

**UNIVERSIDAD NACIONAL
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD INTEGRAL Y MOVIMIENTO HUMANO
FACULTAD EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA CIENCIAS DEL MOVIMIENTO HUMANO Y CALIDAD DE
VIDA**

**PREVALENCIA DEL SINDROME DE DESGASTE
PROFESIONAL SU RELACIÓN CON ESTILOS DE VIDA Y
COMPOSICIÓN CORPORAL EN FUNCIONARIOS ÁREA DE
SALUD DE BARRANCA, PUNTARENAS.**

Tesis sometida a la consideración del Tribunal Examinador de Tesis de Posgrado en Salud Integral y Movimiento Humano con mención en salud para optar por el título de Magíster Scientiae

María Gabriela Rugama Hidalgo

Campus Presbítero Benjamín Núñez, Heredia, Costa Rica

2014

**PREVALENCIA DEL SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL SU RELACIÓN
CON ESTILOS DE VIDA Y COMPOSICIÓN CORPORAL EN FUNCIONARIOS ÁREA
DE SALUD DE BARRANCA, PUNTARENAS**

María Gabriela Rugama Hidalgo

Tesis sometida a la consideración del Tribunal Examinador de Tesis de Posgrado en Salud Integral y Movimiento Humano con mención en salud, para optar por el título de Magíster Scientiae. Cumple con los requisitos establecidos por el Sistema de Estudios de Posgrado de la

Universidad Nacional.

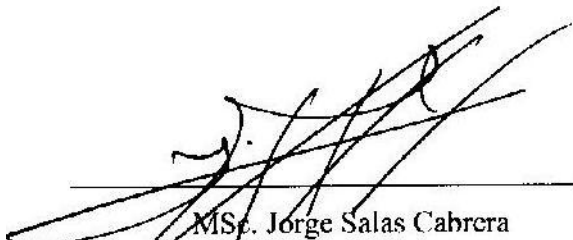
Heredia, Costa Rica

Miembros del Tribunal Examinador

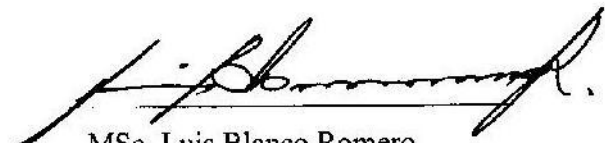


Dra. Marta Ávila Aguilar

Representante del Consejo Central de Posgrado



MSc. Jorge Salas Cabrera
Director de la Maestría en Salud Integral
y Movimiento Humano



MSc. Luis Blanco Romero
Tutor



Dr. Pedro Ureña Bonilla
Asesor



MSc. Henry Delgado
Asesor



María Gabriela Rugama Hidalgo
Sustentante

Tesis sometida a la consideración del Tribunal Examinador de Tesis de Posgrado en Salud Integral y Movimiento Humano con mención en salud, para optar por el título de Magíster Scientiae. Cumple con los requisitos establecidos por el Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad Nacional.
Heredia, Costa Rica

RESUMEN

El objetivo del estudio fue conocer la prevalencia del Síndrome de Desgaste Profesional y su relación con los estilos de vida y composición corporal, en el personal del Área de Salud de Barranca, Puntarenas.

Se trazó una investigación de corte transversal no experimental, de tipo descriptivo y correlacional, se limitó a una única observación y no hubo manipulación de las variables.

En el estudio participaron 106 funcionarios ($n= 139$), del Área de Salud de Barranca de la provincia de Puntarenas, equivalentes al 76.25 % de la población total en ese momento. De los cuales 70 eran mujeres y 36 hombres con edades de 22 a 61 años. Con diferentes profesiones y puestos (médicos, enfermeras, auxiliares enfermería, chofer, guardas, técnicos, farmacéuticos, nutricionista, administradores, secretarias, auxiliares de aseo, personal administrativo, terapeutas física).

Se intervino a los participantes con la aplicación de los siguientes instrumentos Inventario Burnout de Maslach Human Services Survey (MBI- HSS), el Inventario de Estilos de Vida fue creado en la Universidad de Berkeley, medición de la composición corporal (IMC, porcentaje de grasa y circunferencia de cintura).

Con este estudio se concluye que la prevalencia del Síndrome de Desgaste Profesional en los y las trabajadoras del Área de Salud de Barranca es de un 11,32%, los Estilos de Vida y el Burnout tienen relación estadísticamente significativa y además los empleados presentan mayoritariamente conductas protectoras referente a estilos de vida en general que conductas de riesgo. Se encuentra relación entre los estilos de vida y la composición corporal en los trabajadores, así mismo la mayoría de los hombres y mujeres presentan altos niveles de sobrepeso y obesidad, además de poseer un alto riesgo de enfermedad cardiovascular y alto porcentaje de enfermedades crónicas no transmisibles.

AGRADECIMIENTO

Con todo mi corazón a mi DIVINO CREADOR.
A todas las personas que me transmitieron su sabiduría en este proceso (profesores, compañeros,
esposo, amigos, familia y trabajadores de la salud)

DEDICATORIA

A MI CREADOR DIOS

ÍNDICE

CAPITULO I Introducción	1
Planteamiento del problema	1
Justificación	6
Objetivo General	13
Objetivos Específicos	14
Conceptos Claves	14
CAPITULO II Marco Conceptual	15
El estrés y estrés laboral	16
Síndrome de Desgaste Profesional	19
Estilos de Vida	29
Composición Corporal Humana	33
CAPITULO III. Metodología	43
Tipo de estudio	43
Participantes	43
Instrumentos y Materiales	48
Procedimiento	52
Análisis estadístico	53
CAPITULO IV. Resultados	54
Identificación de población	54
Subescalas del Síndrome de Desgaste Profesional	54
Prevalencia del Síndrome de Desgaste Profesional	61
Estilos de vida	64
Composición Corporal Humana	67
Asociación de variables sociodemográficas, estilos de vida y composición corporal con Síndrome Burnout	72
CAPITULO V. Discusión	75
Prevalencia del Síndrome de Desgaste Profesional	75
Estilos de Vida	80
Composición Corporal Humana	83
CAPITULO VI. Conclusiones	86
CAPÍTULO VII. Recomendaciones	87
Bibliografía	89
Anexos	108

LISTADO DE ANEXOS

Anexo 1. Hoja de recolección de datos sociodemográficas.

Anexo 2. Escala de Maslash para Evaluar el Síndrome de Burnout.

Anexo 3. Inventario de Estilos de Vida.

Anexo 4. Consentimiento Informado.

LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1. Principales síntomas del Síndrome de Desgaste Profesional.

Cuadro 2. Porcentajes correspondientes al índice de masa corporal general y por sexo.

Cuadro 3. Porcentajes correspondientes al índice de masa corporal por ocupación.

Cuadro 4 . Riesgo cardiovascular según IMC (%) y circunferencia cintura (cm)

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Valores de Porcentaje de Grasa Corporal Mujeres Adultos, según ACSM.

Tabla 2. Valores de Porcentaje de Grasa Corporal Hombres Adultos, según ACSM.

Tabla 3. Clasificación del estado nutricional por IMC, según la OMS.

Tabla 4. Recomendación de valores de circunferencia abdominal para evaluar la Obesidad por Organización.

Tabla 5. Datos de empleados del Área de Salud de Barranca, Puntarenas, según sexo y edad.

Tabla 6. Distribución de Personal del Área de Salud de Barranca, Puntarenas.

Tabla 7. Distribución de frecuencias según estado civil y género en los empleados del Área de Salud de Barranca, Puntarenas.

Tabla. 8 Distribución de frecuencias por años de trabajo, de los empleados del Área de Salud de Barranca, Puntarenas, Junio 2012.

Tabla 9. Distribución de frecuencias de enfermedades de los empleados de Área de Salud de Barranca, junio 2012.

Tabla 10. Distribución de frecuencias de los puntajes obtenidos en la subescala de cansancio emocional, y su distribución según los percentilos; en personal Área de Salud de Barranca, Puntarenas, Costa Rica, Junio 2012.

Tabla 11. Distribución porcentual y de frecuencias de los puntajes obtenidos en la subescala de Cansancio Emocional, en categoría alto, medio y bajo; personal del Área de Salud de Barranca, Junio 2012.

Tabla 12. Distribución de frecuencias de los puntajes obtenidos en la subescala de Despersonalización y su distribución; en personal Área de Salud de Barranca, Puntarenas, Costa Rica, Junio 2012.

Tabla 13. Distribución porcentual y de frecuencias de los puntajes obtenidos en la subescala de Despersonalización, en categoría alto, medio y bajo; personal del Área de Salud de Barranca, Junio 2012.

Tabla 14. Distribución de frecuencias de los puntajes obtenidos en la subescala de realización personal, y su distribución; en personal Área de Salud de Barranca, Puntarenas, Costa Rica, Junio 2012.

Tabla 15. Distribución porcentual y de frecuencias de los puntajes obtenidos en la subescala de realización personal, en categoría alto, medio y bajo; personal del Área de Salud de Barranca, Junio 2012.

Tabla 16. Características sociodemográficas de los empleados portadores del Síndrome de Burnout, según género.

Tabla 17. Porcentaje de empleados con conductas de riesgo y conductas protectoras en dimensiones de estilos de vida.

Tabla 18. Análisis comparativo entre conductas riesgo y conductas protectoras en las dimensiones de estilo de vida, población general.

Tabla 19. Análisis comparativo de conductas protectoras en dimensiones de estilos de vida según género.

Tabla 20. Análisis comparativo de conductas de riesgo en dimensiones de estilos de vida según género.

Tabla 21. Composición corporal según índice de masa corporal, porcentaje de grasa y circunferencia cintura, personal de salud Área de Salud de Barranca, junio 2012.

Tabla 22. Correlación entre variables de composición corporal (índice de masa corporal, circunferencia cintura y porcentaje de grasa corporal) y edad.

Tabla 23. Distribución porcentual bioimpedancia, según edad y sexo femenino.

Tabla 24. Distribución porcentual bioimpedancia, según edad y sexo masculino.

Tabla 25. Correlación entre circunferencia cintura, porcentaje de grasa y edad.

Tabla 26. Análisis comparativo para muestras independientes en dimensiones de Burnout por sexo.

Tabla 27. Matriz de correlaciones entre las dimensiones del Inventario estilos de vida y Inventario de Burnout.

LISTADO DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución por edad del personal general del Área de Salud de Barranca, Puntarenas, Junio 2012.

Gráfico 2. Distribución porcentual en años de trabajo en personal del área de Salud de Barranca, Puntarenas, Junio 2012.

Gráfica 3. Prevalencia del Síndrome de Desgaste profesional, de trabajadores, según género.

Gráfico 4. Porcentajes de grasa corporal por bioimpedancia según edad, empleadas Área de Salud de Barranca, Puntarenas, 2012.

Gráfico 5. Porcentajes de grasa corporal por bioimpedancia según edad, empleados Área de Salud de Barranca, Puntarenas, 2012.

DESCRIPTORES

Síndrome desgaste profesional, Estilos de vida, Composición corporal, Prevalencia

Capítulo I

INTRODUCCIÓN

Planteamiento y delimitación del problema

La salud mental se ha convertido en una preocupación a nivel internacional (Millán y Mesén, 2009). Los medios informativos y la publicidad se encargan de difundir el estereotipo de los y las profesionales en este tiempo donde las mujeres y los hombres asumen fuertes responsabilidades, llevan un ritmo de vida frenético y toman decisiones trascendentales todos los días, sin perder la medida ni alterar su personalidad. Desafortunadamente, este ideal está muy lejos de lo humanamente posible y las personas trabajadoras son presa constante de ansiedad, estrés y presión psicológica que les hace enfermar (Curti, Salomón, Alós et al, 2006).

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más del 25% de la población mundial es víctima de trastornos mentales y del comportamiento en algún periodo en el transcurso de sus vidas; aunado a ello se calcula que en cualquier momento alrededor del 10% de la población mundial se verá afectada por los trastornos mencionados anteriormente (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2004).

Desde el contexto de la salud laboral surge un nuevo quebranto para la salud, llamado Síndrome de Burnout que en castellano es conocido como Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) o, como coloquialmente se indica, un estado de estar quemado o quemada.

De acuerdo con Albadejo y Villanueva (2004) y Hernández (2003) este síndrome afecta más a las profesiones que poseen relación directa con las personas, donde la demanda laboral de atención es alta e implica mucha entrega y dedicación, tal como el caso de profesionales en Medicina, Enfermería, Trabajo Social, Educación, Policía, entre otros.

La prevalencia del Síndrome de Desgaste Profesional en personal sanitario se ha reportado entre un 25% a un 70% de la población mundial (Gillespie y Melby, 2003). La

Organización Mundial de la Salud, durante el año 2000, calificó al Síndrome de Desgaste Profesional como de riesgo laboral, lo cual genera una interrelación trascendental entre el profesional de salud y la institución en la cual labora, por lo que consecuentemente los recursos humanos de un sistema de salud son vitales para su buen funcionamiento. (OMS, 2000).

En Costa Rica, Millán y Mesén (2009) realizaron un estudio con 94 médicos residentes del programa de especialidades médicas del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS), encontrándose una prevalencia del síndrome de 72%; de igual forma Díaz (2007) reporta que el 20% de los 60 médicos generales y especialistas de Coopesalud R.L. presentan el síndrome. Lépez, Arias, Barboza y otros (2007) reportan en su investigación con 15 enfermeras, una prevalencia del 35% en un hospital del área metropolitana y finalmente Arias y Castro (2013) encuentran una prevalencia del Síndrome de Desgaste Profesional en el personal de Enfermería del Hospital Nacional de Niños en el mes de setiembre de 2012 de 1.4%.

Algunos de los factores que podrían estar contribuyendo con los altos niveles de prevalencia del síndrome, a nivel general, se asocian con fuentes de estrés crónico (estresores) como el trabajo nocturno continuo, la escasez de personal y/o bajos salarios, sobrecarga laboral, el trato con personas usuarias problemáticas, la insuficiente especificidad o congruencia con las funciones, contacto diario y mantenido con la enfermedad, el dolor, la violencia, la discapacidad, las muertes evitables e inevitables, el trato prolongado con pacientes de padecimientos crónicos y degenerativos, así como con los familiares, relaciones conflictivas con el resto del personal, las autoridades, estructura organizacional, relaciones interpersonales deterioradas y entorno social (Rojas, Castillo y Echeverría, 2005; Arias y Castro, 2013).

A medida que el individuo se relaciona con el medio, es necesario establecer los criterios que lo llevan a mantener un buen estado de salud, el cual solo se logra si se tienen claros los objetivos para poder equilibrar su ambiente saludable. En este sentido el auge del sedentarismo que se viene produciendo en las sociedades avanzadas, constituye un verdadero problema para la salud. Los avances tecnológicos de este siglo que conllevan un menor esfuerzo físico en la vida

cotidiana (los medios de transporte o la maquinaria industrial) provocan graves repercusiones para la salud (Gómez, Puerto, Rubio et al, 2005).

El profesional de salud como agente activo de la sociedad está inmerso en un contexto donde tiene que mantener un equilibrio con los factores del medio, los cuales están guiados por sus costumbres y hábitos, lo que hace de los estilos de vida un objetivo de la intervención tanto médica como psicológica (Hewitt, 2007).

Dado que el estilo de vida de una persona está determinado (total o parcialmente) por las condiciones de vida en las que vive, también influyen comportamientos directos que emiten las personas como lavarse o no lavarse las manos, empezar a fumar o dejar de hacerlo, decidir qué comer y cuándo, elegir con quién y cuán a menudo tener relaciones sexuales. Muchos trabajadores y trabajadoras de la salud adoptan transitoriamente o incorporan a su estilo de vida, comportamientos promotores y/o protectores de la salud y por el contrario otras optan por conductas destructoras de la salud (Hewitt, 2007).

Aunado a lo citado anteriormente, el hecho de que una persona lleve a cabo comportamientos protectores de la salud, está supeditado a factores motivacionales que, a su vez, dependen de la percepción que la persona tiene de la amenaza que la enfermedad constituye para ella, de la eficacia que cree que la conducta tendrá para reducir la amenaza y de la atracción que sobre ella ejercen los comportamientos alternativos. Naturalmente sería lógico pensar que las personas trabajadoras de la salud opten por comportamientos saludables (promotores o protectores/ preventivos), pero cuando existe inestabilidad psicológica se empezarán a practicar conductas inadecuadas e incluso, destructoras para la salud (Rodríguez, 1997).

Diferentes investigaciones muestran que las conductas de riesgo de los médicos, enfermeras, farmacéuticos, entre otros profesionales de salud son: el fumado, el uso de sustancias psicoactivas (alcohol, drogas, entre otras), prácticas alimentarias inadecuadas y la poca o nula actividad física, entre otros (Pérez, Larrea y Gorbea, 2000; Sansores y Venegas, 2000; Fernández y Bayle, 1999; y Garnés, 2001).

Por consiguiente el entorno social, la creciente globalización, el consumismo y la presencia del Síndrome de Desgaste Profesional, han generado que los comportamientos de las personas cambien; se estima que a nivel mundial están predominado los estilos de vida negativos o poco saludables, siendo así que la Organización Mundial de la Salud advierte que los estilos de vida sedentarios son una de las diez principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo (OMS, 2010).

En este sentido, en el año 2007, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) pagó más de ₡16.000 millones en incapacidades por enfermedad en general de los(as) funcionarios(as) y 1.392 trabajadores(as) se incapacitaron por año y medio debido a causas como la depresión, dolores de espalda, traumatismos y las enfermedades pulmonares (Ávalos, 2008).

En el año 2010, la institución tenía 47857 empleados(as), durante el mismo año se incapacitaron 38266 trabajadores(as), aumentando el porcentaje a un 80%, que en años anteriores fue menor al 75%. Las incapacidades otorgadas por enfermedad, en general, registran 197389 órdenes otorgadas y un total de 1,149,709 días. En cuanto a las enfermedades que más generan incapacidad en los(as) empleados(as) son las del sistema respiratorio con un 21% del total, seguidas de enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo 19%, las enfermedades infecciosas y parasitarias; así como los trastornos mentales son el tercer grupo de enfermedades que más incapacidades generan, con un promedio de 2 y 9 días de incapacidad por boleta, respectivamente, para un total de cerca de 10 mil días totales anuales cada una (Caja Costarricense de Seguro Social, Dirección de Administración y Gestión de Personal, 2011).

Específicamente el personal del Área de Salud de Barranca Puntarenas presentan altas cifras de incapacidades; solo en el año 2011 se otorgaron 1119 órdenes, de las cuales, la cantidad de días concedidos por enfermedad equivale a 2800, los diagnósticos reportados son: lumbalgias, contracturas musculares, cefaleas por tensión y migrañas, episodios depresivos, diarreas y gastroenteritis, síndrome de colon irritable, dolores articulares, infecciones urinarias, enfermedades del sistema respiratorio agudas y crónicas, enfermedades del sistema cardiovascular, específicamente enfermedad hipertensiva, otras con menor índice de días como

lo son: diabetes mellitus, infecciones de la piel y tejidos, infecciones virales, dismenorrea, traumatismos. (Caja Costarricense de Seguro Social, 2011).

Aunado a lo anteriormente citado, como antecedente de la población, Fernández y Sanahuja (2011), en su estudio sobre el análisis de la gestión de recursos humanos del área de salud de Barranca y Montes Oro Miramar, concluyen que existe un equipo interdisciplinario incompleto para la valoración de los y las oferentes, el hallazgo radica que solo se cuenta únicamente con el área médica y de trabajo social, a pesar de que la institución tiene establecido que los y las oferentes deben ser evaluados(as) por un profesional en Psicología, asimismo se determinó que la motivación que presentan los(as) funcionarios(as) sobre el trabajo es de solamente un 46% y añaden que el 64% de los(as) funcionarios(as) perciben un clima organizacional insatisfactorio.

Desde esta perspectiva es preocupante que los y las profesionales encargados de proporcionar salud, presenten conductas de riesgo o que se encuentren enfermos(as) y consecuentemente no estén por un lado dando del ejemplo a sus seguidores (pacientes u usuarios) o no estén aconsejando conductas sanas a sus clientes.

Ante esta situación se circunscribe la problemática planteada encontrando que en Costa Rica se han realizado varios estudios sobre el Síndrome de Desgaste Profesional en personal de salud, sin embargo las investigaciones se centran solo en personal médico y de enfermería en el área metropolitana (Bianchini, 1997; Madrigal, 2005; Millán y Mesen, 2009; Díaz, 2007; Salazar, 2002; Lépez, Arias, Barboza, Blanco et al (2007); Arias y Castro (2013); los cuales evidencian una alta prevalencia del SDP.

En el caso particular de una microcultura organizacional de un área de salud de Barranca Puntarenas, el panorama se presenta muy similar a lo reportado por Díaz (2007); Madrigal (2005); Bianchini (1997), observando obesidad, estilos de vida poco saludables, estrés en exceso, crónico y ante esta percepción cotidiana de la realidad anteriormente citada, surge la inquietud de contar con más información sobre la prevalencia del Síndrome de Desgaste Profesional en los empleados y en las empleadas en general. Asimismo, valorar los estilos de vida predominantes,

la composición corporal, igualmente no solo conocer estas variables sino que valorar si existe relación entre cada una de ellas.

Los diagnósticos de la población por incapacidades, la insatisfacción del clima organizacional además de la falta de motivación son evidencias objetivas de la problemática planteada, pero no existe una justificación del origen de la problemática, por lo que este estudio se concentra en dar respuesta a las siguientes interrogantes:

¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de Desgaste Profesional en el personal del Área de Salud de Barranca , Puntarenas?

¿Cómo son los estilos de vida del personal del Área de Salud de Barranca , Puntarenas?

¿En qué estado se encuentra la composición corporal en el personal del Área de Salud de Barranca , Puntarenas?

¿Cuál es la relación entre el Síndrome de Desgaste Profesional, estilos de vida, composición corporal?

Justificación

Actualmente se considera que el estrés es un trastorno biopsicosocial que afecta a la población mundial, la cual se encuentra inmersa en una sociedad globalizada que exige y demanda cada día individuos aptos y capacitados para enfrentar y resolver cada uno de los problemas de índole laboral, social y emocional que se le presenten, dando origen al estrés que es producido por la consecuencia de un desequilibrio entre las demandas del ambiente como estresores externos y los recursos que posee el sujeto (Borbolla y Domínguez, 2007).

Autores como Selye (1956), Edwards y Cooper (1988), citados por Peiró (2005), diferencian el estrés beneficioso de aquel nocivo. Así, el primero hace referencia a situaciones y experiencias en las que el estrés tiene resultados y consecuencias predominantemente positivos porque produce la estimulación y activación adecuadas que permiten a las personas lograr en sus actividades unos resultados satisfactorios con costes personales razonables. El segundo, hace referencia a situaciones y experiencias personales desagradables, molestas y con probables consecuencias negativas para la salud y el bienestar psicológico. Es este segundo aspecto el que

ha recibido más atención en la investigación científica y habitualmente se ha entendido en este sentido el término genérico “estrés”.

Pero el trastorno del estrés puede ser generado no solo por aspectos emocionales o espirituales sino por demandas de carácter social y amenazas del entorno del individuo que requieren de capacidad de adaptación y respuesta rápida frente a los problemas (Doval, Moleiro y Rodríguez, 2004).

El Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH) define el estrés ocupacional como las reacciones nocivas físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador (National Institute of Security and Occupational Health [NIOSH], 2008).

Según Gil-Monte (2001), el estrés laboral es una de las principales causas de deterioro de las condiciones de trabajo, es fuente de accidentabilidad y absentismo además de ser considerado actualmente como uno de los problemas de salud más graves donde se afecta a la sociedad en general, porque no se van a afectar solo los(as) trabajadores(as) con incapacidad física o mental en el desarrollo de sus actividades laborales sino también a los empleadores y a los gobiernos; muchos investigadores al estudiar esta problemática han podido comprobar los efectos en la economía que causa el estrés.

Para el NIOSH (2008), los(as) trabajadores(as) de la salud tienen tasas más altas de abuso de sustancias estupefacientes y de suicidio, en comparación con otros profesionales y tasas elevadas de depresión y ansiedad relacionadas con el estrés laboral. Además de la tensión emocional, otras consecuencias del estrés laboral son: agotamiento, ganas de abandonar el trabajo, menor satisfacción del paciente y errores de diagnóstico y tratamiento.

Oblitas (2006) indica que en España un 28% de los(as) trabajadores(as) consideran su salud amenazada por el estrés, 16% creen que hacen tareas repetitivas y monótonas y un 25% opina que trabaja a ritmos elevados. Entre los factores que influyen en el estrés se encuentran la sobrecarga de trabajo, el hostigamiento moral y sexual, las rivalidades de poder, la precariedad

del empleo y el trabajo nocturno. En países como Estados Unidos el 70% de las consultas médicas son motivadas por problemas derivados del estrés y una cuarta parte de los medicamentos que se venden en ese país son antidepresivos u otro tipo de drogas que afectan al sistema nervioso central, además el estrés laboral en esa nación provoca una pérdida anual de \$300 mil millones por concepto de incapacidades, pensiones prematuras, y recambio de personal en puestos vacantes (Millán y Mesén, 2009).

Por otro lado, se calcula que el 28% de los(as) trabajadores(as) de la Unión Europea (UE) afirma padecer estrés laboral; entre las causas habituales figuran la falta de seguridad y control del puesto de trabajo y la sobrecarga de trabajo (Agencia Europea para Seguridad y la Salud en el Trabajo, 2002).

En Canadá, un conjunto de encuestas realizadas con trabajadores(as) de diversos sectores reveló que el 35% de ellos(as) se siente estresado. En México esta cifra es de 20% y en Argentina se eleva hasta en un 50% de trabajadores(as). En Perú las cifras varían desde un 10% hasta un 40% (Agencia Europea para Seguridad y la Salud en el Trabajo, 2002).

El panorama en Costa Rica no está tan lejano del resto de países, por ejemplo, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), en el año 2000, contaba con un total de 31.200 trabajadores(as) distribuidos en toda la red de servicios; en ese período se incapacitaron al menos una o más veces el 68.1% de los(as) trabajadores(as) de la Institución (Arce y Baldioceda, 2002).

En el año 2007, la CCSS pagó más de ₡16.000 millones en incapacidades por enfermedad de sus funcionarios(as) y 1.392 trabajadores(as) se incapacitaron en año y medio debido a causas como la depresión, dolores de espalda, traumatismos y las enfermedades pulmonares (Ávalos, 2008).

Actualmente existe una disminución en cuanto al pago de incapacidades pasando de un monto de ₡54.000 millones en el 2010, a ₡38.500 millones en la 2012, debido a una reestructuración del reglamento pago de incapacidades, sin embargo esta suma consume gran cantidad del presupuesto general (Díaz, 2013).

Los establecimientos de mayor complejidad y con mayor número de funcionarios(as) que presentan alta incidencia de incapacidades, son los Hospitales Nacionales y Regionales pero las Áreas de Salud no se salvan de tener altos índices de incapacidades del personal. El Área de Salud de Barranca, Puntarenas no está exento de presentar cifras altas de incapacidades; actualmente cuenta con 130 empleados(as) aproximadamente, en el año 2011 se contabilizaron un total de 1119 órdenes de incapacidad otorgadas por enfermedad, para un promedio mensual de 93.25 incapacidades, se detalla además que la mayoría de esas incapacidades se conceden en la consulta externa de empleados(as), lo cual implica que en promedio se brindan 8,60 incapacidades por funcionario(a) al año y respecto a los días otorgados fueron 2800 (Caja Costarricense de Seguro Social, 2011).

Los diagnósticos del personal de salud son: lumbalgias (485 días), dorsopatías y contracturas musculares (151 días), diarreas y síndrome de colon irritable (335 días), hipertensión arterial (33 días), cefalea por tensión y migraña (100 días), episodios depresivos (111 días), enfermedades sistema respiratorio agudas y crónicas (524 días), entre otras con menor índice de días como lo son dismenorrea (21 días), diabetes mellitus (15 días), infecciones urinarias (23) (Caja Costarricense de Seguro Social, 2011).

Para agregar como antecedente en el área de salud existe un equipo interdisciplinario incompleto para la valoración de las personas oferentes, el hallazgo radica que solo se cuenta únicamente con el área médica y de trabajo social, a pesar de que la institución tiene establecido que estas deben ser evaluadas por un profesional en Psicología y existe un nivel de motivación sobre el trabajo, de un 46% por parte de los(as) funcionarios(as) junto con la percepción de un clima organizacional insatisfactorio (Férrandez y Sanahuja (2011)

Con este antecedente de los conocimientos sobre estrés ocupacional en las y los profesionales de la salud, se comprende la proporción en que se experimenta la severidad de los síntomas físicos, mentales y sociales, las cifras alarmantes de estrés y la variedad de enfermedades que posee el funcionariado de salud, serán causa de investigar a fondo para proporcionar medidas correctivas y rehabilitadoras.

El Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) fue descrito por Freudenberger en los años setenta (Freudenberger, 1974). En las últimas definiciones lo caracterizan como la presencia de altos niveles de agotamiento emocional (AE) y despersonalización (DP) y una reducida realización personal y aparece cuando fracasan los mecanismos compensatorios de adaptación ante situaciones laborales con un estrés sostenido (Maslach y Jackson, 1984).

Se ha estudiado ya por más de tres décadas, encontrándose una alta prevalencia en aquellos profesionales donde la atención al cliente es importante e indispensable, es decir aquellas profesiones que necesitan altas dosis de entrega e implicación, por ejemplo las enfermeras, personal médico, maestros, policías, entre otros (Albadejo y Villanueva, 2004).

Diferentes investigadores han estudiado el SDP en Costa Rica en profesionales de salud y se ha encontrado que en médicos residentes de los principales hospitales del país: San Juan de Dios (HSJD), “Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia” (HCG), Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera (HNN), México (HM), Psiquiátrico (HNP), De La Mujer y “Dr. Raúl Blanco Cervantes” (HRBC) se presenta una prevalencia del síndrome de un 72% además de alto agotamiento emocional en mujeres y baja realización personal en hombres (Millán y Mesén, 2009), por otro lado Díaz (2007) determinó en médicos especialistas y generales una prevalencia de 20% mayoritariamente en sexo masculino y la dimensión más afectada fue el cansancio emocional, además Lépiz y otros (2007) reportan una prevalencia de un 35% en enfermeras de hospitales del área metropolitana y finalmente Arias y Castro (2013) encuentran una prevalencia en los y las enfermeros (as) del Hospital Nacional de Niños en el mes de setiembre 2012 de 1.4%.

Es evidente que en Costa Rica se ha estudiado la prevalencia del SDP en personal de salud, predominantemente en personal médico y enfermería, no obstante queda la inquietud de saber qué pasa con la totalidad de funcionarios y funcionarias que se encuentran en una institución compleja como un área de salud en general.

La CCSS posee lineamientos sobre salud ocupacional los cuales promueven el análisis e intervención de situaciones relacionadas con accidentes laborales y las enfermedades ocupacionales entre los(as) trabajadores(as), existen comisiones en cada clínica y hospital así como programas de capacitación (CCSS, 2001). Específicamente en el Área de Salud de Barranca se encuentra conformada dicha comisión, pero actualmente no hay intervenciones o programas específicos para el personal con tópicos como: técnicas de manejo de estrés, promoción de estilos de vida saludables y educación preventiva sobre riesgos laborales, entre otros.

Ante el aumento en la prevalencia del SDP no se pueden dejar de lado las consecuencias que estos estados de estrés generan en las conductas de las personas y los estilos de vida; para Gil Roales, citado por Oblitas (2006), los estilos de vida son “una forma genérica en la que se le conceptualiza como una moral saludable que cae bajo la responsabilidad del individuo o bajo una mezcla de responsabilidad del individuo y la administración pública, según el ámbito cultural”.

Es evidente que el estrés genera diferentes formas de comportamientos en las personas trabajadoras de la salud, indiscutiblemente varios autores han demostrado que en la población imperan los estilos de vida poco saludables, provocándoles problemas de salud tanto físicos, sociales y emocionales, los cuales van en detrimento de su salud; se ha demostrado además una alta incidencia en conductas de riesgo como tabaquismo, uso de sustancias psicoactivas, drogas, alcohol, poca o nula actividad física, desórdenes en horarios de comida, pocas medidas de bioseguridad y obesidad, entre otras, provocan altos costes a las instituciones empleadoras y consecuentemente a la sociedad (Rodríguez, 1997; Pérez et al, 2000; Sansores y Venegas, 2000; Garnés, 2001; Hewitt, 2007; Bazargan y otros, 2009).

Los estilos de vida poco saludables están generando en Costa Rica el aumento de la obesidad, en cifras concretas según la última Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009 (OMS, 2010) se revela que el 59.7% de las mujeres entre 20 y 44 años, presentan obesidad, lo que implica un aumento casi de un 14% desde el año 1996; también demuestra un aumento en la obesidad masculina de un 62.4%, con edades entre 20 y 64 años, evidenciando que es en la población económicamente activa donde predomina esta problemática, dato que no excluye a los

y a las profesionales en salud, los cuales según Díaz (2007) se encuentran involucrados en esta forma de vida poco saludable, por la naturaleza de sus trabajos y por la práctica de actividades nocivas como consumo de alcohol, tabaco, obesidad y sedentarismo, por citar algunos, ocasionando elevadas tasas de morbilidad y altos riesgos de mortalidad, que a su vez provoca problemas en los sistemas vitales del organismo, tales como la función cardiovascular.

La modificación de hábitos y estilos de vida conlleva grandes beneficios para la salud, ya que el sedentarismo, la dieta inadecuada, el uso de tabaco y abuso de alcohol son las principales causas de morbilidad y mortalidad en los países industrializados. Estos estilos de vida generan un innecesario sufrimiento y una sobrecarga de los sistemas de salud desproporcionada y evitable (OMS, 2010).

El sistema de seguridad social costarricense se caracteriza por poseer elevados estándares en la calidad de atención; demostrado por una alta expectativa de vida y baja mortalidad infantil pero se ha investigado poco sobre las repercusiones en los estilos de vida de los(as) trabajadores(as) de la salud (Millán y Mesén, 2009).

Conscientes de la importancia del conocimiento de la prevalencia del Síndrome de Desgaste Profesional y la óptima calidad de vida en general, el siguiente estudio permitirá determinarlo en el funcionariado del área de Salud Barranca, Puntarenas, asimismo, brindará información sobre los estilos de vida, la composición corporal, para establecer la relación entre cada una de las variables antes mencionadas.

Todo esta información será fundamental para que a nivel institucional se reflexione sobre la importancia de los funcionarios y las funcionarias de salud como seres biosicosociales y de su desarrollo integral, así también para que se elaboren programas y propuestas que promuevan estilos de vida saludables, para mejorar la calidad de vida de las personas trabajadoras del sector salud y consecuentemente mejorar su desempeño laboral.

Objetivo General

1. Determinar la prevalencia del Síndrome de Desgaste Profesional y su relación con los estilos de vida y la composición corporal, en el personal del Área de Salud de Barranca.

Objetivos Específicos

1. Identificar la prevalencia del Síndrome de Desgaste Profesional en los(as) funcionarios(as) del Área de Salud Barranca, Puntarenas
2. Determinar los estilos de vida de la población bajo estudio.
3. Analizar la composición corporal en personal área de Salud Barranca, Puntarenas
4. Determinar la relación existente entre SDP, los estilos de vida y la composición corporal.

Conceptos Claves

Composición corporal: Comprende la determinación de los componentes principales del cuerpo humano, tanto químicos como estructurales; las técnicas y métodos utilizados para su obtención y la influencia que ejercen los factores biológicos, como edad, sexo, estado nutricional o actividad física (Onzari, 2004).

Estilo de Vida: “Una forma general de vida basada en la interrelación entre las condiciones de vida en un sentido amplio y patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales” (OMS, 2010). Según Bliss (1996), los dominios que integran el estilo de vida han incluido conductas y preferencias relacionadas con el tipo de alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, responsabilidad para la salud, actividades recreativas, relaciones interpersonales, prácticas sexuales, actividades laborales y patrones de consumo.

Prevalencia: El porcentaje de una población que se ve afectada por una enfermedad particular en un momento dado. (Diccionario Médico Merriam- Webster, 2009).

Síndrome de Desgaste Profesional: es una respuesta al estrés laboral crónico que se produce principalmente en el marco laboral de los y las profesionales que se centran en la prestación de servicios, por lo que existe un contacto directo con las personas, se compone de tres dimensiones: a) agotamiento emocional, b) despersonalización, desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas hacia los beneficiarios y c) baja realización personal (Ortega y López, 2004).

Capítulo II

MARCO CONCEPTUAL

1. El estrés y el estrés laboral

La sociedad moderna vive y se desarrolla de manera acelerada enfrentándose cada día a fuertes demandas impuestas por el medio, provenientes de corrientes como el consumismo y la globalización, las cuales llevan a los individuos a cambiar su ritmo de vida, generando una serie de reacciones y estados emocionales tensos, los cuales impiden la realización de tareas específicas que pueden resumirse en una corta palabra: estrés.

El término estrés, es una adaptación al castellano de la voz inglesa stress. Esta palabra apareció en el inglés medieval en la forma de distréss que, a su vez provenía del francés antiguo, desstrese (Melgosa, 1999).

El concepto de estrés fue introducido por primera vez en el ámbito de la salud en el año 1926 por Hans Selye, quien definió el estrés como la respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante (Peiró y Salvador, 1992).

El estrés es siempre una reacción ante una situación específica (estresor), la cual supone un reto o una amenaza. En su gran mayoría se trata de estresores externos, provenientes de condiciones cercanas; sin embargo, pueden provocarse situaciones estresantes ante estados o situaciones internas (Fernández-López, Siegrist, Rödel y Hernández, 2003).

Es esta respuesta de los individuos a las diferentes situaciones que se le presentan, la que conlleva a una serie de cambios físicos, biológicos y hormonales y al mismo tiempo le permite responder adecuadamente a las demandas externas. Se ha definido el estrés como esfuerzo agotador para mantener las funciones esenciales al nivel requerido, es información que el sujeto interpreta como amenaza de peligro o como imposibilidad de predecir el futuro (Peiró y Salvador, 1992).

Pero el trastorno del estrés puede ser generado no solo por aspectos emocionales o espirituales sino por demandas de carácter social y amenazas del entorno del individuo que

requieren de capacidad de adaptación y respuesta rápida frente a los problemas (Aiken, Clarke, Sloane y Sochalski, 2001).

Peiró y Salvador (1992) señalan que el estrés es un fenómeno adaptativo de los seres humanos que contribuye en buena medida, a su supervivencia; a un adecuado rendimiento en sus actividades y a un desempeño eficaz en muchas esferas de la vida.

En todos los ámbitos de la vida se generan tensiones y cuando alguien pretende eliminarlas por completo, es muy probable que lo único que consiga es estresarse aún más, por lo que como seres humanos racionales lo inteligente y positivo es saber controlar las tensiones para canalizarlas luego de manera positiva (Santos, 2004).

En este punto se pueden notar significativas diferencias individuales, ya que mientras para unas personas unas experiencias resultan agotadoras, difíciles o con un fortísimo efecto negativo sobre el organismo, para otras, estas vivencias resultan solo ligeramente alteradoras y no ocasionan daños en el sistema nervioso y en ninguna parte del organismo (Santos, 2004).

Los estresores constituyen exigencias ante las cuales la persona tiene que enfrentarse y que provocan un intento de superación o resolución del problema. Ante situaciones nuevas, desacostumbradas, esta superación conlleva una evaluación previa del reto o amenaza, así como una evaluación de las probabilidades de vencer o dominar con éxito la amenaza valiéndose de los medios disponibles (recursos, afrontamiento, entre otros), cuando estos medios fallan o son inadecuados en el trabajo surge el estrés laboral (Fernández-López, Siegrist, Rödel y Hernández, 2003).

1.1 Estrés laboral

El estrés laboral es uno de los problemas de salud más graves que en la actualidad afecta a la sociedad en general, debido a que no sólo perjudica a los(as) trabajadores(as) al provocarles incapacidad física o mental en el desarrollo de sus actividades laborales, sino también a los empleadores y a los gobiernos, ya que muchos investigadores al estudiar esta problemática han podido comprobar los efectos que causa el estrés en la economía.

Si se aplica el concepto de estrés al ámbito del trabajo, este se puede ajustar como un desequilibrio percibido entre las demandas profesionales y la capacidad de la persona para llevarlas a cabo, el cual es generado por una serie de fenómenos que suceden en el organismo del trabajador con la participación de algunos estresores los cuales pueden llegar hasta afectar la salud del trabajador (Santos, 2004).

Los efectos del estrés son diferentes entre los individuos. La sintomatología e incluso las consecuencias del estrés son diferentes en cada persona (Peiró y Salvador, 1993).

Peiró y Salvador (1993) señalan que existen en los individuos diferencias en características de personalidad, patrones de conducta y estilos cognitivos relevantes que permiten predecir las consecuencias posibles de determinados estresores del ambiente laboral. Por lo que se deduce que no todas las personas reaccionan igual ante el estrés, pues sus respuestas adaptativas varían.

La persona trabajadora ante una situación de estrés intenta desarrollar una o varias estrategias de afrontamiento, que persiguen eliminar la fuente de estrés. También pueden tratar de evitar la experiencia incidiendo en la situación estresante, en sus propios deseos e incluso en las expectativas en relación con esa situación (Bianchini, 1997).

El estrés episódico es aquel que se presenta momentáneamente, es una situación que no se posterga por mucho tiempo y luego que se enfrenta o resuelve desaparecen todos los síntomas que lo originaron; un ejemplo de este tipo de estrés es el que se presenta cuando una persona es despedida de su empleo (Bianchini, 1997).

Por otra parte, el estrés crónico es aquel que se presenta de manera recurrente cuando una persona es sometida a un agente estresor de manera constante, por lo que los síntomas de estrés aparecen cada vez que la situación se presenta y mientras el individuo no evite esa problemática el estrés no desaparecerá (Peiró y Salvador, 1993).

Según Oblitas (2006), en España un 28% de las personas trabajadoras consideran su salud amenazada por el estrés, 16% creen que hacen tareas repetitivas y monótonas y 25% opina que trabaja a ritmos elevados. Entre los factores que influyen en el estrés se encuentran la sobrecarga

de trabajo, el hostigamiento moral y sexual, las rivalidades de poder, la precariedad del empleo y el trabajo nocturno. En países como Estados Unidos, el 70% de las consultas médicas son motivadas por problemas derivados del estrés y una cuarta parte de los medicamentos que se venden en ese país son antidepresivos u otro tipo de drogas que afectan el sistema nervioso central.

Una encuesta europea sobre cambios en las cargas laborales estresantes durante los últimos 10 años concluyó que en el año 2000, el 22% de los encuestados ($n = 21.500$) trabajaban a turnos, el 29% estaba sometido a fuertes ruidos y el 60% (frente al 50% en 1990) soportaba premuras de tiempo a la hora de hacer su trabajo. A su vez, el 40% (poco menos en 1990) sufría monotonía y escaso control o margen de decisión sobre sus tareas en el puesto laboral aumentando consecuentemente los niveles de estrés (Paoli y Merllié, 2001).

En esta misma línea, una investigación sueca sobre economía sanitaria concluyó que cerca del 10% de los trabajadores y las trabajadoras están afectados de estrés crónico peligroso para la salud y que esta carga de estrés es en parte, la causa de una amplia variedad de enfermedades (cardiovasculares, musculoesqueléticas, depresión, etc) los costes debidos a las situaciones estresantes en el trabajo, solo para Suecia, podrían presupuestarse en casi 450 millones de euros al año (Levi y Lunde, 1996).

Aunado a lo anterior, trabajos más recientes informan de un incremento progresivo de la insatisfacción de los y las profesionales en su práctica médica que se ha producido en los últimos años. En los años 70, menos de un 15% de los médicos refería insatisfacción laboral, a partir de los años 80 ya lo verbalizaba más de un tercio y en el año 2001 lo manifestaba un 58% del colectivo médico solo en España (Zuger, 2004).

Entonces cuando existen niveles de estrés crónico y laboral surge un síndrome conocido como desgaste profesional.

2. Síndrome de Desgaste Profesional o Burnout

Cuando el estrés laboral se vuelve crónico aparece el llamado Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) o despersonalización. El SDP fue descrito por Freudenberg en los años setenta (Freudenberg, 1974). Aunque existen múltiples definiciones, la más conocida es la de Maslach y Jackson, elaborada al desarrollar el cuestionario de medida Maslach Burnout Inventory (MBI) en los años ochenta que lo caracteriza como la presencia de altos niveles de agotamiento emocional (AE) y despersonalización (DP) y una reducida realización personal (RP) (Maslach y Jackson, 1986).

Autores como Gil-Monte y Peiró (1997) definen el síndrome como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con quien se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.

El SDP aparece cuando fracasan los mecanismos compensatorios de adaptación ante situaciones laborales con un estrés sostenido. Desde 1986 ya se describen referencias sobre esta enfermedad a nivel mundial, en las cuales se establecen frecuencias de un 20% a un 50% en el personal de salud (Bianchini, 1997).

Entre los factores descritos como predisponentes de la enfermedad se encuentran: edad, sexo, estado civil y antigüedad profesional (Berman, 1990; Martínez, 1998 y Zaldúa, Lodieu y Koloditzky, 2000). Aunque la edad parece no influir en la aparición del síndrome, se considera que puede existir un período de sensibilización, debido a que habría unos años, durante los cuales, el profesional sería especialmente vulnerable a padecerlo, siendo estos los primeros de carrera profesional, porque en ese momento se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana y se aprende que las recompensas personales, profesionales y económicas no son ni las prometidas ni las esperadas (Bechard, Meterko y Field, 1994).

En cuanto al sexo, serían principalmente las mujeres el grupo más vulnerable. Entre las razones se cita, la doble carga de trabajo que conllevan la tarea familiar y la práctica profesional. Sin embargo, en la tesis “Burnout: una amenaza a los equipos de salud” se describe también que

los hombres puntúan más alto en desgaste profesional que las mujeres y que hay estudios en los cuales los resultados no son concluyentes y aparecen influenciados por sus características (muestras, instrumentos, país, cultura, entre otros) (Bianchini, 1997).

En un estudio transnacional y transprofesional realizado en España con todos los países de habla hispana y profesionales de la salud (n=11.530) Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga, (2007) encuentran que las mujeres presentaron valores superiores en la dimensión agotamiento emocional e inferiores en realización personal, con un porcentaje global de burnout mayor que los hombres, pero con menores niveles de despersonalización, resultados similares al de un trabajo realizado en España con 1021 médicos (Escribà-Agüir y otros, 2008).

Asimismo, algunas publicaciones han demostrado que la salud de las mujeres médicas es sensible al entorno psicosocial negativo del trabajo (Stewart, Ahmad, Cheung, Bergman y Dell, 2000; Linzer, Mc Murray, Visser, Oort y Smets, 2002). Las mujeres médicas tienen un 60% más de probabilidades que los médicos de presentar signos y síntomas de desgaste psíquico y de pérdida de motivación profesional o burnout. El riesgo relativo de SDP se incrementa del 12% al 15% por cada 5 horas adicionales que se trabajen a la semana, por encima de las 40 horas (McMurray y otros, 2000).

No obstante existen estudios contradictorios en lo que respecta a la influencia de algunas variables muy evaluadas como la edad y el sexo (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001; Grau y otros, 2005 y Atance, 1997) como consecuencia de diferencias en el bajo tamaño muestral y la composición de las mismas.

Por otro lado, se ha asociado el síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, al parecer las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización que aquellas otras que están casadas o conviven con parejas estables. En el mismo orden de ideas, 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, además de ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar (Madrigal, 2005).

No existe un acuerdo respecto a la relación de la antigüedad profesional con la enfermedad. Algunos autores encuentran una menor tendencia a padecer el síndrome en dos períodos: el primero corresponde a los dos años iniciales de carrera profesional, y el segundo, después de 10 años de experiencia (Madrigal, 2005; Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga, 2009).

El cansancio emocional está caracterizado por la creciente pérdida de energía, desgaste y agotamiento; mientras se agotan sus recursos emocionales, los trabajadores se sienten que no pueden más (Maslach y Jackson, 1984).

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; y como tercer aspecto la 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 (Maslach y Jackson, 1984).

La teoría sugiere que el SDP ocurre cuando se pierden ciertos recursos valiosos, o 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 (Gil Monte, 2002).

Los factores desencadenantes o estresores laborales, según Gil-Monte (2002) se pueden organizar en cuatro categorías:

- a) Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto (ruido, iluminación, temperatura, higiene, toxicidad, disponibilidad de espacio, sobrecarga, turnos rotativos, entre otros).
- b) Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera (ambigüedad y conflicto de rol, relaciones con jefes, compañeros y subordinados, falta de cohesión del grupo, desarrollo profesional). Entre estos factores se ha observado que los trabajadores del sector servicios, los profesionales sanitarios y docentes, son los que presentan mayores prevalencias de burnout (Grau, Suñer y García, 2005; Gil-Monte, Carretero, Roldán y Núñez 2005).
- c) Estresores relacionados con nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales (cambio en habilidades requeridas, ritmo de trabajo, grado de participación y autonomía, supervisión). Feltón (1998) refiere que el síndrome se desencadena cuando los beneficios de los empleados son eliminados, cuando la propiedad corporativa ha cambiado, cuando las horas extraordinarias son requeridas.
- d) Fuentes extraorganizacionales de estrés laboral: relaciones trabajo-familia considerándose a esta última, más una variable facilitadora que desencadenante. No obstante los factores individuales relacionados con menor presencia de SDP, se han estudiado diversos rasgos de la personalidad, el optimismo, la afectividad, o la autoestima (Connolly y Viswesvaran, 2000).

Kamis, (1982) propone una teoría sobre la etiología del síndrome a distintos niveles y establece:

1. Variables predisponentes:

a.determinadas (factores de riesgo): clientes difíciles (niños moribundos, psicóticos; trabajo estresante (controladores de vuelo); tareas mundanas (posibilidad de ascenso por la vía

administrativa), b. modificables (estresores): sistema ineficaz; servicios comprometidos, falta de criterio.

2. Variables precipitantes: a. evolutivas (factores de riesgo): ingenuidad temprana; alcance del techo salarial; crisis de la edad media profesional; prejubilación; promoción. b. situacionales (estresores): despido; recorte de presupuestos; cambios programáticos; cambios en los procedimientos; huelgas; ser traspasado en el proceso de promoción; cambios en el clima laboral; muerte de un cliente; crisis laborales personales o de éxito; fondos inadecuados; trabajo sin sentido (papeleo), mala política de gestión; falta de respuestas del sistema a los clientes y necesidades del personal; formación inapropiada; impotencia; aislamiento, segregación, sexismo y estatus minoritario.

3. Variables perpetuantes: se relacionan según la capacidad de enfrentamiento. a. habilidades (vulnerabilidad): inteligencia; valores claros y realistas; resolución de problemas; capacidad de enfrentamiento; autoeficacia; fuerza del yo; autorealización. b. apoyo (fortaleza): sistemas de apoyo; filiación familiar, social, religiosa y organizacional; apoyo de la dirección.

Leiter y Harvie (1996) agregan que el burnout es más evidente en situaciones que “inhiben la capacidad del trabajador de darse cuenta de sus valores a través del trabajo”. Estos problemas surgen cuando hay asociada una demanda excesiva por número de casos o conflictos personales que interfieren con la prestación de un adecuado servicio, además se empeoran por percepción de una escasez en los recursos para el trabajo mismo y bajo apoyo de colegas, familia. Y en contraposición, la implementación de estrategias activas de enfrentamiento afectan positivamente al trabajador para que encuentre su valor a través del trabajo.

2.1 Manifestaciones clínicas del Síndrome de Desgaste Profesional

Hoy en día se reportan cien o más síntomas asociados al Síndrome de Burnout, se pueden evidenciar dos tipos de consecuencias: para el individuo (salud, relaciones interpersonales) y para la institución (insatisfacción laboral, propensión al abandono y el ausentismo, deterioro de la calidad del servicio, genera cierto grado de hostilidad y resentimiento) a continuación en el cuadro 1 se presentan los principales síntomas (Quinceno y Vinaccia, 2007).

Cuadro 1. Principales síntomas del Síndrome de Desgaste Profesional.

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

Fuentes: Arias y Castro (2013)

Específicamente los y las profesionales en salud se enfrentan constantemente a una tarea compleja que influye en diversas circunstancias que se manifiestan en estresores específicos de la profesión como: exceso de estimulación aversa, constantemente se enfrentan al sufrimiento y a la muerte del paciente, así como dolor por la pérdida de un ser querido que padecen los familiares y allegados, contacto continuo con enfermos que exige un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda, un control inadecuado del vínculo por exceso (sobreimplicación) o por defecto conductas de evitación, generan problemas importantes, tanto para los pacientes como para sus cuidadores, la frustración de no poder curar, objetivo por el cual han sido entrenados, proporción muy alta de enfermos a los que deben atender, escasez de formación de habilidades de control de las propias emociones, además de las de los pacientes y sus familias, horario de trabajo irregular debido a la realización de turnos, conflicto del rol y ambigüedad, falta de cohesión en el equipo multidisciplinario, burocratización e individualismo en las instituciones (Ortega y López, 2004; Madrigal, 2005; Díaz, 2007; Boada, Vallejo y Argulló, 2004).

Madrigal (2005) agrega que el médico considera que el medio que le rodea (el medio laboral), puede exceder a sus propios recursos psicológicos y, por ello, poner en peligro su situación de bienestar. La relación se hace tan insoportable, que aparecen conductas de evitación, de absentismo laboral y de importantes trastornos psicósomáticos o de la personalidad. Generalmente, esta situación psicofisiológica se acompaña de sentimientos de falta de ayuda, actitud negativa y posible pérdida de autoestima.

Algunos estudios apuntan a que los médicos traducen la insatisfacción en síntomas somáticos, mientras que las médicas la traducen en desgaste psíquico (Bergman, Ahmad y Stewart, 2003).

Según Díaz (2007), las manifestaciones clínicas incluyen síntomas mentales como: sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, baja autoestima y pobre realización personal. Es frecuente apreciar nerviosismo, inquietud, dificultad para la concentración y una baja tolerancia a la frustración, con comportamientos paranoides o agresivos hacia los pacientes,

compañeros y familia. Como manifestaciones físicas se pueden presentar: cefaleas, insomnio, algias osteomusculares, alteraciones gastrointestinales y taquicardia, entre otras.

También hay manifestaciones como predominio de conductas adictivas y evitativas, consumo aumentado de café, alcohol, fármacos y drogas ilegales, distanciamiento afectivo de los enfermos y compañeros y frecuentes conflictos interpersonales en el ámbito del trabajo y dentro de la propia familia absentismo y baja productividad laboral (Díaz, 2007).

La prevalencia del síndrome de desgaste profesional en el personal médico y paramédico es alta, uno de los primeros estudios realizados en enfermeras fueron llevados cabo en la década de los 80, por Maslach y Jackson (1986), con una prevalencia de 20-35%; del mismo modo García Izquierdo (1991), reporta una prevalencia de 17%, además algunos estudios epidemiológicos refieren que hasta un 25% de las enfermeras serían portadoras del síndrome de desgaste profesional (Demeuroti, Bakker y Schaufeli, 2000).

Aunado a ello Anagnostopoulos y Niaskas (2010) refieren que los efectos del SDP en el personal de enfermería conllevan a aumentos de los niveles o las probabilidades de cometer errores, malas prácticas, atención subóptima para los pacientes, actitudes inadecuadas para los mismos. Por su parte Browning, Ryan, Thomas, Greenberg, y Rolniak, (2007) y McVicar (2003) agregan que los mismos se encuentran más propensos a padecer el síndrome debido a que tienen que lidiar con el personal a cargo, conflictos principalmente con los médicos, además de batallar con niveles emocionales elevados.

En un estudio elaborado por House (1980), se encontró que algunas de las características por las que el personal de enfermería presenta el síndrome es por la carga de trabajo, la ambigüedad del rol, la baja autoestima y poca valoración del profesional.

Según Aiken y otros (2001), encontraron que en Estados Unidos más del 43% del personal de enfermería que labora en hospital, presenta puntuaciones con un rango de alto nivel de desgaste profesional relacionados con el 41% con insatisfacción con el empleo actual y un 22,74% refieren tener la intención de abandonar el trabajo actual el próximo año.

Otro estudio realizado por Parada, Moreno, Mejías, Rivas, Cerrada y Rivas, (2005) en Latinoamérica, específicamente en Mérida, Venezuela, pretendía correlacionar la satisfacción laboral y el síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes (IAHULA). Con una muestra de 104 trabajadores de enfermería de las áreas de emergencias obstétricas, pediátricas y de adultos, unidad de cuidados intensivos y hospitalización. Se les aplicó el Inventario de Burnout de Maslach, un cuestionario de datos sociodemográficos y una escala de satisfacción laboral de Warr, Cook y Wall. La prevalencia fue de 6,73%, aunado se encuentra que un 47% presentaron niveles altos en la escala de despersonalización, 40% tuvo valores medios y bajos en la escala de realización personal y un 30,8% de los enfermeros presentaban valores elevados para agotamiento emocional.

En personal médico también se ha documentado la prevalencia del SDP en varios estudios desde la década de 80: Henderson (1984); Deckard, Meterko y Field (1994); Borbolla y Domínguez (2007); Reyes y Vargas (2009); Reyes, Soloaga y otros (2007); Loría y Guzmán (2006); Escriba-Agüir y otros (2008); Shirom y otros (2006); Rivera (1997), en los cuales se comprueba que la prevalencia de niveles elevados del síndrome de desgaste profesional se encuentran sobre todo en profesionales que laboran en emergencias, oncología, unidades de cuidados intensivos, entre otros.

Campbel, Sonnad, Eckhauser, Cambell y Greenfield (2001), reportan que en la especialidad de medicina familiar algunas causas del SDP como la sobrecarga de trabajo, el tedio y el conflicto, se asocian a errores y tensión. La prevalencia en este grupo está alrededor del 40% y en la especialidad como cirugía general se encuentra en 30%.

Por otro lado afirman que en la especialidad de medicina interna el porcentaje es similar al de los cirujanos encontrado por Talt, Bradley y Wipf, (2002) y Moreno y otros (2008).

En Costa Rica, Millán y Mesén (2009), investigaron el síndrome en médicos residentes y su relación con las características demográficas, encontrando un alto agotamiento emocional en mujeres y residentes de pediatría, alta despersonalización en hombres, baja despersonalización

en residentes de geriatría y medicina familiar y bajos niveles de realización personal en médicos con pareja.

Por otro lado, Díaz (2007) realiza un estudio sobre prevalencia y comportamiento del Síndrome de Desgaste Profesional en Coopesalud R.L, en una muestra de 60 médicos (generales y especialistas), documentó que el 20% presentó niveles altos de la enfermedad, predominando el sexo masculino (55.6%) y la dimensión del síndrome más afectada fue la de cansancio emocional (100%).

Lépiz y otros (2007), en una muestra de 15 profesionales en enfermería identificaron que presentan cansancio emocional y físico, por factores como el estrés, el aislamiento progresivo, el cansancio y la necesidad de más ocio y además porque de sus funciones depende la vida de las personas.

Y finalmente, en el Hospital Nacional de Niños se realizó un estudio con 150 trabajadores del departamento de enfermería, donde se determina la prevalencia del Síndrome de Burnout en un 1.4%, un 30,34% de personas que participaron en el estudio se encuentran con mediano riesgo de Burnout o portadores del síndrome. Además se determinó que el 28% de la población obtuvo un porcentaje alto de despersonalización, el 31% presenta porcentaje alto de desgaste emocional y 38,6% presentan baja realización personal (Arias y Castro, 2013).

En síntesis la prevalencia del Síndrome de Desgaste Profesional, tanto en los países europeos como en Costa Rica, está claramente definida como alta, los profesionales en salud, específicamente, han sido atacados por este mal, generando importantes consecuencias tanto físicas, psíquicas y sociales, que no solamente afectan una persona o institución sino que se afecta la sociedad en general.

Tomando en consideración este padecimiento, se experimenta un cambio en la forma de vivir, optando por conductas inadecuadas por lo que es importante abordar los siguientes conceptos:

3. Estilos de vida

3.1 Definiciones

El estilo de vida no es una simple suma de actividades que emprenden las personas, sino una estructura unificada de necesidades conectadas, con los valores y actividades, en las que los factores materiales y espirituales se interrelacionan, y que regulan la forma y el contenido de cada vida. La determinación básica de esa estructura es el sistema de valores aceptado y aplicado a nivel de la sociedad (Boruslav, 1992).

Singer (1982) y Arduell (1979), citados por Oblitas (2006, p. (31), coinciden que el “estilo de vida es una forma de vivir o la manera en la que la gente se conduce en sus actividades día con día”, aunado a aquellas conductas sobre las que un individuo tiene control y que incluyen todas las acciones que afectan a los riesgos para la salud”.

Oblitas (2006, p. (31) establece los estilos de vida saludables en dos dimensiones: a) sobriedad, son comportamientos que implican no fumar, tomar alimentos saludables, abstinencia al alcohol y actividad, o dimensión definida por la participación en deportes y ejercicio regular manteniendo un bajo índice de masa corporal, entre otros y b) estilo de vida libre “comportamientos totalmente contrarios al anterior: consumo de alcohol, toma de alimentos no saludables, y despreocupación por la apariencia física”.

Según Gutiérrez, Raich, Sánchez y Deus (2003), los estilos de vida resultan de la interacción entre las características individuales, la interacción social además de las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales en que viven las personas.

Los estilos de vida entonces pueden considerarse como los tipos de hábitos, actitudes, conductas, tradiciones, actividades y decisiones, de una persona o un grupo de personas, frente a las diversas circunstancias en las que el ser humano se desarrolla en la sociedad, o mediante su quehacer diario y que son susceptibles de ser modificados (Tavera, 1994).

Flores y Hernández (1998) aseguran que los estilos de vida se van formando a lo largo de la historia de vida de la persona, pudiéndose afirmar que se trata de un proceso de aprendizaje, ya sea por asimilación o por imitación de modelos de patrones familiares o de grupos formales o informales, los estilos de vida se pueden formar no solo espontáneamente sino como resultado de decisiones conscientes, es un fruto de factores personales, ambientales y sociales que convergen del presente y de historia interpersonal.

Dentro de los hábitos que favorecen el desarrollo de estilos de vida saludables, se mencionan algunos como: saber utilizar la publicidad, el consumo en general, empleo adecuado de servicios públicos, cultura física, respeto a las normas de tránsito, higiene personal, utilización racional del agua y recursos energéticos, hábitos de limpieza urbana, hábitos alimentarios saludables, hábitos culturales del empleo del ocio/tiempo libre, reconocimiento de conductas positivas, potenciar redes de apoyo social, tener prácticas sexuales responsables, buenos hábitos de convivencia, hábito de escolarización, hábito de vacunación, conciencia de que los accidentes se pueden prevenir (Gil Roales, 1998, citado por Oblitas, 2006).

Contrariamente, Gil Roales (1998) citado por Oblitas (2006), asegura que los hábitos que dificultan el desarrollo de estilos de vida saludables son: abuso de drogas, consumo de tabaco, consumo de alcohol, incultura hacia la valoración de especies animales, contaminación del aire por el humo del tabaco y fábricas.

Según la Organización Mundial de la Salud (2000), la salud de un individuo depende en un 15% del medio ambiente, 15% de la herencia, 15% del servicio de salud y en un 55% del estilo de vida, ya sea sedentario o activo y saludable que desarrolle la persona.

En un estudio norteamericano realizado por Frank, Biola y Burnnett (2000) en médicos, se demostró que tenían mayor edad en el momento de morir, comparados con abogados y otros profesionales, a pesar de que era más probable de que murieran de enfermedades cerebrovasculares, accidentes y suicidio; entonces la alta tasa de longevidad en estos sujetos no es un indicador de un adecuado estado de salud en esta población.

En otro estudio estadounidense realizado a una muestra de 723 estudiantes de medicina se encuentra que los estilos de vida representativos de los médicos y de cada especialidad son las determinantes para seleccionar la especialidad, incluso más que variables como la tradición, el salario, el prestigio o la duración de la misma, los estudiantes prefirieron la radiología y anestesiología respecto de la ginecología, medicina familiar o cirugía, para poder tener más tiempo para el “ocio y la recreación” proyectándose estilos de vida saludables (Dorsey, Jarjoura y Rutecki, 2003).

En Estados Unidos se calcula que más del 40 por ciento de los adultos estadounidenses son clasificados como obesos por el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades asociándose la obesidad con muchas comorbilidades (por ejemplo, hipertensión, diabetes tipo 2, asma, depresión, problemas ortopédicos y apnea del sueño, entre otros). Los médicos no son inmunes a la obesidad; un estudio llamado “Physicians Health Study” demostró que el 44% de los médicos varones tienen sobrepeso y un 6% son obesos (Ajani y otros, 2004).

Sanabria, González y Urrego (2007) realizan un estudio exploratorio en personal colombiano de salud respecto a existencia de estilos de vida saludables, en el cual encontraron que, los estilos de vida en los profesionales evaluados presentan en general deficiencias, sobre todo en aspectos como actividad física y el deporte, siendo menos saludables en las enfermeras que los médicos.

Los estilos de vida poco saludables en el personal médico provocan diversas enfermedades relacionadas, por ejemplo, el síndrome metabólico en una investigación realizada en México con una muestra de 71 médicos especialistas en emergencias, documenta que el 31% poseen criterios de diagnóstico de síndrome metabólico; aunado a ello el criterio individual que predominó fue la hipertrigliceridemia (59.2%), seguido del aumento de perímetro abdominal (39.4%) (Montes de Oca, Loria y Chavarría, 2008).

Bazargan, Makar, Chizobam y Wolf (2009), realizaron un estudio con 763 médicos en todo el estado de California sobre los estilos de vida y encontraron que el 4% utilizó marihuana recientemente, más del 6% reportó abuso del alcohol, el 35% reportó que nunca realizan ejercicio físico, el 27% refirieron nunca desayunar y en cuanto a los hábitos de sueño, el 34% reporta menos de 6 horas de sueño diario.

Por otro lado, los inadecuados estilos de vida de los profesionales de salud predominan también en México donde se realizó una investigación en el Instituto Mexicano de Seguro Social (n= 3133), encontrándose que el 53.4% de los hombres y 27.4% de las mujeres presentan antecedentes de tabaquismo, la prevalencia del tabaquismo activo es de 28.3% y 14.4% respectivamente, los profesionales de mayor prevalencia fueron los médicos (Salmerón, Arillo, Campuzano y Lazcano, 2002).

En Costa Rica, Jiménez, González y Salazar (2000) realizaron un estudio con 724 médicos nacionales para caracterizar los estilos de vida, demostrando resultados alarmantes: el 50% de la población en estudio eran abstemios y entre los que consumían licor el 29,6% eran de consumo moderado a alcohólicos; la mayoría de los encuestados que consumían licor en exceso eran especialistas y trabajaban en hospitales. Un tercio de la población en su mayoría consumía por lo menos diez cigarrillos diarios, además un 4,8% reportó consumir algún psicotrópico o estupefaciente, con un consumo promedio de 7,6 años. Entre las enfermedades más frecuentes en ambos sexos destacaron diversas alergopatías y la hipertensión arterial.

Villareal (2003) realizó una investigación sobre la prevalencia de obesidad y patologías asociadas en relación con estrés y estilos de vida en trabajadores del Hospital La Anexión en la provincia de Guanacaste, encontrando que el 77% de la población bajo estudio presentó algún grado de obesidad; específicamente el 91% tipo ginecoide, el 7% enfermedades cardiacas, el 25% diabetes mellitus, el 15% hipertensión arterial, aunado a ello muestra que el 83% presenta altos niveles de estrés, el 60% consumen alcohol (mujeres y hombres), además presentan malos hábitos alimentarios como dietas hipercalóricas.

Desde la misma línea de investigación en Costa Rica, Umaña (2007), en un estudio realizado en Hospital de Guápiles con profesionales en enfermería, reporta que el 38% no cuenta con un horario regular para alimentación, el 44.19% no realizan ejercicio físico, 76.74% labora más de 8 horas diarias, el 53.49% presentan trastornos del sueño, el 60.3% presenta obesidad, en conclusión los profesionales aquejan que en su proceso de trabajo tienen implicaciones negativas en la salud y la relación entre elementos del estilo de vida y de la condición de salud, potencia el riesgo de daño a la salud del profesional.

Posteriormente, Alemán y Salazar (2006) realizan un estudio sobre actividad física, sedentarismo y variables antropométricas, con una muestra de 84 funcionarios públicos de la CCSS, con diferentes profesiones (médicos, enfermeras, técnicos en atención primaria, misceláneas, secretarias, nutricionistas, entre otros); el estudio mostró que un 23% del total de la muestra presentó sobrepeso y un 14% obesidad, además un 67% de los hombres presentaba sedentarismo contra un 60% en las mujeres.

En definitiva, cabe resaltar que en las investigaciones citadas, se evidencia un elevado índice de conductas de riesgo relacionadas con el consumo de tabaco, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en los y las profesionales de la salud, además de no poseer adecuados hábitos alimenticios y también se puede percibir que la poca o mínima práctica de actividad física es otro de los factores de riesgo que involucra el contexto laboral en el que se desenvuelve el y la profesional, porque predomina el sedentarismo.

Por consiguiente, para este estudio se tomará en cuenta la relación existente entre el SDP y los estilos de vida, específicamente que cuando se adoptan estilos de vida inadecuados se tendrán efectos en la composición corporal humana.

4. Composición Corporal Humana

La composición corporal comprende la determinación de los componentes principales del cuerpo humano, tanto químicos como estructurales; las técnicas y métodos utilizados para su obtención y la influencia que ejercen los factores biológicos, como edad, sexo, estado nutricional o actividad física (Onzari, 2004).

Lopategui (2008) afirma que la evaluación de la composición corporal es de verdadera importancia, particularmente para aquellos que desean mejorar sus hábitos de ejercicio. Además, es de gran ayuda para los maestros de educación física, entrenadores (personales y competitivos), nutricionistas, educadores en salud, médicos, enfermeras o cualquier profesional de la salud interesado en el bienestar del individuo, así como en el desarrollo de su óptimo rendimiento deportivo. Por ejemplo, sirve para el establecimiento de metas de pesos razonables para participantes en programas de aptitud física, la recomendación del peso ideal para atletas, determinar los límites para el peso mínimo en luchadores grecorromanos, entre otras funciones.

En términos científicos, Lopategui (2008) indica que la evaluación de la composición corporal se lleva a cabo por las siguientes razones:

- a. Derivar normas en diferentes poblaciones, incluyendo niños, adultos y atletas.
- b. Investigar el efecto de la actividad física en los cambios de la masa corporal grasa y la masa corporal activa (magra).
- c. Investigar el efecto de la inactividad física, inmovilización o diferentes condiciones patológicas en los cambios de la composición corporal.

Existen muchos métodos y equipos diseñados para la medición de grasa corporal, no obstante, todos presentan ventajas y desventajas, algunos son muy costosos y otros resultan molestos en su aplicación. Lo cierto es que ninguno de ellos es perfecto y óptimo para todas las poblaciones. La elección de cada método dependerá del objetivo que el especialista plantee para su usuario, según las características del segundo, del criterio profesional del primero y de la accesibilidad y comodidad que ofrezca el equipo.

4.1 Bioimpedancia eléctrica

Bioimpedancia eléctrica es una técnica doblemente indirecta que se está incorporando cada vez más en la práctica clínica como en estudios poblacionales.

Nyboer, en 1943, desarrolló el análisis de bioimpedancia tetrapolar para evaluar la cantidad de agua corporal, fue el primero que planteó una hipótesis sobre la relación entre la impedancia y la conducción de una corriente eléctrica a través de los tejidos biológicos según la composición de estos, y estableció la relación para medir el agua corporal total (Wang et al. 1999).

Esta técnica posee un fundamento biológico expresando que los tejidos corporales tienen distinta resistencia cuando pasa una corriente eléctrica, y esto depende de la cantidad y distribución de los electrolitos y agua en los diferentes compartimentos del cuerpo, entonces la corriente emerge de los electrodos emisores y se irradia a través de los tejidos corporales hace llevar de nuevo a los receptores situados a pocos centímetros de los anteriores (Lukaski 1996).

Según Jebb, Cole, Doman, et al (2000), la estimación de la composición corporal con impedancia se realiza por medio de ecuaciones de regresión basadas en la correlación entre la resistencia observada y las mediciones del contenido de agua corporal total, densidad corporal o masa libre de grasa. Estas ecuaciones son validadas contra métodos de referencia o *gold standard*, entre los que destacan el modelo de cuatro compartimentos: densitometría por inmersión, pletismografía por desplazamiento de aire (Bod Pod®) y absorciometría dual de rayos X (DEXA). Los errores estándar en promedio son de 3 a 5% y el coeficiente de variación inter-ensayo de 1 a 2%, lo cual manifiestan una alta reproducibilidad.

Sin embargo, este parece presentar limitaciones cuando es aplicado a pacientes con obesidad, personas atlética o adultas mayores, por la sobreestima en los primeros y la subestima en los segundos. Además, no pueden someterse a este sistema individuos con implantes de silicona, marcapasos o pines metálicos dentro de su cuerpo.

Actualmente existen equipos con un margen de error de apenas 0.1kg para la estimación de grasa corporal, cuando esta se encuentra dentro del rango de 0-40%, esto si se contemplan todos los requerimientos para la medición (Williams, 2005).

En la actualidad, existe una variedad de tipos de aparatos (tetrapolares de electrodos sueltos o integrados en la estructura, bipolares de tren superior y de tren inferior, multifrecuencia y monofrecuencia, etc.) y las lecturas obtenidas varían según los autoanalizadores van desde la medida de la impedancia en ohmios hasta la de porcentaje de grasa a partir de fórmulas integradas en el dispositivo (Santos, 2011).

Las mediciones de la bioimpedancia presentan características muy peculiares además de ser sencilla de utilizar, no es invasiva, los aparatos son de fácil transportación, hay evidencia de muchas investigaciones en poblaciones de distintas características y se han estudiado los efectos en edad, género y componente étnico (Santos, 2011).

Deurenberg, Van Der Kooij y Houlshof (1990) desarrollaron ecuaciones específicas para personas mayores, las cuales son las recomendadas actualmente por el Grupo Español Cineantropometría de la Federación Española de Medicina del Deporte (GREC-FEMEDE) en su último consenso (Alvero, Cabañas, Herrero et al, 2009).

Santos (2011) refiere que entre las más recientes se encuentran las de Kyle, Genton, Karsegard, Slosman, Pichard en 2001 que establecieron fórmulas para personas adultas hasta 94 años, también menciona que Going, Nichols, Loftin, Stewart, Lohman, Tuuri, Ring, Pickrel, Blew y Stevens (2006) en mujeres, incorporando el componente étnico.

En el año 2000, Gallagher, Heymsfield, Heo, Jebb, Murgatroyd y Sakamoto, realizan un estudio con 1626 sujetos de diferentes etnias y edades, para establecer los valores normales en los porcentajes de grasa corporal y la relación con índice de masa corporal, el estudio revela que los valores dependen de la edad de la persona y del género. El Colegio Americano de Medicina del Deporte (ACSM) (2009), ha tomado en cuenta estas variables y consecuentemente recomienda los siguientes valores.

Tabla 1. Valores de Porcentaje de Grasa Corporal Mujeres Adultos, según ACSM

		Mujeres				
	Percentil/Edad	20-39	30-39	40-49	50-59	60-69
Excelente	80-100	12 a 17	14 a 18	16 a 21	18 a 25	18 a 25
Bueno	60-79	17.1 a 21	18.1 a 22	21.1 a 25	25.1 a 29	25.1 a 29
Promedio	40-59	21.1 a 24	22.1 a 25	25.1 a 28	29.1 a 32	29.1 a 33
Alto	20-39	24.1 a 28	25.1 a 29	28.1 a 32	32.1 a 36	33.1 a 37
Obesidad	0-19	> 28	> 29	> 32	> 36	> 37

Fuente: ACSM,2009.

Tabla 2. Valores de Porcentaje de Grasa Corporal Hombres Adultos ,según ACSM

		Hombres				
	Percentil/Edad	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69
Excelente	80-100	5 a 10	6 a 14	7 a 16	8 a 18	10 a 18
Bueno	60-79	10.1 a 14	14.1 a 18	16.1 a 20	18.1 a 21	18.1 a 22
Promedio	40-59	14.1 a 17	18.1 a 21	20.1 a 23	21.1 a 24	22.1 a 25
Alto	20-39	17.1 a 22	21.1 a 24	23.1 a 26	24.1 a 28	25.1 a 29
Obesidad	0-19	> 22	> 24	> 26	> 28	> 29

Fuente: ACSM, 2009

4.2 Índice de Masa Corporal

El índice de masa corporal (IMC) es una relación entre el peso y la talla de una persona. Fue ideado por el astrónomo matemático belga Quetelet (1796-1874), por eso se le conoce como índice de Quetelet. El valor obtenido no es constante a lo largo de la vida, esta variabilidad depende también del sexo y de otros factores, como cambios en el porcentaje de masa muscular y grasa (Lopategui, 2008).

Este índice se emplea principalmente para determinar el grado de obesidad de individuos, así como de su bienestar general. Una clasificación alta en el IMC comúnmente se asocia con un mayor riesgo de mortalidad debido a cardiopatías coronarias (Lopategui, 2008).

La principal limitante del IMC es no diferenciar a expensas de cuál de los componentes, masa grasa o masa libre de grasa, se da la adecuación, el déficit o el exceso de peso, situación que podría subestimar la obesidad, ya que el problema real de la persona obesa es el exceso de grasa y no el sobrepeso. En una población con alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares, el utilizar el IMC como indicador único para definir la obesidad, podría retrasar la aplicación de medidas preventivas y de tratamiento oportuno para evitar complicaciones (Aristizábal, Restrepo y López, 2008).

El IMC es el indicador más utilizado en el campo epidemiológico, pues su facilidad permite medir poblaciones muy grandes y ha sido probado y adaptado a partir de estudios conducidos con miles de individuos, lo cual favorece su validez y confiabilidad. Además, ha sido adaptado en gráficos, nomogramas y tablas para poblaciones de niños(as), adolescentes, adultos(as), adulto(a) mayor y personas con discapacidad (Aristizábal, Restrepo y López, 2008).

Dicho índice permite conocer el estado nutricional del(de la) usuario(a) y puede ser interpretado de muchas formas, por medio de tablas estándar, nomogramas y gráficos, siendo más populares las primeras (ver tabla 3).

Tabla 3. Clasificación del estado nutricional por IMC, según la OMS.

IMC	Estado nutricional
<18.5	Peso insuficiente
18.5-24.9	Normopeso
25-26.9	Sobrepeso grado I
27-29.9	Sobrepeso grado II (preobesidad)
30-34.9	Obesidad de tipo I
35-39.9	Obesidad de tipo II
40-49.9	Obesidad de tipo III (mórbida)
>50	Obesidad de tipo IV (extrema)

Fuente: OMS (2010)

Un estudio realizado en trabajadores de salud de la Clínica Hospital del ISSSTE en México, muestra situaciones de riesgo en la salud de sus trabajadores(as) tomando como referencia la valoración del Índice de Masa Corporal (IMC), encontrando que las personas más obesas fueron las administrativas con un IMC de 29.73, siguiendo las enfermeras con 29.4 y en tercer término los médicos con 27.62. Estas cifras tan elevadas están relacionadas con las prácticas culturales alimentarias; un 85% de las personas trabajadoras de esta comunidad consumen alimentos provenientes de la calle encontrándose en mayor frecuencia aquellos con altos contenidos grasos y carbohidratos. Las enfermeras presentaron un IMC normal en 14%, 21% con sobrepeso y 65% obesidad. En los médicos, 16% fue para IMC normal, 32% con sobrepeso y 52% obesos. El 13% del personal administrativo fue normal, 18% con sobrepeso y 69% obesos (Palacios y otros, 2006).

En Estados Unidos se realizó un estudio de incidencia del sobrepeso y obesidad en enfermeras (n=4890) de seis estados, el cual mostró que el 54% (IMC mayor a 30) presenta sobrepeso y obesidad, el 33% refiere saber que se encuentran en sobrepeso pero no poseen la motivación adecuada para cambiar de estilo de vida, ni hábitos alimenticios y el 40% no pueden perder peso, a pesar de tener dieta sana y practicar ejercicio y el 76% de la encuestadas nunca educan a sus pacientes respecto a obesidad y consecuencias (Miller, Alpert y Cross, 2008).

Zapka, Lemon, Magner y Hale (2009) en su investigación con 194 enfermeras de 6 hospitales de Estados Unidos determinaron que la mayoría de las enfermeras tenían sobrepeso y obesidad, además no poseen medidas de control de peso, las dietas son inadecuadas, muy baja actividad física, lo que consecuentemente catalogaron como profesionales con bajos niveles de conductas saludables.

En España se realizó un estudio en profesionales de la salud en el estado de Cataluña con una muestra de 762 médicos, encontrándose un alto porcentaje de sobrepeso (53.4%) y obesidad en los médicos principalmente (Rohlf, Arrizabalaga, Artazcoz et al 2007).

Estudios realizados en poblaciones de médicos obesos muestran que es más difícil para los médicos obesos dar atención creíble cuando no se sigue el consejo, además las puntuaciones de confianza que los médicos obtuvieron de sus pacientes cuando recibieron consejería de salud en cuanto a pérdida de peso son sistemáticamente inferiores a los médicos que no poseen obesidad (Hash, Munna, Vogel y Bason, 2003; Abramson, Stein, Schaefele et al 2000).

Frank, Wright, Serdula, Elon y Baldwin (2002) en una muestra de 4501 mujeres médicas de los Estados Unidos determinaron que las que no tenían sobrepeso, eran vegetarianas y/o se encontraban perdiendo peso; brindaban consejería a sus clientes sobre cambios en los hábitos alimentarios y pérdida de peso, de lo contrario las obesas o con sobrepeso, no consideraban importante la consejería al respecto, en consecuencia, las autoras sugieren que únicamente las médicas que han alterado sus dietas están conscientes de la importancia de aconsejar y dar el ejemplo.

Asimismo Abramson y otros (2000), en un estudio conformado por 298 médicos de atención primaria muestra que los médicos que son obesos tienen menos probabilidades de diagnosticar la obesidad en los pacientes y se sienten menos cómodos brindando consejería al respecto. Asimismo, un estudio con 355 médicos especialistas en pediatría en Carolina de Sur, demostró que el 88% de los médicos tenían sobrepeso y que el 48% de los médicos con sobrepeso no se clasifican como personas obesas (Perrin, Flower y Ammerman 2005).

En el caso de la población costarricense de profesionales en enfermería (n= 44) del Hospital de Guápiles, se muestra que existe una frecuencia elevada de sobrepeso y obesidad (entre 53.83% y 60.53%), además el 39.53% no cuenta con horarios regulares de comida y un 41.86% de los enfermeros se encuentran inconformes con el tiempo que en el trabajo se les otorga para alimentarse (Umaña, 2007).

De igual manera, el estudio realizado por Alemán y Salazar (2006), mostró que un 23% posee sobrepeso y un 14% obesidad, refiriéndose a empleados de un centro de la CCSS (médicos, enfermeras, técnicos en atención primaria, misceláneas, secretarias, nutricionistas, entre otros).

4.3 Circunferencia de Cintura

Este indicador antropométrico permite conocer el grado de riesgo cardiovascular para la salud y la distribución de grasa corporal perceptible visualmente que presenta un individuo (Lopategui, 2008).

El mejor índice general de distribución de grasa en adultos(as) en cuanto a facilidad y economía, es la circunferencia de cintura, ya que existe relación entre la grasa abdominal y visceral. Se encuentran investigaciones donde han comprobado que midiendo la grasa visceral con una tomografía computarizada a nivel de L4-L5, se relaciona con un alto grado del perímetro de la cintura (Molarius y Seidell 1998, Martínez-Hervás et al 2008)

El poseer un exceso de grasa central se ha relacionado con alteraciones metabólicas debido a que se tiene una respuesta fisiológica más sensible a los estímulos lipolíticos, también incrementos de los ácidos grasos en la circulación portal, además provoca una alteración en la producción de citoquinas, aumentando el estado de inflamación crónica causando resistencia a la insulina (Araúz, Guzmán y Rosello (2013); Ramones (2012).

La circunferencia abdominal es una variable utilizada actualmente para la definición del síndrome metabólico, se considera un predictor de obesidad visceral o grasa visceral, según el último comunicado realizado a nivel mundial por la Federación Internacional de Diabetes (IDF), Instituto Nacional del Corazón, Pulmón y Sangre (NHLBI), Asociación Americana del Corazón (AHA), Federación Mundial del Corazón (WHF), Sociedad Internacional de Aterosclerosis y Asociación Internacional para el estudio de la obesidad, refieren que los puntos de corte para definir la circunferencia abdominal como factor de riesgo y criterio para definición de síndrome va a depender de la etnia de la persona como se presenta en la siguiente tabla 4.

Tabla 4. Recomendación de valores de circunferencia abdominal para evaluar la obesidad por organización

Población	Organización	Recomendación CC	
		Hombre	Mujer
Europid	IDF	>94 cm	>80 cm
Caucasian	WHO	>94 cm riesgo	>80 cm riesgo
		>102 cm	>88 cm
Estados Unidos	AHA/NHLBL (ATP III)	>102 cm	>88 cm
Canada	Health Canada	>102 cm	>88 cm
Europeos	Sociedad Cardiovascular Europea	>102 cm	>102 cm
Asiaticos (incluidos Japoneses)	IDF	>90 cm	>80 cm
Asiaticos	WHO	>90 cm	>80 cm
Japoneses	Sociedad de Obesidad Japonesa	>85cm	>90 cm
China	Grupo de trabajo Cooperativo	>85cm	>80 cm
Oeste medio Mediterraneo	IDF	>94 cm	>80 cm
Sub Sahara Africano	IDF	>94 cm	>80 cm
Etnias de Centro y Suramerica	IDF	>90 cm	>80 cm

Fuente: Alberti, Eckel, Grundy, Zimmet et al, 2009.

Por lo tanto según esta tabla los valores que corresponden a la población de Centroamérica, son 90 cm para los hombres y 80 cm para las mujeres.

En un estudio de cohorte con más de 14000 individuos del estudio National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) III, se explica cómo la medición de la circunferencia de la cintura se encuentra por encima de IMC, en cuanto a factores de riesgo para la salud en relación con la obesidad (Janssen, Katzmarzyk, Ross, 2004).

A nivel mundial en una investigación realizada en México con una muestra de 71 médicos especialistas en emergencias, se documenta que existe un predominio del aumento de perímetro abdominal, en el 39.4% de la población (Montes de Oca, Loría y Chavarría, 2008).

De igual manera en un Centro de Salud Mexicano, en una población de profesionales en salud, encuentran que el perímetro de la cintura, en promedio en mujeres fue de 92.2 cm, en hombres de 96.8 cm, catalogando a la féminas con factor de riesgo cardiovascular (Palacios y otros, 2006).

La evidencia parece indicar que los niveles de obesidad y sobrepeso en los y las profesionales de salud son elevados y que los más afectados son los médicos y enfermeras, ante esta situación se suma que no poseen medidas de control de peso, falta de motivación para cambiar los hábitos alimenticios y que el problema se da a nivel mundial.

Todo esto hace que cuando los pacientes acuden a los centros de atención en salud esperen asesoramiento profesional y un modelo a seguir; no obstante están recibiendo un mensaje contrario a lo que se les está transmitiendo y de ese modo los profesionales en salud perderán la credibilidad de sus pacientes.

Capítulo III

METODOLOGÍA

A continuación se describirán las características fundamentales de los sujetos participantes en el estudio, los instrumentos utilizados y los procedimientos seguidos en esta investigación, además del análisis estadístico que se aplicará a los datos obtenidos.

Tipo de estudio

Esta investigación se traza como un estudio transversal no experimental, de tipo descriptivo y correlacional. El estudio de la prevalencia del Síndrome de Desgaste Profesional, así como la descripción de características específicas de los empleados públicos, se limita a una sola observación en el tiempo y no existe manipulación de variables.

Participantes

El estudio se realizó con un grupo de 106 funcionarios(as) de un total de 139, del Área de Salud de Barranca de la provincia de Puntarenas, equivalentes al 76.25 % de la población total en ese momento. De los cuales 70 eran mujeres y 36 hombres con edades de 22 a 61 años, como se aprecia en la tabla 5.

Tabla 5. Datos de empleados del Área de Salud de Barranca, Puntarenas, según sexo y edad.

	<i>n</i>	Edad $\bar{x}$ (DE)
Total	106 (100%)	37,1 (10,3)
Hombres	36 (34%)	38,4(10,2)
Mujeres	70 (66%)	36,5(10,4)

Fuente: elaboración propia

La distribución del personal se realiza por departamentos y servicios, como se presenta en la (tabla 6), conformada por 16 departamentos.

Tabla 6. Distribución de Personal del Área de Salud de Barranca, Puntarenas

Personal Área de Salud de Barranca	Total	Muestra	%
Administración	13	11	84,6
Asistente Técnico Atención Primaria	18	12	66,7
Auxiliar Aseo	6	6	100
Bodeguero	1	1	100
Chofer	2	2	100
Enfermería	29	22	75,9
Farmacia	15	14	93,3
Laboratorio	12	6	50,0
Médicos	13	10	76,9
Nutricionista	1	1	100
Odontología	4	2	50
Oficial de Seguridad	6	6	100
Psicología	1	0	100
Registros de Salud	15	11	73,3
Terapeuta Física	2	2	100
Trabajo Social	1	0	0
Total	139	106	

Fuente: Elaboración propia

A continuación en la tabla 7 se describen las variables sociodemográficas de los(as) empleados(as) en la relación entre género y estado civil.

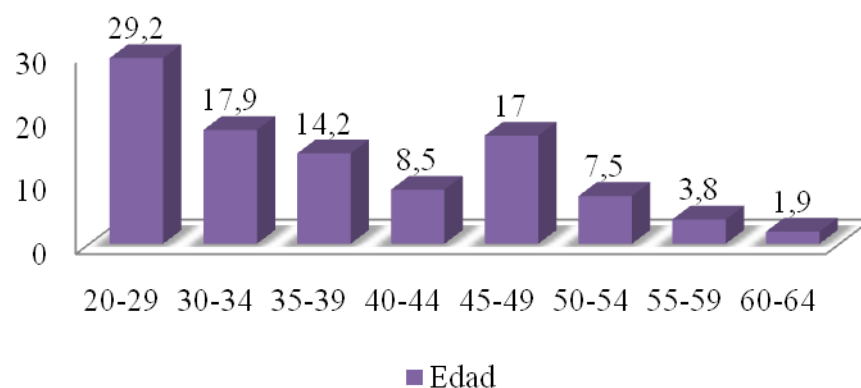
Tabla 7. Distribución de frecuencias según estado civil y género en los empleados del Área de Salud de Barranca, Puntarenas

		Casado	Soltero	Estado Civil Divorciado	Union libre	Viudo	Total
Género	Recuento						
Femenino		23	28	11	8	0	70
	% dentro de Género	32.9%	40.0%	15.7%	11.4%	0.0%	100.0%
	% dentro de Estado Civil	60.5%	71.8%	78.6%	57.1%	0.0%	66.0%
	% del total	21.7%	26.4%	10.4%	7.5%	0.0%	66.0%
	Recuento	15	11	3	6	1	36
	% dentro de Género	41.7%	30.6%	8.3%	16.7%	2.8%	100.0%
	% dentro de Estado Civil	39.5%	28.2%	21.4%	42.9%	100.0%	34.0%
Masculino	% del total	14.2%	10.4%	2.8%	5.7%	0.9%	34.0%
Total	Recuento	38	39	14	14	1	106
	% dentro de Género	35.8%	36.8%	13.2%	13.2%	0.9%	100.0%
	% dentro de Estado Civil	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% del total	35.8%	36.8%	13.2%	13.2%	0.9%	100.0%

En la tabla anterior se muestra cómo la mayoría de las empleadas son casadas o solteras (35,85% y 36,8%) respectivamente. Las divorciadas, en unión libre o viudas son minoritarias, y en este influye que son en su mayoría de edad joven y madura. Hay más hombres casados que mujeres (41,7% frente a 32,9% dentro de sus respectivos grupos), esto da como consecuencia a más mujeres solteras (40% frente a 30,65 dentro de sus respectivos grupos). Sin embargo tiene que tomarse en cuenta que la cantidad de mujeres es mucho mayor a la de hombres, el 66% de la población en general son mujeres y solo 34% son hombres.

En general, la frecuencia de distribución de las edades de las personas participantes es variada, pero prevalece la población con edades entre 20-29, con un 29,2%, seguido de 30-34 con un 17,9% muy similar al rango de edades comprendidas entre 45-49, con un 17% la menor edad reportada por los(as) trabajadores(as) es 22 años.

Gráfico 1. Distribución por edad del personal general del Área de Salud de Barranca, Puntarenas, Junio 2012.



Fuente: Elaboración propia.

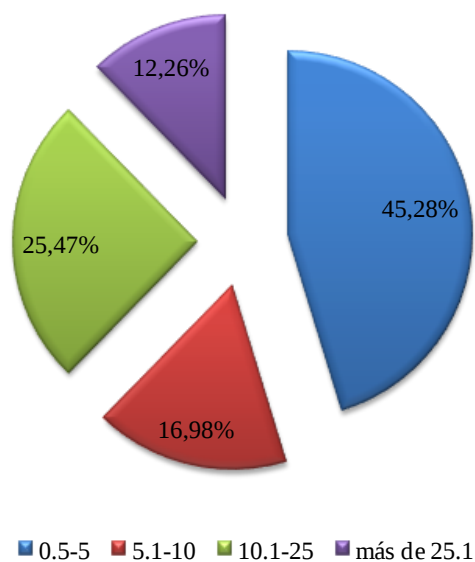
Nótese en la tabla 8 y gráfico 2, la antigüedad laboral de los(as) empleados(as) del Área de Salud de Barranca, el 45,28% tiene entre 1 y 5 años de antigüedad laboral y existe un 25,47% de empleados(as) que tiene más de 10 años de trabajar, pero menos de 25 años, 16% entre 5 y 10 años, además que 13 personas (12,26%) tienen más de 25 años de antigüedad laboral.

Tabla. 8 Distribución de frecuencias por años de trabajo de los empleados del Área de Salud de Barranca, Puntarenas, Junio 2012

Antigüedad años	Frecuencia	Porcentaje
0.5-5	48	45,28%
5.1-10	18	16,98%
10.1-25	27	25,47%
más de 25.1	13	12,26%
Total	106	100,0

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 2. Distribución porcentual en años de trabajo en personal del área de Salud de Barranca, Puntarenas, Junio 2012.



Fuente: elaboración propia

Respecto a las enfermedades crónicas que afectan a la población en estudio la tabla 9 muestra que solo el 37.74% refieren no padecer ninguna enfermedad crónica, el 12.26% son hipertensos únicamente, pero a este dato se agrega la condición de tener más de una enfermedad aumentando el número de casos de hipertensión arterial a 25,46% (27 personas), otra de las

enfermedades crónicas que padecen es la dislipidemia en general es de 22,63% (24 personas). El asma se 5,66% (6 personas) y los problemas articulares crónicos 5,66% (6 personas).

Tabla 9. Distribución de frecuencias de enfermedades crónicas de los empleados de Área de Salud de Barranca, junio 2012.

Enfermedades Crónicas	Frecuencia	Porcentaje
Alergias general	5	4,72%
Asma	6	5,66%
Asma y alérgias	2	1,89%
Asma, HTA, dislipidema	2	1,89%
Diabetes M, asma y hipotiroidismo	1	0,94%
Diabetes M, dislipidemiay cancer piel	1	0,94%
Diabetes M, asma y dislipidemia	1	0,94%
Dislipidemia	7	6,60%
Dislipidemia y alérgia	3	2,83%
Enfermedad de CUCI	1	0,94%
Enfermedades del corazón	1	0,94%
Gastritis crónica	1	0,94%
Hipotiroidismo	1	0,94%
HTA	13	12,26%
HTA y asma	1	0,94%
HTA, alergias y migrañas	1	0,94%
HTA, diabetes m, dislipidemia y problemas articulares	3	2,83%
HTA, dislipidemia y osteopenia	1	0,94%
HTA, dislipidemia y problemas articulares	1	0,94%
HTA y dislipidemia	5	4,72%
Problemas articulares crónicos	2	1,89%
Prolactinoma	1	0,94%
Síndrome ovario poliquistico	1	0,94%
Síndrome tunel carpal	1	0,94%
Úlcera gástrica	1	0,94%
Otras	3	2,83%
Ninguna	40	37,74%
Total	106	100.0

HTA: hipertensión arterial, DM: diabetes mellitus, CUCI: colitis ulcerativa crónica inespecífica.

Las personas sujetas de este estudio cumplieron los siguientes criterios de inclusión: edad de 20 a 61 años, poseer más de 6 meses de realizar labores continuas en el área de salud y firmar el consentimiento informado; así mismo los criterios de exclusión fueron: embarazo, poseer implantes de silicona en senos, no tener ayuno correspondiente a 4 horas mínimo.

Instrumentos y materiales:

Con el propósito de dar respuesta a los cuestionamientos planteados en el estudio, se utilizaron los siguientes instrumentos:

Para medir la variable Síndrome de Desgaste Profesional se utilizó el Inventario Burnout de Maslach Human Services Survey (MBI- HSS), por más de dos décadas, (Maslach y Jackson, 1984) ha sido el instrumento más ampliamente utilizado para medir el síndrome de desgaste profesional en profesiones asistenciales sanitarios, tanto en los Estados Unidos como en otros países, actualmente validado en Costa Rica con una fiabilidad de 0.71 y una validez de 0.70 (Millán y Mesén, 2009). El MBI-HSS concibe el SDP como un constructo tridimensional caracterizado por sentimientos de agotamiento emocional (sensación de no poder dar más de sí en el ámbito emocional y afectivo), despersonalización (desarrollo de sentimientos de insensibilidad y actitudes negativas hacia los destinatarios de la labor profesional) y reducida realización profesional (sentimientos de improductividad o falta de logros en el desempeño profesional).

El MBI-HSS consta de 22 ítems que se distribuyen en tres subescalas denominadas: agotamiento emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems) y realización personal (8 ítems). En el presente estudio se empleó la frecuencia, según la cual los sujetos valoran cada ítem en una escala de tipo-Likert, en la que indican la recurrencia con la que han experimentado la situación descrita en ellos. La escala tiene 7 grados de frecuencia que van de 0 ("nunca") a 6 ("diariamente").

Con el objetivo de medir la variable estilos de vida, se utilizó el Inventario de Estilos de Vida que fue creado en la Universidad de Berkeley por Sheldon Margen, adaptado al español por el médico Manuel Garcés en Guatemala, cuyo índice de confiabilidad es de 0.90. Este cuestionario fue utilizado en Colombia por Hewitt (2007), en un estudio aplicado a profesionales de la salud. Es un instrumento cerrado, estructurado y autoadministrado que comprende las siguientes áreas:

- a. Condición Física: indaga acerca de la actividad física que realiza la persona. Esta categoría tiene 6 ítems; los puntajes oscilan entre 0 y 6.
- b. Historia Familiar: indaga acerca de los antecedentes patológicos familiares de la persona. Esta categoría tiene 6 ítems; los puntajes oscilan entre 0 y 6.
- c. Autocuidado y Cuidado Médico: indaga acerca de algunas conductas esenciales de higiene personal y de autoexamen para la detección precoz de enfermedades. Esta categoría tiene 13 ítems; los puntajes oscilan entre 0 y 7.
- d. Hábitos alimenticios: indaga acerca de la ingestión de bebidas y alimentos. Esta categoría tiene 9 ítems; los puntajes oscilan entre 0 y 9.
- e. Consumo de alcohol y otras sustancias: indaga acerca del consumo de agentes nocivos para la salud. Esta categoría tiene 6 ítems; los puntajes oscilan entre 0 y 6.
- f. Accidentes: indaga acerca de comportamientos de protección contra accidentes. Esta categoría tiene 7 ítems; los puntajes oscilan entre 0 y 7.
- g. Valores de la vida: indaga acerca de comportamientos de la esfera intelectual y espiritual que constituyen factores de protección de la salud. Esta categoría tiene 7 ítems; los puntajes oscilan entre 0 y 7.
- h. Estrés y apoyo social: indaga acerca de eventos de la vida cotidiana generadores de estrés y el factor amortiguador que representa el apoyo social. Esta categoría tiene 16 ítems; los puntajes oscilan entre 0 y 16.
- i. Medio ambiente: indaga acerca del medio físicoquímico y psicosocial en que vive la persona. Esta categoría tiene 7 ítems; los puntajes oscilan entre 0 y 7.
- j. Sexualidad: indaga acerca de la satisfacción de la persona con su sexualidad. Esta categoría tiene 4 ítems; los puntajes oscilan entre 0 y 4.

La calificación de dicho instrumento se realizó mediante la cantidad de respuestas correctas en cada categoría, producto de la sumatoria de respuestas dadas al lado izquierdo de la hoja de respuestas. Asimismo se recolectaron variables sociodemográficas (edad, sexo, categoría profesional, servicio, estado civil, antigüedad en la profesión, puesto de trabajo, turno laboral, padecimientos crónicos o agudos).

La variable de composición corporal se midió con el Índice de Masa Corporal, obtenida del peso en kg, y la estatura en m; este índice tiene un antecedente muy claro en las teorías formativo-descriptivas de Quetelet, hacia 1883 y más concretamente, de su conocido índice de masa corporal (IMC) o Body Mass Index (BMI) (Garrido y González, 2004), es la relación entre el peso y talla, es decir su fórmula es $\text{peso kg/talla}^2 \text{ cm}$ y se utilizará la clasificación de la OMS (2005) para establecer los criterios de obesidad y peso normal. El peso se obtuvo con una báscula electrónica marca Omron modelo HBF-510W precisión de 100 g, debidamente calibrada, la talla se midió con un tallímetro en cm, precisión de 1cm de precisión.

Además, se midió el porcentaje de grasa corporal por medio de bioimpedancia tetrapolar marca Omron modelo HBF-510W que trabaja a una frecuencia fija de 50 kHz que mide la impedancia de brazo a brazo a lo largo de la cintura escapular, es decir, en la parte superior del tronco e inferior. Todas las determinaciones se realizaron por triplicado, con un minuto de separación entre ellas, y posición de bipedestación, con las piernas separadas 35°-45° y los brazos extendidos hacia delante en ángulo recto (90°) respecto a la vertical del cuerpo, sin doblar los codos, sin haber realizado ejercicio y con ayuno en las tres horas previas, se introducen los datos del sujeto (sexo, estatura, edad) los valores normales se tomaron de acuerdo con lo establecido por Colegio Americano de Ciencias del Deporte (ACSM, 2009),

La circunferencia de la cintura (CC) con una cinta métrica flexible, tipo rollfix, con precisión de 1 mm. Se utilizó los criterios de Federación Internacional de Diabetes (IDF) para establecer los rangos de riesgo y normalidad.

Para los procedimientos de IMC fueron: el sujeto se pesó y talló previamente. Para lo primero, se le solicitó vestir ropa ligera y escasa y estar descalzo, no haber ingerido sólidos o líquidos al menos tres horas antes, no haber practicado ejercicio físico durante la misma cantidad de tiempo previamente y deshacerse de cuanto accesorio dificulte el procedimiento o sume peso (prensas de pelo, gorras, monedas en los bolsillos, billeteras, celulares, collares pesados, etc.).

El tallaje se realizó de espalda, contra la pared, descalzo. El protocolo exige acercar los talones hasta contactar la pared, al igual que los glúteos, las escápulas y el hueso occipital del

cráneo, formando un ángulo de 90° entre la barbilla y la tráquea. El tallímetro o cinta métrica deberá quedar alineado con la columna vertebral del sujeto. Al igual que en el procedimiento anterior, todos aquellos objetos que entorpezcan la medición deberán ser removidos (colas, diademas, gorras, sombreros, billeteras).

Así mismo la medición de la bioimpedancia se midió posterior al tallaje y pesaje de cada sujeto con el siguiente procedimiento:

- a. Se debe guardar de 3-4 horas previas de ayuno y abstinencia al ejercicio físico.
- b. No proceder si el usuario o la usuaria presenta deseos de defecar u orinar hasta que lo haya hecho.
- c. La medición se realiza con escasa ropa y descalzo, sin talcos, crema o sudor en las plantas de los pies.
- d. El sujeto deberá encontrarse en un estado de euhidratación.
- e. En el caso de las mujeres, deberán no encontrarse cursando el ciclo menstrual.
- f. No haber sufrido de diarrea o fiebre las últimas 48 horas, ni haber ingerido bebidas alcohólicas o cafeinadas durante las últimas 12 horas.
- g. El individuo deberá desprovverse de celulares, reproductores de mp3 u otros objetos que interfieran con el funcionamiento del dispositivo.
- h. No puede practicarse este método en mujeres u hombres con implantes de silicona o solución salina, pines metálicos ni en embarazadas.

La circunferencia abdominal se realizó posterior a la medición de bioimpedancia, consistió en medir, en el momento de vacío entre el final de la espiración y el comienzo de la inspiración de una respiración normal, en el punto medio entre el margen costal inferior (borde inferior de la décima costilla) y la cresta ilíaca (espina ilíaca anterosuperior) según SEEDO (2000).

Se requirió para la investigación de los siguientes materiales: bolígrafos, hojas tamaño carta, computadoras, báscula Omron modelo HBF 510W, tallímetro, medidor de bioimpedancia Omron modelo HBF-510W cinta métrica flexible, asistente con conocimientos técnicos en las mediciones de composición corporal.

Procedimiento

Se visitaron las instalaciones de la institución directamente a la Dirección General para explicar la propuesta y obtener la autorización correspondiente, debido a que en dicho lugar no existía comité local de bioética.

Una vez obtenida la autorización escrita se coordina con el médico asignado para la ubicación del investigador, se realizaron visitas de inspección del lugar donde ejecutaron las mediciones y los cuestionarios, además se elaboró una entrevista con las diferentes jefaturas con el fin de explicar los objetivos de la investigación y obtener la pertinente autorización para su puesta en práctica. Posteriormente se procedió a la búsqueda y confección de los instrumentos para la medición de las variables del estudio.

La segunda semana se coordinó con cada jefatura para que enviara comunicados por correo y forma oral a las personas subalternas y estas participaran en la investigación, se colocaron afiches en cada servicio para motivar a los empleados y a las empleadas e informando los criterios de inclusión. Paralelamente se realizó un estudio piloto de los cuestionarios a una muestra similar, con el fin de aclarar dudas, corregir errores y familiarizarse con los instrumentos de medición.

La tercera semana se aplicaron el consentimiento informado y los cuestionarios. Una vez que cada persona terminó esta etapa, se le realizaron las mediciones de Índice de Masa Corporal IMC, bioimpedancia y circunferencia abdominal respetando la privacidad. Las mediciones se realizaron a las 7 am para que los funcionarios y las funcionarias cumplieran el ayuno correspondiente, además los cuestionarios y las mediciones se llevaron a cabo en presencia de la investigadora, con el fin de solventar alguna duda que pudiera surgir en la comprensión, tanto de los ítems de cada uno de los cuestionarios como de las instrucciones. No se solicitó el nombre a los participantes para conservar el anonimato en todo momento, los formularios contestados fueron recolectados en un lugar tipo urna, para respetar la identidad de los participantes y fomentar respuestas sinceras sin inhibición y sesgos.

Análisis Estadístico

En lo que respecta al análisis estadístico de los resultados se utilizó el paquete estadístico PASW para Windows versión 18.0 para obtener la estadística descriptiva, con la cual se calculó el promedio y desviación estándar de cada una de las variables, con el fin de determinar la distribución de datos de la muestra en estudio. Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson con el objetivo de determinar el grado de relación entre las variables en estudio. Además se aplicó la prueba t- student para muestras independientes, con el fin de comparar y determinar diferencias entre los promedios de distintos grupos. El nivel de significancia utilizado correspondió al 5% ($p \leq 0.05$).

Capítulo IV

RESULTADOS

En este capítulo se muestran los resultados del estudio. Esta información se resume en tablas, cuadros y gráficos, con su respectiva descripción.

Identificación de la población

El Departamento de Recursos Humanos del Área de Salud de Barranca informa que durante mes de junio 2012 se encontraban laborando un aproximado de 139 trabajadores(as). De estas 139 que conformaban la población 13 personas no accedieron a participar en el estudio y 20 se encontraban vacaciones, en incapacidad o permiso durante periodo de intervención.

Finalmente se contó con la participación de 106 trabajadores del Área, es decir, se logró una tasa de respuesta del 76,25%, esto significa que el porcentaje de participación es suficiente para extrapolar los resultados al resto de la población.

Subescalas del Inventario de Desgaste Profesional

En cuanto a las escalas del Inventario de Maslash Burnout, se han invalidado 9 cuestionarios, consecuentemente el análisis se realizó con 106 cuestionarios el Inventario de Maslash; mide la despersonalización, cansancio emocional y realización personal, se aplicó una sumatoria de los puntajes obtenidos en las subescalas, respecto al ítem correspondiente tal y como está expuesto anteriormente, se aplicó a los percentiles 33 y 66 la distribución de los sujetos en estudio con el objetivo de obtener a partir de los mismos puntos de corte cada una de las subescalas en bajo, media y alto. Para las tablas se interpreta lo siguiente: los valores que se

presentan color celeste corresponden puntajes bajos, los rangos de color amarillo se consideran medios y los color naranja están el rango alto (ver tablas 10-12-15).

Tabla 10. Distribución de frecuencias de los puntajes obtenidos en la subescala de cansancio emocional; en personal Área de Salud de Barranca, Puntarenas, Costa Rica, Junio 2012.

Cansancio Emocional	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
2	1	0,9	0,9
3	2	1,9	2,8
4	1	0,9	3,8
5	2	1,9	5,7
6	4	3,8	9,4
7	7	6,6	16
8	2	1,9	17,9
9	3	2,8	20,8
10	4	3,8	24,5
11	4	3,8	28,3
12	3	2,8	31,1
13	6	5,7	36,8
14	3	2,8	39,6
15	4	3,8	43,4
16	6	5,7	49,1
17	3	2,8	51,9
18	1	0,9	52,8
19	4	3,8	56,6
20	3	2,8	59,4
21	4	3,8	63,2
22	5	4,7	67,9
23	2	1,9	69,8
24	2	1,9	71,7
25	1	0,9	72,6
26	1	0,9	73,6
27	3	2,8	76,4
28	1	0,9	77,4
29	5	4,7	82,1
30	2	1,9	84
31	4	3,8	87,7
32	2	1,9	89,6
35	1	0,9	90,6
36	2	1,9	92,5
38	2	1,9	94,3
41	1	0,9	95,3
43	1	0,9	96,2
44	1	0,9	97,2
47	1	0,9	98,1
49	1	0,9	99,1
54	1	0,9	100
Total	106	100	

Fuente: Elaboración propia

Nótese en la tabla 11, respecto a la subescala de cansancio emocional el 39,6% de los funcionarios(as) presenta niveles bajos, pero el 32,1% presentan niveles altos y un 28,3% presenta niveles intermedios.

Tabla 11. Distribución porcentual y de frecuencias de los puntajes obtenidos en la subescala de Cansancio Emocional, en categoría alto, medio y bajo; personal del Área de Salud de Barranca, Junio 2012.

Puntaje de subescala de cansancio emocional	Frecuencia	Porcentaje %
Bajo	42	39,6
Medio	30	28,3
Alto	34	32,1
Total	106	100

Fuente: Elaboración propia

Subescala de despersonalización

Referente a la subescala de despersonalización en la tabla12 se presenta la distribución de frecuencias de los puntajes resumidas en la tabla 13. Se muestra entonces que el 32.1%, de los(as) trabajadores(as) obtuvo puntajes altos de despersonalización, el 35.8% presentan puntajes bajos, es decir poco despersonalizados y el 32.1% presenta puntaje medios.

Tabla 12. Distribución de frecuencias de los puntajes obtenidos en la subescala de Despersonalización; en personal Área de Salud de Barranca, Puntarenas, Costa Rica, Junio 2012.

Despersonalización	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	30	28,3	28,3
1	8	7,5	35,8
2	3	2,8	38,7
3	5	4,7	43,4
4	3	2,8	46,2
5	2	1,9	48,1
6	11	10,4	58,5
7	8	7,5	66
8	2	1,9	67,9
9	5	4,7	72,6
10	3	2,8	75,5
11	5	4,7	80,2
12	2	1,9	82,1
13	3	2,8	84,9
14	1	0,9	85,8
15	2	1,9	87,7
16	3	2,8	90,6
17	3	2,8	93,4
18	3	2,8	96,2
19	1	0,9	97,2
21	1	0,9	98,1
23	1	0,9	99,1
28	1	0,9	
Total	106	100	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla 13. Distribución porcentual y de frecuencias de los puntajes obtenidos en la subescala de Despersonalización, en categoría alto, medio y bajo; personal del Área de Salud de Barranca, Junio 2012.

Puntaje de Despersonalización	Frecuencia	Porcentaje %
Bajo	38	35,8
Medio	34	32,1
Alto	34	32,1
Total	106	100

Fuente: Elaboración personal

Subescala de realización personal

En cuanto a la subescala de realización personal, obsérvese las tablas de distribución de frecuencias (tabla 14 y 15), lo cual se deriva que el 40.6% de las trabajadoras y los trabajadores tienen bajos niveles de realización personal, el 26,4% muestran puntajes medios en realización personal, y el 33% tienen alta realización personal.

Tabla 14. Distribución de frecuencias de los puntajes obtenidos en la subescala de realización personal; en personal Área de Salud de Barranca, Puntarenas, Costa Rica, Junio 2012.

Realización Personal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
14	1	0,9	0,9
17	1	0,9	1,9
18	1	0,9	2,8
23	1	0,9	3,8
24	2	1,9	5,7
25	2	1,9	7,5
26	1	0,9	8,5
27	1	0,9	9,4
28	1	0,9	10,4
29	1	0,9	11,3
30	2	1,9	13,2
31	2	1,9	15,1
32	3	2,8	17,9
33	5	4,7	22,6
34	2	1,9	24,5
35	2	1,9	26,4
36	4	3,8	30,2
37	1	0,9	31,1
38	1	0,9	32,1
39	1	0,9	33
40	6	5,7	38,7
41	3	2,8	41,5
42	7	6,6	48,1
43	8	7,5	55,7
44	4	3,8	59,4
45	10	9,4	68,9
46	5	4,7	73,6
47	9	8,5	82,1
48	19	17,9	100
Total	106	100	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 15. Distribución porcentual y de frecuencias de los puntajes obtenidos en la subescala de realización personal, en categoría alto, medio y bajo; personal del Área de Salud de Barranca, Junio 2012

Puntaje de subescala de realización personal	Frecuencia	Porcentaje %
Bajo	35	40,6
Medio	28	26,4
Alto	43	33
Total	106	100

Fuente: Elaboración propia

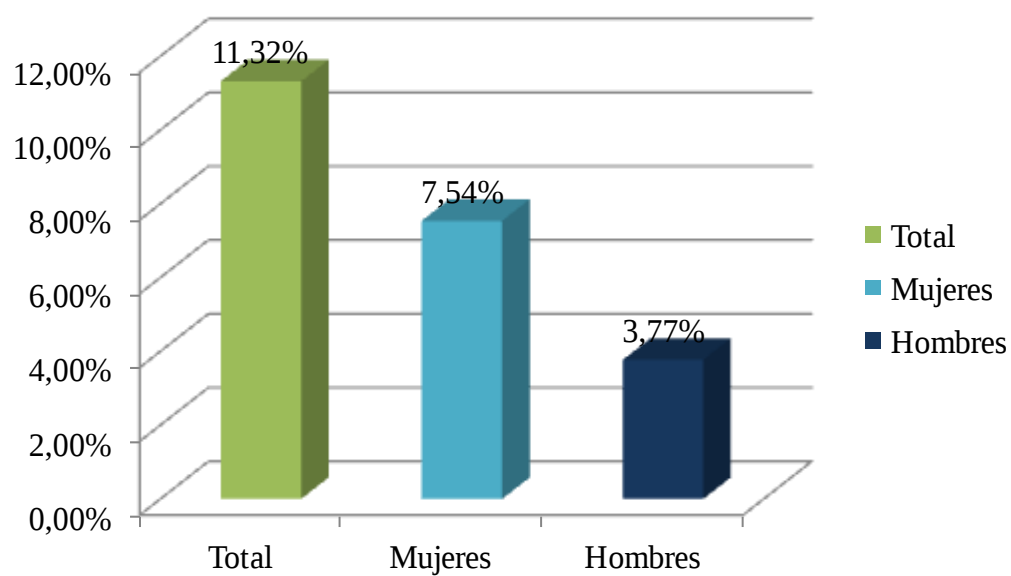
Prevalencia del Síndrome de Burnout

El objetivo del estudio fue la determinación de la prevalencia del Síndrome de Desgaste Profesional en la población de estudiada, se evidencia que existe un 11,32 % de personas portadoras del SDP. Para el cálculo se ha definido “caso” a toda persona que obtuviera un puntaje en la subdimensión despersonalización y cansancio emocional en el percentil superior o igual a 66, y al mismo tiempo presenten una puntuación baja en la subescala de realización personal, es decir, ubicado por abajo o igual al percentil 33; partiendo de los puntos de corte específicos en esta población y obtenidos en la investigación; que presenten alteración en las tres subescalas definiendo síndrome de desgaste profesional.

Caracterización de los(as) empleados(as) con Síndrome de Desgaste Profesional

Tal y como se observa en el gráfico 3, la prevalencia del burnout en mujeres es mayor que en los hombres.

Gráfica 3. Prevalencia del Síndrome de Desgaste profesional, de trabajadores, según género.



Fuente: elaboración propia

Tabla 16 .Características sociodemográficas de los(as) empleados(as) portadores(as) del Síndrome de Burnout, según género.

Variables	Mujeres n=8		Hombres n=4	
<i>Estado civil</i>	N	%	N	%
Casados	4	50%	2	50%
Solteros	3	37,5%	1	25%
Unión libre	1	12,5%	*****	
Divorciado	*****		1	25%
<i>Edad</i>				
24-28	2	25%	*****	
31-38	4	50%	2	50%
43-53	2	25%	2	50%
<i>Ocupación</i>				
Médico	3	37,5%	1	25%
Chofer	*****		1	25%
Técnico Laboratorio	2	25%	1	25%
Asistente Administrativo	1	12,5%	*****	
Auxiliar Enfermería	2	25%	*****	
Auxiliar Redes	*****		1	25%
<i>Antigüedad en Puesto</i>				
1-5	5	62,5%	2	50%
6-10	1	12,5%	*****	
11-20	2	25%	2	50%
<i>Grado Academico</i>				
Licenciatura	5	62,5%	1	25%
Bachillerato secundaria	*****		1	25%
Técnico	3	37,5%	1	25%
Ninguno	*****		1	25%
<i>IMC</i>				
Peso Insuficiente	1	12,5%	*****	
Normopeso	4	50%	*****	
Sobrepeso I	2	25%	*****	
Sobrepeso II	*****		1	25%
Sobrepeso III	*****		2	50%
Obesidad tipo I	1	12,5%	1	25%
<i>Circunferencia cintura</i>				
<80 cm	4	50%	*****	
>80 cm	3	37,5%	1	25%
<90 cm	*****		2	50%
>90 cm	1	12,5%	1	25%

Fuente: elaboración propia

En la tabla anterior, el grupo de personas portadoras del SDP es predominantemente adulta joven, en fase productiva, casada (5.6% total de población). Referente a la escolaridad, se muestra que la mayoría tiene grado académico universitario: licenciatura y grado técnico. En lo concerniente a la actividad profesional, hay predominio de médicos, técnicos de laboratorio y auxiliares de enfermería. Secuencialmente en la misma tabla 16 se observa que la antigüedad de la mayoría corresponde a menos de 5 años de trabajar en el puesto; respecto a la condición de peso la mayoría presenta sobrepeso, además se observa que existen más mujeres con riesgo cardiovascular que los hombres al poseer niveles de circunferencia de la cintura mayores de 80 centímetros.

Estilos de vida

Con el objetivo de evaluar los estilos de vida se realizó un análisis con diez dimensiones que se expondrán más adelante, así mismo se agruparon en dos categorías a saber, conductas protectoras (cp) y conductas de riesgo (cr) para los análisis que así lo requieran, nótese que en la tabla 17 los empleados presentan mayor porcentaje de conductas protectoras en las dimensiones de consumo de drogas, condiciones de accidentes y sexualidad. Sin embargo se aprecia que las dimensiones con mayor porcentaje de trabajadores con conductas de riesgo son condición física, autocuidado-cuidado médico y medio ambiente, implicando esto que los y las profesionales tienen inadecuados estilos de vida.

Tabla 17. Porcentaje de empleados(as) con conductas de riesgo y conductas protectoras en dimensiones de estilos de vida

Dimensión	Tipo de Conducta	
	Protectora	De riesgo
Condición física	42,45%	57,54%
Historia familiar	76,70%	23,20%
Autocuidado y cuidado medico	55,66%	44,33%
Habitos alimentarios	67,08%	33,02%
Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	82,23%	17,77%
Accidentes	93,26%	6,73%
Valores de la vida	83,01%	16,98%
Estrés y apoyo social	73,75%	26,41%
Medio ambiente	58,22%	41,47%
Sexualidad	83,96%	16,03%

Con el propósito de comparar los promedios de los puntajes en las dimensiones Inventario de Estilos de Vida, en relación con conductas de riesgo y conductas protectoras, en la población general; se realizó una prueba *t* student para muestras independientes, encontrando que existen diferencias significativas ($p < 0.01$) en cuanto al predominio de conductas protectoras, exceptuando la dimensión de condición física, que presenta mayor puntaje en la conducta de riesgo ($p < 0.05$) (tabla 18).

Tabla 18. Análisis comparativo entre conductas riesgo y conductas protectoras en las dimensiones de estilo de vida

Dimensiones	Conductas protectoras	Conductas de riesgo	t	Sig.
	Promedio (DE)	Promedio (DE)		
Condición Física	2,50 ± 1,76	3,49 ± 1,76	2,58	0,50
Historia Familiar	4,23 ± 1,27	1,78±1,27	9,9	0,00
Autocuidado y cuidado médico	5,63 ±1,37	1,31 ± 1,30	16,99	0,00
Habitos Alimentarios	5,41 ± 2,31	3,55 ± 2,31	4,13	0,00
Consumo Alcohol, tabaco y drogas	5,09 ± 0,96	1,10 ±1,91	16,5	0,00
Accidentes	6,39 ± 1,30	0,59 ± 1,21	23,7	0,00
Valores de la Vida, esfera intelectual y espiritual	5,83 ± 1,75	1,32 ± 1,66	15,51	0,00
Estrés y Apoyo Social	11,42± 2,93	4,39± 2,79	12,94	0,00
Medio Ambiente	4,29 ± 1,51	2,66±1,54	5,53	0,00
Sexualidad	3,36 ± 1,03	0,69 ± 1,31	13,11	0,00

Fuente: elaboración propia.

Así mismo se realizó un análisis de las conductas protectoras por género con una prueba *t* para muestras independientes, observándose en la tabla 19 que existen diferencias significativas ($p < 0.01$), los hombres muestran mayor puntaje en conductas protectoras que las mujeres respecto a la condición física.

Tabla 19. Análisis comparativo de conductas protectoras en dimensiones de estilos de vida según género.

Dimesiones	Conducta Protectora		t	Sig.
	Mujeres (n: 70)	Hombres (n: 36)		
	Promedio (DE)	Promedio (DE)		
Condición Física	2,25 ± 1,56	3,00 ± 2,04	-2,8	0,01*
Historia Familiar	4,11 ± 1,33	4,47 ± 1,13	1,37	0,17
Autocuidado y cuidado médico	5,70 ± 1,43	5,50 ± 1,25	0,7	0,48
Habitos Alimentarios	5,58 ± 2,15	5,08 ± 2,61	1,05	0,29
Consumo Alcohol, tabaco y drogas	5,18 ± 0,88	4,91 ± 1,07	1,37	0,26
Accidentes	6,37 ± 1,37	6,44 ± 1,25	-0,27	0,78
Valores de la Vida, esfera intelectual y espiritual	5,60 ± 1,48	6,30 ± 2,12	1,99	0,04
Estrés y Apoyo Social	11,35 ± 3,09	11,5 ± 2,61	-0,32	0,74
Medio Ambiente	4,18 ± 1,58	4,50 ± 1,36	-1,1	0,30
Sexualidad	3,37 ± 1,09	3,36 ± 0,93	0,04	0,96

El análisis de la siguiente tabla 20 muestra que al comparar las conductas de riesgo entre género existe diferencias significativas ($p < 0.05$) encontrando que las mujeres presentan mayor puntaje en conductas de riesgo en la dimensión de condición física respecto a los hombres, no se evidencia diferencias significativas respecto a las demás dimensiones.

Tabla 20. Análisis comparativo de conductas de riesgo en dimensiones de estilos de vida según género.

Dimesiones	Conducta de Riesgo		t	Sig.
	Mujeres (n: 70)	Hombres (n: 36)		
	Promedio (DE)	Promedio (DE)		
Condición Física	3,74 ± 1,56	3,00 ± 2,04	-2,8	0,04*
Historia Familiar	1,91 ± 1,32	1,52 ± 1,15	1,48	0,14
Autocuidado y cuidado médico	1,21 ± 1,32	1,50 ± 1,25	-1,06	0,28
Habitos Alimentarios	3,37 ± 2,14	3,91 ± 2,61	-1,15	0,25
Consumo Alcohol, tabaco y drogas	1,01 ± 2,11	1,27 ± 1,44	-0,64	0,5
Accidentes	0,62 ± 1,27	0,52 ± 1,10	0,4	0,68
Valores de la Vida, esfera intelectual y espiritual	1,40 ± 1,73	1,16 ± 1,53	0,68	0,49
Estrés y Apoyo Social	4,51 ± 2,88	4,16 ± 2,63	0,6	0,54
Medio Ambiente	2,77 ± 1,60	2,44 ± 1,40	1,03	0,30
Sexualidad	0,67 ± 1,16	0,75 ± 1,07	0,33	0,73

Fuente: elaboración propia.

Composición Corporal

Índice de Masa Corporal

Con el propósito de conocer la composición corporal de los y las participantes se midió el índice de masa corporal (IMC), obsérvese en la tabla 21 como en promedio el valor es mayor en hombres que en mujeres (26,90 vs 27,89) respectivamente. No se encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres al realizar una prueba t para muestras independientes ($p>0.05$)

Tabla 21. Composición corporal según índice de masa corporal, porcentaje de grasa y circunferencia cintura, personal de salud Área de Salud de Barranca, junio 2012.

Variables	Mujeres	Hombres
	N=70	N=36
IMC	26,9 $\pm$ 5,25	27,89 $\pm$ 3,65
Porcentaje de grasa (%)	39,35 $\pm$ 8,44	28,74 $\pm$ 6,11
Circunferencia Cintura (cm)	85,56 $\pm$ 12,96	92,98 $\pm$ 14, 77

Fuente: elaboración propia. Datos expresados en promedios y $\pm$ desviación típica (DS), IMC: índice de masa corporal.

Al analizar los resultados del cuadro 2 se observa que el mayor porcentaje de empleados y empleadas participantes tienen un índice de masa corporal dentro de la categoría sobrepeso grado I y II de 38.7%, evidenciando un porcentaje alto; los mismos presentan un 35.8% con valores en la zona peso normal, llama la atención también que existe un porcentaje relativamente alto de funcionarios y funcionarias en las categorías de obesidad tipo I y II (23,5%).

El tipo de comportamiento en cuanto al índice de masa corporal, para hombres y mujeres difiere uno y otro. En el caso de los hombres nótese un aumento en el porcentaje en las categorías sobrepeso grado I y II, caso contrario al de las mujeres, muestra que la categoría más alta se encuentra en el peso normal. Los porcentajes que corresponden a la categoría de obesidad tipo I y II en hombres como mujeres son similares. En último lugar, solo en el caso de las mujeres, se ha registrado obesidad tipo III.

Cuadro 2. Porcentajes correspondientes al índice de masa corporal general y por sexo

Categoría	General	Hombres	Mujeres
Bajo Peso	0,9%	-----	1,4%
Normal	35,8%	19,4%	44,3%
Sobrepeso grado I	17,9%	27,8%	12,9%
Sobrepeso grado II	20,8%	33,3%	14,3%
Obesidad tipo I	16,0%	13,9%	17,1%
Obesidad tipo II	7,5%	5,6%	8,6%
Obesidad tipo III	0,9%	-----	1,4%

Fuente: elaboración propia.

En el cuadro 3 se muestra cómo el departamento de médicos posee el más alto porcentaje en la categoría de peso normal, según IMC, seguido del departamento de odontología y ATAP segundo lugar y farmacia en tercer lugar, por el contrario, el departamento que posee menor porcentaje en la categoría peso normal son los oficiales de seguridad. En la categoría de sobrepeso (I y II) vemos cómo el departamento de laboratorio presenta 60% de personas con sobrepeso, seguido de las jefaturas en general con 50% del personal. Es importante recalcar que todos los departamentos poseen un porcentaje de sobrepeso (I y II) y obesidad tipo (I y II) y que solamente el departamento administrativo posee personal con bajo peso; contrario a lo que sucede con enfermería que posee personal con obesidad hasta tipo III.

Cuadro 3. Porcentajes correspondientes al índice de masa corporal por ocupación

Ocupación	Bajo Peso	Normal	Sobrepeso grado I	Sobrepeso grado II	Obesidad tipo I	Obesidad tipo II	Obesidad tipo III
ATAP		50%	25%	16,60%	0%	8,30%	5%
Dep Farmacia		38,40%	0%	30,70%	23%	7,60%	
Dep Laboratorio		20%	40%	20%	0%	20%	
Dep Odontología		50%	0%	0%	50%	0%	
Dep. Enfermería		20%	35%	10%	20%	10%	
Dep. Redes, secretarías y registros médicos		35,70%	14,20%	28,50%	14,30%	7,10%	
Jefaturas General		37,50%	25%	25%	0%	12,50%	
Médicos		70%	10%	0%	10%	10%	
Oficiales de Seguridad		16,60%	16,60%	16,60%	50%	0%	
Otros (Terapia física, nutrición, chofer, bodeguero y técnico equipos)		28,50%	28,50%	14,20%	14,20%	14,20%	
Personal Administrativo	16,70%	50%	0%	16,70%	16,70%	0%	
Personal de Aseo		33,30%	33,30%	16,60%	16,60%	0%	

Fuente: elaboración propia. ATAP: asistente atención primaria, Dep. departamento.

Con el deseo de establecer relación entre IMC, edad, circunferencia cintura y porcentaje de grasa, se realiza una correlación de Pearson para muestras independientes.

En la tabla 22, se observan correlaciones significativas ($p < 0.01$), entre el IMC y la circunferencia de la cintura e IMC y porcentaje de grasa corporal, además existe correlación entre IMC y edad ($p < 0.05$).

Tabla 22. Correlación entre variables de composición corporal (índice de masa corporal, circunferencia cintura y porcentaje de grasa corporal) y edad.

Variables	C.Pearson	Sig.
IMC-Circunferencia c	0,74	0,00
IMC- porcentaje de grasa	0,67	0,00
IMC-Edad	0,2	0,05

Fuente: elaboración propia, IMC, índice de masa corporal

Bioimpedancia bioeléctrica

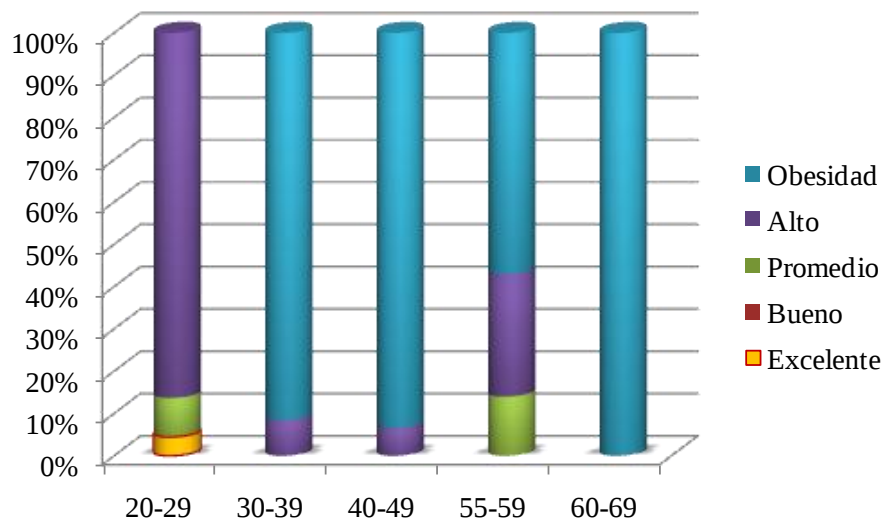
Respecto a la variable bioimpedancia en la tabla 23, hace referencia a los valores obtenidos en las mujeres, nótese como el 98%, presentan niveles elevados de grasa situándolas en las categorías alta y obesidad; además se observa que las mujeres con mayor porcentaje de grasa (obesidad), tienen entre 39 a 49 años 31.4%.

Tabla 23. Distribución porcentual biomedancia, según edad y sexo femenino

Categoría/Edad	20-29	30-39	40-49	55-59	60-69	Total
Excelente	1,4%					1,4%
Bueno						
Promedio	2,9%			1,40%		4,3%
Alto	27,1%	2,9%	1,4%	2,90%		34,3%
Obesidad		31,4%	20,0%	5,7%	2,9%	60%

Fuente: elaboración propia

Gráfico 4. Porcentajes de grasa corporal por bioimpedancia según edad de las empleadas
Área de Salud de Barranca, Puntarenas, 2012.



Fuente: elaboración propia

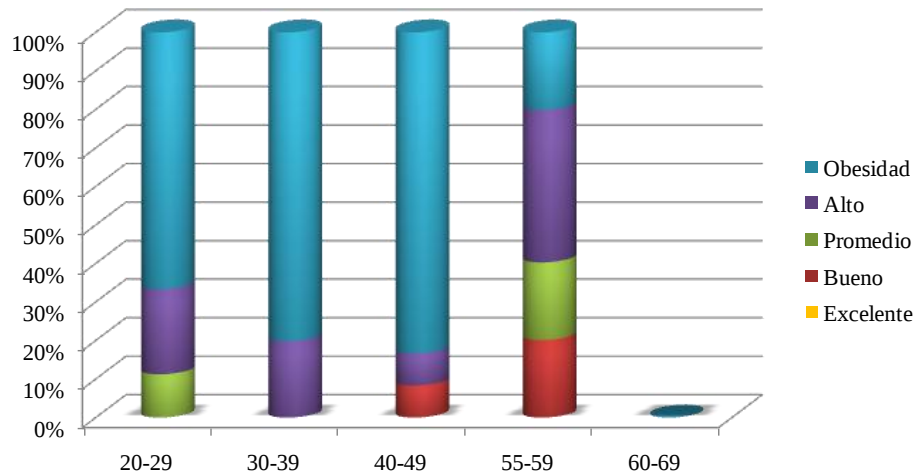
De igual manera sucede con el sexo masculino donde la tabla 24 y el gráfico 5 muestran que el 69.6% de los empleados tiene un porcentaje de grasa denominado obesidad seguido de porcentaje de grasa alta. Consecuentemente el comportamiento tanto en hombres como en mujeres es similar en cuanto a la estimación de la grasa corporal. El grupo de edad que presenta mayor porcentaje de empleados con niveles altos de grasa son 40 a 49 años contrario al de las mujeres.

Tabla 24. Distribución porcentual bioimpedancia, según edad y sexo masculino

Categoría/Edad	20-29	30-39	40-49	55-59	60-69	Total
Excelente					0	
Bueno			2,8%	2,8%	0,0%	5,6%
Promedio	2,8%			2,8%	0,0%	5,6%
Alto	5,5%	5,50%	2,8%	5,5%	0,0%	19,3%
Obesidad	16,6%	22,2%	28,0%	2,8%	0,0%	69,6%

Fuente: elaboración propia.

**Gráfico 5. Porcentajes de grasa corporal por bioimpedancia según edad de los empleados
Área de Salud de Barranca, Puntarenas, 2012.**



Fuente: elaboración propia

Circunferencia cintura

Con el objetivo de evaluar el riesgo de enfermedad cardiovascular se ha realizado un análisis de la circunferencia cintura y relación al IMC (cuadro 4), nótese que solo un mínimo porcentaje de empleados(as) se encuentran libre de riesgo cardiovascular y enfermedades metabólicas como diabetes, dado en el grupo de las mujeres, además estas presentan los niveles de riesgo un tanto más bajo que los hombres. Sin embargo llama la atención los porcentajes en las categorías de riesgo muy muy alto para ambos sexos.

Cuadro 4 . Riesgo cardiovascular según IMC(%) y circunferencia cintura (cm)

Riesgo Cardiovascular	Hombres (17)	Hombres (19)	Mujeres (30)	Mujeres (40)
	CC:≤90	CC:>90	CC:≤80	CC:>80
Sin riesgo	-----	-----	3,3%	-----
Riesgo ligeramente aumentado	35,3%	-----	80,0%	-----
Riesgo aumentado	41,2%	5,3%	6,7%	17,5%
Alto riesgo	23,5%	15,8%	10,0%	17,5%
Muy alto riesgo	-----	42,1%	-----	17,5%
Muy muy alto	-----	36,8%	-----	47,5%

Fuente: elaboración propia, CC: circunferencia cintura en cm.

Para valorar la relación de la circunferencia cintura se realizaron análisis de correlación de Pearson para las variables independientes nótese en la tabla 29, que sí existe correlación significativa entre las variables porcentaje de grasa y edad. ($p < 0.01$).

Tabla 25. Correlación entre circunferencia cintura, porcentaje de grasa y edad.

Variables	C.Pearson	Sig.
Circunferencia C-%grasa	0,38	0,00
Edad- Circunferencia c	0,26	0,00

Asociación de variables sociodemográficas, estilos de vida y composición corporal con Burnout

El análisis de la tabla 26 muestra los resultados de la prueba t para grupos independientes las dimensiones del Síndrome de Burnout, sin encontrar diferencias significativas ($p > 0.05$) entre ambos sexos.

Tabla 26. Análisis comparativo para muestras independientes en dimensiones de Burnout por sexo.

Dimensiones del Burnout	Mujeres (n70)	Hombres (n36)	t	Sig
Cansancio Emocional	20,34±11,79	17,13±9,64	1,4	0,16
Despersonalización	6,55±6,48	5,86±6,33	0,57	0,59
Realización Personal	40,72±7,60	38,88±8,86	1,11	0,26

Fuente: elaboración personal

Con la intención de correlacionar las dimensiones del burnout, las conductas de riesgo y protectoras del Inventario de Estilos de Vida, se realizó una correlación de pearson bivariada (tabla 27.), en la cual se observan correlaciones significativas entre las dimensiones despersonalización con autocuidado y cuidado médico (conducta riesgo) ($p < 0.05$), además con medio ambiente conductas protectoras(cp) y conductas de riesgo (cr) ($p < 0.05$) y valores de la vida, esfera intelectual y espiritual cr y cp ($p < 0.01$) y por último la despersonalización se correlaciona con la dimensión de estrés y apoyo social cp y cr ($p < 0.01$), la dimensión realización

personal se correlacionó con valores de la vida cr ($p<0.05$), por su parte el cansancio emocional se correlaciona con valores de la vida cp ($p<0.05$) y medio ambiente cp ($p<0.05$), el cansancio emocional correlaciona con la dimensión de estrés y apoyo social cr y cp ($p<0.01$), junto con medio ambiente cr ($p<0.01$).

Tabla 27. Matriz de correlaciones entre las dimensiones del Inventario estilos de vida e Inventario de Bournout.

	Despersonalización	Realización P	Cansancio E
Despersonalización			
Realización Personal	-.471**		
Cansancio Emocional	.488**	-.210*	
Condición Física cp	-,036	-,010	-,106
Condición Física cr	,036	,010	,106
Historia familiar cp	-,099	-,010	-.278**
Historia familiar cr	,078	,018	.264**
Autocuidado médico cp	-,151	,131	-,058
Autocuidado médico cr	.202*	-,182	,113
Hábitos alimenticios cp	-,068	,091	-,044
Hábitos alimenticios cr	,059	-,091	,031
Consumo de alcohol, drogas y tabaco cp	-,176	,117	-.195*
Consumo de alcohol, drogas y tabaco cr	,093	,015	,106
Accidentes cp	-,048	,105	,138
Accidentes cr	,056	-,138	-,153
Valores de vida. intelectual y espiritual cp	-.346**	,162	-.205*
Valores de vida. intelectual y espiritual cr	.366**	-.208*	,110
Estrés y apoyo social cp	-.274**	,042	-.297**
Estrés y apoyo social cr	.267**	-,072	.344**
Medio ambiente cp	-.205*	,062	-.232*
Medio ambiente cr	.193*	-,064	.268**
Sexualidad cp	-,070	,050	-,188
Sexualidad cr	,003	-,079	,109

* ($p<0.05$) ** ($p<0.01$) cr: conducta riesgo, cp: conducta protectoras

Finalmente con el objetivo de establecer relación entre el SDP y composición corporal, se realizaron análisis de coeficiente de correlación bivariadas de Pearson para las dimensiones de SDP y porcentaje de grasa, índice masa corporal y circunferencia de la cintura (general y en los diferentes dominios). En todos los casos los resultados mostraron débiles relaciones ($r < 0.2$), no significativas ($p < 0.05$).

Capítulo V

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue conocer la prevalencia del síndrome de desgaste profesional y su relación con los estilos de vida y composición corporal en el personal del área de salud de Barranca, Puntarenas.

Para la discusión de los resultados obtenidos se analiza por separado cada variable: prevalencia del síndrome de desgaste profesional, estilos de vida y composición corporal.

Prevalencia del Síndrome de Desgaste Profesional

El porcentaje de empleados con Burnout encontrado en la muestra fue de 11.32% no consistente con lo reportado en Costa Rica por Millán y Mesén (2009) 72%, Díaz (2007) 20%, Lépiz, Arias, Barboza y otros (2007) 35% y Arias, Castro (2012) 1.4%. Se hace la observación de que los primeros dos estudios solo contemplaban médicos especialistas y generales y los últimos fueron aplicados en enfermeras únicamente, contrario a este estudio que se realizó con todo el personal de salud del Área de Barranca.

La prevalencia reportada se encuentra por debajo de lo hallado a nivel mundial, donde se evidencian porcentajes desde un 25% hasta un 70% de la población mundial (Gillespie y Melby, 2003). Este estudio es consistente con lo alcanzado en un estudio latinoamericano realizado por Grau y otros (2007) que reporta una prevalencia de 11.4% de personal sanitario en Latinoamérica, Palmer (2007) en México 6.8%, Paredes y Sanabria (2008) 12.6%.

Es importante realizar varias observaciones, en general, debido a las diferencias metodológicas y de población, lo cual reafirma que es difícil comparar resultados entre los distintos estudios que se revisaron, debido a que la definición de caso se ha realizado de diversas maneras por cada autor, así por ejemplo, existen estudios en donde se toma en cuenta puntos de corte preestablecidos como Parada y otros (2005), Paredes y Sanabria, (2008), López y otros (2005), Cáceres (2006), en otros estudios los puntos de corte se hacen con base en los resultados

obtenidos por la población, al momento de la investigación, como sucede en esta investigación, Arias y Castro (2012), Grau y otros (2007), Quiceno y Vinaccia (2007); Reyes y Vargas (2009) y por último, existen autores que realizan una definición de caso tomando en cuenta cada una de las dimensiones por separado, reafirmando que el solo hecho de poseer una sola dimensión alterada, ya los hace portadores del Burnout, Lepiz, Arias, Barboza y otros (2007), López y Bernal (2002)

Aunado a lo anterior, la mayoría de los estudios utilizan diferentes instrumentos para el diagnóstico del SDP, e incluso algunos estudios aplican más de un instrumento, lo cual dificulta aún más la comparación de estudios. Existen en la actualidad más de nueve instrumentos para el diagnóstico del Burnout (MBI Human Services Survey (MBI-HSS) versión clásica del MBI está dirigida a profesionales en salud, la versión dirigida a todo tipo de profesionales no solo los que trabajan con personas MBI- General Survey (MBIGS), la MB- Educators Survey (MBI-ES), Inventario de Burnout de Copenhague (CBI), el inventario de Burnout de Psicólogos, Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería, el Cuestionario Breve de Burnout, el Cuestionario de Burnout del Profesorado y el test CUBO (cuestionario urgente de Burnout). (Borritz, Bulmann, Chirstensen, Villadsen y Kristensen (2005), Gándara, García, González y Alvarez (2005), Equipo de investigación estrés y salud (2006), Grau y otros (2007) Maslach y Jackson, citadas por Ferrero y Martins (2011), Arias y Castro (2013), Díaz (2007), Boada, Vallejo y Argulló, 2004).

En el hecho de generalizar y comparar resultados respecto a la prevalencia en Costa Rica, se podría también incurrir en un sesgo, ya que la mayoría de los estudios consultados se han realizado en hospitales y las poblaciones mayormente estudiadas han sido los médicos y enfermeras, lo cual constituye solamente una pequeña parte de la totalidad de los trabajadores y las trabajadoras de la salud; contrariamente en este estudio se contó con la participación de todos los servicios del Área de Salud. (Bianchini, 1997; Madrigal, 2005; Millán y Mesén, 2009; Díaz, 2007; Salazar, 2002; Lépez, Arias, Barboza, Blanco y otros (2007); Arias y Castro (2013).

Respecto a los portadores de SDP, se encontró que la mayoría eran mujeres (7,54%), gran cantidad de estudios realizados evidencian que el síndrome se presenta mayormente en las mujeres (Albadalejo y otros, 2004; Atance, 1997; Robles, Velásquez y Cáceres Gutiérrez, 2010; Cedeño y Brandt, 2002; Gil-Monte, 2002), investigaciones revelan que las mujeres son el grupo más vulnerable entre las razones se cita, la doble carga de trabajo que conllevan la tarea familiar y la práctica profesional (Bianchini, 1997). Pero esto no excluye a que los hombres padezcan también; existen estudios en los cuales se presenta en hombres como en el caso de este estudio se encontró un pequeño porcentaje de afectados (Caballero, Bermejo, Caballero, Nieto, 2001, Prieto, Robles, Salazar y Daniel, 2002).

Con respecto a las variables sociodemográficas y Síndrome de Burnout, el estado civil tanto de hombres como mujeres portadoras en su mayoría son casados y en segundo lugar solteros, lo que es compatible con las investigaciones realizadas por García, Izquierdo (1991), Madrigal, (2005), sin embargo existen muchos estudios que aún son incongruentes respecto al estado civil. Órdenes (2004), Morales, Gallego y Rotger (2004), Guevara, Henao y Herrera (2004) y Hidalgo y Díaz (1994).

Los sujetos con burnout presentan entre 1 y 5 años de trabajar, de acuerdo con la mayoría de estudios realizados no existe un acuerdo respecto a la antigüedad, se encuentra una menor tendencia a padecer el síndrome en dos periodos: el primero corresponde a los dos años iniciales de carrera profesional, y el segundo, después de 10 años de experiencia, (Madrigal, 2005; Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga, 2007) además para otros autores existe un periodo de sensibilización o vulnerabilidad al burnout durante los primeros años del ejercicio profesional, esto porque se ha producido la transición entre lo real en la práctica cotidiana respecto a lo que se idealizaba en cuanto al ejercicio de la profesión Hillhouse, Adler (1997), además agregan que a mayor antigüedad, menor probabilidad de Burnout Martínez y López (2005) e incluso Cáceres (2006), reporta que el tener menos de 15 años de antigüedad en la profesión aparece como un factor de protección.

En relación con la profesión, se ha encontrado que la mayoría (3,77%) de los encuestados que tienen el SDP son médicos, en un estudio transnacional y transprofesional realizado en España con todos los países de habla hispana y profesionales de la salud (n=11.530) Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga, (2007) encuentran que la profesión más afectada por este mal son los médicos y además concuerda con los resultados de varias investigaciones realizadas en Costa Rica (Madrigal, 2005; Millán y Mesen, 2009; Díaz, 2007).

Estos profesionales, como señalan varios autores Ortega y López (2004); Madrigal (2005); Díaz (2007); Boada, Vallejo y Argulló, (2004), específicamente en los médicos se tienen condiciones particulares, se enfrentan constantemente a una tarea compleja que influye en diversas circunstancias las cuales se pueden señalar los estresores específicos de la profesión como: exceso de estimulación aversa, constantemente se enfrentan al sufrimiento y a la muerte del paciente, así como dolor por la pérdida de un ser querido que padecen los familiares y allegados, contacto continuo con enfermos que exige un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda, un control inadecuado del vínculo por exceso (sobreimplicación) o por defecto conductas de evitación, generan problemas importantes tanto para los pacientes como para sus cuidadores, la frustración de no poder curar, objetivo por el cual han sido entrenados, proporción muy alta de enfermos a los que deben atender, escasez de formación de habilidades de control de las propias emociones, además de las de los pacientes y sus familias, horario de trabajo irregular debido a la realización de turnos, conflicto del rol y ambigüedad, falta de cohesión en el equipo multidisciplinario, burocratización e individualismo en las instituciones.

Respecto a las subescalas de SDP, en cuanto al cansancio emocional se evidencian valores, distribuidos en tercios para los niveles alto, medio y bajo, que concuerda con lo encontrado por Arias y Castro (2012), esta dimensión no mostró diferencias estadísticas significativas entre hombres y mujeres. Por otro lado, Parada y otros (2005), reportan el cansancio emocional en una población venezolana de enfermeras similar a lo encontrado en este estudio, esta dimensión se relaciona específicamente por la creciente pérdida de energía, desgaste y agotamiento; mientras se agotan sus recursos emocionales, los trabajadores se sienten que no pueden más (Maslach y Jackson, 1984).

En cuanto a la dimensión de despersonalización, la mayoría de la población presenta niveles bajos en esta categoría (35.8%), lo cual es totalmente similar a lo reportado en algunos estudios en que la mayoría de personal, posee bajos índices de despersonalización en la atención de los pacientes (Arias y Castro, 2012), (Grau et al, 2007) (Martínez y López, 2005) (Mercado, 2004) (Parada et al, 2005) (Albadejo et al 2004), esta situación podría deberse a la fisiopatología que se genera en el burnout donde la despersonalización se muestra como la etapa final del mecanismo de defensa que realizan las personas al enfrentarse con un cansancio emocional y baja realización personal, en este estudio no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, contrario a lo encontrado en otras investigaciones que sugieren que los hombres puntúan más alto en esta subescala que se explica por las diferencias de socialización en cuanto al género, y que los hombres son más abstemios (Gil. Monte, 2002), Castro y Arias (2012), Martínez y López (2005).

Por el contrario Grau y otros (2009) definen en su estudio que la condición de ser mujer representa un efecto protector en la dimensión de despersonalización, al igual que tener hijos, el optimismo y la satisfacción profesional.

Es importante destacar que en este estudio, los encuestados no realizan turnos, ni guardias (tiempo extraordinario), ni trabajan fines de semana, estos factores en estudios revisados se han relacionado con el aumento en los niveles de despersonalización (Grau y otros (2007); Martínez y López (2005), Millán y Mesén (2009); Boada, Vallejo y Argulló, (2004).

La dimensión de realización personal es la que más alterada se encuentra en los encuestados la mayoría presenta baja realización personal (40.6%), resultados similares a los encontrados en Costa Rica por Arias y Castro (2012), Millán y Mesén (2009) en Latinoamérica por Grau y otros (2009), en Europa Albadejo y otros (2004), además de Antance (1997) en México, todos estudiando profesionales de la salud.

En cuanto al comportamiento de la dimensión realización personal con el género en este estudio y no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres ($p > 0.01$), contrario a lo que evidencian estudios como Grau y otros (2009) , Albadejo de otros (2004) y

Cáceres (2006), quienes exponen que las mujeres perciben una menor realización personal en comparación con hombres, además refieren que las personas que se han incapacitado mucho, toman psicotrópicos, fuman, presentan bajos puntajes en la realización personal (Soler y otros, 2008), conforme a lo anteriormente citado podría justificarse en la población estudiada los niveles altos; ya que presentan altos índices de incapacidades en general la población.

Diversos estudios coinciden que al presentar una dimensión de realización personal con niveles bajos se atribuye a la poca o nula valoración en el trabajo, Grau y otros (2005); Maslach y Jackson (1984), Ortega y López (2004). En relación con el clima organizacional de los encuestados, en una investigación realizada por Fernández y Sanahuja (2011), se deduce que es percibido por los funcionarios como insatisfactorio y presentan baja motivación, lo que hipotéticamente se podría plantear que estos no están siendo motivados ni satisfechos y consecuentemente presentan baja realización personal.

Finalmente se ha realizado una correlación entre cada una de las dimensiones del SDP, evidenciando que existe correlación positiva y significativa ($p < 0.01$) entre cansancio emocional y despersonalización, es decir a mayor cansancio emocional mayor va a ser la despersonalización y viceversa; así mismo existe correlación negativa y significativa ($p < 0.01$) entre realización personal y despersonalización, quiere decir que entre menos despersonalización mejor se va a sentir la persona y la realización personal aumenta y, por último, se ha correlacionado la realización personal con cansancio emocional negativa y significativamente ($p < 0.05$) a mayor cansancio emocional menor realización personal. Estos datos fortalecen la hipótesis planteada que edifica la definición del síndrome de desgaste profesional Maslach y Jackson (1984); Gil Monte (2002) Kamis (1982).

Estilos de vida

En cuanto a los estilos de vida, los resultados reportados muestran en primer lugar que la mayoría de los encuestados presentan altos puntajes en las conductas protectoras ($p < 0.05$) y con mejor puntaje en las dimensiones de consumo de alcohol, tabaco y drogas, seguido de condiciones de accidentes y por último la sexualidad, dato que concuerda con lo reportado por

Hewitt (2007) quien encuentra que los trabajadores de salud presentan conductas protectoras en la mayoría de dimensiones.

Contrariamente, la mayoría de los estudios consultados refieren que los profesionales de la salud presentan elevados porcentajes en el consumo de drogas, alcohol y fumado Bazargan, Makar, Chizobam y Wolf (2009); en Estados Unidos, los médicos utilizan marihuana y alcohol, en México, Salmerón, Arillo, Campuzano y Lazcano (2002) evidencian el uso de tabaco tanto en hombres como mujeres y en Costa Rica existen reportes de uso de drogas como alcohol y tabaco en los profesionales de la salud (Jiménez, González y Salazar (2000), Villareal (2003), Umaña (2007) y Rojas (2005), sin embargo en este estudio existe un 17.7% de trabajadores que presenta riesgo de ser consumidores abusivos; consecuentemente este porcentaje no puede ser considerado como despreciable.

En segunda instancia, los(as) trabajadores(as) de la salud encuestados, en general, presentan altos porcentajes en conducta de riesgo en la dimensión de condición física, convirtiéndose en problemas para la salud; quiere decir que casi no dedican tiempo para ejercitarse al menos 30 minutos al día, tres o más veces a la semana, en concordancia con lo encontrado en varios estudios, tanto a nivel internacional como nacional, Sanabria, González y Urrego (2007), Bazargan, Makar, Chizobam y Wolf (2009), Jiménez, González y Salazar (2000); Umaña (2007); Alemán y Salazar (2006), estas conductas presentan consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, impidiendo el funcionamiento humano óptimo.

Aunado a lo anteriormente citado, se evidencia que las personas trabajadoras de la salud encuestadas presentan un porcentaje bajo en autocuidado y cuidado médico (55.6%) implicando que poseen bajo nivel desde la perspectiva de conducta protectora, no se realizan chequeos médicos (exámenes de mama, papanicolau, próstata, glaucoma, etc.) esto muestra como se plantea en la teoría de los estilos de vida (Sanabria, González y Urrego, 2007, Flores Alarcón y Hernández, 1998) que la sola información sobre una enfermedad, no es suficiente para producir cambios de conducta que la prevengan, consecuentemente el estilo de vida no se va a conformar con la información teórica, sino que se va conformando a la largo de la historia de la persona, desde la niñez, por asimilación o imitación de patrones familiares.

Al analizar las dimensiones de estilos de vida por sexo se encontró que los hombres poseen mayor puntaje en la dimensión condición física como conducta protectora respecto a las mujeres ($p<0.01$), dato que concuerda con lo encontrado por Yang, Telama, Leino, Viikari (1999), que las mujeres generan un gasto calórico inferior al de los hombres; de igual manera en un estudio realizado por Sternfeld, Ainsworth y Quesenberry (1999), obtienen que las féminas no realizan ejercicio, y esto es porque muchas dedican más tiempo a las labores del hogar, sin disponer de tiempo libre, para realizar ese tipo de actividades; aunque a nivel profesional el gasto energético sea mayor.

Al correlacionar las dimensiones de inventario de estilos de vida entre sí se encuentran correlaciones positivas y significativas ($p<0.01$) entre condición física como conducta protectora y hábitos alimentarios como conducta protectora, es decir, cuanto mejor se encuentre la condición física mejor estará la alimentación y viceversa, lo que refuerza las teorías en cuanto a que la práctica regular del ejercicio físico tiene resultados saludables y adaptaciones fisiológicas que duran tiempo después de la actividad física, entonces las personas se alimentan mejor bajando los niveles de ansiedad por consumir alimentos ricos en grasa saturadas (Benito, 2007, Coggan, Swanson, 1992).

Adicionalmente se correlaciona la condición física protectora con estrés y apoyo psicológico positiva y significativamente ($p<0.01$), entonces a mejor condición física, menos estrés y mejores mecanismos de apoyo social y viceversa, numerosas investigaciones respaldan que una adecuada condición física por medio del ejercicio, mejora la salud subjetiva, el estado de ánimo y la emotividad, (Biddle, Fox y Boutcher, 2000), reduce la depresión clínica (Lawlor y Hopker, 2001), disminuye los niveles de ansiedad (Akandere y Tekin, 2005), favorece el afrontamiento del estrés (Holmes, 1993), incrementa la autoestima (McAuley, Mihalko y Bane, 1997).

En cuanto a la relación del Síndrome de Desgaste Profesional y los estilos de vida se presentan correlaciones significativas ($p<0.01$) negativa en la dimensión de despersonalización y valores de la vida esfera intelectual y espiritual, quiere decir que entre mayor sea el grado de deshumanización hacia el resto de las personas, menor serán los valores positivos de la vida, el

individuo no se interesará por el bienestar de las personas y el de ellos mismos. Así mismo existe correlación positiva y significativa ($p < 0.05$) entre realización personal y valores de la vida esfera intelectual y espiritual (conducta protectora) implicando que a mayor realización personal, la persona presenta mayor interés por la socialización y la espiritualidad, estos hallazgos refuerzan las tesis expuestas en cuanto a la fisiopatología de Síndrome de Burnout (Gil. Monte, 2002; Castro y Arias, 2012; Martínez y López, 2005.)

Composición Corporal

Índice de masa corporal y bioimpedancia

Los resultados respecto al índice de masa corporal muestran que la mayoría presenta sobrepeso grado II y III (38.7%,) no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres ($p = 1.0$). Estos datos concuerdan con los estudios consultados Ajani y otros, (2004), Montes de Oca, Loria y Chavarría, (2008); Salmerón, Arillo, Campuzano y Lazcano, (2002). Villareal (2003), Umaña (2007), Alemán y Salazar (2006), evidenciando que tanto a nivel nacional como internacional, la obesidad y el sobrepeso están predominando en la población, así mismo es importante resaltar que la obesidad es un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares (Alvero y otros (2009) y Esquivel, Suárez, Calzada, Sandí y Ureña, 2001) y si unimos lo encontrado en cuanto a la condición física deficiente observada, los factores de riesgo se elevan aún más, el riesgo de esta población se encuentra muy elevado y una vez más se confirma que el hecho de tener un conocimiento teórico sobre las enfermedades y riesgos, no es un factor determinante para los comportamientos de los trabajadores de la salud.

La principal limitante del IMC es no diferenciar a expensas de cuál de los componentes, masa grasa o masa libre de grasa, se da la adecuación, el déficit o el exceso de peso, situación que podría subestimar la obesidad ya que el problema real del obeso es el exceso de grasa y no el sobrepeso. En una población con alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares, el utilizar el IMC como indicador único para definir la obesidad, podría retrasar la aplicación de medidas preventivas y de tratamiento oportuno para evitar complicaciones (Aristizábal, Restrepo y López, 2008). Por lo tanto en esta investigación se ha realizado una medición de grasa corporal por

medio de la (bioimpedancia), encontrando que también gran porcentaje de la población se presenta obesidad, tanto hombres como mujeres.

Al correlacionar el IMC con porcentaje de grasa encontramos correlaciones significativas positivas ($p < 0.01$), es decir que a mayor IMC, mayor el porcentaje de grasa corporal, este dato confirma que los funcionarios que presentan sobrepeso y obesidad, se relaciona con aumento porcentaje de grasa corporal.

El hecho de que un profesional de la salud presente obesidad o sobrepeso desde la perspectiva de atención, la credibilidad de las personas usuarias es mínima, por ejemplo estudios realizados en poblaciones de médicos obesos muestran que es más difícil para los médicos obesos dar atención creíble cuando no se sigue el consejo, además las puntuaciones de confianza que los médicos obtuvieron de sus pacientes cuando recibieron consejería de salud en cuanto a pérdida de peso son sistemáticamente inferiores a los médicos que no poseen obesidad (Hash, Munna, Vogel y Bason, 2003; Abramson, Stein, Schaufele, Frates y Rogan, 2000; Erin y otros, 2002), también se encuentra que los empleados, cuando son obesos dan menos consejería al respecto a sus pacientes (Abramson, Stein, Schaufele, Frates y Rogan, 2000).

Circunferencia cintura

El mejor índice general de distribución de grasa en personas adultas en cuanto a facilidad y economía, es la circunferencia cintura, ya que existe relación entre la grasa abdominal y visceral (Sardinha y Texeira 2007). Se encuentran investigaciones donde han comprobado que midiendo la grasa visceral con una tomografía computarizada a nivel de L4-L5, se relaciona con un alto grado del perímetro de la cintura (Martínez y otros 2008).

En la investigación se documenta que el 56.14% de las mujeres poseen la circunferencia abdominal mayor de 80 cm situándolas en riesgo de poseer enfermedad cardiovascular, dato muy similar a los estudios encontrados en Costa Rica, Umaña (2007), Alemán y Salazar (2006), el poseer un exceso de grasa central se ha relacionado con alteraciones metabólicas porque existe una respuesta fisiológica más sensible a los estímulos lipolíticos, también incrementos de los

ácidos grasos en la circulación portal, asimismo provoca una alteración en la producción de citoquinas, aumentando el estado de inflamación crónica y causando resistencia a la insulina (Araúz, Guzman y Rosello (2013); Ramones (2012). Igualmente la población masculina muestra 52,7% con circunferencia abdominal mayor de 90 cm, situándolos en riesgo de enfermedad cardiovascular.

Se encuentran altas correlaciones y muy significativas ($p < 0.01$) entre la circunferencia cintura y el IMC, esto quiere decir que a mayor IMC mayor circunferencia cintura, reforzando lo encontrado por Santos (2011) y fortaleciendo este parámetro como indicador de adiposidad y obesidad central. Santos (2011)

Finalmente se ha explicado que la mayor sensibilidad para predecir el riesgo de enfermedad cardiovascular es combinar el IMC y la circunferencia de la cintura (Zhu, Heshka, Wang, Shen, Allison, Ross y Heymsfield (2004). Se adoptó la relación existente entre el IMC y CC, como marcador de riesgo cardiovascular (Cuadro 4); documentándose que en la población de estudio poseen porcentajes muy muy elevados de riesgo para ambos sexos (hombres y mujeres). Se encuentra que la circunferencia de la cintura es mayor en hombres que en mujeres, esto es lo esperado porque ellos poseen diámetros más grandes en el cuerpo (Wilmore y Costill, 1994), sin embargo de acuerdo con los puntos de corte establecidos para ambos se evidencia el alto riesgo de enfermedad cardiovascular en la población.

Con este hecho se puede deducir que esta población ya no solo se encuentra en riesgo de enfermedad, sino que ya existe la enfermedad cardiovascular como tal porque el 25% de la población padece hipertensión arterial, Dislipidemia en general es de 22,63%, diabetes 4%, entre otras.

Capítulo VI

CONCLUSIONES

A partir de los objetivos planteados en la investigación y con base en los resultados encontrados, se determinan las siguientes conclusiones:

- La prevalencia del Síndrome de Desgaste Profesional en los y las trabajadoras del Área de Salud de Barranca en el mes de junio 2012 es de un 11,32%.
- La realización personal es la dimensión más afectada en general en la población estudiada implicando que los trabajadores se sienten infelices de sí mismos y descontentos en su trabajo.
- En el estudio, los estilos de vida y el Burnout tienen relación estadísticamente significativa concluyendo que a mayores niveles de desgaste profesional peor serán los estilos de vida.
- Los empleados del Área de Salud de Barranca presentan mayoritariamente conductas protectoras en cuanto a los estilos de vida en general, que conductas de riesgo. Se exceptúa la dimensión de condición física.
- En general los empleados presentan altos porcentajes en conducta de riesgo en la dimensión de condición física, convirtiéndose en problemas para la salud; quiere decir que casi no dedican tiempo para ejercitarse al menos 30 minutos al día, tres o más veces a la semana.
- Las mujeres son las que puntúan muy bajos niveles de actividad física respecto a los hombres.

- Existe relación entre los estilos de vida y la composición corporal en los trabajadores y las trabajadoras del Área de Salud de Barranca, lo que significa que a mejores valores de composición corporal estarán excelentes serán los estilos de vida.
- En lo referente a la composición corporal, la mayoría de los hombres y mujeres presentan altos niveles de sobrepeso y obesidad, además de poseer un alto riesgo de enfermedad cardiovascular.
- Se encuentran correlaciones significativas entre IMC y circunferencia de la cintura implicando esto que a mayor diámetro abdominal mayor será el nivel de obesidad, dato muy evidenciado los resultados.
- En lo referente a estado de salud, en general, los empleados presentan alto porcentaje de enfermedades crónicas.

Capítulo VII

RECOMENDACIONES

Para futuras investigaciones

Se considera necesario realizar estudios sobre la prevalencia del Síndrome de Desgaste Profesional, a nivel nacional, en las personas trabajadoras de la salud en Costa Rica.

También, efectuar estudios tipo exploratorios nacionales, para determinar los estilos de vida de los y las profesionales en la salud, en relación con la población general y elementos que los faciliten y los promuevan.

Realizar más investigación respecto a la fisiopatología y patologías asociadas al Síndrome de Burnout, ya que no están aún claras.

Unificar las herramientas diagnósticas para la detección del Burnout, por medio de estudios de confiabilidad y validez de todos los cuestionarios disponibles para profesionales de la salud.

Efectuar estudios de factibilidad en programas de promoción, prevención de estilos de vida saludables en empleados(as) del sistema de seguridad social.

Para incrementar la actuación de la Caja Costarricense del Seguro Social en la atención de los empleados en la promoción de la salud

Considerar a los y las profesionales como una población objeto de programas de promoción de salud y prevención de la enfermedad, con el fin de que se logre realizar una adecuada intervención ,en cuanto a la adopción de estilos de vida poco saludables.

Se recomienda incorporar a un(a) especialista en materia de salud integral y movimiento humano para la evaluación e intervención de los programas de Promoción de la Salud de los trabajadores y las trabajadoras.

Además es recomendable que la valoración del empleado al momento de ingresar sea realizada por un equipo multidisciplinario (psicólogo(a), trabajador(a) social, médico(a), etc.) incluyendo un especialista en salud integral y movimiento humano, además de que estas valoraciones sean periódicas y no solo al ingreso y que se incluya el instrumento para la valoración del burnout.

Es necesario crear un espacio físico dentro de los centros de salud para la promoción de actividad física en las personas empleadas, ya que ellos pasan largas jornadas de tiempo en las áreas.

Se recomienda que se identifique a aquellos o aquellas profesionales que poseen mayor riesgo en cuanto a enfermedades prevenibles y se incluyan en programas especiales como Rehabilitación Cardíaca, Rehabilitación Pulmonar, Cesación de fumar, Clínicas para control y Prevención de Obesidad.

Es necesario actuar lo más pronto posible con la población estudiada para evitar el deterioro y surgimiento de enfermedades prevenibles, con programas de rehabilitación cardíaca y promoción de la salud y salud psicológica.

BIBLIOGRAFÍA

- Alberti, K., Eckel, R., Grundy, S., Zimmet, P., Cleeman, J., Donato, K., Fruchart, J-C., James, W., Loria, C., Smith, S., (2009). Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation*. 120, 1640–1645. Recuperado 7 agosto 2013 desde <http://circ.ahajournals.org/content/120/16/1640.long>
- Abramson, S., Stein, J., Schaufele, M., Frates, E y Rogan, S. (2000). Personal exercise habits and counseling practices of physicians: a national survey. *Clinical Journal Sport Medicine*, 10, 40-48.
- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. (2002). Informe primera campaña paneuropea para combatir el estrés laboral. Recuperado desde el 01 agosto del 2010 <http://osha.europa.eu/es/press/press-releases/020702.xml>.
- Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D y Sochalski, J. (2001). An international perspective on hospital nurses work environments: the case for reform. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 2, 255-263.
- Ajani, U., Lotufo, P., Gaziano, J., Lee, I., Spelsberg, A y Buring, J. (2004). Body mass index and mortality in US male physicians. *Annals of Epidemiology*, 14, 731-739.
- Akandere, M. y Tekin, A. (2005). Efectos del ejercicio físico sobre la ansiedad. *Revista electrónica Sobreentrenamiento*. Recuperado el 5 de febrero de 2010, de <http://www.sobreentrenamiento.com/PubliCE/Articulo.asp?ida=478>.
- Albadejo, R y Villanueva, R. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78, 505-516.

- Alemán, C y Salazar, W. (2006). Nivel de actividad física, sedentarismo y variables antropométricas en funcionarios públicos. *Revista de Ciencias del Ejercicio y la Salud*, 4 1-4.
- Alvero, JR., Cabañas, M., Herrero de Lucas, A., Martínez, L., Moreno, C., Porta, J., Sillero, M y Sirvent, J. (2009). Protocolo de valoración de la composición corporal para el reconocimiento médico-deportivo. Documento de consenso del Grupo Español de Cineantropometría de la Federación Española de Medicina del Deporte. *Archivos de Mediciona del Deporte* 26(131), 166-179. Recuperado 02 julio 2013 desde <http://femede.es/documentos/ConsensoCine131.pdf>
- American College of Sport Medicine. (2009). *Guidelines for exercise testing and prescriptions* (8 ed.).USA; Editorial Lippincott Willinans &.Wilkins.
- Anagnostopoulos, F y Niaskas, D. (2010). Job Burnout, Health related Quality of Life, and sickness absence in Greek Health professionals. *European Psychologist*, 15(2), 132-141. doi: 10.1027/1016-9040/a000013.
- Arauz, A., Guzmán, S., Roselló, M. (2013). La circunferencia abdominal como indicador de riesgo de enfermedad cardiovascular. *Acta Médica Costarricense*, 3, 122-127.Recuperado el 03 diciembre 2013 desde <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v55n3/art04v55n3.pdf>.
- Arce, L. y Baldioceda, C. (2002). El impacto cualitativo-cuantitativo de las incapacidades por enfermedad y maternidad de los empleados de la Caja Costarricense de Seguro Social. *Revista Ciencias administrativas y financieras de la Seguridad Social*, 10(2), 79-90
- Arias, P. y Castro, M. (2013). Prevalencia del síndrome de Burnout y factores sociodemográficos y laborales asociados en enfermeros(as) profesionales del Hospital Nacional de Niños durante el mes de Setiembre 2012. *Tesis para optar por el grado de especialidad médica en Psiquiatría*. San José, San José, Costa Rica.
- Aristizábal, J., A, López. M y T. Restrepo (2008). Validación por hidrodensitometría de ecuaciones de pliegues cutáneos utilizadas para estimar la composición corporal en

- mujeres. *Biomédica*, 1, 28-32. Recuperado el 08 de julio de 2010, de <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v28n3/v28n3a10.pdf>
- Atance, J. (1997). Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71, 293-303.
- Ávalos, A. (2008, Enero, 30). CCSS congela ruptura de tope para incapacidades. *La Nación*. Recuperado desde http://www.nacion.com/ln_ee/2008/enero/30/pais1404025.html.
- Bazargan, M., Makar, M., Chizobam, A y Wolf, K. (2009). Preventive, lifestyle and personal health behaviors among physicians. *Academic Psychiatry*, 33, 289-295.
- Bermann, S. (1990). ¿Fatiga, stress, desgaste laboral? Problemas metodológicos en el estudio de las relaciones entre salud y trabajo. *Cuadernos Médicos Sociales*, 51, 23-25.
- Bechard, G., Meterko, M y Field, D. (1994). Physician burnout: an examination of personal, professional and organization relationship. *Medicine Care*, 32, 745-754.
- Benito, P. (2007): “Modelos de intervención en la población en general.” en Jiménez, A. (coord.) “Avances en entrenamiento de fuerza.” ADEMÁS comunicación, s.l.
- Bergman, B., Ahmad, F y Stewart, D. (2003). Physician health, stress and gender at a university hospital. *Journal Psychosoma*, 54, 171-178.
- Bianchini, M. (1997) El Síndrome del Desgaste en personal profesional de la salud. *Revista de Medicina Legal de Costa Rica*, 13, 189-192. Recuperada el 23 de octubre de <https://sibdi.ucr.ac.cr/https://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=3&hid=8&sid>.
- Biddle, S.J.H., Fox, K.R. y Boutcher, S.H. (2000). *Physical activity and psychological well-being*. Londres: Routledge.
- Bliss, C. (1996). *El estilo de vida y el estándar de vida*. En: Nussbaum MC, Sen A. La calidad de vida. México, D.F: Primera edición. Fondo de cultura económica. (p.p 534-557).

- Boada, J., Vallejo, R y Agulló, E. (2004). El burnout y las manifestaciones psicosomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema*, 16(1), 125-131
- Borbolla, M y Domínguez, M. (2007). Síndrome de Burnout en personal médico familiar y no familiar del Instituto Mexicano de Seguridad Social de Tabasco. *Salud de Tabasco*, 13(001), 577-587.
- Boruslav, H (1992). *Los cambios en el régimen motor como condición para los cambios en el estilo de vida*. Actas Congreso Científico Olímpico, vol.1, pp 361-366). Málaga, España: UNISPORT.
- Borritz, M., Bultmann, U., Rugulies, R., Christensen, K., Villadsen, E., Kristensen, T. (2005). Psychosocial work characteristics as predictors for burnout: findings from 3 year follow up of de PUMA Study. *Journal of Occupational. Environment. Medicine*. 47(8): 1015-1025
- Browning, L., Ryan, C., Thomas, S., Greenberg, M y Rolniak, S. (2007). Nursing specialty and burnout. *Psychology, Health & Medicine*, 12, 248-254.
- Caballero, M., Bermejo, F., Nieto, R., Caballero, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, 27 (5):313-317.
- Cáceres, G. (2006). Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal sanitario militar. *Tesis de graduación Doctorado*. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado 02-09-13 <http://eprints.ucm.es/8070/1/T29584.pdf>

- Caja Costarricense del Seguro Social. [CCSS]. (2001) *Instructivo que establece los procedimientos de las Comisiones Médicas Evaluadoras de las Incapacidades de los beneficiarios del Seguro de Salud*. Recuperado el 04 de Agosto del 2010 desde <http://www.ccss.sa.cr/html/comunicacion>
- Caja Costarricense del Seguro Social. [CCSS]. (2011) *Análisis sobre incapacidades por enfermedad y licencias por maternidad otorgadas a trabajadores de la CCSS durante el periodo 2008-2010*. Recuperado el 20 de octubre del 2012 desde <http://rrhh.ccss.sa.cr/INFO/pdf/Analisis.pdf>
- Caja Costarricense del Seguro Social. [CCSS]. (2011). *Órdenes, días y días promedio según tipo de incapacidades otorgadas a empleados del Área de Salud de Barranca, Puntarenas y Diágnostico*. Departamento de Estadística.
- Campbell, D., Sonnad, S., Eckhauser, F.; Cambell, K y Greenfield, L. (2001). Burnout among American surgeons. *Surgery*, 130(4), 696-705.
- Curti, A., Salomón, S., Alós, M., Mosso, M., Prieto, S. y Carena, J. (2006). Estrés profesional: diferencias entre médicos en formación clínica y quirúrgica. *Revista Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo*, 03(02), 1-5.
- Coggan, A. y Swanson, E (1992). Nutritional manipulation before and during endurance exercise Effects on performance. *Medicine Science Sport Exercise*. 24:9 (Suppl): S331-5
- Connolly, J. y Viswesvaran, C. (2000). The role of affectivity in job satisfaction: a meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 29, 265-281.
- Deckard, G., Meterko, M y Field, D. (1994). Physician burnout. An examination of personal, professional and organizational relationships. *Medical Care*, 32(7), 745-754.

- Demerouti, E., Bakker, A., Nachreiner, F y Schaufeli, W. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal Advance of Nurse*, 32(2), 454-64. DOI: 10964195.
- Deurenberg, P., Van Der Kooij, K., Evers, P. y Hulshof, T. (1990) Assessment of body composition by bioelectrical impedance in a population aged greater than 60. *American Journal of Clinical Nutrition*. 51 (1), 3-6. Recuperado 15 octubre 2012 desde <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/2364915/?i=4&from=/2707216/related>
- Díaz, L. (2013- Octubre, 16). *Tres instituciones consumen 40% de gasto en incapacidades*. La Nación. Recuperado desde http://www.nacion.com/nacional/salud-publica/instituciones-consumen-gasto-incapacidades_0_1372462802.html
- Díaz, S. (2007). Comportamiento del síndrome de desgaste profesional en médicos que laboraron en Coopesalud R.L., de agosto a octubre de 2004. *Acta Médica Costarricense*, 49, 107-110.
- Dorsey, R., Jarjoura, D y Rutecki, G. (2003). Influence of controlable lifestyle on recent trends in specialty choice by US medical students. *JAMA*, 290, 1173-1179. Recuperado el 06 de Julio del 2010 desde <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/jama%3B290/9/1173>
- Doval, Y., Moleiro, O y Rodríguez, R. (2004). Estrés Laboral, Consideraciones sobre sus características y formas de afrontamiento. *E-Psicología científica*. Recuperado de http://www.psicologiacientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/ar-gonro01_1.htm.
- Equipo de Investigación en estrés y salud del Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Instrumentos de evaluación. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado el 02 agosto 2012 desde: <http://www.uam.es/gruposinv-/esalud/descargas.htm>
- Erin, E., Dewitt, C. y Baldwin. (2002). Physicians and physicians-in-training have a responsibility to speak up if they feel a medical colleague's impairment puts patients at risk. *E-Journal Virtual Mentor*.4 (9). Recuperado de <http://virtualmentor.ama-assn.org/2002/09/ccas1-0209.html>.

- Escribà-Agüir, V., Artazcoz, L y Pérez-Hoyos, S. (2008). Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral sobre el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gaceta Sanitaria*, 22(4), 300-308. doi.10.1007/s00420-006-0110.
- Esquivel, V., Suárez, P., Calzada, L., Sandí, L. y Ureña, J. (2002). Factores de Riesgo Cardiovascular en un grupo de niños escolares obesos Costarricenses. *Acta Pediátrica Costarricense*. 16 (1), 22-28.
- Feltón, J.S. (1998). Burnout has clinical entity its important in health care workers. *Occupational Medicine*, 48(4), 237-250. Recuperado el 10 agosto 2012 desde http://occmed.oxfordjournals.org/content/48/4/237.full.pdf?origin=publication_detail
- Fernández-López, J., Siegristb, J., Rödelb, A y Hernández-Mejía, R. (2003). El estrés laboral: un nuevo factor de riesgo. ¿Qué sabemos y qué podemos hacer? *Atención Primaria*, 31(8), 0-000. Recuperado el 20 de Marzo 2011, de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13047737&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=95&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v31n08a13047737pdf001.pdf.
- Fernández, L y Bayle, M. (1999). Prevalencia de consumo de tabaco entre las médicas y las enfermeras de la comunidad de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 73, 355-364.
- Fernández, R., Sanahuja, K. (2011). Análisis de la gestión de los departamentos de recursos humanos de las áreas de salud de Barranca y Montes de Oro. *Tesis de Graduación de Post Grado Gerencia de la Salud*: Instituto Centroamericano de Administración Pública.
- Firth- Cozens. (2003). Doctors, their wellbeing, and their stress. *British Medical Journal*, 326, 670-671.
- Flórez-Alarcón, L y Hernández, L. (1998). Adaptación de un instrumento de evaluación del estilo de vida y aplicación a la población de la localidad de Chapintero de Bogotá. *Boletín*

Latinoamericano de Psicología de la Salud. 1, 1-7. Recuperado el 28 de febrero desde http://alapsa.org/boletin/art_eval01_1.htm

Frank, E., Biola, H y Burnnett, C. (2000). Mortality rates and causes among U.S Physicians. *Journals of the American Medical Association*, 19(3), 155-159.

Frank, E., Wright, E., Serdula, M., Elon, L y Baldwin, G. (2002). Personal and professional nutrition-related practices of US female physicians. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 72(2), 326-332.

Freudenberger, H. (1974). Staff Burn-out. *Journal Social Issues*, 30, 159-165.

Gallagher, D., Hevmsfield, S., Heo, M., Jebb, S., Murgatroyd, P., Sakamoto, Y. (2000). Healthy percentage body fat ranges: an approach for developing guidelines based on body mass index. *American Journal of Clinical Nutrition*. 72(3): 694-701. Recuperado 2 febrero de 2011 desde <http://ajcn.nutrition.org/content/72/3/694.long>

Gándara, J., García, M., González, R., Álvarez, M. (2005). Estudio del burnout mediante el test CUBO (cuestionario urgente de Burnout). Análisis de fiabilidad. *Annales de Psiquiatria* 21 (5): 223-229.

García-Izquierdo, M. (1991). Burnout en profesionales de Enfermería de Centros Hospitalarios. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 7(18), 3-12.

Garnés, A. (2001). Estudio de las fuentes de estrés laboral en médicos residentes. *Centro salud* 1, 568-572. Recuperado 2 Febrero del 2011 desde <http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/centrosalud9/568-572.pdf>

Garrido, R. y González, R. (2004). Índice de masa corporal y composición corporal. Un estudio antropométrico de 2500 deportistas de alto nivel. *E -ef deportes*, 10(76), 1-6. Recuperado desde <http://www.efdeportes.com/efd76/antrop.htm>.

- Guevara, C., Henao, D y Herrera, J.(2004). Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali. *Revista Colombia Médica*. 35(4).
- Gil- Monte, P. (2001). El síndrome de quemarse por el trabajo: aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Psicología científica*, 2, 1-5.
- Gil-Monte, P. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud pública de México*, 44(1), 33-40.
- Gil- Monte, P y Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P; Carretero, N; Roldán, M, y Núñez EM. (2005). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en monitores de taller para personas con discapacidad. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21, 107-123.
- Gil-Monte P. (2008). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) como fenómeno transcultural. *Información Psicológica*; 91-92, 4-11.
- Gillespie, M y Melby, V. (2003). Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine a comparative study. *Journal Clinical Nurse*, 12, 842-851.
- Gómez, J., Puerto, M., Rubio, B., Montaner, H., Marzo, E., Silva, A y Hernández, M. (2005). Estílos y Calidad de vida. *efdeportes.com. Revista Digital*, 90(10), 1-5.
- Gutiérrez, T; Raich, R; Sánchez, D; Deus, J. (2003). *Instrumentos de evaluación en psicología de la salud*. España: Alianza Editorial, S.A.

- Grau, A., Suñer, R y García, M. (2005). Desgaste profesional en personal sanitario y su relación con factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria*, 19, 463-470.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M y Braga, F. (2007). Influencia del factores personales, profesionales y transnacionales en síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Revista Española de Salud pública*, 83, 215-230.
- Gray, L., Hart, C., Smith, G. (2010). What is the predictive value of established risk factors for total and cardiovascular disease mortality when measured before middle-age? Pooled analyses of two prospective cohort studies from Scotland. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 17(1), 106–112
- Going, S., Nichols, J., Loftin, M., Steward, D., Lohman, T., Tuuri, G., Ring, K., Pickrel, J, Blew, R y Stevens, J (2006) Validation of bioelectrical impedance analysis (BIA) for estimation of body composition in Black, White and Hispanic adolescent girls. *International Journal of Body Compositium Reserch*. 4(4), 161-167. Recuperado el 12 de agosto 2011 desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17848976>.
- Hash, R., Munna , R., Vogel, R y Bason, J. (2003). Does physician weight affect perception of health advice? *Prevention Medicine*, 36, 41-44.
- Henderson, G. (1984). Physician Burnout. *Hospital Physician*, 1(2), 20-28.
- 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(002), 103-110.
- Hidalgo, I. y Díaz, RJ. (1994). Estudio de influencia de factores laborales y sociodemográficas en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada de INSalud de Avila. *Medical Clinica*, 103, 408-412.

- HillHouse, J., Adler, C. (1997). Investigating stress effect patterns in hospital staff nurses: results of a cluster analysis. *Social Science Medicine*.45(12), 1781-1788. Recuperado el 21 de marzo del 2013 desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9447628>
- Hewitt, N. (2007). Estilos de vida en Profesionales de la Salud del Municipio de Zipaquirá. *Psicología Avances en la Disciplina*, 1, 61-97. Recuperado el 12 de febrero 2011 desde http://www.usbbog.edu.co/Nuestra_Universidad/Publicaciones/Psychologia/Volumen1N1_2007/Estilos_vida.pdf.
- Holmes, D.S. (1993). *Aerobic fitness and the response to psychological stress*. En P. Seraganian (Ed.), *Exercise psychology. The influence on physical exercise on psychological process* (pp. 39-63). Nueva York: John Wiley.
- House, J. (1980). *Work stress and social support*. Addison-Wesley: Reading Masachusetts.
- Janssen, I., Katzmarzyk, P., Ross, R (2004). Waist circumference and not body mass index explains obesity-related health risk. *American Journal of Clinical Nutrition*.79, 379-84. Recuperado 20 setiembre 2012 desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14985210>
- Jiménez, J., González, R y Salazar, V. (2000). Caracterización de algunos hábitos y enfermedades de los médicos costarricenses. *Acta Médica Costarricense*, 42(3), 121-130. doi 0001-6002.
- Jebb, S., Cole, T., Doman, D., Murgatroyd, P., Prentice, A. (2000). Evaluation of the novel Tanita body-fat analyser to measure body composition by comparison with a four-compartment model. *The British Journal of Nutrition*. 83, 115-22. Recuperado el 02 agosto 2013 desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10743490>.
- Kamis, E. (1982). *The burnout síndrome: current research, theory and interventions*, London, House press, Park Ridge:III.

- Kyle, U., Genton, L., Karsegard, L., Slomand, D. y Pichard, D. (2001) Single prediction equation for bioelectrical impedance analysis in adults aged 20-94 years. *Nutrition* 17, 248-253.
- Lawlor, D. y Hopker, S. (2001). The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and metaregression analysis of randomized controlled trials. *British Medical Journal*, 322(7289), 763-767. Recuperado el 21 mayo del 2013 desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11282860>.
- Linzer, M., Mc Murray, J., Visser M., Oort, F., Smets, E y Haes, H. (2002). Sex differences in physician burnout in the United States and the Netherlands. *American Medical Womens Association*; 57, 191-193.
- Leiter, M. y Harvie, P. (1996). Burnout Among Mental Health Workers: a Review and a Research Agenda International. *Journal of Social Psychiatry*, 90-101. Recuperado 2 de setiembre 2011 desde http://cord.acadiau.ca/tl_files/sites/cord/resources/Documents/15.pdf
- Lépiz; R., Arias, N., Barboza, N., Blanco, J., Fajardo, E., Rivera, R., Rodriguez, S y Ugalde, S. (2007). Síndrome de desgaste profesional o de burnout en el personal de enfermería. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, 13, 1-5.
- Levi, L. y Lunde-Jensen, P. (1996). *Socio-economic costs of work stress in two EU member states. A model for assessing the costs of stressors at national level*. Dublin: European Foundation. Recuperado el 28 Marzo 2011 desde http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/occup-travail/costs_stress-couts/biblio-eng.php
- Lopategui Corsino, E. (2008). Determinación del índice de masa corporal (índice de Quetelet). Saludmed.com. Recuperado el 07 de Agosto de 2010, de http://www.saludmed.com/LabFisio/PDF/LAB_I23Indice_Masa_Corporal.pdf.

- Loría Castellanos, J. y Guzmán-Hernández, L. (2006). "Síndrome de Desgaste Profesional en personal médico de un servicio de urgencias de la Ciudad de México". *Revista Cubana Medicina Interna y Emergencias*, 5(3), 432-443.
- Lukaski, H. (1996) Biological indexes considered in the derivation of the bioelectrical impedance analysis. *American Journal of Clinical Nutrition*. 64, 397S-404S.
- Madrigal, M. (2005.) Síndrome de agotamiento profesional (Desgaste) en la psiquiatría Costarricense. Tesis de graduación de especialidad médica. Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1984). "Patterns of Burnout among a National Sample of Public Contact Workers". *Journal of Health and Human Resource Administration*, 7(2), 189-212.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1986). *Maslach Burn-out Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 230-200.
- Maslach, C., Schaufeli, B y Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*; 52, 397-422.
- Martínez, M. y Guerra, M. (1998). Síndrome de Burnout el riesgo de ser un profesional de ayuda. *Salud y Cambios*, 23, 45.
- Martínez, S. y López, S. (2005). Características del síndrome de Burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. *Archivos en Medicina Familiar*. 7 (1), 6-9. Recuperado el 07 abril 2012 desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50770103>
- Martínez, S., Romero, P., Ferri, J., Pedro, T., Real, J., Priego, A., Martínez, J., Ascaso, J. (2008). Perímetro de cintura y factores de riesgo. *Revista Española de Obesidad*. 6(2), 97-104. Recuperadode

- http://www.calculoimc.com/art_Perimetro_de_cintura_y_factores_de_riesgo_cardiovascular.pdf. el 2 abril 2013
- Merriam, W. (2009). Diccionario Médico Meriam Webster. Estados Unidos: Merriam-Webster, Incorporated. Recuperado de <http://www.intelihealth.com/IH/ihtIH/WSIHW000/9276/9276.html> el 02 de agosto 2010.
- McAuley, E., Mihalko, S.L. y Bane, S.M. (1997). Exercise and self-esteem in middle-aged adults: Multidimensional relationships and physical fitness and self-efficacy influences. *Journal of Behavioural Medicine*, 20, 67-83.
- McMurray JE, Linzer M, Konrad TR, Douglas J, Shugerman R, Nelson K. (2000). The work lives of women physicians results from the physician work life study. The SGIM Career Satisfaction Study Group. *Journal of General Internal Medicine*, 15, 372-380.
- Melgosa, J. (1999). *Sin Estrés* (1ª. ed.). España: Editorial SAFELIZ, S.L.
- Ministerio de Salud de Costa Rica. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. (2004). *Situación Actual de la salud mental en Costa Rica*. En: <http://www.ministeriodesalud.go>.
- Millán, R, y Mesén, A. (2009). Prevalencia del Síndrome de desgaste profesional en médicos residentes costarricenses. *Acta Médica Costarricense*, 51(2), 91-97.
- Miller, S., Alpert, P y Cross, Ch. (2008). Overweight and obesity in nurses, advanced practice nurses. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20, 259-265. doi:10.1111/j.1745-7599.2008.00319.x
- Montes de Oca, F., Loría, J. y Chavarría, R. (2008). Prevalencia y factores de riesgo para el desarrollo del síndrome metabólico en personal médico de un servicio de urgencias. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 7(3). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol7_3_08/mie11308.htm.

- Molarius, A., Seidell, J. (1998). Selection of anthropometric indicators for classification of abdominal fatness a critical review. *Int J Obes Relat Metab Disord* . 22, 719-27. Recuperado el 14 mayo de 2012 desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9725630>
- Moreno, A Moreno., Egeaa, I., Latorre,R., Miquel, A.; Soto, J. (2008). Sociedad y cirugía. Burnout y cirujanos. *Cirugía Española*, 83(3), 118-24.
- Morales, G., Gallego, L., Rotger, D. (2004). La incidencia y relaciones de la ansiedad y el burnout en los profesionales de intervención en servicios sociales. *Interpsiquis* Recuperado el 05 abril 2012 desde <http://www.scielo.sa.cr/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S14091429200600020000200015&pid=S1409-14292006000200002&lng=es>.
- National Institute of Segurity and Ocupational Health (NIOHS). (2008). *Exposición al estrés: riesgos ocupacionales en los hospitales*. (NIOH Publicación No. 2008-136). Recuperado de <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2008-136/>.
- Oblitas, L. A. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. (2da ed). México: Thompson.
- Onzari, M. (2004) Fundamentos de nutrición en el deporte. Buenos Aires: Editorial El Ateneo.
- Órdenes. (2004). Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río. *Revista Chilena de Pediatría*. 75 (5);449-454. Recuperado el 15 octubre 2012 desde <http://www.scielo.sa.cr/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S14091429200600020000200003&pid=S1409-14292006000200002&lng=es>
- Organización Mundial de la Salud (2000). *The World Health Report*. Recuperado <http://www.who.int/>
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009*. Recuperadodehttp://new.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=663&Itemid=222.

- Ortega, C y López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and health Psychology*, 4(1), 137-160.
- Paoli, P y Merllié, D. (2001) *Third European Survey on Working Conditions 2000*. Luxembourg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Recuperado el 2 de abril del 2011 desde <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2001/21/en/1/ef0121en.pdf>.
- Palacios-Rodríguez, R., Munguía, C y Ávila, A. (2006). Sobrepeso y obesidad en personal de salud. *Revista Médica Instituto Mexicano de Seguro Social*, 44(5), 449-453.
- Palmer, Y., Prince, R., Searcy, B., Compean, S. (2007). Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería de 2 hospitales mexicanos. *Enfermería Clínica*. 17 (5), 256-260. Recuperado 4 Mayo del 2013 desde <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862107718107?via=sd>
- Parada, M., Moreno, B., Mejías, R., Rivas, Z., Rivas, A., Cerrada, F., & Rivas, J. (2005). Satisfacción laboral y síndrome de burnout en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes (IAHULA), *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 33-45. Recuperado el 2 abril 2012 desde <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/517>.
- Paredes, O., Sanabria, P. (2008). Prevalencia del Síndrome de Burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Scielo Revista Médica*.16 (1), 25-32. Recuperado el 09 julio del 2012 desde <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v16n1/v16n1a05.pdf>
- Peiró, J. M. (2005). *Desencadenantes del estrés laboral*. España: Psicología Pirámide.

- Peiró, J y Salvador, A. (1992). *Desencadenantes del Estrés Laboral*. España: Editorial UDEMA S. A.
- Peiró, J y Salvador, A. (1993). *Control del Estrés Laboral*. España: Editorial UDEMA S. A.
- Pérez, P., Larrea N y Gorbea, M. (2000). Tabaquismo y sus características en trabajadores de la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(3), 221-226.
- Perrin, E., Flower, K y Ammerman, A. (2005). Pediatricians' own weight: self-perception, misclassification, and ease of counseling. *Obesity Research*, 13, 326-32.
- Prieto, L., Robles, E., Salazar, L., Daniel, E. (2002). Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Atención Primaria*. 29 (5), 294-302.
- Quiceno, J. y Vinaccia, S. (2007). Burnout: "Síndrome de quemarse en el trabajo. *Acta colombiana de psicología*, 117-125. Recuperado el 4 de mayo 2012 desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79810212>.
- Ramones, I., Hernández, R. (2012). Rol de las citoquinas en la fisiopatología del daño vascular en la obesidad. *Boletín Médico de Postgrado*. Recuperado el 10 de abril del 2013 desde http://bibmed.ucla.edu.ve/db/psm_ucla/edocs/BM2601-04/BM26010408.pdf
- Reyes, E y Vargas, J. (2009). Agotamiento emocional en el personal de enfermería del Hospital de la niñez Oxaqueña: La Prevención del Burnout. *Centro Regional de Investigación en Psicología*, 3(1), 5-10.
- Reyes, J., Soloaga, G., Pérez, P y Dos Santos, L. (2007). El síndrome de Burnout en personal médico y de enfermería del hospital. "Juan Ramón Gómez" de la localidad de Santa Lucia, corrientes. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 167, 1-7.

- Rivera, A. (1997). *Presencia del Síndrome de Burnout en médicos del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras*, Tesis para optar por el Grado de Master en Psicología Clínica, UNAM, México. Recupera el 12 de julio del 2010 desde http://pepsic.homolog.bvsalud.org/scielo.php?pid=S025743222001000200002&script=sci_arttext.
- Rodríguez, A. (1997, Mayo, 246). *Educación sanitaria parte de los sanitarios no siguen los hábitos que aconsejan a sus pacientes*. Recuperado el 12 enero 2011 desde www.el-mundo.es/salud/snúmeros/97/5246/5246educacion.html-11k.
- Rojas, M., Castillo, L y Echeverría, R. (2005). Síndrome de Burnout en personal del primer nivel de atención sanitaria en Mérida, México. *Revista Científica de Psicología*, 5, 41-62.
- Rohlfs, I., Arrizabalaga, P., Artazcoz, L., Borrell, C., Fuentes, M y Valls, C. (2007). Salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos y médicas de Cataluña. *Fundación Galatea; Centre d'Anàlisis i Programes Sanitaris (CAPS)*, 1, 1-79.
- Salazar G. (2002). Desgaste y satisfacción profesional de los médicos de atención primaria del Programa de Atención Integral de Salud del Convenio UCR-CCSS en el segundo trimestre del año 2002. Tesis para la Maestría en Servicios de Salud Sostenibles. Costa Rica: Universidad Estatal a Distancia.
- Salmerón, J., Arillo, E., Campuzano, J y Lazcano, E. (2002). Tabaquismo en profesionales de la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos. *Salud Pública de México*, 44(1), 1-15.
- Sanabria, P., González, D y Urego, M. (2007). Estilos de vida saludables en profesionales de la salud colombianos. *Revista Médica*, 15(002), 207-217.
- Santos, M. (2011). Aplicación de nuevas tecnologías al análisis de la composición corporal: contraste metodológico y utilidad en el diagnóstico de la condición nutricional. Tesis para

- optar al grado de Doctorado en Zoología y Antropología Física. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado 02 agosto 2012 desde <http://eprints.ucm.es/13037/1/T33033.pdf>
- Santos, J. (2004). Manual: Motivación y Adaptación Ocupacional. Motal. San Salvador, El Salvador: Acción Consultores.
- Sansores, R y Venegas, A. (2000). Tabaquismo en médicos mexicanos. Un análisis comparativo con fumadores que no son médicos. *Revista Investigación Clínica*, 52(2), 161-167.
- SEEDO (2000) Consenso SEEDO'2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Recuperado el 18 de julio de 2010, de http://www.seedo.es/portals/seedo/consenso/Consenso_SEEDO_2000.pdf.
- Shirom, A., Nirel, N y Vinokur, A. (2006). Overload, autonomy, and burnout as predictors of physicians' quality of care. *Journal of Occupational Health Psychology*, 11, 328-42.
- Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). (1996). Consenso español para la evaluación de la obesidad y para la realización de estudios epidemiológicos. *Medicina Clínica de (Barcelona)*, 107, 782-787.
- Sternfield, B., Ainsworth, B y Quesenberry, C. (1999). Physical activity patterns in a diverse population of women. *Preventive Medicine*, 28(3), 313-323. Recuperado el 28 mayo 2012 desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10072751>.
- Stewart, D., Ahmad, F., Cheung, A., Bergman, B y Dell, D.(2000). Women physicians and stress. *Journal of Women's Health and Gender Based Medicine*, 9, 185-190.
- Tavera, J. (1994). Estilos de vida, factores de riesgo y enfermedades crónicas no transmisibles, promoción de estilos de vida saludables, prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.

- Talt, D., Bradley, C y Wipf, J. (2002). Back A Resident burnout and self reported patient care. *Annals of Internal Medicine*, 136(5), 358-67.
- Umaña, A. (2007). Relación entre estilos de vida y condición de salud de las (los) profesionales en enfermería, Hospital de Guápiles, 2005. *Enfermería en Costa Rica*, 28(1), 5-11.
- U.S. Center for Disease and Control Prevention (2010). Exposure to Stress: Occupational Hazards in Hospitals. No. 2008-136, Recuperado de <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2008-136/default.html>.
- Villareal, S. (2003). Prevalencia de la obesidad, patologías crónicas, hábitos alimentarios asociados y su relación con el estrés y actividad física en trabajadores de salud del hospital la Anexión. *Revista ciencias Administrativas financieras, seguridad social*, 11(1), 83-93.
- Wang, Z., Wang, ZM y Heymsfield, SB. (1999). History of the study of human body composition research: A brief review. *American Journal Human Bioogy*. 11, 157-165.
- Williams, M. (2005) *Nutrición para la salud, la condición física y el deporte*. México: McGraw-Hill.
- Wilmore, J. y Costill, D. (1994). *Fisiología del Esfuerzo y del Deporte*. Editorial Paidotribo, España, 444-445.
- Yang, X., Telama, R., Leino, M., Viikari, J. (1999). Factores explaining the physical activity of young adults: the importance of early socialization. *Scandinavian Journal of Medicine and science in sports* 9(2), 120-127. Recuperado el 05 setiembre 2013 desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10220848>.
- Zaldúa, G., Lodieu, M y Koloditzky, D. (2000). La salud de los trabajadores de la salud. Estudio del Síndrome de Burnout en Hospitales Públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Revista Hospital Materno Infantil: Ramón Sarda*, 7,15-19.

Zapka, J., Lemon, S., Magner, R y Hale,J. (2009). Lifestyle behaviors and weight among hospital-based nurses. *Journal of Nursing Management*, 17, 853–860.

Zuger, A. (2004). Dissatisfaction with medical practice. *New England Journal of Medicine*, 350, 69-75.

Zhu, S; Heshka, S., Wang, Z., Shen, W., Allison, DB., Ross, R y Heymsfield, S. (2004) Combination of BMI and Waist Circumference for Identifying Cardiovascular Risk Factors in Whites. *Obesity* 12(4), 633-645.

ANEXO 1

DATOS

SOCIODEMOGRÁFICOS

**Buen Día!**

Este instrumento pretende recolectar información sobre aspectos personales sociodemográficos y físicos para conocer el estado actual de su salud.

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada pregunta, marque con **X** o complete según corresponda. Por favor sea lo más transparente posible. Toda la información que usted brinde será confidencial. ¡Gracias!

Composición corporal

Peso _____ Talla: _____ IMC: _____ Biomedancia: _____ Circunferencia C: _____

Datos sociodemográficas

Edad : _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Escolaridad

Primaria	Secundaria	Universidad	Grado Académico
Completa	Completa	Completa	Bachillerato
Incompleta	Incompleta	Incompleta	Licenciatura Maestría Especialidad Médica Técnico

Ocupación u profesión: _____

Puesto actual: _____

Antigüedad en el puesto: _____

Turno laboral: _____

Padecimientos crónicos o agudos:

Hipertensión arterial (presión alta)
Diabetes (Azúcar en la sangre)
Asma
Dislipidemia (triglicéridos y colesterol alto)
Enfermedades del corazón
Cáncer
Problemas articulares crónicos
Otras:

Muchas gracias por su colaboración su participación es muy valiosa para el bienestar de los trabajadores de la salud.

Anexo 2

Escala de Maslach para Evaluar el Síndrome de Burnout

Escala de Maslach para Evaluar el Síndrome de Burnout

A continuación se le presenta un cuestionario de 22 afirmaciones sobre sus sentimientos y actitudes como profesional hacia su trabajo y los pacientes que atiende. **Debe marcar con una X el puntaje que más se ajuste a su situación. En caso de error, rodee la respuesta incorrecta con un círculo y marque de nuevo la correcta con otra X. La respuesta es única. Por favor utilice la siguiente escala**

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 o menos	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días

I1	Me siento emocionalmente agotado(a) por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
I2	Me siento cansado(a) al final de la jornada de trabajo	0	1	2	3	4	5	6
I3	Me siento fatigado(a) cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar	0	1	2	3	4	5	6
I4	Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes	0	1	2	3	4	5	6
I5	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	0	1	2	3	4	5	6
I6	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	0	1	2	3	4	5	6
I7	Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	0	1	2	3	4	5	6
I8	Me siento “quemado(a)” por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
I9	Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas	0	1	2	3	4	5	6
I10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	0	1	2	3	4	5	6
I11	Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
I12	Me siento muy activo(a)	0	1	2	3	4	5	6
I13	Me siento frustrado(a) en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
I14	Creo que estoy trabajando demasiado	0	1	2	3	4	5	6
I15	Realmente no me preocupa lo que les ocurra a mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
I16	Trabajar directamente con personas me produce estrés	0	1	2	3	4	5	6
I17	Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
I18	Me siento estimulado(a) después de trabajar con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
I19	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	0	1	2	3	4	5	6
I20	Me siento acabado(a)	0	1	2	3	4	5	6
I21	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	0	1	2	3	4	5	6

I22	Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas	0	1	2	3	4	5	6
-----	--	---	---	---	---	---	---	---

¡Gracias por su colaboración!

Se realizó la sumatoria de los puntajes obtenidos en las diferentes subescalas (despersonalización, agotamiento emocional y realización personal), según número de ítem y tal como se indica en el marco teórico; a continuación se aplicó a los percentiles 33 y 66 a la distribución de los pacientes obtenidos en el estudio, con la finalidad de obtener a partir de los mismos los puntos de corte que definen cada una de la subescalas en bajo, media, alto

ANEXO 3

INVENTARIO DE ESTILOS DE VIDA

CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA

El presente cuestionario está diseñado para aumentar su conocimiento y conciencia acerca de su estilo de vida en general. Específicamente le muestra las áreas de su estilo de vida donde Usted tiene hábitos saludables y donde debe mejorar. Usted debe mantener en mente que, aunque hay riesgos para la salud asociados con la edad, el sexo y la herencia, que están fuera de su control, hay muchos otros que sí puede modificar o controlar, tales como el ejercicio, la dieta, la obesidad, los niveles sanguíneos de colesterol, el uso de tabaco, etc. Muchas gracias por su participación

SECCION 1. CONDICION FISICA

1. Hace Ud. ejercicio o juega algún deporte durante, al menos treinta minutos, tres o más veces a la semana ?	SI	NO
2. Hace Ud. ejercicios de calentamiento y enfriamiento antes y después de hacer ejercicios ?	SI	NO
3. Tiene Ud. el peso adecuado para su altura y sexo?	SI	NO
4. En general, está Ud. satisfecho con su condición física ?	SI	NO
5. Está Ud. satisfecho con su actual nivel de energía ?	SI	NO
6. Usa Ud. las escaleras, en lugar de ascensores o escaleras eléctricas, cada vez que sea posible ?	SI	NO

SECCION 2. HISTORIA FAMILIAR

TIENE UD. UN ABUELO, PADRE, TIO/A, HERMANO/A, QUE:

1. Haya tenido un ataque al corazón antes de los 40 años de edad?	SI	NO
2. Haya tenido presión sanguínea alta requiriendo tratamiento ?	SI	NO
3. Haya desarrollado diabetes ?	SI	NO
4. Haya desarrollado glaucoma (aumento de la presión intraocular)?	SI	NO
5. Haya desarrollado gota?	SI	NO
6. Haya desarrollado cáncer de seno ?	SI	NO

SECCION 3. AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO

1. Se lava Ud. los dientes diariamente ?	SI	NO
2. Se efectúa Ud. un chequeo dental, por lo menos, una vez al año ?	SI	NO
3. Usa Ud. bronceadores solares regularmente y evita las exposiciones prolongadas al sol ?	SI	NO
4. PARA MUJERES: Se examina Ud. Los senos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes ?	SI	NO

5. PARA HOMBRES : Se examina Ud. los testículos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes?	SI	NO
6. Sabe Ud. usualmente qué hacer en caso de enfermedad o accidente ?	SI	NO
7. Evita Ud. los rayos X innecesarios ?	SI	NO
8. Duerme Ud. lo suficiente normalmente ?	SI	NO
9. Se ha medido su presión sanguínea en el último año?	SI	NO
10. PARA MUJERES: Se ha hecho una prueba citológica en los dos últimos años ?	SI	NO
11. Si Ud. es mayor de 40 años, se ha hecho un examen de glaucoma en los últimos 4 años ?	SI	NO
12. Si Ud. es mayor de 40 años, se ha hecho un examen de sangre oculta en las heces fecales durante los dos últimos años?. Si es mayor de 50 años: se lo ha hecho durante el último año?	SI	NO
13. Si Ud. es mayor de 50: se ha hecho, por lo menos, un examen endoscópico del intestino grueso?	SI	NO

SECCION 4. HABITOS ALIMENTICIOS

1. Bebe Ud. suficientes líquidos para que su orina tenga un color amarillo pálido ?	SI	NO
2. Tiene Ud. alimentos especiales o favoritos ?	NO	SI
3. Le añade Ud. sal a las comidas?	NO	SI
4. Mantiene Ud. en un mínimo su consumo de productos dulces, especialmente de caramelos y bebidas gaseosas y de otros tipos (no alcohólicas), y evita añadir azúcar a los alimentos?	SI	NO
5. Está su dieta bien balanceada, incluyendo vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos y fuentes adecuadas de proteína?	SI	NO
6. Limita Ud. su consumo de grasas (mantequilla, queso crema, carnes grasosas)?	SI	NO
7. Limita Ud. su consumo de colesterol (huevos, hígado, carnes)?	SI	NO
8. Come Ud. pescado y aves más frecuentemente que carnes rojas?	SI	NO
9. Come Ud. alimentos altos en fibra varias veces al día (vegetales, frutas, granos enteros)?	SI	NO

SECCION 5. CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS

1. Fuma Ud. cigarrillos, tabacos, pipa, mastica tabaco o usa otras drogas?	NO	SI
2. Se limita Ud. a consumir a lo sumo dos tragos al día?	SI	NO
3. Ha oído Ud. críticas o comentarios de algún miembro de su familia o amigos sobre sus hábitos alcohólicos o de consumo de alguna otra droga?	NO	SI

4. Le ha ocurrido alguna vez que ha perdido la memoria de lo que ha hecho estando bajo el efecto del alcohol o de otra	NO	SI
5. Consume Ud. alcohol o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida?	NO	SI
6. Lee Ud. y sigue las instrucciones cuando utiliza algún medicamento recetado o autoindicado?	SI	NO

SECCION 6. ACCIDENTES

1. Maneja Ud. bajo efectos de alcohol u otras drogas o aborda un vehículo manejado por algún conductor bajo efectos del alcohol u otras drogas?	NO	SI
2. Observa Usted las reglas de tránsito?	SI	NO
3. Opera Usted maquinarias peligrosas que requieren atención y precaución bajo los efectos de alcohol u otras drogas?	NO	SI
4. Observa Ud. las medidas de seguridad en su local y centro de trabajo?	SI	NO
5. Fuma Ud. en la cama?	NO	SI
6. Se asegura de tener claras las instrucciones cuando usa productos o sustancias de limpieza, tóxicos, inflamables, solventes	SI	NO
7. Se asegura Ud. de cerrar las llaves del gas o de mantener siempre las precauciones con los combustibles que utiliza para su cocina?	SI	NO

SECCION 7. VALORES DE LA VIDA. ESFERA INTELECTUAL Y ESPIRITUAL.

1. Se interesa Ud. por eventos relacionados con la vida política y social?	SI	NO
2. Se siente Ud. satisfecho con el tiempo libre que dispone para su recreación y entretenimientos?	SI	NO
3. Es Ud. creativo o disfruta con las actividades que realiza?	SI	NO
4. Se siente Ud. satisfecho al corresponder el trabajo que realiza con sus valores y motivaciones?	SI	NO
5. Se siente Ud. satisfecho al corresponder las actividades recreativas que realiza con sus valores y motivaciones?	SI	NO
6. Tiene Ud. dificultad para aceptar los valores, actitudes, y estilos de vida de otras personas que son diferentes a los suyos ?	NO	SI
7. Está Ud. satisfecho con su vida espiritual?	SI	NO

SECCION 8. ESTRÉS Y APOYO SOCIAL

1. Se siente Ud. satisfecho con su ritmo de vida?	SI	NO
2. Es fácil para Ud. reirse?	SI	NO
3. Reprime sus sentimientos de disgusto sin expresarlos?	NO	SI
4. Puede Ud. tomar decisiones con un mínimo de tensión y frustración?	SI	NO
5. Incluye Ud. en su rutina diaria un tiempo para relajarse?	SI	NO
6. Se prepara Ud. para eventos desagradables que puedan producirle estrés?	SI	NO
7. Ha tenido que hacer reajustes importantes en su hogar o en su trabajo en el pasado reciente?	NO	SI
8. Ha tenido Ud. algún familiar o amigo muerto, herido o gravemente enfermo en los últimos tiempos?	NO	SI
9. Tiene Ud. sentimientos de culpa o autocastigo por algo que le preocupa mucho?	NO	SI
10. Ha cambiado sus hábitos de comer y dormir por alguna situación de estrés o algún incidente en el pasado reciente?	NO	SI
11. Frecuentemente puede dormir sin despertarse en toda la noche?	SI	NO
12. Se despierta Ud. descansado?	SI	NO
13. Tiene Ud. una o más personas con las que puede conversar problemas íntimos y personales?	SI	NO
14. Se siente Ud. respetado y admirado por los demás ?	SI	NO
15. Tiene Ud. alguien a quien pueda pedir ayuda económica en calidad de préstamo si fuere necesario?	SI	NO
16. Está Ud. satisfecho con el apoyo que brinda a los demás?	SI	NO

SECCION 9. MEDIO AMBIENTE

1. Vive o trabaja en un medio ambiente de contaminación de aire y ruido?	NO	SI
2. Está Ud. expuesto a menudo a cloruro de vinilo, asbesto u otras sustancias tóxicas?	NO	SI
3. Ha extrañado Ud. su trabajo, cuando lo ha dejado por alguna enfermedad, o siente nostalgia por regresar a él?	NO	SI
4. Permanece sentado por períodos de una hora o más tiempo?	NO	SI
5. Se siente Ud. satisfecho con sus habilidades para realizar sus actividades de trabajo?	SI	NO
6. Cree Ud. que recibe justa y adecuadamente el reconocimiento por las actividades que realiza?	SI	NO
7. Está Ud. satisfecho con la flexibilidad del tiempo entre sus actividades de trabajo y el tiempo libre?	SI	NO

SECCION 10. SEXUALIDAD

1. Está Ud. satisfecho con su actividad sexual?	SI	NO
2. Está Ud. satisfecho con sus relaciones sexuales?	SI	NO
3. Se siente satisfecho con usar (o no usar) anticonceptivos?	SI	NO
4. Se siente Ud. satisfecho al realizar (o no realizar) prácticas sexuales protegidas o seguras?	SI	NO

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO: PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL Y SU RELACIÓN CON ESTILOS DE VIDA y COMPOSICIÓN CORPORAL EN FUNCIONARIOS Área de Salud de barranca

INVESTIGADOR PRINCIPAL: María Gabriela Rugama Hidalgo

CENTRO ASISTENCIAL Y SERVICIO: Hospital Monseñor Sanabria

TELEFONO DISPONIBLE 24 HORAS: 60225002/ 22444303

1. EXPLICACIÓN general al participante

Este documento que usted está empezando a leer se llama CONSENTIMIENTO INFORMADO. Mediante este documento, se le está invitando a usted a participar en un estudio de investigación.

Este estudio trata sobre una descripción del estilo de vida, la presencia de desgaste profesional, la composición corporal de los empleados del Area de Salud de Barranca por medio de la realización de cuestionarios, medida del peso y talla, además de medición de la grasa corporal.

Se espera aprender en qué estado se encuentra la situación relacionada con el estrés laboral, los estilos de vida y la composición corporal, para poder tener un diagnóstico y elaborar programas o proyectos en los cuales se pueda beneficiar a usted como funcionario del Área de Salud concientizar para el abordaje más integral y usted se sienta mejor en su lugar de trabajo.

Se le invita a usted por ser empleado del área de Salud de Barranca, tener entre y años de edad, contar con más de 6 meses de trabajar para la institución.

Aproximadamente 130 personas formarán parte en este estudio.

Su participación en este estudio es voluntaria. Su decisión de participar o no, no afectará sus derechos como asegurado de la Caja. Con su decisión, usted no renuncia a sus derechos o a la potestad de hacer algún reclamo legal. Si usted decide participar en este estudio, es libre de cambiar de opinión y retirarse en el momento que usted así lo quiera.

2. Procedimientos del estudio

Si usted decide participar en el estudio, a usted se le realizarán los siguientes procedimientos:

Visita 1: Se convocará a una reunión informativa para que conozca las razones por las cuales se realiza la investigación, además de motivación para la misma.

Visita 2: Se realizará medición del cuestionario llamado Inventario Burnout de Maslach Human Services Survey (MBI- HSS) El MBI-HSS consta de 22 ítems que se distribuyen en tres subescalas denominadas: agotamiento emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems) y realización personal (8 ítems), debes de contestar la recurrencia con la que han experimentado la situación descrita en ellos. La escala tiene 7 grados de frecuencia que van de 0 ("nunca") a 6 ("diariamente"). Además debes de contestar un segundo cuestionario llamado Inventario de Estilos de Vida, y unas preguntas sobre edad, sexo, profesión u oficio, años de laborar, servicio al que pertenece. Se realizarán mediciones del peso, talla y porcentaje de grasa corporal de la siguiente manera: Para lo primero, se le debe solicitar vestir ropa ligera y escasa y estar descalzo, no haber ingerido sólidos o líquidos al menos tres horas antes, no haber practicado ejercicio físico durante la misma cantidad de tiempo previamente y deshacerse de cuanto accesorio dificulte el procedimiento o sume peso (prensas de pelo, gorras, monedas en los bolsillos, billeteras, celulares, collares pesados, etc.).

El tallaje se realiza de espalda, contra la pared, descalzo. El protocolo exige acercar los talones hasta contactar la pared, al igual que los glúteos, las escápulas y el hueso occipital del cráneo, formando un ángulo de 90° entre la barbilla y la tráquea. El tallímetro o cinta métrica deberá quedar alineado con la columna vertebral del sujeto. Al igual que en el procedimiento anterior, todos aquellos objetos que entorpezcan la medición deberán ser removidos (colas, diademas, gorras, sombreros, billeteras).

Así mismo la medición de la bioimpedancia se realizara posterior al tallaje y pesaje de cada sujeto con el siguiente procedimiento:

Colocarse en la balanza de Bioimpedancia descalzo, sostener el dispositivo con los brazos en ángulo de 90 grados y se espera 4 segundos.

- a. Se debe guardar de 3-4 horas previas de ayuno y abstinencia al ejercicio físico.*
- b. No proceder si el usuario presenta deseos de defecar u orinar hasta que lo haya hecho.*
- c. La medición se realiza con escasa ropa y descalzo, sin talcos, crema o sudor en las plantas de los pies.*
- d. El sujeto deberá encontrarse en un estado de euhidratación.*

e. No haber sufrido de diarrea o fiebre las últimas 48 horas, ni haber ingerido bebidas alcohólicas o cafeinadas las últimas 12 horas.

g. El individuo deberá desprovenerse de celulares, reproductores de mp3 u otros objetos que interfieran con el funcionamiento del dispositivo.

h. No puede practicarse este método en mujeres u hombres con implantes de silicona o solución salina, pines metálicos ni en embarazadas.

La circunferencia cintura consiste en medir, en el momento de vacío entre el final de la espiración y el comienzo de la inspiración de una respiración normal, en el punto medio entre el margen costal inferior (borde inferior de la décima costilla) y la cresta ilíaca (espina ilíaca anterosuperior) cintura.

4. Posibles riesgos y molestias

Los posibles riesgos o molestias que usted puede experimentar durante este estudio son: incomodidad

5. INVESTIGACIONES QUE INCLUYEN ENCUESTAS O CUESTIONARIOS

Algunas de las preguntas del cuestionario o de la encuesta que se le van a hacer pueden incomodarlo. Usted puede escoger si contesta o no una o varias de las preguntas que lo hagan sentir incómodo. Recuerde que es anónima su participación.

6. POSIBLES BENEFICIOS PARA EL PARTICIPANTE

Los posibles beneficios para usted por participar en este estudio son obtener el peso, la talla y el porcentaje de grasa corporal circunferencia cintura y conocer su estado nutricional y estado de estrés laboral.

7. PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN

El investigador mantendrá los registros relacionados con este estudio de manera privada, hasta donde la ley lo permita. Sin embargo, puede que la información de este estudio se publique en revistas médicas o científicas o que los datos sean presentados en congresos o conferencias. De ser así, nunca se utilizará su nombre.

12. COSTO POR PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

No se le cobrará a usted por ninguna de las visitas o demás pruebas que se le harán en este estudio.

15. NUEVA INFORMACIÓN GENERADA DURANTE EL DESARROLLO DEL ESTUDIO

Durante el estudio, puede que aparezcan nuevos detalles acerca de los riesgos o beneficios de participar en él. De ser así, esta información se le dará a usted. Usted puede decidir no seguir participando en el estudio, desde el momento en que reciba esta nueva información. Si a usted se le da nueva información, y decide continuar en el estudio, se le solicitará que firme el consentimiento.

18. Declaración de interés

La investigadora en este estudio no tienen ningún interés económico en el desarrollo del producto que está siendo estudiado. Tampoco tienen ningún interés económico en su relación con el patrocinador.

19. PERSONAS A LAS CUALES PUEDE ACUDIR EL PARTICIPANTE

Usted puede llamar a María Gabriela Rugama Hidalgo al teléfono 60225002 si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de su participación en este estudio.

20. ACUERDO

Yo he leído (o alguien ha leído para mí) la información que se detalló anteriormente. Se me ha dado la oportunidad de preguntar. Todas mis preguntas fueron respondidas satisfactoriamente. He decidido, voluntariamente, firmar este documento para poder participar en este estudio de investigación.

_____ Nombre del participante	_____ Cédula	_____ Firma	_____ Fecha	_____ Hora	a.m. / p.m.
_____ Nombre del testigo	_____ Cédula	_____ Firma	_____ Fecha	_____ Hora	a.m. / p.m.

Yo he explicado personalmente el estudio de investigación al participante y he respondido a todas sus preguntas. Creo que él (ella) entiende la información descrita en este documento de consentimiento informado y consiente libremente en participar en esta investigación.

_____ Nombre del investigador/ Persona que obtiene el consentimiento	_____ Cédula	_____ Firma	_____ Fecha	_____ Hora	a.m. / p.m.
---	-----------------	----------------	----------------	---------------	-------------