



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
H. R. P. U. M.

**“SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA, ANSIOSA Y SINDROME
DE BURNOUT PRESENTES EN LAS DIFERENTES AREAS
LABORALES DE SALUD MENTAL EN UN HOSPITAL
PSIQUIATRICO DEL IMSS”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA
DR. JUAN MANUEL MACIAS SILVA

TUTOR TEÓRICO
DR. MIGUEL PALOMAR BAENA

TUTOR METODOLÓGICO
DRA. CLAUDIA FOUILLOUX MORALES



MÉXICO, D.F. 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Es muy común recordar que alguien nos debe agradecimiento, pero es más común no pensar en quienes le debemos nuestra propia gratitud.

Johann Wolfgang Goethe

Gracias...

A mi esposa Nelly,

Por haberme apoyado de manera incondicional en todo.

A mi hijo Luis Fernando,

Quien posiblemente me haya enseñado más de la vida que cualquier otra persona.

A mis padres:

Quienes me dieron las bases para salir adelante en la vida.

Al Hospital Regional Psiquiátrico Morelos

Por acogerme por los 4 años de la residencia médica.

A los médicos:

Por su contribución para mi formación como psiquiatra.

A mis tutores de tesis, el Dr. Palomar y la Dra. Fouilloux:

Quienes, a pesar de ser personas tan ocupadas, siempre tuvieron el tiempo y paciencia necesarios para mis inquietudes durante la realización de esta tesis.

A Dr. Carmona, Dr. Cruz, Dra Jimenez y Dra. Vargas:

Por su valiosa contribución para la realización de este trabajo de investigación.

A Dra. Colores, Dr. Hernández, Dr. Saldívar y Dra. Soria:

Mis compañeros de residencia durante estos 4 años.

A mis pacientes:

Sin ellos, definitivamente no hubiera podido adquirir lo poco que sé, ni me daría cuenta de lo mucho que me falta por aprender.

INDICE

Agradecimientos.....	2
Índice.....	3
Antecedentes científicos.....	4
Planteamiento del problema.....	8
Justificación.....	9
Objetivos.....	10
Material y métodos.....	11
Tipo de estudio.....	11
Lugar de estudio.....	11
Periodo de estudio.....	11
Universo de estudio.....	11
Variables.....	11
Población.....	12
Criterios de inclusión.....	13
Criterios de no inclusión.....	13
Criterios de eliminación.....	13
Instrumentos de medición.....	13
Metodología.....	16
Aspectos éticos.....	16
Análisis estadístico.....	17
Resultados.....	18
Discusión.....	25
Conclusión.....	28
Bibliografía.....	29
Anexos.....	32

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El síndrome de Burnout es una respuesta al estrés laboral crónico, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como el encontrarse emocionalmente agotado. Es una respuesta principalmente emocional, situando los factores laborales y organizacionales como condicionantes y antecedentes. Los estudios de Maslach y Jackson (1981, 1985, 1986), defienden que el Burnout es un síndrome tridimensional que se desarrolla en profesionales cuyo objeto de trabajo son personas (usuarios) y se consideran tres dimensiones características: cansancio emocional, despersonalización y realización personal (1).

Pines y Arosón (1981) consideran este síndrome como un fenómeno social frente a la concepción clínica e individualista de la depresión.

En un primer momento, Maslach (1981) definía al Burnout como un estrés crónico producido por el contacto con los clientes, que los llevaba hasta la extenuación y el distanciamiento emocional en sus trabajos. Los primeros estudios empíricos sistemáticos de Maslach y Pines (1981) tenían como objetivo el análisis de los estados emocionales en los profesionales y sus reacciones a los clientes, relacionándolos con determinadas características de su trabajo. Tales estudios mostraron la presencia del cansancio emocional y de la despersonalización como partes del fenómeno del Burnout, por ello las primeras aproximaciones conceptuales incluían solo ambas direcciones.

Sin embargo, la estructura de 3 dimensiones del síndrome de Burnout ha sido replicada por numerosos autores en sus investigaciones (2).

Kandolín (1983) en sus estudios propone 3 dimensiones en el síndrome de Burnout: fatiga psicológica, pérdida de satisfacción laboral y endurecimiento. Caton (1988) estudió a profesionales que trabajaban en la Educación especial, encontrando una estructura de cuatro dimensiones, tres de ellos coincidentes con el modelo de Maslach y Jackson y un cuarto que denominaron el factor de sobrecarga laboral.

Con todos los cambios sociales y la transformación en la situación laboral, se afirma que ha habido un mayor interés en el fenómeno de Burnout en la última década. Si bien el síndrome de Burnout se describía en un inicio

en aquellas personas con profesiones concernientes al área de la salud, en la actualidad se observa que no sólo se describe de manera exclusiva a este ámbito, sino que puede observarse en diversas ocupaciones, aún entre estudiantes, amas de casa, e incluso gente desempleada (3).

Se consideran como factores predisponentes para Burnout, principalmente la categoría profesional y el sexo, y en conjunto se encuentra que principalmente los enfermeros, de los cuales aquéllos que se encuentran en trabajos rutinarios son los más susceptibles (4).

Otro dato encontrado es que a mayor antigüedad de una persona de laborar en un mismo servicio, hay mayor protección para contrarrestar los efectos de Burnout, esto es explicado debido a que una persona con poca antigüedad laboral y que desarrolla Burnout, generalmente renuncia; en cambio, personas con gran antigüedad, probablemente han sobrevivido al Burnout en sus primeros años, y en los últimos han desarrollado estrategias para enfrentarlo (5,6).

Ha habido varios estudios acerca del síndrome de Burnout en diferentes áreas de salud, las cuales incluyen principalmente a enfermería (7-10), personal médico tanto general como de diferentes especialidades (12-15) incluyendo psiquiatría (16), residencias médicas (11), psicólogos (17,18), trabajadoras sociales (30) y asistentes médicos (31).

Pero no sólo se ha pensado en que el síndrome de Burnout sea por las actividades propias de cada área del sector de salud, también se ha planteado, además, si el síndrome de Burnout en realidad es producto de patologías previas, como los trastornos depresivos, trastornos por ansiedad, de personalidad o de adaptación; o si es producto de expectativas diferentes entre los profesionales de la salud con respecto a sus carreras, estas expectativas en la forma de ideas preconcebidas en la etapa universitaria o incluso en etapas previas (32,33). Entonces es válido considerar que en realidad, el síndrome de Burnout no fuera solamente un trastorno circunscrito y provocado por el ambiente laboral, sino que entonces podría ser considerado como un trastorno que se presenta en personas con vulnerabilidades previas, reforzado por el hecho de que algunos profesionales, aun en la misma área de trabajo, tengan mayor predisposición para presentarlo con respecto a otros (5).

Aún así, debido a esta posibilidad descrita, también está la contraparte de que el Burnout aparezca por la persistencia y permanencia de una serie de estímulos negativos, entre los cuales destacan pobre apoyo social de parte de la familia, amigos, parejas y supervisores, de los cuales los 2 primeros parecen influir de manera notoria en el desarrollo del síndrome de Burnout (6).

Sin embargo, algunos autores concluyen que los factores ambientales no tienen tanto peso como los factores personales, y se apoyan en la teoría de que cada persona posee un historial propio, con conductas propias, y en éstas se incluyen el uso de mecanismos de afrontamiento, entre los cuales se consideran mecanismos adecuados el buscar y obtener apoyo de las personas queridas, el juego y la recreación, la consulta con colegas, la relación con los profesionales compañeros, las vacaciones y actividades de ocio como leer, hobbies o actividad física (34). Aquellas personas que no utilizan mecanismos de afrontamiento adecuados son más susceptibles a padecer síndrome de Burnout (9).

Algunas características personales como el ser perfeccionista, el carecer de mecanismos adecuados de enfrentamiento al estrés, malos hábitos, falta de control en el ambiente laboral por los procesos administrativos o que estén con sobrecarga de trabajo, así como pobres relaciones personales, vida sedentaria, el atender pacientes crónicos y/o complicados, papeleo excesivo o arrepentimiento por no haber elegido otra carrera, influyen de manera importante (11).

Se ha tratado de relacionar el síndrome de Burnout con estados, síndromes y trastornos depresivos, debido a las similitudes comportamentales que comparten dichas entidades (19).

Uno de los estudios más reconocidos por diversos autores es el estudio realizado en el 2000, y publicado en el 2006 por Ahola y cols. Dicho estudio multicéntrico se llevó a cabo en Finlandia, con una muestra de 3270 empleados. Los resultados mostraron que una carga laboral alta se asocia al síndrome de *Burnout* con OR de 7.4 veces con un IC 95% (5.6 – 9.7) en comparación a una carga laboral baja, hay asociación de carga laboral alta con síntomas depresivos con OR de 3.8 veces con un IC 95% (2.8 – 5.1) comparado con carga laboral baja, y con trastorno depresivo

con OR = 1.7, IC 95% (1.1 – 2.6) comparados en aquellos con carga laboral baja (19).

Con el síndrome del Burnout, al igual que con el síndrome depresivo, también se observa que existe relación con ideación suicida, observándose que la prevalencia aproximada es de 5.8%, y que aquellas personas que se recuperan de Burnout, igualmente remiten la ideación suicida (20).

Se ha encontrado, por ejemplo, en un estudio realizado por Bernaldo de Quirós, que en cada una de las áreas que conforman el síndrome de Burnout se relacionan de manera significativa con estados depresivos, principalmente en el área médica, hasta un 62.2% en la subescala de agotamiento emocional, 62.7% en la subescala de despersonalización, aunque no se relaciona significativamente en la subescala de realización personal (15).

En cuanto a ansiedad, igualmente en este estudio, se encuentra que para agotamiento emocional hay asociación significativa para médicos y enfermeras, con 65.9% y 53.3% respectivamente; para la subescala de despersonalización cursa con 70% para médicos; y no hay asociación significativa para la dimensión de realización personal y ansiedad (15).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen varios reportes de la presencia de Burnout entre personal de servicios de salud (médicos, enfermeras, psicólogos, etc.), sin embargo no se logra conocer qué factores pudieran estar relacionados a esta problemática, uno de los cuales comprende a los estados emocionales del personal que labora en las instituciones, y que dichos factores no siempre se debe a aquellos relacionados a la institución. Así mismo, los estudios realizados intrainstitucionalmente están circunscritos, en general, a aspectos sociodemográficos asociados, y hay pocos trabajos a nivel nacional orientados a la asociación de depresión o ansiedad con el síndrome de Burnout en diversas áreas del personal de salud.

Considerando el desgaste producido por la atención de pacientes con problemas en su salud mental, consideramos que los trabajadores del Hospital Regional de Psiquiatría de la Unidad Morelos del IMSS cursan con riesgo de presentar el síndrome de Burnout asociado a sintomatología depresiva y ansiosa hasta un 76% de manera global (27), y específicamente en salud mental se han encontrado que 70% del personal psiquiátrico presenta altos niveles de afectación en cansancio emocional, despersonalización y realización personal asociados a estados depresivos y ansiosos (28).

Aún así, no se tiene claro si existe en el área de salud mental algún grupo que padezca con mayor intensidad el síndrome de Burnout, así como sintomatología ansiosa y depresiva.

Con base en lo anterior se formula la siguiente pregunta:

¿Existe la presencia del síndrome de Burnout asociado a sintomatología ansiosa y/o depresiva en las diferentes áreas laborales del personal de salud del Hospital Psiquiátrico Morelos del IMSS?

JUSTIFICACION

Es importante el estudio de la asociación del síndrome de Burnout con sintomatología depresiva y ansiosa en el personal de atención a la salud mental, relacionados al contacto estrecho y prolongado con pacientes con trastornos psiquiátricos, ya que, entre de las estrategias propuestas en el informe sobre la salud en el mundo elaborado por la OMS en el año 2000 para evaluar la calidad de los sistemas de salud y la manera de proceder a su mejora, se recomienda, de forma general, el implementar mejoras para las gestiones laborales, pero también se realiza la recomendación de proporcionar la atención necesaria a los recursos humanos de las organizaciones de salud.

Sin embargo, con el fin de que puedan lograrse las propuestas realizadas por la OMS, también es indispensable la identificación de las áreas de salud mental que sean más afectadas por síndrome de Burnout, síntomas depresivos y ansiosos, con el fin de que se puedan implementar programas preventivos y correctivos en el personal afectado, lo que justifica el estudio en el Hospital Psiquiátrico Morelos, con lo cual se llevarían a cabo las recomendaciones de la OMS.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Identificar la asociación entre el síndrome de *Burnout* con la sintomatología depresiva y ansiosa en el personal de salud del Hospital Regional Psiquiátrico Morelos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Cuantificar la frecuencia con que se presenta el síndrome de *Burnout*, en el personal de salud que labora en el Hospital Regional Psiquiátrico Morelos.
- Cuantificar la presencia de estado depresivo en el personal de salud que labora en el Hospital Regional Psiquiátrico Morelos.
- Cuantificar la presencia de estado ansioso en el personal de salud que labora en el Hospital Regional Psiquiátrico Morelos.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio

Estudio retrospectivo, observacional, transversal, descriptivo y abierto.

Lugar de estudio:

Hospital Regional Psiquiátrico Morelos.

Periodo de estudio:

01 de Abril de 2011 al 31 de Julio de 2011.

Universo de estudio:

Personal de salud del Hospital Regional Psiquiátrico Morelos en contacto con el paciente psiquiátrico. Se evaluó médicos psiquiatras, médicos residentes, personal de enfermería, personal de psicología, asistentes médicos, trabajadoras sociales y personal de nutrición.

Variables

Síndrome de *Burnout*.

- Definición operacional: Afectación media o alta en una o varias subescalas del inventario de Burnout de Maslach. Esto es puntuaciones mínimas de 19 puntos para la subescala de agotamiento emocional, 6 puntos para la subescala de despersonalización, y/o puntuación máxima de 39 puntos para la subescala de realización personal.
- Instrumento de medición: Inventario de Burnout de Maslach.

Depresión

- Definición operacional: Calificación mínima de 10 puntos del inventario de depresión de Beck.
- Inventario de medición: Inventario de depresión de Beck.

Ansiedad - Estado

- Definición operacional: Puntuación mínima de 47 puntos en la subescala de ansiedad – estado del inventario de ansiedad de rasgo – estado.
- Instrumento de medición: Inventario de ansiedad de rasgo – estado.

Ansiedad – Rasgo

- Definición operacional: Puntuación mínima de 43 puntos en la subescala de ansiedad – rasgo del inventario de ansiedad de rasgo – estado.
- Instrumento de medición: Inventario de ansiedad de rasgo – estado.

Población

- De un total de 226 trabajadores que conforman el total de la plantilla laboral del HRPUM, se solicitó su participación en este estudio a 166 trabajadores, los cuales están relacionados de manera directa a la atención del paciente psiquiátrico, y están conformados de la siguiente manera:
 - 22 médicos psiquiatras.
 - 18 médicos residentes que se encuentren en algún grado académico del curso de psiquiatría.
 - 66 enfermeros.
 - 9 psicólogos.
 - 11 asistentes médicos.
 - 11 trabajadoras sociales.
 - 29 trabajadores de nutrición.

Criterios de inclusión.

- Médicos Residentes en algún grado académico de la especialidad de Psiquiatría en el HRPUM.
- Médicos Psiquiatras del HRPUM.
- Psicólogos del HRPUM.
- Personal de Enfermería del HRPUM.
- Personal de Trabajo Social del HRPUM.
- Asistentes Médicos del HRPUM.
- Personal de Nutrición y Dietología del HRPUM.

Criterios de no inclusión

- Personal que se encontrara de incapacidad, permiso, vacaciones o licencia por maternidad al momento del estudio.

Criterio de eliminación

- Todo personal que dejó sin contestar 20% o más de los reactivos de cada instrumento de medición.

Instrumentos de medición.

Inventario de Burnout de Maslach

Es una escala que consta de 22 elementos, los cuales califican 3 dimensiones las cuales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal.

La subescala de agotamiento emocional está formada por 9 ítems que refieren la disminución o pérdida de recursos emocionales o describen sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo; la subescala de despersonalización está formada por 5 ítems que describen una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención; y la subescala de realización personal en el trabajo está compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo, tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa y vivencia de insuficiencia profesional. Para cada una de las subescalas se utiliza un sistema de puntuación tipo Likert. Originalmente su calificación es dimensional, por lo

que en su inicio no existía un punto de corte. Lo que se ha hecho es distribuir las puntuaciones en 3 rangos (bajo, medio y alto) para cada subescala, por lo que al final la intensidad de Burnout queda como sigue: agotamiento emocional (bajo = $0 < 18$, medio = 19 a 26 y alto = $0 > 27$), despersonalización (bajo = $0 < 5$, medio = $6 - 9$ y alto = $0 > 10$) y realización personal (bajo = $0 > 40$, medio = $34 - 39$ y alto = $0 < 33$). Sin embargo, aunque típicamente se considera como dimensional, hay estudios los cuales han utilizado la escala y han establecido en ella diversos puntos de corte, y aquí en México el que destaca es la determinación de síndrome de Burnout con la afectación de una de las subescalas como medio o alto (28,29), por lo que, se consideró la presencia del síndrome de Burnout a una puntuación mínima de 19 en la subescala de agotamiento emocional, 6 puntos en despersonalización y/o una puntuación máxima de 39 en realización personal. Fue validada en México por Gil-Monte en el 2002 con coeficiente de alfa de Cronbach de 0.90 para agotamiento emocional y de 0.71 para despersonalización y realización personal (23).

Inventario de depresión de Beck

Es un cuestionario consistente en 21 preguntas, dicho instrumento evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos, y para cada pregunta hay 4 opciones de respuesta. El rango de puntuación total va de 0 a 63 puntos, sin embargo para medir la intensidad global depresiva se agrupan como sigue: no depresión 0 – 9 puntos, depresión leve 10 – 18, depresión moderada 19 – 29, depresión grave 30 o más puntos. Por lo tanto, a partir de una puntuación de 10 se considera con presencia de depresión. Cuenta con validación en México por Torres, Hernández y Ortega(22) en 1991 y Jurado(23) en 1998, estableciendo ambos los puntos de corte descritos. Consistencia interna de alfa de Cronbach de 0.87.

Inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE)

Es un instrumento de medición dividido en 2 partes, la primera pretende medir la ansiedad como “estado” con 20 proposiciones y 4 posibles respuestas: nada, un poco, bastante, y mucho, valoradas con 1, 2, 3 y 4

respectivamente. En la segunda parte se pretende medir la ansiedad como “rasgo”, igualmente con 20 enunciados y 4 posibles respuestas: casi nunca, a veces, frecuentemente y casi siempre, evaluadas con 1, 2, 3 y 4. Las puntuaciones globales van de 20 hasta 80. Algunos de los reactivos del IDARE (por ejemplo, “Me siento nervioso”) están formulados de tal manera que una valoración “alta” indica un alto nivel de ansiedad —o sea, son directos—, mientras que otros (por ejemplo “Me siento calmado”) están elaborados de tal forma que una valoración de 4 o “alta” indica un bajo nivel de ansiedad (esto es, son inversos). Se puede calificar de forma global, o de forma individual, para la cual en este trabajo se eligió ésta última, con puntos de corte de 47 para ansiedad-rasgo, y de 43 para ansiedad-estado(26). Validado en México en 1970 por Díaz(24) y en 2010 por García(25) con alfa de Cronbach de 0.89.

METODOLOGIA

Durante el mes de Abril del 2011, se llevó la recolección de datos teóricos. A partir de Mayo del 2011 se llevaron a cabo juntas informativas en los diferentes servicios del Hospital Regional Psiquiátrico Morelos, para explicar a la población estudiada en qué consistió el proceso de la investigación, las pruebas a aplicar y la manera adecuada de responder a las mismas.

Posteriormente, se seleccionó al personal que aceptó participar y que reunió los criterios de inclusión. Se realizó invitación personal a participar en el estudio, tratando de no abordar y explicar acerca de los instrumentos y lo que evalúan, con la finalidad de evitar sesgos. Se entregó en sobre cerrado el consentimiento informado para confidencialidad, así como el inventario de Burnout de Maslach, el inventario de depresión de Beck y el inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE), y dichos instrumentos se aplicaron de forma autoadministrada. La aplicación de los instrumentos se realizó después de que el personal aceptara y firmara el consentimiento informado. Se les proporcionó el material adecuado para que lo contestaran en su lugar de trabajo, dándoles como tiempo máximo para responder 30 minutos, de no contar con el tiempo necesario para responderlo en esos momentos se pospuso tal aplicación hasta tener el tiempo necesario.

Aspectos éticos

El presente trabajo de investigación no violó la declaración de Helsinki de 1964, ni en sus modificaciones hasta el 2008 para la investigación en seres humanos. Así mismo este trabajo siguió los lineamientos establecidos de los estatutos de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos (Título Quinto, Artículo 100 en sus siete fracciones y Artículo 101), así como las normas dictadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

La confidencialidad fue el principio ético que rigió todo el proceso de investigación. Como se mencionó previamente, como parte de la metodología, se dio el consentimiento informado a los participantes.

Como parte de lo establecido en el consentimiento informado, los trabajadores en quienes se identificaron tanto el síndrome de Burnout, como la sintomatología ansiosa y depresiva, se canalizará intrainstitucionalmente para su tratamiento adecuado y oportuno.

Análisis estadístico: Se aplicó estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes para la cuantificación del síndrome de Burnout, sintomatología ansiosa y depresiva). El análisis para precisar la asociación en el personal de salud del síndrome de Burnout con ansiedad y depresión se realizó con el programa SPSS versión 17 para calcular la prueba de chi cuadrada. Por último, se realizó un análisis descriptivo y comparativo de los resultados obtenidos para cada área laboral, por medio de la prueba exacta de Fisher para cada área.

RESULTADOS

De los 166 trabajadores de salud mental del Hospital Regional Psiquiátrico Morelos, se aplicaron encuestas a 131 trabajadores, de las cuales se eliminaron 11, 3 de éstas se desecharon debido a que no contestaron los instrumentos y 8 encuestas fueron excluidas por responderlas de manera incompleta con al menos una escala sin contestar en un 20% de las preguntas. Las razones por no aplicárselas al resto de los trabajadores fueron diversas: por encontrarse en periodo vacacional, por estar en una licencia laboral o de incapacidad prolongada, o por no haber aceptado participar en el estudio. Finalmente el estudio se conformó con una n de 120 lo que corresponde al 72.3% del total de trabajadores de salud, y el 91.6% del total de encuestados.

La distribución del personal de salud encuestado por área laboral quedó de la siguiente manera: 14 residentes (12%), 16 psiquiatras (13%), 7 psicólogos (6%), 43 enfermeros (36%), 9 asistentes médicos (8%), 7 trabajadoras sociales (6%) y 24 trabajadores de nutrición (20%).

Dentro de los datos más relevantes en el personal de salud que participó en este estudio se encuentra que el 71% son mujeres. Un 47% son casados. La mayor parte solamente trabaja en el hospital psiquiátrico, y éstos conforman el 73% de los trabajadores. El personal es relativamente joven, ya que un 45% cuentan con una antigüedad menor a 6 años, y en el otro extremo un 2% tienen más de 25 años de antigüedad. Un 51% laboran de 31 a 40 horas a la semana y el 38% labora más de 40 horas semanales (tabla I).

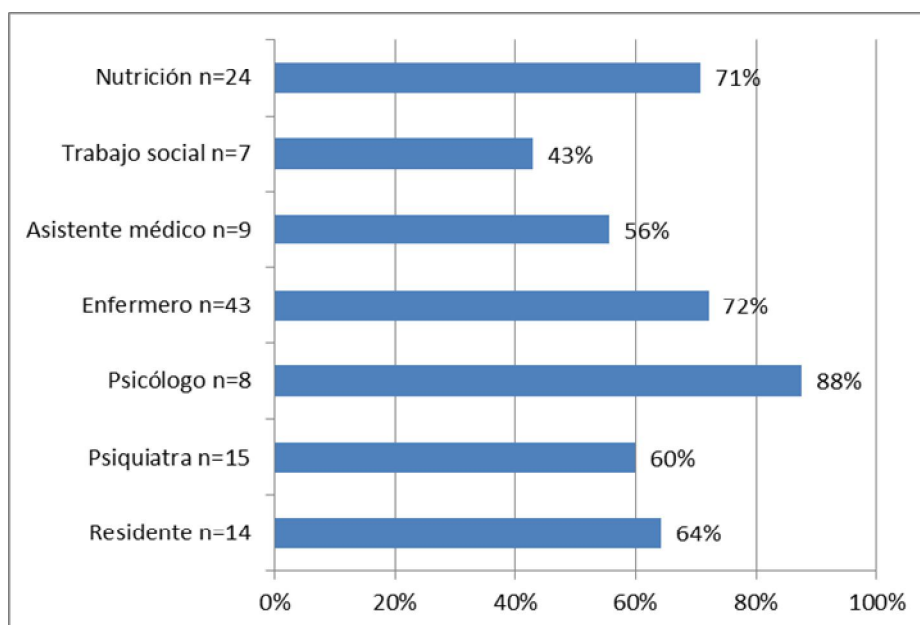
Tabla I - Características sociodemográficas de los trabajadores del Hospital Regional Psiquiátrico Morelos		
Características sociodemográficas		n (%)
Sexo	Masculino	35 (29)
	Femenino	85 (71)
Estado civil	Soltero	33 (28)
	Casado	56 (47)
	Unión libre	10 (8)
	Separado	14 (12)
	Viudo	3 (3)
	Divorciado	4 (3)
	Área laboral	Residente
	Psiquiatra	16 (13)
	Psicólogo	7 (6)
	Enfermero	43 (36)
	Asistente médico	9 (8)
	Trabajo social	7 (6)
	Nutrición	24 (20)
Otro empleo	No	88 (73)
	Si	32 (27)
Antigüedad	< 6 años	54 (45)
	6 a 10 años	16 (13)
	11 a 15 años	14 (12)
	16 a 20 años	13 (11)
	21 a 25 años	21 (18)
	> 25 años	2 (2)
Horas por semana	< 20 horas	5 (4)
	20 a 30 horas	8 (7)
	31 a 40 horas	61 (51)
	> 40 horas	46 (38)
Turno laboral	Matutino	46 (38)
	Vespertino	38 (32)
	Nocturno	25 (21)
	Jornada acumulada	3 (3)
	Otro	8 (7)

El síndrome de Burnout se presentó en 81 trabajadores (67.5%), la mayor parte en los servicios de enfermería y nutrición que corresponden al 26% y 14% respectivamente en relación al total de los encuestados (tabla II).

Área laboral	Síndrome de Burnout	
	No	Si
	n (%)	n (%)
Residente	5 (4)	9 (8)
Psiquiatra	6 (5)	9(6)
Psicólogo	1 (1)	7 (6)
Enfermero	12 (10)	31 (26)
Asistente medico	4 (3)	5 (4)
Trabajo social	4 (3)	3 (3)
Nutrición	7 (6)	17 (14)

Al comparar individualmente el síndrome de Burnout en cada área laboral, se observa que los que más presentan esta condición son los psicólogos (88%), y los que menos la presentan son los trabajadores sociales y asistentes médicos (gráfico I)

Gráfico I - Porcentaje del síndrome de Burnout por área laboral.



El 16% de los encuestados presentó depresión (Tabla III).

Tabla III – Depresión por área laboral en el Hospital Regional Psiquiátrico Morelos		
Área laboral	Depresión	
	No	Si
	n (%)	n (%)
Residente	11 (9)	3 (3)
Psiquiatra	13 (11)	2 (2)
Psicólogo	8 (7)	0 (0)
Enfermero	31 (26)	12 (10)
Asistente médico	9 (8)	0 (0)
Trabajo social	7 (6)	0 (0)
Nutrición	22 (18)	2 (2)

En relación a la ansiedad – estado, el 25% de los encuestados la presenta (tabla IV).

Tabla IV – Ansiedad – estado por área laboral en el Hospital Regional Psiquiátrico Morelos		
Área laboral	Ansiedad – estado	
	No	Si
	n (%)	n (%)
Residente	13 (11)	1 (1)
Psiquiatra	10 (8)	5 (4)
Psicólogo	6 (5)	2 (2)
Enfermero	33 (28)	10 (8)
Asistente médico	7 (6)	2 (2)
Trabajo social	6 (5)	1 (1)
Nutrición	16 (13)	8 (7)

Un 15% del personal encuestado presentó ansiedad – rasgo (tabla V).

Tabla V – Ansiedad – rasgo por área laboral en el Hospital Regional Psiquiátrico Morelos		
Área laboral	Ansiedad – rasgo	
	No	Si
	n (%)	n (%)
Residente	12 (10)	2 (2)
Psiquiatra	14 (12)	1 (1)
Psicólogo	7 (6)	1 (1)
Enfermero	36 (30)	7 (6)
Asistente médico	9 (8)	0 (0)
Trabajo social	7 (6)	0 (0)
Nutrición	18 (15)	6 (5)

A continuación se muestran los resultados de la prueba de chi cuadrada para el síndrome de Burnout en relación a depresión, ansiedad-estado y ansiedad- rasgo. El grado de libertad es de 1, y el valor de chi cuadrada correspondiente para una $p=0.05$ es de 3.84. Para la asociación de síndrome de Burnout con depresión se obtuvo una chi cuadrada de 2.873 y una $p=0.90$. En la asociación de ansiedad – estado, la chi cuadrada es de 0.421 y la $p=0.516$. Y para la asociación de ansiedad – rasgo la chi cuadrada es de 1.992 y $p=0.158$. En base a estos resultados, y tomando como referencia los parámetros mencionados, se observa que no hay asociación significativa del síndrome de Burnout con depresión, ansiedad – rasgo ni ansiedad – estado (tabla VI).

Tabla VI - Relación del síndrome de Burnout con depresión, ansiedad-estado y ansiedad-rasgo en el personal de salud del Hospital Regional Psiquiátrico Morelos.			
Síndrome de Burnout	Depresión	Ansiedad - estado	Ansiedad – rasgo
Chi cuadrado	2,873	,421	1,992
Gl	1	1	1
Sig.	,090	,516	,158

Se realizó el análisis estadístico para verificar la asociación entre el síndrome de Burnout con depresión, ansiedad – estado y ansiedad – rasgo por cada una de las áreas de salud del hospital psiquiátrico. Dado que no se cumplían las condiciones para la utilización de chi cuadrada para la significancia estadística, se usó para la misma la prueba exacta de Fisher.

Para la asociación del síndrome de Burnout con depresión, en cada una de las áreas laborales del hospital psiquiátrico se encontraron valores de p mayores a 0.05 tanto unilateral como bilateral. Hay que tener en cuenta que, de los 120 trabajadores que se encuestaron, únicamente 19 trabajadores presentaron depresión. Los psicólogos, las trabajadoras sociales y los asistentes médicos fueron las áreas que tuvo una frecuencia de 0. Por lo tanto, se puede observar, como se mencionó previamente, que la frecuencia de depresión por áreas laborales y en general es baja, lo cual puede contribuir a que la asociación entre el síndrome de Burnout y depresión sea baja. Los valores mínimos de la prueba exacta de Fisher se obtuvo en los residentes (0.238 y 0.251 unilateral y bilateral respectivamente) y los valores máximos se obtuvieron en el personal de nutrición (0.507 para ambas pruebas). En este estudio se observa que, la asociación entre Burnout y depresión puede ser debida al azar o a otros factores que pudieran estar interviniendo en estas condiciones, como por ejemplo el tamaño de la muestra en cada una de las áreas laborales (tabla VII).

En cuanto al análisis del síndrome de Burnout con ansiedad – estado, hubo 29 trabajadores que presentaron ésta última. Los valores mínimos de las pruebas exactas de Fisher se presentaron en psiquiatría con valores de 0.042 para la prueba unilateral y 0.044 para la bilateral, los cuales indican significancia estadística. En el resto de las áreas los valores fueron mayores a 0.05, siendo los más altos en las áreas de psicología y asistentes médicos. Igualmente como en la asociación del síndrome de Burnout con la depresión, es importante considerar que al análisis por área laboral influye que para cada una se cuenta con una muestra pequeña, así como la posible influencia de otros factores. Sin embargo, en psiquiatría se muestra una asociación entre el síndrome de

Burnout y ansiedad – estado de manera consistente en comparación a otras áreas de salud (tabla VII).

Para la relación del síndrome de Burnout con ansiedad – rasgo, en cada una de las áreas laborales la prueba de Fisher da valores mayores a 0.05. Fueron 17 trabajadores que presentaron ansiedad – rasgo. Las asistentes médicas y las trabajadoras sociales presentaron una frecuencia de 0. Los valores mínimos se presentaron en los residentes (0.396 y 0.505) y los valores máximos los obtuvieron los psicólogos (0.875 y 1). En base a estos resultados, la asociación presentada entre el síndrome de Burnout y ansiedad – rasgo no es estadísticamente significativa, lo que quiere decir que puede estar condicionada por otros factores, principalmente por el azar (tabla VII).

Tabla VII - Relación del síndrome de Burnout con depresión, ansiedad-estado y ansiedad-rasgo en el personal de salud del Hospital Regional Psiquiátrico Morelos por área laboral.				
Síndrome de Burnout por área laboral		Depresión	Ansiedad-estado	Ansiedad-rasgo
Residente	Fisher Sig. Exacta bilateral	,238	1,000	,505
	Fisher Sig. Exacta	,251	,643	,396
Psiquiatra	Fisher Sig. Exacta bilateral	,486	,044	1,000
	Fisher Sig. Exacta	,343	,042	,600
Psicólogo	Fisher Sig. Exacta bilateral	.	1,000	1,000
	Fisher Sig. Exacta	.	,750	,875
Enfermero	Fisher Sig. Exacta bilateral	,456	,698	,652
	Fisher Sig. Exacta	,266	,421	,356
Asistente médico	Fisher Sig. Exacta bilateral	.	1,000	.
	Fisher Sig. Exacta	.	,722	.
Trabajo social	Fisher Sig. Exacta bilateral	.	1,000	.
	Fisher Sig. Exacta	.	,571	.
Nutrición	Fisher Sig. Exacta bilateral	,507	,167	1,000
	Fisher Sig. Exacta	,507	,134	,586

Más del 20% de las casillas de cada tabla tienen frecuencias esperadas menores a 5, por lo que, en lugar de la prueba de Chi cuadrada, se realizó la prueba exacta de Fisher.

Las casillas en blanco se debe a una frecuencia de 0 de depresión en los psicólogos, asistentes médicos y trabajo social, por lo que no se calculó prueba exacta de Fisher.

Las casillas en blanco se debe a una frecuencia de 0 de ansiedad-rasgo en los asistentes médicos y trabajo social, por lo que no se calculó prueba exacta de Fisher.

DISCUSION

Los resultados obtenidos en esta investigación demuestran que el 67.5% de los trabajadores de salud de esta institución psiquiátrica presentan el síndrome de Burnout. Este resultado está acorde a lo demostrado por Jara (35) y Avendaño (28) en sus investigaciones en el área de salud mental, quienes mencionan una frecuencia de alrededor del 66% y 69% respectivamente. En otras áreas médicas, como en medicina familiar, la frecuencia puede ser variable, desde un 7.7% hasta un 95%, dependiendo del país estudiado, aunque en México se habla del 12% al 50% como lo comenta Castañeda (14), por lo que en el área de salud mental suele ser más alta la presencia del síndrome de Burnout con respecto a otras áreas de salud. Lo encontrado en este estudio muestra un porcentaje mayor a lo descrito para otras áreas médicas, pero que están de acuerdo a otros estudios para el área de salud mental. Dicha área se caracteriza por la atención a pacientes crónicos en general, en los cuales hay que tomar en cuenta aspectos biológicos, de personalidad, familiares y socioculturales de los pacientes para su manejo, y que además también sufren de un alto número de recaídas en general, lo cual puede provocar frustración, y por consiguiente, el desarrollo de cansancio que desemboca en el síndrome de Burnout.

Es importante considerar que la población estudiada es de mujeres en un 71%, el 47% del total son casados, el 45% tienen una antigüedad menor a los 6 años, y el 38% trabajan más de 40 horas a la semana. La asociación de estos factores al síndrome de Burnout está descrita en la literatura (4, 5, 6). Según Jara (35), el sexo femenino y ser casado son factores que se relacionan con la presencia del síndrome de Burnout, y probablemente es debido a que las demandas que se tienen no solamente es en el trabajo, sino también en el cumplimiento de su rol en la familia. Esta asociación está descrita también por Cabrera (2), y además menciona que la mayor parte de los que padecen síndrome de Burnout suelen tener menos de 10 años de antigüedad.

El área de salud con mayor porcentaje de Burnout es psicología, y las áreas con menor porcentaje son trabajo social y asistentes médicos. Sin

embargo, no es posible decir que está o no de acuerdo a la literatura, ya que los estudios existentes utilizan la metodología tradicional de no ofrecer un punto de corte para determinar la existencia o ausencia de síndrome de Burnout. Sin embargo, en este estudio se encuentra la presencia del síndrome de Burnout en 43% y 56% de los trabajadores sociales y asistentes médicos respectivamente, y dichos porcentajes están dentro lo establecido por Castañeda (14). También llama la atención que las asistentes médicas sean de los que tienen un porcentaje más bajo en comparación al resto del personal de salud, a pesar de ser el punto de primer contacto con el derechohabiente, además de que no solamente dan servicio a los pacientes, sino también a los familiares de éstos. Por otro lado, las asistentes médicas son exigidas a cumplir con los protocolos administrativos (los procedimientos relacionados a recepción de pacientes, ingresos y egresos de los mismos, atención telefónica, registro de citas de primera vez y subsecuentes, entre otras actividades), lo cual supone una mayor carga laboral que, según Anaya (31), supone una predisposición al Burnout.

En cuanto a depresión y ansiedad como estado y rasgo, se encuentra una baja frecuencia de estas condiciones en el personal de salud de este hospital.

La asociación de estas variables con el síndrome de Burnout no se encuentra en este trabajo de investigación, contrario a lo que otros estudios han demostrado (15, 19, 20). La presencia de depresión es baja en el personal de salud de este hospital, solamente 3 residentes, 2 psiquiatras, 12 enfermeros y 2 trabajadores en nutrición lo presentan. Psicólogos, asistentes médicos y trabajadoras sociales se encuentran sin depresión. Por lo tanto, no se encuentra asociado al síndrome de Burnout, lo cual se comprueba mediante el análisis estadístico. La ansiedad como estado se presentó en 1 residente, 5 psiquiatras, 2 psicólogos, 10 enfermeros, 2 asistentes médicos, 1 trabajadora social y 8 trabajadores de nutrición, lo cual representa en conjunto a un 29% de la muestra estudiada. En comparación al síndrome de Burnout también es bajo, y el análisis estadístico demuestra que la asociación entre estas condiciones se debe al azar. Por último, la presencia de ansiedad – rasgo también fue

baja, solamente lo presentaron 2 residentes, 1 psiquiatra, 1 psicólogo, 7 enfermeras y 6 trabajadoras sociales. Ninguna asistente médico la presentó. Por lo tanto, la asociación del síndrome de Burnout con ansiedad – rasgo también se descarta mediante el análisis estadístico. En base a lo descrito, se puede afirmar que el síndrome de Burnout, la depresión, la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo son independientes.

Pueden haber varios factores contribuyan al resultado obtenido en cuanto al síndrome de Burnout. Por un lado están los factores sociodemográficos nombrados con anterioridad. Pero por otra parte, hay que considerar que el lugar donde se llevó a cabo la investigación es un hospital psiquiátrico, por lo que el personal pudiera estar familiarizado de alguna manera con el síndrome de Burnout, lo cual provocaría un sesgo en las respuestas recibidas.

Otro aspecto importante a considerar, es la etapa por la que está pasando el Hospital Regional Psiquiátrico Morelos. Desde hace 3 años se encuentra sin director, por lo que actualmente no hay nombramiento oficial del mismo, por lo cual el director, subdirector y el jefe de departamento clínico matutino no cuentan con una designación oficial y definitiva, solamente hay encargados de dichos puestos, lo cual pudiera estar provocando un ambiente de tensión e incertidumbre en los trabajadores.

Además, el hospital está pasando por una serie de cambios propios de los procesos de recertificación, lo que ha provocado una mayor demanda hacia el trabajador por parte de sus jefes, lo cual puede ser un factor agregado a lo mencionado para la afectación del clima laboral del hospital, y que pudiera estar influenciando en el síndrome de Burnout.

Dada la presencia importante del síndrome de Burnout en el hospital psiquiátrico, sería adecuado proseguir con esta línea de investigación en la búsqueda de otros factores que puedan estar relacionados con el fin de emprender acciones preventivas y correctivas, y por consiguiente, mejorar el desempeño profesional y proporcionar mejor atención al paciente.

CONCLUSION

De acuerdo con la pregunta de investigación realizada, así como a los objetivos planteados, se concluye que existe un alto índice de síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Regional Psiquiátrico Morelos, el cual no se encuentra asociado a sintomatología de depresión, de ansiedad – estado ni de ansiedad – rasgo.

BIBLIOGRAFIA

1. Fidalgo M. Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación, Ministerio de trabajo y asuntos sociales España, Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo, 2001.
2. Cabrera J, Arbelo M, Iglesias B, Pozo S. El síndrome de Burnout en trabajadores de la salud de la atención primaria, Cuba, 2006
3. Weber A, Reinhard J. Burnout syndrome: a disease of modern societies ?. *Occup. Med*, 2000;50:512-517
4. Pera G, Serra-Prat M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gac Sanit* , 2002;16(6):480-486
5. Tizón J. ¿Profesionales «quemados», profesionales «desengañados» o profesionales con trastornos psicopatológicos? *Aten Primaria* 2004;33(6):326-330.
6. Albar M, Romero E, González M. Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital. *Enferm Clín* , 2004;14(5):281-285
7. Molina J, Avalos F, Jimenez I. Burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Enfermería clínica*, 2005;15(5):275-282
8. Poncer M. Burnout syndrome in ICU nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med*, 2007;175(7):698-704
9. Regan A, Howard R, Oyebode J. Emotional Exhaustion and Defense Mechanisms in Intensive Therapy Unit Nurses. *J Nerv Ment Dis*, 2009;197:330-336
10. Santana L, Hernández E, Robaina P. Síndrome de burnout entre el personal de enfermería y auxiliar de una unidad de cuidados intensivos y el de las plantas de hospitalización. *Enferm Clin*, 2008;19(1):31-34.
11. Eckleberry-Hunt J, Lick D, Boura J. An Exploratory Study of Resident Burnout and Wellness. *Academic Medicine*, 2009;84(2):269-277.
12. Fernández M. El estrés del médico: síndrome de "burnout". Córdoba: Universidad libros; 2002.

13. Fusté M, García D, Casajuana J. ¿Los “pacientes impacientes” y “sin cita” generan burnout en la atención primaria? *Butlletí*. 2008;26:1-10.
14. Castañeda E, García J. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (*burnout*) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Rev Colomb Psiquiat*, 2010;39(1):67-84.
15. Bernaldo de Quirós M, Labrador FJ. Relación entre estrés laboral, burnout y síntomas psicopatológicos en los servicios de urgencia extrahospitalaria del área 9 de Madrid, APCS, 2008;4:53-61
16. Tejada P, Gómez V. Factores psicosociales y laborales asociados al *burnout* de psiquiatras en Colombia. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, 2009;38(3):488-512.
17. Moreno-Jiménez B, Lara R, Muñoz A, Chávez A, Loo M. El síndrome de burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. *Psicología y salud* 2006;16(1):5-13.
18. Alarcón L, Muñoz A. Una mirada al síndrome de burnout en Colombia: el desgaste profesional de los psicólogos, Febrero-Marzo 2010, 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis* 2010.
19. Ahola K, Honkonen T, Kivimäki M, Isometsä E, Aromaa A. Contribution of Burnout to the Association Between Job Strain and Depression: the Health 2000 Study. *JOEM*. *Columen*, 2006;48(19):1023-1030
20. Dyrbye L, Thomas M, Massie S. Burnout and Suicidal Ideation among U.S. Medical Students. *Ann Intern Med*, 2008;149:334-341
21. Gil-Monte R. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Pública de México*, 2002;44(2):33-40.
22. Torres M, Hernández E y Ortega H. Validez y reproductibilidad del Inventario para Depresión de Beck en un Hospital de Cardiología. *Salud Mental*, 1991;14(2):1-6.
23. Jurado S, La estandarización del inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México, *Salud Mental*, 1998;21(3):26-31.
24. Díaz, G., Spielberg C. (1975). *IDARE. Inventario de Ansiedad Rasgo Estado*. México D.F.: Manual Moderno.
25. García G, Hernández S, García F. Ansiedad, Burnout y satisfacción personal en una muestra de trabajadores de Chiapas. Febrero-Marzo 2010, 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis* 2010.

26. Morales C, González C. Normalización de un instrumento de ansiedad (IDARE) en mujeres embarazadas. *Rev Mex Psicol*, 1990;7:75–79.
27. Sosa E, Frecuencia de los síntomas del síndrome de Burnout en profesionales médicos. *Rev Med Rosario*, 2007;73:12–20.
28. Avendaño C, Bustos P, Espinoza P, García F, Pierart T. Burnout y apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público. *Ciencia y Enfermería*, 2009;15(2):55–68.
29. De las Cuevas C. El desgaste profesional en atención primaria: presencia y distribución del síndrome de burnout. *Mapfre Med*, 1994;6:7–18.
30. Barranco C. Formación sobre el Burnout realizada desde el trabajo social con profesionales de los servicios de salud. Enfoques integrados y estrategias participativas. *Revistas Alternativas. Cuadernos de trabajo social*. 2007;15:79–98.
31. Anaya J, Ortiz A, Panduro D, Ramírez G. Síndrome de <<quemazón>> (burnout) en médicos familiares y asistentes médicos. *Aten Primaria*, 2006;38(8):467-472.
32. Hernández L, Fernández B, Ramos F, Contador I. Burnout, expectativas de control y afrontamiento en un grupo de funcionarios de prisiones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2006;11(3):155-164.
33. Del Pilar T. Síndrome de deterioro profesional y expectativas laborales no realizadas. Universidad Nacional Autónoma de México. Tesis.
34. Looney JG, Harding RK, Blotcky MJ, Barnhart FD. Psychiatrists's transition from training to career: stress and mastery. *Am J Psychiatry*, 1980;137:32-36.
35. Jara M. Análisis de la relación de la incidencia del síndrome de Burnout en la calidad de atención que brindan los(as) funcionarios(as) que laboran con personas mayores en el Hospital Nacional Psiquiátrico. Universidad Nacional de Costa Rica. Tesis.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA

Lugar y Fecha _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

RELACION ENTRE EL SINDROME DE BURNOUT CON ANSIEDAD Y DEPRESION PRESENTE EN EL PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN EL HOSPITAL REGIONAL PSIQUIATRICO MORELOS..

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: _____

El objetivo del estudio es: Conocer la relación entre el síndrome de Burnout con depresión y/o ansiedad presentes en el personal de salud del Hospital Psiquiátrico Morelos.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Contestar la información requerida en los cuestionarios que me indiquen los médicos a cargo de esta investigación.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

En caso de de que resulte necesario se me canalizara para el tratamiento oportuno y adecuado dentro de la institución.

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.

Se puede comunicar en caso de dudas y/o preguntas relacionadas con el estudio. Dirección del investigador: _____

Testigos _____

Este formato constituye sólo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

ESCALA DE AUTO-REPORTE DE SINTOMAS BURNOUT (MASLACH BURNOUT INTENTORY)

Las siguientes preguntas se relacionan con sentimientos relacionados a su trabajo. Indique CON QUE FRECUENCIA LE OCURRE LO QUE LE PREGUNTAMOS señalando el número correspondiente (nunca, pocas veces al año o menos, una vez al mes o menos, una vez a la semana, pocas veces por semana o todos los días). No hay respuestas buenas o malas, no emplee mucho tiempo en cada frase. Por favor entregue la lista completa verificando que no queden espacios vacíos.	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
1. Me siento emocionalmente agotado (a) por mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
2. Me siento agotado (a) al final de la jornada de trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
3. Me siento fatigado (a) cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
4. Fácilmente comprendo cómo se sienten los clientes o usuarios.	0	1	2	3	4	5	6
5. Creo que he tratado a algunas personas como si fueran objetos impersonales.	0	1	2	3	4	5	6
6. Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo.	0	1	2	3	4	5	6
7. Trato muy eficazmente los problemas de las personas.	0	1	2	3	4	5	6
8. Me siento "desgastado (a)" por el trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.	0	1	2	3	4	5	6
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión o tarea.	0	1	2	3	4	5	6
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	0	1	2	3	4	5	6
12. Me siento muy activo (a).	0	1	2	3	4	5	6
13. Me siento frustrado (a) con mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
14. Creo que estoy trabajando demasiado.	0	1	2	3	4	5	6
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a algunas personas a las que doy servicio.	0	1	2	3	4	5	6
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.	0	1	2	3	4	5	6
17. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio.	0	1	2	3	4	5	6
18. Me siento estimulado (a) después de trabajar en contacto con las personas.	0	1	2	3	4	5	6
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión o carrera.	0	1	2	3	4	5	6
20. Me siento acabado (a).	0	1	2	3	4	5	6
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.	0	1	2	3	4	5	6
22. Siento que las personas que trato me culpan de algunos de sus problemas.	0	1	2	3	4	5	6

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

En este cuestionario se presentan grupos de afirmaciones separadas por categorías. Lea todo el conjunto de afirmaciones en cada grupo y marque la frase que describa mejor la forma como se siente **en este momento**. Es importante que lea todas las frases antes de elegir alguna.

a) No me siento triste	
b) Me siento triste	
c) Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme	
d) Estoy tan triste o infeliz que ya no lo soporto	

a) No me siento desanimado con respecto al futuro	
b) Me siento desanimado acerca del futuro	
c) Siento que no tengo para qué pensar en el porvenir	
d) Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar	

a) No me siento como un fracasado	
b) Siento que he fracasado más que otras personas	
c) Conforme veo atrás en mi vida todo lo que puedo ver son muchos fracasos	
d) Siento que como persona soy un completo fracaso	

a) Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre	
b) No disfruto las cosas como antes	
c) Ya no obtengo satisfacción de nada	
d) Estoy insatisfecho y molesto con todo	

a) No me siento culpable	
b) En algunos momentos me siento culpable	
c) La mayor parte del tiempo me siento algo culpable	
d) Me siento culpable todo el tiempo	

a) No siento que seré castigado	
b) Siento que puedo ser castigado	
c) Creo que seré castigado	
d) Siento que estoy siendo castigado	

a) No me siento descontento conmigo mismo	
b) Me siento descontento conmigo mismo	
c) Me siento a disgusto conmigo mismo	
d) Me odio a mí mismo	

a) No siento que sea peor que otros	
b) Me critico a mí mismo por mi debilidad y mis errores	
c) Me culpo todo el tiempo por mis errores	
d) Me culpo por todo lo malo que sucede	

a) No tengo ninguna idea acerca de suicidarme	
b) Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría	
c) Quisiera suicidarme	
d) Me suicidaría si tuviera la oportunidad	

a) No lloro más de lo de costumbre	
b) Lloro más que antes	
c) Lloro todo el tiempo	
d) Podía llorar, pero ahora no puedo aunque quiera	

a) Ahora no estoy más irritable que antes	
b) Me molesto o irrito más fácilmente que antes	
c) Me siento irritado todo el tiempo	
d) No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban	

a) No he perdido el interés en la gente	
b) No me interesa la gente como antes	
c) He perdido la mayor parte de mi interés en la gente	
d) He perdido todo el interés en la gente	

a) Tomo decisiones igual que como siempre lo he hecho	
b) Trato de posponer el tomar decisiones	
c) Se me dificulta mucho el tomar decisiones	
d) Ya no me es posible tomar ninguna decisión	

a) No siento que mi apariencia esté peor que antes	
b) Estoy preocupad@ de verme viej@ o no atractiv@	
c) Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia y parezco poco atractivo	
d) Me siento fe@	

a) Puedo trabajar tan bien como antes	
b) Me cuesta trabajo empezar a hacer algo	
c) Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa	
d) Me siento incapaz de hacer cualquier cosa	

a) Puedo dormir tan bien como siempre	
b) No duermo tan bien como antes	
c) Despierto una o dos horas antes de lo normal y me cuesta trabajo volver a dormir	
d) Me despierto varias horas más temprano que lo usual y no puedo dormir más	

a) No me canso más de lo normal	
b) Me canso más de lo acostumbrado	
c) Me canso por cualquier cosa	
d) Me siento demasiado cansado para realizar cualquier actividad	

a) Mi apetito está igual que siempre	
b) Mi apetito no está tan bien como antes	
c) Mi apetito está mucho peor ahora	
d) No tengo apetito	

a) No he perdido peso últimamente	
b) He perdido más de 3 Kg.	
c) He perdido más de 5 Kg.	
d) He perdido más de 8 Kg.	

a) No me preocupo por mi salud más que de lo de costumbre	
b) Estoy preocupado por dolores o malestares estomacales o estreñimiento	
c) Estoy muy preocupado de cómo me siento y me cuesta trabajo pensar en algo más	
d) Estoy completamente concentrado en lo que siento	

a) No he notado cambios recientes en mi interés por el sexo	
b) Estoy menos interesado en el sexo que antes	
c) Estoy mucho menos interesado en el sexo que antes	
d) He perdido totalmente el interés por el sexo	

INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO - ESTADO

INSTRUCCIONES

Primera Parte

En la primera parte encontrarás una frase usada para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga **CÓMO TE SIENTES AHORA MISMO**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor cómo te encuentras **AHORA**.

PRIMERA PARTE	No en lo absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
Me siento calmado				
Me encuentro inquieto				
Me siento nervioso				
Me encuentro descansado				
Tengo miedo				
Estoy relajado				
Estoy preocupado				
Me encuentro satisfecho				
Me siento feliz				
Me siento seguro				
Me encuentro bien				
Me siento molesto				
Me siento agradable				
Me encuentro atemorizado				
Me encuentro confuso				
Me siento animoso				
Me siento angustiado				
Me encuentro alegre				
Me encuentro contrariado				
Me siento triste				

INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO - ESTADO

INSTRUCCIONES

Segunda Parte

En la segunda parte encontrarás más frases para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga **CÓMO TE SIENTES EN GENERAL**, no sólo en este momento. No hay repuestas malas ni buenas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor como te encuentras **GENERALMENTE**.

SEGUNDA PARTE	Casi nunca	Algunas veces	Frecuente mente	Casi siempre
Me preocupa cometer errores				
Siento ganas de llorar				
Me siento desgraciado				
Me cuesta tomar una decisión				
Me cuesta enfrentarme a mis problemas				
Me preocupo demasiado				
Me encuentro molesto				
Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan				
Me preocupan las cosas del colegio				
Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer				
Noto que mi corazón late más rápido				
Aunque no lo digo, tengo miedo				
Me preocupo por cosas que puedan ocurrir				
Me cuesta quedarme dormido por las noches				
Tengo sensaciones extrañas en el estómago				
Me preocupa lo que los otros piensen de mi				
Me influyen tanto los problemas, que no puedo olvidarlos durante un tiempo				
Tomo las cosas demasiado en serio				
Encuentro muchas dificultades en mi vida				
Me siento menos feliz que los demás chicos				