 464-81.
44. Söderström M, Ekstedt M, Jeding K, Perski A. (2012). Insufficient sleep predicts clinical Burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17(2), 175-183.
45. Sonnenschein M, Sorbi M, Van Doornen L, Schaufeli W, Maas C. (2007). Evidence that impaired sleep recovery may complicate burnout improvement independently of depressive mood. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 487–494.
46. Tomaschewski-Barlem J, Lunardi V, Lunardi G, Barlem E, Silveira R, Vidal D. (2014). Burnout syndrome among undergraduate nursing students at a public university. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(6), 934-941.
47. University of Eastern Finland (UEA). (2014). Cynical? You may be hurting your brain health. 22 de agosto del 2017, de UEA. Sitio web: http://www.uef.fi/arkisto/uef-en/2014/Cynical_You_may_be_hurting_your_brain_health.html
48. Vandekerckhove y Cluydts. (2010). The emotional brain and sleep: An intimate relationship. *Sleep Medicine Reviews*, 14, 219-226.

Anexo 1. Niveles y fases del Síndrome de Burnout según Golembiowski y Munzenrider (1988), encontrado en estudiantes de la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Año 2017.

Nivel	Fase	n	%
Leve	I	67	24,9
	II	9	3,3
	III	35	13,0
	Sub Total	111	41,3
Moderado	IV	17	6,3
	V	44	16,4
	Sub Total	61	22,7
Severo	VI	25	9,3
	VII	27	10,0
	VIII	45	16,7
	Sub Total	97	36,1
Total		269	100,0

Anexo 2. Promedio aritmético y desviación estándar de cada dimensión del SBO encontrado en estudiantes de la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Año 2017

Dimensión	Promedio	Desviación estándar
Agotamiento emocional	3,31	1,69
Cinismo	1,00	1,33
Autoeficacia académica	3,99	1,37

Anexo 3: Cuestionario sociodemográfico y de factores asociados al SBO.

1. Año de estudio: _____
2. Sexo: () Masculino () Femenino
3. ¿Mantiene alguna relación sentimental? () Sí () No
4. Arreglos de vivienda:
 - () Vive con su familia nuclear completa (padres y hermanos)
 - () Vive con su familia extendida (tíos, abuelos, primos)
 - () Vive con una familia monoparental (sólo madre o padre, y hermanos)
 - () Vive con hermanos
 - () Vive solo
 - () Vive con otro estudiante
 - () Otro, especifique: _____
5. ¿Trabaja y estudia? () Sí () No
6. Consume tabaco:
 - () Nunca () Ocasionalmente
 - () Casi a diario () A diario
7. Horas de sueño:
 - () Menos de 8 horas
 - () 8 horas
 - () Más de 8 horas
8. Practica algún deporte: () Sí () No
9. Ha experimentado alguna alteración fisiológica relacionada al desenvolvimiento del ciclo académico, especifique.
 - () Musculoesqueléticas: (p.ej. dolores en cuello o espalda, tendinitis, desgarro de músculos del hombro):

 - () Psicósomáticas: (p.ej. algún tipo de ansiedad, nerviosismo, depresión, dolores de cabeza):

 - () Gastrointestinales: (p.ej. gastritis, estreñimiento, diarrea, colitis):

 - () Cardiovasculares: (p.ej. hipertensión, aneurismas):

Anexo 4: Instrumento versión española tomado de Hederich-Martínez y Caballero-Dominguez (2016) del MBI-SS (Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker, 2002).

0	1	2	3	4	5	6
Nunca / Ninguna vez	Casi nunca / Pocas veces al año	Algunas veces / una vez al mes o menos	Regularmente / Pocas veces al mes	Bastantes veces / Una vez por semana	Casi siempre / Pocas veces por semana	Siempre / Todos los días

1.	Las actividades académicas de esta carrera me tienen emocionalmente “agotado”.	
2.	Me encuentro agotado físicamente al final de un día de universidad.	
3.	Estoy cansado en la mañana cuando me levanto y tengo que afrontar otro día en la universidad.	
4.	Estudiar o ir a clases todo el día es una tensión para mí.	
5.	Puedo resolver de manera eficaz los problemas relacionados con mis estudios.	
6.	Estoy agotado de tanto estudiar.	
7.	Creo que contribuyo efectivamente con las clases en mi universidad.	
8.	He perdido interés en la carrera desde que empecé la universidad.	
9.	He perdido entusiasmo por mi carrera.	
10.	En mi opinión, soy un buen estudiante.	
11.	Me estimula conseguir objetivos en mis estudios.	
12.	He aprendido muchas cosas interesantes durante mi carrera.	
13.	Dudo de la importancia y valor de mis estudios.	
14.	Me he distanciado de mis estudios porque pienso que no serán realmente útiles.	
15.	Durante las clases, tengo la seguridad de que soy eficaz en la finalización de las cosas.	

Anexo 5: Consentimiento informado

He escuchado atentamente la información proporcionada por mi encuestador respecto a la finalidad de los cuestionarios que voy a completar. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ellos y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho al anonimato de mis respuestas y a retirarme de la investigación en cualquier momento, sin perjuicio alguno.

Firma del Participante: _____

Nombre del Participante: _____

DNI: _____

Fecha: _____ (Día/mes/año)