



**UNIVERSIDAD
INSURGENTES**

PLANTEL XOLA

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON
INCORPORACIÓN A LA UNAM CLAVE 3315-25

**“INCIDENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT Y DEPRESIÓN EN
PERSONAL MILITAR NAVAL EN EL ACTIVO”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

C. ROXANA ELIAS PATIÑO

ASESOR: MTRO. MIGUEL ANGEL MEDINA GUTIERREZ



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.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
RESUMEN	9
CAPÍTULO I	
1.SINDROME DE BURNOUT, DEPRESIÓN Y ESTRÉS	
1.1 El Síndrome de Burnout (Síndrome del Trabajador Quemado)	
1.1.1 Historia y Definición	10
1.1.2 Elementos del Síndrome de Burnout	11
1.1.3 Etiología	12
1.1.4 Signos y Síntomas	13
1.1.5 Incidencia	16
1.2 DEPRESIÓN	
1.2.1 Historia y Definición	17
1.2.2 Etiología	19
1.2.3 Signos y Síntomas	20
1.2.4 Incidencia	23
1.3 ESTRÉS	
1.3.1 Historia y Definición	25
1.3.2 Etiología	25
1.3.3 Signos y Síntomas	30
1.3.4 Incidencia	31
1.4 Diferencias entre síndrome Burnout, Depresión y Estrés	32
CAPITULO II	
2.1 EPIDEMIOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO	
2.1.1 Datos Epidemiológicos	33
2.1.2 Estudios Extranjeros	33
2.1.3 Estudios en México	34
2.2 Criterios de Diagnóstico para Síndrome de Burnout, Depresión y Estrés	37

2.2.1 Criterios de la CIE-10 para el Síndrome Burnout	37
2.2.2 Criterios de Diagnóstico de la CIE-10 para Depresión	37
2.2.3 Criterios de Diagnóstico de la CIE-10 para Estrés	39
2.2.4 Criterios de Diagnóstico del DSM IV para Síndrome Burnout	40
2.2.5 Criterios de Diagnóstico del DSM IV para Depresión	40
2.2.6 Criterios de Diagnóstico del DSM IV para Estrés	58
CAPITULO III	
3. TRATAMIENTO	
3.1 Tratamiento para el Síndrome de Burnout	60
3.1.1 Escalas de medición para el Síndrome de Burnout	61
3.2 Tratamiento para la Depresión	62
3.2.1 Escalas de medición para la Depresión	64
3.3 Tratamiento para el Estrés	65
CAPITULO IV	
4. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LOS EJERCITOS	
4.1 Historia de las Fuerzas Armadas en el Mundo	69
4.2 Historia de las Fuerzas Armadas en México	72
4.2.1 Ejército Mexicano	72
4.2.2 Armada de México	76
4.3 Características del Personal Militar	77
CAPITULO V	
5. METODOLOGIA	
5.1 Justificación del Estudio	79
5.2 Planteamiento del Problema	80
5.3 Objetivo General	80
5.4 Objetivos Específicos	80
5.5 Hipotesis	80
5.6 Variables y Definiciones	
5.6.1 Definiciones Conceptuales	80
5.6.2 Definiciones Operacionales	81
5.7 Diseño de Investigación	82

5.8 Tipo de Estudio	82
5.9 Poblacion	82
5.10 Muestra	82
5.11 Muestreo	83
5.12 Instrumentos	83
5.13 Escenario	85
5.14 Material	87
5.15 Procedimiento	87
CAPITULO VI	
6. RESULTADOS	
6.1 Resultados Generales	87
6.1.1 Resultados del Maslach Burnout Inventory	89
6.1.2 Resultados del Inventario de Depresión de Beck	91
6.2 Resultados por Género	92
6.2.1 Resultados del Maslach Burnout Inventory por Género	95
6.2.2 Resultados del Inventario de Depresión Beck por Género	99
6.3 Resultados por Servicios	100
6.3.1 Resultados del Maslach Burnout Inventory por Servicio	
6.3.1.1 Enfermeras	100
6.3.1.2 Médicos	100
6.3.1.3 Odontólogos	101
6.3.1.4 Oficinistas	101
6.3.1.5 Afanadoras	101
6.3.1.6 Laboratoristas	102
6.3.1.7 Farmacéuticos	102
6.3.1.8 Camilleros	102
6.3.1.9 Choferes	103
6.3.1.10 Psicólogo, Nutrióloga, Trabajadora Social y Técnico en Informática	103
6.3.1.11 Radiólogos	103
6.3.2 Resultados del Inventario de Depresión Beck por Servicio	
6.3.2.1 Enfermeras	104

6.3.2.2 Médicos	104
6.3.2.3 Odontólogos	104
6.3.2.4 Oficinistas	105
6.3.2.5 Afanadoras	105
6.3.2.6 Laboratoristas	105
6.3.2.7 Farmacéuticos	105
6.3.2.8 Camilleros	105
6.3.2.9 Choferes	105
6.3.2.10 Psicólogo, nutrióloga, Trabajadora Social, Técnico en Informática	105
6.3.2.11 Radiólogos	105
CAPITULO VII	
7. DISCUSIÓN	107
CAPITULO VIII	
8. CONCLUSIONES	109
REFERENCIAS	112
ANEXOS	118

AGRADECIMIENTOS

A DÍOS

Por estar en cada paso que doy y por haberme dado salud para lograr todos mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mí Familia

Por apoyarme cuando lo necesite, y que siempre estuvo ahí ante cualquier situación. A mis hijos Ximena y Cesar que son mi mayor motivación para no rendirme y poder llegar a ser un ejemplo para ellos.

A mis Maestros

Que me enseñaron a realizarme profesionalmente, al Maestro Miguel Ángel Medina Gutiérrez por hacer posible esta tesis y a mis sinodales Líc. Claudia Mónica Ramírez Hernández y Líc. Blanca Perla Ruiz Riveros por sus comentarios y sugerencias.

A mis Compañeros

Que me acompañaron en esta trayectoria de aprendizaje y conocimientos.

Cuando llegues a la cima de una montaña descubrirás que quedan muchas más por subir.

La confianza en sí mismo es el primer paso para el éxito.
Anónimo

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Burnout se utiliza como un sinónimo de fatiga extrema en donde el personal que principalmente lo padece son profesionales que por lo regular trabajan en la atención de personas, y que se caracteriza principalmente por un cansancio emocional debido a las exigencias que implica en ocasiones el trabajo, terminando siendo inoperante o incapaz para la realización y desempeño de sus labores.

La Depresión es una enfermedad que en ocasiones no se le da la suficiente importancia y que se toma como una simple tristeza pasajera, sin embargo en esta enfermedad se involucran diversos signos y síntomas que afectan el estado tanto mental, social y laboral a las personas que la padecen.

En la actualidad se empieza a dar importancia a este tipo de problemas por las secuelas que dejan tanto en el trabajador y las empresas, y cada vez más se realizan más estudios para profundizar acerca del problema y enfocarse a encontrar soluciones a estas patologías.

En este trabajo se explican términos como definiciones, etiología y otros aspectos que son importantes mencionar acerca del Síndrome de Burnout y la Depresión e identificar si de alguna manera perjudica en especial al personal militar, y si esta condición afecta a los trabajadores de salud y otros como son personal administrativo que se ocupa de igual manera en la atención de usuarios, así como observar la variable género y su comportamiento con respecto a estas dos patologías, por medio de la aplicación de inventarios para detectar tanto Síndrome de Burnout como depresión.

Por lo anterior, el presente trabajo se divide de la siguiente manera:

En el Capítulo Uno se hace una revisión acerca de la historia del Síndrome de Burnout, la Depresión y el Estrés, así como las principales definiciones que sustentan dichas patologías, de igual forma se describen los diferentes signos y síntomas, etiología e incidencia, para que de este modo se especifique la diferencia entre las tres patologías.

En el Capítulo Dos se analizan los diferentes estudios que se han realizado acerca del Síndrome de Burnout, la Depresión y el Estrés tanto en el extranjero como en nuestro país, posteriormente se mencionan los diferentes criterios que existen para poder hacer un diagnóstico sobre cada una de las patologías mencionadas.

En el Capítulo Tres se hace mención sobre algunos tratamientos propuestos por algunos autores para afrontar tanto Síndrome de Burnout, la Depresión y el Estrés.

En el Capítulo Cuatro se hace una reseña acerca de la historia de los ejércitos en el mundo y en México, tanto del Ejército Mexicano como de la Armada de México, así como mencionar algunas de las características que porta el personal militar.

En el Capítulo Cinco se menciona el método utilizado por el presente trabajo, la justificación así como el escenario, la población y los materiales utilizados.

En el Capítulo Seis se describen los resultados obtenidos iniciando con los resultados generales, posteriormente los obtenidos por los instrumentos aplicados que son el Maslach Burnout Inventory (MBI) y el Inventario de Depresión de Beck (IDB), finalmente se analizan resultados por género y servicios.

Para último están los capítulos de la discusión y conclusiones que refuerza la importancia de detectar tanto en Síndrome de Burnout como la Depresión y los efectos nocivos que ocasionan en los trabajadores del medio militar.

Para cerrar, dentro de la profesión de psicología es importante conocer sobre estos temas, pues el psicólogo está presente en varias áreas donde puede detectar estos problemas y tener que aplicar medidas de diagnóstico, detección y tratamiento, para la mejora ya sea de pacientes u organizaciones.

RESUMEN

En el presente estudio se analizó el Síndrome de Burnout como la sensación del profesional de no tener energía para realizar su trabajo y el cual presenta tres factores: cansancio emocional, despersonalización y crisis de la realización personal. En cuanto a la depresión se mencionó que es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad y que sus causas pueden ser multifactoriales.

El objetivo general fue medir los niveles de depresión y del Síndrome de Burnout entre el personal de salud de la Clínica Naval del Sur y relacionar ambos trastornos.

Se utilizó el Maslach Burnout Inventory (MBI) para detectar el Síndrome de Burnout y el Inventario de depresión de Beck (IDB) para detectar depresión, en una muestra de 92 militares en el activo en la clínica naval del sur perteneciente a la Secretaría de Marina Armada de México (42 mujeres y 42 hombres).

Una vez recolectados los datos se obtuvieron los resultados y se observaron la diferencia entre hombres y mujeres, encontrando que el sexo masculino presenta mayor porcentaje en relación al Síndrome de Burnout; observándose que el personal que presentó este Síndrome fue del 8.7 % (8 militares).

Con respecto a la presencia de Depresión entre hombres y mujeres se obtuvo igual porcentaje en alguno de sus niveles que van de mínimo, leve, moderado hasta severo resultando con un 19.6% (18 militares).

En cuanto a los servicios que obtuvieron la presencia del Síndrome Burnout y Depresión resultaron personal Profesional con licenciatura, principalmente Médicos y Odontólogos. Y finalmente no se encontró relación entre las dos patologías.

CAPITULO I

1. SÍNDROME DE BURNOUT, DEPRESIÓN Y ESTRÉS

1.1 El Síndrome de Burnout (Síndrome del Trabajador Quemado)

1.1.1 Historia y Definición

Freudenberger fue el primer autor que inicio describiendo al síndrome Burnout en 1974 como una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador que situaban las emociones y sentimientos negativos producidos por el Burnout en el contexto laboral, ya que es este el que puede provocar dichas reacciones (Llaneza, 2009).

De acuerdo a la experiencia que tuvo Freudenberg en una clínica de toxicomaniacos, una de las principales observaciones fueron las actitudes que presentaba el personal que atendía a los pacientes como el cansancio crónico y las actitudes negativas hacia su trabajo, lo que lo lleva posteriormente a realizar más estudios y llegar a entender, más acerca de esta enfermedad, pero sobretodo tener una definición de este síndrome y darlo a conocer. Posteriormente se siguen haciendo estudios acerca del síndrome y al ver las consecuencias que provoca sobretodo en el área laboral el síndrome surgen otras definiciones como la siguiente

Maslach y Jackson en 1986 proponen otra definición la cual es más aceptada y afirma que es un síndrome en respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico que se caracteriza por: agotamiento físico y/o psicológico, despersonalización o frialdad hacia los demás e inadaptación a las tareas laborales (Sánchez-Anguita, 2008).

Actualmente el Síndrome Burnout se le han atribuido varias connotaciones debido a la relación que se tienen con otras patologías como desgaste, cansancio profesional o estrés laboral, en inglés la palabra Burnout significa quemarse o consumirse por el fuego, con base a esta traducción significa que el síndrome es una enfermedad que consume o quema a la persona en su trabajo, así que es idónea la traducción para entender porque es llamado síndrome del trabajador quemado.

Algunos de los principales factores que se abordan para encontrar una definición clara acerca del Síndrome Burnout son las diversas definiciones que relacionan los diversos síntomas como son el estrés, la depresión, frustración, cansancio, etc. Sin embargo lo que si queda claro es que el Síndrome Burnout es más fácil de

identificar por las actitudes del trabajador, sobre todo cuando se observa un claro agotamiento o estrés por el trabajo, en especial en trabajadores que se dedican a la atención de usuarios.

Por lo anterior escogeremos la siguiente definición propuesta por Rodríguez (2009) “el Síndrome de Burnout (quemarse por el trabajo) es una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional”.

En ocasiones es difícil entender las definiciones propuestas por los diversos signos y síntomas que involucra el síndrome, pero muy importante el de sugerir que el síndrome es un tipo de estrés que padece el trabajador durante su estancia laboral, además de las dolencias físicas que se padecen es importante enfatizar los sentimientos de fracaso que padece el trabajador, cuando ve a su profesión no tan satisfactoria o productiva como cuando era estudiante y tenía ilusiones acerca de su carrera.

Al tener una definición de lo que significa el Síndrome Burnout, se puede comprender la importancia de tratar e identificar este síndrome en los trabajadores, ya sean de nuevo ingreso o más antiguos en virtud de cuidar la salud física y mental no solo de los trabajadores sino también buscando el beneficio de los pacientes y la propia empresa.

1.1.2 Elementos del Síndrome de Burnout

Landy (2005) afirma que con base a investigaciones realizadas “se han identificado tres componentes del Burnout en estos escenarios de cuidado de la salud y servicio humano: agotamiento emocional, sentimientos de despersonalización y sentimientos de bajo logro personal”.

Es común que en algunas ocasiones los trabajadores expresen a otros compañeros la carga de trabajo que tienen en las áreas donde laboran o las quejas que surgen cuando el trabajador se siente bajo la constante inspección por parte de su supervisor, en ocasiones es usual que el trabajador piense que su jefe solo se dedica a dar órdenes, sin embargo es importante pensar que los jefes y supervisores también tienen la presión de que el trabajo tiene que salir bien en beneficio de las personas a las que se atiende y a la propia empresa, a todos estos aspectos los describiríamos como agotamiento emocional, la despersonalización cabría después de una larga jornada de trabajo en especial al término de guardias de 24 horas, el trabajador termina con actitudes negativas hacia su trabajo como malas contestaciones hacia los pacientes, poco tacto para tratar las molestias de los pacientes o lo que es aún peor realizar un mal procedimiento a algún paciente, y por último existe en ocasiones una falta de

motivación para realizar su trabajo o de no hacerlo bien y sentir que no vale la pena continuar trabajando por no tener los logros que se deseaban cuando inició con su carrera lo que nos lleva a sentimientos de bajo logro personal.

Debido a las secuelas que provoca el síndrome en la salud de los trabajadores Spector (2002) afirma que “La persona que sufre de agotamiento manifiesta cansancio emocional y carece de motivación para trabajar, se puede definir como una especie de depresión laboral, pues no hay motivación ni energía para las actividades inherentes al trabajo”.

Principalmente este conjunto de síntomas se hacen presentes en personal que lleva laborando años y conforme ha pasado el tiempo la rutina de trabajo se hace más pesada y constantemente se va acumulando el estrés y el cansancio laboral, lo cual lleva al trabajador a manifestar algunas actitudes que describe el Síndrome Burnout como negación a realizar las actividades laborales, trato hostil hacia los compañeros y personal con el que tiene contacto, deseos de terminar la jornada laboral, etc.

De este modo el trabajador va acumulando síntomas como cefaleas, gastritis u otras enfermedades que en ocasiones son causa de incapacidad para realizar su trabajo y por lo tanto motivo para ausentarse e ir al médico, lo cual provoca alteraciones negativas en el funcionamiento de las áreas de trabajo, como por ejemplo buscar cubrir al personal ausente y así aumentar el trabajo.

Identificar oportunamente los elementos del síndrome en el trabajador ayuda al clínico a identificar en ocasiones los problemas que probablemente tiene la empresa como por ejemplo las quejas constantes de los pacientes de la mala atención por parte del personal por el que es atendido, la poca tolerancia que se tiene cuando surgen molestias por parte de los pacientes o lo que es peor hacer un procedimiento inadecuado por el cansancio que lleva acumulado el personal de salud. Las consecuencias de este síndrome no solo atenta contra la integridad del trabajador sino también afecta la organización y el funcionamiento de las empresas.

1.1.3 Etiología

Otro dato importante que se debe hacer mención es que no solo existen factores desencadenantes que provocan el estrés o Síndrome Burnout dentro del área de trabajo, sino también los hay ajenos al área de trabajo, como lo plantea Dessler (2009) en donde dice que “hay varios factores externos que derivan en estrés laboral: entre ellos, el horario y el ritmo de trabajo, la seguridad del puesto, el transporte al trabajo y de regreso a casa, así como la cantidad y el tipo de clientes”.

Existen algunas circunstancias que pueden iniciar el Síndrome Burnout como el estrés al que se enfrenta el trabajador a un nuevo empleo, acoplarse a una nueva rutina o nuevos compañeros y jefes; sin embargo algunos otros factores que originan este síndrome los menciona Sánchez-Anguila (2008)

- Predisposición personal o componentes de la personalidad
- Formación y recursos personales-profesionales
- Expectativas y necesidades personales, aburrimiento y falta de estímulos
- Enfoque empresarial exclusivamente hacia la alta productividad y no a las relaciones
- Clima laboral en el equipo de trabajo
- Supervisión y liderazgo
- Ambigüedad o conflicto en los roles profesionales
- Bajo control y participación en el trabajo
- Precariedad económica
- Pobre orientación y expectativa profesional

Enfatizar sobre el origen del síndrome involucran muchos aspectos como los que se mencionan anteriormente, tan solo la personalidad del trabajador en ocasiones es motivo suficiente para desencadenar el síndrome ya sea en una fase inicial o tardía, por otro lado muchas personas por falta de orientación vocacional se deciden por carreras en donde probablemente los ingresos económicos llenan sus expectativas, pero sin embargo no piensan en lo que en realidad requiere la entrega y la ética en una carrera en este caso de salud, en donde se tiene que vivir con la constante atención al público y si a esto se suma que la empresa donde se decide trabajar no llena las expectativas profesionales o económicas que se esperaban la decepción crece y los problemas personales, físicos y mentales empiezan hacer estragos en la vida del trabajador, provocando malas relaciones tanto con compañeros como con jefes o supervisores, necesidad de buscar un mejor empleo y provocar bajas en el personal, conflictos para realizar bien el trabajo y llegar a tener un mal clima laboral, resultando perjudicados principalmente los usuarios o pacientes que acuden a un servicio médico en busca de mejorar su estado de salud y al encontrarse con malos tratos por parte del servicio que lo atiende provoca una falta de interés para no volver a solicitar atención médica.

1.1.4 Signos y Síntomas

El Síndrome Burnout es un conjunto de signos y síntomas que es necesario agruparlos para poder realizar un mejor diagnóstico y de acuerdo a sanchez-anguila (2008) los agrupa de la siguiente manera:

1. Psicosomáticos: se presentan en los primeros estadios del síndrome, con cefaleas, astenia, insomnio, artralgia, alteraciones gastrointestinales, pérdida de apetito y peso, dolores y rigidez muscular, asma, hipertensión arterial e incapacidad para relajarse.
2. Conductuales: absentismo laboral, bajo rendimiento, retrasos, aislamiento, conductas agresivas, intentos de suicidio, abuso de drogas, alcohol o fármacos, inadaptación familiar y social.
3. Cognitivo-emocionales: distanciamiento efectivo, insatisfacción, impaciencia, irritabilidad, baja autoestima, dificultad de concentración, problemas de memoria, y despersonalización.

En particular muchos de los signos y síntomas que se presentan en este síndrome se van presentando paulatinamente, pues conforme se van exponiendo a las diversas demandas que exige el trabajo los síntomas se van agudizando como así lo manifiesta Solanas (2002)

Los signos de agotamiento no aparecen de forma brusca sino que se van manifestando gradualmente y van desde manifestaciones psicosomáticas (quejas de fatiga crónica, dolores frecuentes de cabeza y estómago, hipertensión, úlceras y trastornos gastrointestinales, etc.) hasta manifestaciones conductuales (aumento de la conducta violenta, incapacidad para relajarse, irritabilidad, conflictos familiares, etc.)

Por lo mencionado anteriormente los pacientes no se dan cuenta que tienen el síndrome sino que lo van manifestando en primer lugar con síntomas físicos los cuales se van agudizando y al paso del tiempo refiriendo no solo molestias físicas sino también conductuales y psíquicas como lo describe Fernández (2010)

La forma y el ritmo con que se producen estos cambios en el estado de salud del trabajador no son iguales siempre. En este sentido, se han descrito cuatro formas de evolución de la patología:

- Leve: los afectados presentan síntomas físicos, vagos e inespecíficos (cefaleas, dolores de espaldas, lumbalgias) y se vuelven pocos operativos.
- Moderada: aparece insomnio, déficit de atención y concentración, tendencia a la automedicación. Este nivel presenta distanciamiento, irritabilidad, cinismo, fatiga, aburrimiento, progresiva pérdida del idealismo con sentimientos de frustración, incompetencia, culpa y autovaloración negativa.

- Grave: Aumenta de forma considerable el absentismo, aversión por la tarea, cinismo. Se produce un abuso de alcohol y psicofármacos.
- Extrema: aislamiento, crisis existencial, depresión crónica y riesgo de suicidio.

Finalmente el clínico debe tomar en cuenta que este conjunto de signos y síntomas que se presentan en este síndrome no se aparecen de inmediato y no solo afectan al trabajador sino también a la empresa como ya se ha mencionado con anterioridad pero para poder identificarlo hay que tomar en cuenta específicamente ciertos indicadores que servirán para diagnosticar y hacer una intervención adecuada como lo menciona Fernández (2008) “indicadores del Burnout son:

- Fatiga, falta de motivación e inapetencia profesional.
- Frustración y no percepción del logro.
- Disminución de la calidad de las relaciones interpersonales.
- Aumento del número de quejas e inatención ante sugerencias o ayuda.
- Propensión ante estados de depresión”

Se debe ser cuidadoso al momento de identificar este grupo de signos y síntomas por el hecho de confundirlos con otras patologías, sin embargo es claro que el paciente comienza presentando síntomas de índole somático como las cefaleas y los problemas estomacales, pero para llegar a una conclusión de que el paciente tiene el síndrome, es importante que durante la entrevista se detecte el origen de las molestias físicas y si estas se relacionan con angustias o problemas que ha tenido en el trabajo y a su vez indagar si esto ha provocado deficiencias en su área de labores; como bajo rendimiento laboral o poco interés al realizar las actividades que le corresponden, las malas relaciones con jefes, supervisores, compañeros y quejas por parte de otras personas allegadas al paciente como es la familia o amigos. No hay que tomar desapercibidos los signos y síntomas y solo dar tratamiento farmacológico pues como ya se ha señalado el síndrome lleva un proceso de leve a extremo y es necesario detectar el nivel en que se encuentra el paciente.

1.1.5 Incidencia

El constante estrés causado por el Burnout es visto principalmente en los profesionales de la salud o de cuidado a pacientes como son personal de enfermería, psicólogos o médicos, en especial los que trabajan en unidades de

cuidados intensivos o urgencias. Sin embargo, Landy (2005) afirma que “la investigación reciente sobre Burnout se ha extendido a ocupaciones más allá de las “profesiones de cuidado” incluyendo administradores, controladores de tráfico aéreo y profesionales de la milicia”.

Debido a que este síndrome lo sufre más el personal que se dedica al servicio o cuidado de otras personas y lo que en ocasiones las demandas que exigen en ciertas áreas del trabajo; en especial con los médicos y enfermeras que laboran en unidades como urgencias o terapia intensiva, y que no solo involucra el tipo de servicio donde laboran, sino también otros como los cambios de turno, en ocasiones trabajan doble turno, por ejemplo salen del turno nocturno y se siguen en otro hospital en otro turno ya sea matutino o vespertino, pero sobre todo cuando saben que están ante la constante responsabilidad del cuidado de pacientes críticos, debido a esto son un tipo de personal que están más expuestos a padecer enfermedades como lo señala Torres (2001) “ si el proceso continua aparece una variada sintomatología: ansiedad, palpitaciones, dolor precordial, hipertensión, cefaleas, dolores cervicales y de espalda, cansancio, diarreas, ausencia de expresividad emocional, hostilidad, imposibilidad de concentrarse y comunicar sus problemas a los demás, aislamiento familiar, etc.”

Muchas veces este tipo de personal por sus conocimientos al presentar ciertos síntomas tienen la costumbre de auto medicarse y mitigar momentáneamente su enfermedad y no acudir a un colega para su valoración, realizarse estudios y mucho menos darse tiempo para acudir con un psicólogo, aunado a esto lo llevan a padecer frustraciones laborales por las políticas de las organizaciones donde trabajan como la falta de expectativas en la profesión o la mala calidad de comunicación entre los miembros del equipo de trabajo, hacen que todos estos signos y síntomas se agudicen.

Es importante mencionar, que el mayor tiempo en la vida de una persona se está en el trabajo y que si por alguna circunstancia el trabajo se vuelve pesado y conflictivo para el trabajador en su vida, no solo afecta el entorno laboral sino también el área familiar y social, tal como lo menciona Cortez (2007) “los factores sociales tales como salarios, organización del trabajo, promoción, mando, etc. Propios de nuestro tiempo puede terminar produciendo enfermedad en el trabajador al sufrir psicosis, depresiones, neurastenias, etc.”

Debido a que en nuestra sociedad cada vez en los empleos se exigen más requisitos de preparación y estudios, muchas personas buscan prepararse más y de ese modo conseguir un buen empleo en donde se logren alcanzar sus objetivos tanto económicos, laborales y personales; así que por lo tanto los empleados se sienten más comprometidos de realizar mejor su trabajo que en muchos de los

casos son trabajadores de nuevo ingreso los cuales al no contar con la experiencia suficiente, no miden el estado de estrés o presión al que se someten y empiezan los problemas de salud como lo ha mencionado la literatura el síndrome, ya no solo es padecido por el personal dedicado al cuidado o a la atención de pacientes o clientes, ya lo pueden padecer otro tipo de personal como es el caso de los militares que algunos casos se dedican a la atención de usuarios en unidades médicas como hospitales, sanatorios o clínicas, otros se encuentran laborando en áreas administrativas y donde no tienen la atención a clientes pero no deja de ser tal vez un área en donde se tenga mucha presión por parte de los jefes o el tipo de trabajo que se haga y que requiera de toda la atención posible por parte de los empleados, en otro caso actualmente muchos realizan actividades operativas lo que implica desplazarse a otras unidades en otros estados, y trabajar con otros compañeros o jefes y que de la misma forma se tiene la presión de realizar lo mejor posible su trabajo.

Como se está viendo no necesariamente el personal que tiene la responsabilidad de trabajar con la salud de vidas humanas puede padecer el síndrome, sino que existen varios factores que pueden hacer susceptible de padecer el síndrome a cualquier trabajador independientemente del área en donde trabaje, ya sea que se trate de un subalterno u obrero hasta los mismos jefes o supervisores, unos por estar a las órdenes de los que los supervisan y otros por ser los que dirigen y verifican que los trabajadores realicen adecuadamente sus labores para no ser reprendidos por los jefes más altos. Lo que a corto o largo plazo se puede pensar que tanto el trabajador como cualquier empresa resultarían perjudicados por este síndrome.

1.2 DEPRESION

1.2.1 Historia y Definición

La depresión tiene antecedentes históricos muy antiguos y aunque en un inicio no se le conoció con el término de depresión si no como melancolía, tiene sus orígenes desde Hipócrates como lo describe Mardomingo (2003) “el termino melancolía lo utiliza Hipócrates para referirse a una enfermedad que tiene su origen en el desequilibrio de uno de los cuatro humores corporales, *la atrabilis*” desde los griegos el estudio de las enfermedades se basaba en la teoría humoral descrita por Hipócrates y la cual dice que el cuerpo está compuesto por cuatro humores: sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema, los cuales son una combinación de los elementos básicos de la naturaleza y que cualquier desequilibrio en alguno de estos elementos es causa de enfermedad como lo explican Halgin y Kraus (2004)

Consideraba que existían cuatro fluidos corporales importantes que influían en la salud física y mental: bilis negra, bilis amarilla, la flema y la sangre. El exceso de alguno de estos fluidos podría causar cambios en la conducta y en la personalidad del individuo; por ejemplo, un exceso de bilis negra provocaría que una persona se sintiese deprimida (“melancólica”), y un exceso de bilis amarilla provocaría que una persona se mostrase ansiosa o irritable (“colérica”); demasiada flema resultaría en una tendencia a la calma que quizá rayaría en indiferencia (“flemático”); la abundancia de la sangre causaría que una persona experimentara un estado de ánimo inestable (“sanguíneo”)

Actualmente se sabe que la depresión es una patología que causa sufrimiento mental al paciente afectando su vida personal y social, y que en ocasiones no se le toma la seriedad que debiera relacionándola como una tristeza pasajera la cual no requiere tratamiento o la visita a un médico, de acuerdo con Rojtenberg (2006) la depresión es

Un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima con manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño socio-ocupacional

De acuerdo con esta definición el paciente es incapaz de llevar una vida sana mentalmente a causa de su malestar psíquico que no permite que su estado de ánimo lo lleve a disfrutar de las actividades que alguna vez le causaban placer provocando un estado de irritabilidad y enojo hacia sí mismo y con los demás o no tener la suficiente energía para realizar sus actividades durante el día y lo que lo lleva a una incapacidad física y mental en todos los sentidos de su vida.

Por lo cual es de suma importancia un diagnóstico oportuno y certero desde el momento en que el paciente acude a consulta, se debe tomar en cuenta que muchas veces el paciente no acude directamente con un especialista como un psicólogo o psiquiatra para referir su malestar sobre su estado de ánimo por lo general el primer eslabón es con el médico general por lo cual el clínico debe ser preciso en los síntomas y signos observados en el paciente y canalizarlo al servicio adecuado para llevar un seguimiento y dar un tratamiento adecuado.

1.2.2 Etiología

Se puede decir que las causas que originan una depresión son multifactoriales pues se integran diversas situaciones ya sean de origen biológico, social o psíquico y de los cuales el paciente puede ser más susceptible a padecer, algunos

de estos factores los menciona Sarason y Sarason (2006) “los factores de riesgo que afectan la depresión incluyen la herencia, la edad, el género, los eventos de vida negativos y la falta de apoyo social”

Dentro de la herencia se han encontrado datos de que algunas personas tienen un gen predisponente a padecer depresión es decir, si alguno de los padres padeció depresión probablemente uno de los hijos lleve ese mismo gen, como así lo explica Gómez-Restrepo et al. (2008)

Familiares en primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen dos a tres veces más riesgos de presentarlo. Se ha sugerido que un 20% de los familiares de los probados con depresión mayor lo presentan. Por estos motivos se ha planteado que el componente genético de este trastorno es elevado

La edad es un factor importante que se debe tomar en cuenta al momento de la exploración psicológica pues existe evidencia de que la depresión tiene su inicio en la adolescencia como lo menciona Soutullo (2010) “la edad media de aparición del primer episodio depresivo es la adolescencia o inicio de la edad adulta”

Con respecto al género se ha sabido desde hace tiempo que el sexo femenino tiende a padecer más depresión en especial por el rol de mujer que tiene dentro de la sociedad como es el de esposa, trabajadora, madre, etc., evidencia de estos datos los describe Ruiz-jarabo y Prieto (2005) “el hecho de que las mujeres sufran dos veces más depresión que los hombres parece tener que ver no tanto con la biología sino con la violencia de género y la discriminación que sufren las mujeres”

En los eventos negativos y falta de apoyo social se pueden clasificar dentro de los factores psicológicos, en donde por lo regular el paciente es afectado por los eventos vividos durante su rutina diaria ya sea en el trabajo, con la familia y amigos; en ocasiones los pacientes son incapaces de afrontar situaciones que se presentan en sus vidas y los conlleva a padecer tales frustraciones que los llevan a una depresión, algunos autores como Golman (2001) que menciona acerca de las deformaciones cognitivas a lo cual comenta que las “más comunes consisten en interpretación negativa de la experiencia, valoración negativa de sí mismo y pesimismo por el futuro”. Como se verá más adelante la depresión se relaciona con algunas enfermedades físicas, sin embargo esta patología puede ser causada por otro tipo de eventos como por ejemplo alguna pérdida, ya sea la muerte de un familiar, un divorcio o incluso la pérdida del empleo, por lo tanto muchas veces estos pacientes cuando no encuentran soluciones ante diversos acontecimientos negativos, suelen aislarse y no buscar una solución para superar estos acontecimientos. Lo que sugiere que este tipo de causa tiene su origen en los

episodios estresantes que se han vivido y que conforme se van formando estos pensamientos negativos debido a sus malas experiencias, van llevando al paciente a una situación de desánimo y poca aceptación de sí mismo.

Otra causa común es el padecer otras enfermedades físicas como una diabetes, problemas cardiacos o el cáncer, provocando falta de confianza e incertidumbre acerca de cómo lidiar con una enfermedad y lo que va conllevar un tratamiento, por ejemplo los gastos de medicamentos, las visitas constantes al especialista, estudios de laboratorio y si no se cuenta con el apoyo de un familiar muchos pacientes se decaen y provocan que estas enfermedades se agudicen más. Dentro de esta categoría también se puede incluir factores como el consumo de alcohol y drogas causantes de depresión.

Por otra parte se ha indicado que existe un desequilibrio bioquímico cerebral en los neurotransmisores hablando en especial de las catecolaminas (noradrenalina, dopamina y adrenalina) que están relacionados con los estados de ánimo, alteraciones del sueño y otras patologías cerebrales, lo mismo que la serotonina que se concentra en neuronas de una parte del tronco encefálico, como así lo sugiere Greiffenstein y Yepes (2004)

La teoría de las catecolaminas en su forma más simple postula que en la depresión hay un déficit absoluto o relativo de norepinefrina en sinapsis específicas cerebrales y que en la manía habría un exceso de ella.

Posteriormente se ha sugerido que un déficit de serotonina sería un básico en la etiología de la depresión.

Por lo anterior este sistema fisiológico que regula los estados de ánimo de los pacientes los hace más vulnerables lo que hace ponerle mayor interés a la enfermedad y pensar que la causa de estos desequilibrios bioquímicos están inclinados a predisposición genética y por lo tanto en muchas ocasiones el paciente no entiende el porqué de su malestar psíquico.

1.2.3 Signos y Síntomas

La depresión es una patología la cual se considera síndrome por contar con un conjunto de signos y síntomas en el paciente que llegan a ser discapacitantes para continuar con su desempeño en su vida social, laboral y familiar, así que dentro de la depresión existen diversos signos y síntomas que la hacen una patología, en ocasiones difícil de diagnosticar, para una mejor identificación de estos signos y síntomas Suarez y Pujol (2009) los describen en tres básicamente que son “síntomas físicos, signos objetivos y síntomas psíquicos”.

En los síntomas físicos el paciente refiere principalmente astenia que es un estado de debilidad muscular caracterizado por la falta de energía, otros síntomas referidos generalizados en todo el cuerpo, entre algunos dolores se encuentran las cefaleas (dolor de cabeza) y dolor de espalda o lumbalgia, además hay perturbaciones en el sueño, los hábitos alimenticios y la sexualidad; en el primer caso Álvarez y Gasto (2008) describen como característica principal de las alteraciones del sueño como “el despertar precoz y la imposibilidad de volverse a dormir. El despertar precoz y la imposibilidad de volver a dormirse es un síntoma que rara vez sucede en otras patologías médicas o psiquiátricas”

Dentro de los hábitos alimenticios los pacientes con depresión es común que reduzcan su ingesta de alimentos por la pérdida de apetito al igual que el deseo sexual suele disminuir como así lo manifiesta Rojtenberg (2006) “las alteraciones en el apetito, generalmente hiporexia o anorexia y diferentes dificultades en las relaciones sexuales (disminución del deseo, disfunción eréctil en el hombre, hiporgasmia o anorgasmia) se van haciendo manifiestas”

Otros síntomas importantes que no se pueden dejar de mencionar pues pueden servir como enmascaramiento de la depresión son las alteraciones gastrointestinales, cardíacas e incluso neurológicas como así lo refiere Friedman (2004)

La incidencia de depresión es elevada en los trastornos gastrointestinales, como el síndrome intestinal funcional, colitis, hepatitis y carcinoma de páncreas. La depresión es particularmente común en el infarto de miocardio y tras la cirugía cardíaca. La depresión clínica puede aparecer en cualquier enfermedad del SNC, pero es más frecuente en el hematoma subdural, tumores del lóbulo frontal y enfermedades neurológicas crónicas como esclerosis múltiple y Parkinsonismo.

De este modo podemos identificar algunos síntomas que puede presentar un paciente deprimido, desde las molestias gástricas hasta los problemas cardíacos que son aún más delicados de tratar, sin embargo como ya se mencionó es importante indagar en su estilo de dormir, pues son pocas las patologías que presentan alteraciones del sueño.

En los signos objetivos se refiere básicamente como se observa un paciente depresivo desde su expresión facial hasta la postura de su cuerpo, es vital en la consulta observar todos estos aspectos en este caso nuevamente Rojtenberg (2006) hace una descripción física del paciente deprimido, “el rostro del paciente deprimido denota una marcada hipotimia y pobreza gestual” “las comisuras labiales apuntando hacia abajo, como la máscara de la tragedia griega” “hasta el

brillo de los ojos parece disminuido”, “la postura y la presencia son negligentes, indiferentes, evidenciando y refiriendo desgano y falta de iniciativa” el discurso es lento y forzado, como si se arrastrase con sus palabras” “las frases son cortas, con intervalos prolongados entre ellas y si a esto le sumamos la expresión quejosa, monótona y reiterativa”.

Muchas veces la expresión facial, la postura o la simple mirada del paciente son datos que no se deben dejar pasar aunque el paciente acuda al médico refiriendo otras molestias, se debe ser muy observador al momento de la exploración, en ocasiones durante la entrevista el paciente presenta llanto fácil pidiendo ayuda por su malestar en cuanto a su estado de ánimo o identificar estados de agresión que pueden indicar deseos de morir o ideas suicidas.

Los síntomas psíquicos son los más diversos y frecuentemente están relacionados con los síntomas físicos, por ejemplo es común que el paciente sienta una profunda tristeza lo que provoca a su vez sentir desgano o falta de energía para hacer sus actividades, este mismo desgano hace que empiecen las alteraciones del sueño y falta de apetito.

Para esto Preston (2004) dice que en cuanto a la *tristeza y desesperación*. Con frecuencia estos son los síntomas que más lastiman y los más obvios. *Escasa autoestima*. Incluyen falta de valía, inadecuación, falta de confianza y odio a uno mismo. *Apatía*. Es la falta de motivación para hacer las cosas; el retiro de la vida social; decaimiento en el nivel de actividad y/o la restricción de las actividades vitales. *Problemas interpersonales*. Puede sentirse incomoda e inadecuada al estar con otros, o experimentar sentimientos crecientes de soledad. *Sentimientos de culpa*. Esta creencia en la “maldad personal” es lo que provoca que la culpa sea una emoción destructiva y dolorosa. *Pensamiento negativo*. Cuando la persona empieza a sentirse deprimida piensa y percibe de manera cada vez más negativa y pesimista. *Pensamiento suicida*. Aun cuando la mayoría de las personas que piensan en quitarse la vida no lo hacen, de cualquier manera las ideas suicidas siempre deben tomarse con seriedad.

Los sentimientos negativos de que sufren los pacientes deprimidos conllevan a pensar que la vida no tiene sentido y no existen razones para seguir adelante, por lo cual en ocasiones muchos no acuden a consulta y empiezan con ideas de terminar con su vida, como lo menciona la literatura son los sentimientos que más lastiman al paciente por invadir su mente con pensamientos oscuros que les resultan incapacitantes para poder pensar y ver las cosas de otra manera.

Es muy importante observar todo este conjunto de signos y síntomas que suelen enmascarar una depresión y facilitar hacer un diagnóstico diferencial para no solo dar tratamiento a las enfermedades físicas y no dejar desatendidas las enfermedades psíquicas.

1.2.4 Incidencia

Como se mencionó en la etiología uno de los riesgos principales para padecer depresión es el factor género, en este caso el femenino es el más susceptible y que es a partir de la pubertad donde se puede iniciar este padecimiento, algunos indicios acerca de estos datos los sugiere Sánchez-Pedreño (2010)

- Diferencias neurobiológicas (hormonales, cerebrales, etc.) entre ambos sexos.
- Las mujeres todavía padecen una gran desventaja social en muchos países (que pueden actuar como factor estresante).
- La mujer es víctima de abuso y de violencia doméstica (factores de riesgo para el desarrollo de la depresión) con una frecuencia mayor que el varón.
- Las mujeres deprimidas solicitan más atención sanitaria que los varones deprimidos.

Para algunas personas los cambios hormonales que suceden durante la pubertad, en ocasiones hace que sean difíciles de aceptar o de comprender lo que provoca que se presentan cambios de humor, incertidumbre acerca de lo que se va hacer en un futuro, aceptar los cambios físicos en el cuerpo y la responsabilidad que conllevan estos cambios, y en el caso de la mujer existen algunos otros riesgos como son un embarazo no deseado y volverse madre soltera, factor que podría tomarse para desencadenar una depresión al sentir que no se cuenta con el apoyo de una pareja o incluso la desaprobación y reproches de los padres y familiares. Existen algunos acontecimientos que la mujer llega a presentar a lo largo de su vida, como son el ciclo menstrual y la menopausia que son causa de cambios de ánimo y que sugiere que pueden llevar a una depresión; en cuanto al ciclo menstrual muchas mujeres durante su periodo presentan síntomas como irritabilidad, cansancio y cambios de ánimo, algunos datos que justifican esto son las investigaciones que describe Shibley (1995)

La investigación indica que las variaciones en los niveles hormonales del ciclo menstrual pueden estar relacionadas con cambios correspondientes en el estado de ánimo. En general, el estado de ánimo es positivo en la ovulación o en la mitad del ciclo, cuando los niveles de estrógenos son elevados, mientras que es negativo, con sentimientos de depresión, ansiedad e irritabilidad, en el momento en que los niveles de estrógenos son bajos, en el pre menstruación.

Dentro de la menopausia es otra etapa de la mujer susceptible de sufrir desajustes hormonales causantes de depresión por la disminución estrogénica que se presenta a partir del momento en que la mujer presenta el cese definitivo de la menstruación, algunas investigaciones sugieren que la disminución de las hormonas femeninas causan síntomas parecidos a los de un ciclo menstrual como la depresión e irritabilidad como lo manifiesta otra vez Shibley (1995)

Desde el punto de vista biológico, los problemas menopáusicos parecen deberse al estado hormonal de la mujer. En concreto, parecen que los síntomas están relacionados con los bajos niveles de estrógenos o con el desequilibrio hormonal. La primera hipótesis, denominada teoría de la deficiencia de estrógenos, es la que se ha sometido a un mayor número de investigaciones. Los defensores de la misma dicen que los síntomas físicos, como los sofocos, y los síntomas psicológicos, como la depresión se deben a la disminución de la cantidad de estrógenos en el organismo.

Por lo anterior hace que la paciente no pueda realizar sus actividades de manera normal, y si a esto aunamos que también existen creencias psicológicas encaminadas a que ya se es vieja y que dentro de la sociedad este término es sinónimo de inutilidad e incluso de enfermedad, la mujer puede acentuar más los síntomas de una depresión.

Por otro lado muchos de los sucesos a los que se enfrenta la mujer en la sociedad hacen que se acrecenté el padecer depresión algunos de estos son por ejemplo la violencia familiar, el acoso laboral lo que incita a tener una baja autoestima, a sentirse desprotegida o llevarla a sufrir sentimientos de culpabilidad hasta llevarla a un estado de soledad y aislamiento o vivir la simple rutina que en ocasiones lleva como esposa, además de que si en la relación marital existen problemas como cuando no hay intimidad, comprensión y confianza, la falta de reconocimiento a sus labores hogareñas, el ser madre soltera y tener que salir a trabajar, etc. Actualmente todavía existen ideas acerca de que la mujer nació para atender al esposo y que por tal motivo desde niña empieza aprender labores propias del hogar; desde hacer la limpieza, aprender a cocinar hasta atender a los hermanos, así que se puede intuir que muchas veces estas ideas son aprendidas desde la infancia, y que cuando se llega a la edad adulta son más difíciles de erradicar y debido a que la mujer suele ser más abierta para expresar sus sentimientos que el hombre, suele ser más fácil llevarla a pedir ayuda profesional para tratarse la depresión que lleva padeciendo tal vez desde hace años.

1.3 ESTRÉS

1.3.1 Historia y Definición

Las primeras investigaciones sobre estrés se deben a Hans Selye, al que se considera el padre del estrés, sus investigaciones se basan en las consecuencias fisiológicas que pasan cuando existe un desequilibrio interno, Gutiérrez y Ángeles (2012) hacen mención de cómo funciona el estrés según Selye

Para este autor el estrés designa la respuesta de la persona a estresores que amenazan su equilibrio, definiéndolo como un conjunto de reacciones indeterminadas del organismo a diversos agentes nocivos del ambiente (p. ej., frío, calor, rayos X, dolor o ejercicio impuesto). Con lo anterior, Selye consideró que la respuesta de estrés está constituida por un mecanismo que bautizó como síndrome general de adaptación SGA, donde:

- Síndrome denota que las partes individuales de la reacción se manifiestan más o menos de manera conjunta y son interdependientes.
- General, porque las consecuencias de los estresores se generalizan y afectan diversas partes del organismo.
- Adaptación, por la estimulación de las defensas a ayudar al organismo a que conserve su equilibrio mediante el ajuste o “afrontamiento” al estresor.

El estrés es definido por Rabinivich “como el desequilibrio que se produce en un organismo cuando estímulos físicos y psicológicos impactan en él”, sin embargo en ocasiones existen factores que causan estrés y que no necesariamente son negativos para la vida de una persona como lo refieren Baeza et al. (2008) “Cualquier cambio al que debemos adaptarnos representa estrés, ya se trate de acontecimientos negativos (despido laboral, enfermedad, ruptura amorosa, muerte de un ser querido), o positivos y deseables (casarse e iniciar la convivencia, nuevas responsabilidades en el trabajo ligadas a un ascenso)”.

El estrés es una reacción innata del organismo que no respeta condición física, género, escolaridad, condición económica y ningún factor por el cual el organismo sea capaz de no padecerlo y mucho menos de sufrir los síntomas negativos que lleva a un estrés a largo plazo, simplemente es un estado de equilibrio que el cuerpo tiene cuando se presentan elementos nocivos.

1.3.2 Etiología

Por lo tanto el estrés es una respuesta fisiológica que lleva acabo el organismo como un medio de defensa ante una situación de peligro, así que cuando el cuerpo se enfrenta a cualquier tipo de agente perjudicial el cuerpo reacciona por

medio de la secreción de hormonas a través de la estimulación de órganos y glándulas para crear un estado homeostático y que en caso de padecer un estrés excesivo e intenso estos niveles homeostáticos producen alteraciones en el organismo, durante un estado de estrés el cuerpo lleva a cabo un proceso fisiológico descrito en tres etapas de acuerdo con Tortora y Graboswski (2002) “1) una reacción de alarma inicial; 2) una reacción de resistencia, más lenta y finalmente, 3) el agotamiento”.

En la primera etapa llamada reacción de alarma, el cuerpo detecta diversos cambios como amenazantes por lo que el hipotálamo estimula a las glándulas suprarrenales que se encuentran en la parte superior de cada riñón por medio de la secreción de hormonas (adrenalina y noradrenalina) iniciando en primer lugar la protección y defensa fisiológica del organismo ante algún peligro, aumentando el flujo sanguíneo provocando taquicardias y disminuyendo la presión sanguínea al igual que el tono muscular, en segundo lugar al término de la presencia de estos signos se producen signos opuestos a los primeros como hipertensión, e hipertermia e incluso hiperglucemia, cuando el estrés es prolongado y constante el organismo se vuelve vulnerable a enfermedades cardíacas y gástricas, provocando úlceras gástricas.

La etapa de resistencia, es una adaptación de los estresores que sufre el organismo para tratar de disminuir los síntomas que se presentan en la primera etapa e inicia con la estimulación del hipotálamo liberando varias hormonas, iniciando con la hormona liberadora de corticotropina (CRH), después le siguen la hormona liberadora de hormona del crecimiento (GHRH), y la hormona liberadora de tirotrópina (TRH) todo este proceso inicia cuando la corticotropina (CRH) aumenta la secreción de la corticotropina (ACTH) la cual a su vez estimula para que aumente la secreción de aldosterona en donde su función principal es la de conservar el sodio y a su vez eliminar hidrógeno para que de esta forma disminuya el pH de organismo durante el estrés, por otro lado la hormona del crecimiento (GHRH) hace que se secrete por medio de la hipófisis la hGH lo que provoca el desdoblamiento de triglicéridos para que estos produzcan glucosa lo que provoca un aumento de esta en la sangre, la TRH secreta tirotrópina la cual aumenta la pérdida de glucosa para después crear la producción de ATP, por lo visto anteriormente esta etapa es un proceso prolongado pero sobretodo complejo, sin embargo Tortora y Graboswski (2002) lo describen de la siguiente manera

La etapa de resistencia de la respuesta al estrés permite al cuerpo continuar la lucha contra un factor estresante mucho tiempo después de que se disipa la reacción de alarma. Además, proporciona el ATP, enzimas y cambios circulatorios necesarios para afrontar las crisis emocionales, realizar tareas extenuantes o resistir hemorragias graves. Durante la etapa

de resistencia, prácticamente se normalizan los parámetros bioquímicos de la sangre. Las células usan la glucosa con el mismo ritmo de su paso al torrente sanguíneo, por lo que la glucemia tiende a la normalidad.

En general, la reacción de resistencia permite superar los periodos estresantes, ello seguido de la restauración del estado corporal normal.

Por último cuando ha existido ya una liberación de hormonas por tiempo prolongado como es el caso de la etapa anterior viene la última etapa llamada agotamiento y por lo general se presenta un declive general en el organismo desde falta de fuerza muscular hasta debilidad en el sistema inmunitario, lo importante mencionar en esta etapa son las consecuencias graves que ponen en peligro a la persona en su integridad física y mental y que para poder reponerse tendrá que pasar por un periodo de descanso y con todo lo visto anteriormente se puede mencionar que el estrés conlleva a padecer graves consecuencias en el organismo debido a que es capaz de causar el abatimiento del sistema inmunológico causando diversas enfermedades desde padecimientos gastrointestinales, circulatorios y peor aún cáncer.

Como ya se mencionó anteriormente este complicado ciclo, lleva al organismo a ser vulnerable a padecer enfermedades y debido a todo el proceso que lleva acabo el cuerpo cuando sufre de alguna situación estresante, existen algunos factores sobretodo de tipo ambiental que son causantes de estrés y que en ocasiones la persona no puede afrontarlo de manera adecuada, ya sea por situaciones económicas o incluso psicológicas como es el tipo de personalidad como se verá más adelante y sufrir los signos y síntomas que más adelante se mencionan, Molinera (2006) menciona algunos de estos factores

El tipo de trabajo, bien por ser este muy exigente, por estar sometido a continua evaluación o por carecer de control sobre sus resultados.

La falta de comunicación con jefes, colaboradores o compañeros lo que produce una sensación de aislamiento y un sentimiento de carácter de apoyo.

La escases de personal, cuando esto exige multiplicar los esfuerzos para que el trabajo no se resienta.

Una supervisión incompetente que coloca al empleado en una difícil situación, tanto por la falta de orientación como por la ausencia de respaldo ante las decisiones que tiene que tomar.

Los horarios muy prolongados, que imposibilitan que el empleado tenga una vida familiar satisfactoria, o que le impiden desarrollar cualquier otra actividad deportiva, social o de ocio que compense la tensión laboral.

Estos son algunos factores etiológicos causantes de estrés, sin embargo existen otros eventos externos que puede vivir una persona y que pueden ser evaluados, con base a estudios realizados por Holmes y Rahe como lo explica Oblitas (2009) “en su investigación encontraron evidencias significativas de que los cambios ocurridos en la vida de esas personas incrementaron la posibilidad de contraer la enfermedad, al cabo de uno o dos años”.

Lo interesante de estos estudios resulta que no todos los factores son negativos y que también los acontecimientos positivos causan estrés, Oblitas (2009) “esos acontecimientos felices fueron estresantes, es decir, que requerían un ajuste para el cambio, que muchos no supieron manejar adecuadamente, por lo cual sucumbieron ante la enfermedad”.

En relación a los resultados de estas investigaciones Holmes y Rahe idearon una escala que precisamente mide estos sucesos desde un evento que causa más estrés como la muerte del cónyuge hasta el que causa menos estrés que son infracciones leves con la ley, dando “por resultado la construcción de la célebre escala conocida como The social Readjustment Rating Scale (SRRS), publicada primeramente en 1967. (Oblitas, 2009)

Escala de Holmes y Rahe (1967)

Tabla 1

Escala de reajuste social		
Posición	Acontecimiento vital	Valor medio
1	Muerte del cónyuge	100
2	Divorcio	73
3	Separación matrimonial	65
3	Encarcelamiento	63
4	Muerte de un familiar cercano	63
5	Lesión o enfermedad personal	53
6	Matrimonio	50
8	Reconciliación matrimonial	45
9	Retiro	45
10	Cambio de salud de un miembro de la familia	44

11	Embarazo	40
12	Dificultad o problemas sexuales	39
13	Incorporación de un nuevo miembro de la familia	39
14	Reajuste de negocio	39
15	Cambio de situación financiera	38
16	Muerte de un amigo intimo	37
17	Cambio de tipo de trabajo	36
18	Cambio en el número de disputas con el cónyuge	35
19	Hipoteca superior a los 10,000 dólares	31
20	Juicio hipotecario por crédito o hipoteca	30
21	Cambio de responsabilidad en el trabajo	29
22	Hijo o hija que dejan el hogar	29
23	Problemas legales	29
24	Logro personal notable	28
25	La esposa comienza o deja de trabajar	26
26	Comienzo o fin de la escolaridad	26
27	Cambio de condiciones de vida	25
28	Revisión de los hábitos personales	24
29	Problemas con el jefe	23
30	Cambio de turno o de condiciones laborales	20
31	Cambio de residencia	20
32	Cambio de colegio	20
33	Cambio de actividades de ocio	19
34	Cambio de actividad religiosa	19
35	Cambio de actividades sociales	18
36	Hipoteca inferior a los 10,000 dólares	17
37	Cambio de hábito de dormir	16
38	Cambio en el número de reuniones familiares	15

39	Cambios en los hábitos alimenticios	15
40	Vacaciones	13
41	Fiestas navideñas	12
42	Leves transgresiones a la ley	11

Según por lo visto anteriormente el padecer estrés no es precisamente un estado en el que el cuerpo se enfrenta a un estado de peligro si no que también existen situaciones de tal alegría o emoción a las cuales una persona pueda sentir inseguridad o duda de cómo enfrentar dichos sucesos que pueden ser benéficos para su vida, pero que sin embargo por el hecho de causar tal estrés llegan a causar enfermedad, todo esto lleva a pensar la manera en las distintas formas en que las personas enfrentan los sucesos cotidianos de su vida.

1.3.3 Signos y Síntomas

Es importante mencionar que cuando existe una sobrecarga de estrés sobretodo en el área laboral, el organismo conlleva a sufrir alteraciones fisiológicas como son el sueño, la alimentación, problemas gastrointestinales y otros.

Hellriegel y Slocum (2009) plantean los efectos ocurridos cuando existen altos niveles de estrés laboral y los dividen “en tres áreas principales: el fisiológico, el emocional y el conductual: algunos ejemplos de los efectos de un grave malestar en estas áreas son:

- los efectos fisiológicos del estrés incluyen presión arterial alta, ritmo cardiaco acelerado, sudoración, ataques de calor y frio, dificultad para respirar, tensión muscular, trastornos gastrointestinales y ataques de pánico.
- Los ataques emocionales del estrés incluyen ira, ansiedad, depresión, baja autoestima, mal funcionamiento intelectual (inclusive incapacidad para concentrarse y tomar decisiones), nerviosismo, irritabilidad, resentimiento de la supervisión e insatisfacción laboral.
- Los efectos conductuales del estrés incluyen mal desempeño, ausentismo, altos índices de accidentes, de rotación, consumo excesivo de alcohol y drogas, comportamiento impulsivo y dificultad para comunicarse.

No se debe pasar desapercibido los signos y síntomas que muchos trabajadores presentan a causa del estrés que sufren en su trabajo, Dessler (2009) menciona que “el estrés laboral trae consigo graves consecuencias tanto para el patrón

como para el empleado. Los efectos humanos incluyen ansiedad, depresión, enojo y consecuencias físicas como enfermedad cardiovascular, dolores de cabeza y accidentes”.

1.3.4 Incidencia

Como ya se vio con anterioridad el estrés es causado más por una respuesta fisiológica de adaptación del organismo ante una situación de peligro, por lo tanto se puede pensar que el estrés lo pueden sufrir tanto hombres como mujeres en todos los estratos laborales en donde se encuentran. Un factor interesante para sufrir estrés recae en el tipo de personalidad de las personas pues las diferentes personalidades enfrentan el estrés de diversas maneras, un estímulo estresor provocado en dos personas que conviven en un mismo ambiente laboral puede provocar diferentes grados de estrés o no causar nada de acuerdo a la personalidad, así existen ciertos patrones de personalidad como los que describen Halgin y Kraus (2004) en donde las personalidades Tipo A son personas “impacientes, irritables o presionadas por realizar algo de prisa, pueden estar en riesgo de desarrollar problemas cardiacos”, debido a esto se describirían a estas personas como abnegadas a su trabajo y que hacen todo lo posible para lograr sus metas a causa de ser tan impacientes, hace que sean poco tolerantes con los retardos, los trabajos mal hechos y la pérdida de tiempo, de alguna manera este tipo de personalidad a pesar de sus características de impacientes e incluso de hostilidad hacia los demás resultan personas responsables y entregadas a su trabajo debido a los retos que se proponen, por otro lado para González (2006) la personalidad Tipo B “son personas tranquilas capaces de utilizar la energía necesaria para la resolución de los problemas”, es decir son personas que tienen herramientas para aceptar los cambios, relajados y no andan a las prisas por lo tanto se puede pensar que son personas que no están propensas a padecer niveles de estrés altos como los de la personalidad tipo A y por último las personas con el Tipo C nuevamente González (2006) las caracteriza como

Excesivamente serviciales, pacificadoras, con dificultades para reivindicar sus derechos, muy pacientes, evitan conflictos, buscan la armonía, sumisas, suelen estar a la defensiva, suprimen la expresión de las emociones, y son incapaces de enfrentarse a tensiones en el ámbito interpersonal, todo ello les lleva a experimentar sentimientos de indefensión y desesperanza y finalmente a la depresión.

Por lo anterior son personas que evitan a toda costa los conflictos, reprimen totalmente sus emociones y no reclaman nada, por lo cual a la vista de otros son extremadamente pasivos.

1.4 Diferencias entre Síndrome Burnout, Depresión y Estrés

Por lo visto anteriormente la depresión, el estrés y el Síndrome de Burnout coinciden mucho en varios de sus signos y síntomas por lo que se dificulta realizar un diagnóstico diferencial, sin embargo es necesario hacer la diferencia para poder llevar un adecuado tratamiento en busca de la mejoría del paciente, un trabajador enfermo provoca ausencias, malos rendimientos en la productividad entre otros factores por lo que la empresa se perjudica no solo por tener que sustituir al empleado ausente por enfermedad sino que tiene que pagar por los gastos médicos, y para ello lo principal es hacer una adecuada entrevista hay que recordar que la sintomatología del Síndrome Burnout se presenta en el área de trabajo y más aún en un área que implica estar tiempos prolongados en la atención al público y puede originar un daño emocional acompañado de patologías como cansancio, dolores de cabeza y sobre todo a nivel psíquico causa una frustración en el trabajo, en cambio en el estrés su sintomatología en algunos casos puede ser transitoria y por lo visto con anterioridad involucra procesos fisiológicos complejos causantes de diversas enfermedades que pueden verse tanto en la depresión como en el Burnout, así que el daño que origina es físico más que emocional, un factor de estrés lo puede causar desde un asalto hasta la adaptación a un nuevo empleo o un nuevo jefe, en la depresión sin embargo conlleva a vivir negativamente a las relaciones personales ya sea en el trabajo, familia y sociedad lo que origina un daño emocional y físico.

En general los signos y síntomas relacionados en la Depresión, Estrés y Burnout son las cefaleas que sería la causa principal para acudir al médico, posteriormente le siguen los trastornos gastrointestinales y que al igual que las cefaleas todas requieren de tratamiento otra consecuencia es la relacionada con las cardiovasculares como es la hipertensión arterial que es una enfermedad degenerativa lo que significa que una vez diagnosticada ya no se quita solo se controla con medicamento; dentro de los síntomas psicológicos encontramos una relación entre la baja autoestima y bajo rendimiento intelectual lo que implica pensar que todo este conjunto de signos y síntomas nunca son relacionados a una depresión, estrés y mucho menos a un Burnout por lo cual son tratados por separado y muchas veces diagnosticados de igual manera; ahora bien todos estos aspectos van a generar consecuencias negativas en la empresa como son el constante ausentismo de los trabajadores, baja productividad, alto riesgo de provocar accidentes, falta de motivación para mantener la empresa en buen estado y por lo tanto quejas por parte de los clientes

CAPITULO II

2.1 EPIDEMIOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO

2.1.1 Datos Epidemiológicos

Debido a la relación que existe entre Síndrome Burnout con algunos signos y síntomas generadores de estrés e incluso otras patologías como la depresión, es importante mencionar los estudios que se han hecho en otros países y en especial en nuestro país para saber qué resultados se han obtenido. En cuanto a estudios realizados acerca del síndrome que se han hecho en otros países se mencionan algunos como Cuba, Perú y España.

2.1.2 Estudios Extranjeros

Comenzamos con un estudio realizado por Bermejo(2006) en España a 593 médicos y enfermeros militares en el activo de los cuales 86.54 % son hombres y el 13.45 % son mujeres, utilizando dos instrumentos que son el MBI (Maslach Burnout Inventory) y un cuestionario general para recabar variables sociodemográficas y laborales en donde reporta que “la dimensión cansancio emocional alcanza un valor medio de 23,16 (DS 13,34), la despersonalización 7,94 (DS 6,48) y la falta de realización personal 12,31 (DS 9,79), encontrándose la media de las tres dimensiones”, dentro de las conclusiones de este estudio se determina que “un 59 % de los sanitarios militares tienen niveles altos de Burnout y un 23 % niveles medios de este síndrome”, en cuanto a las dimensiones reporta que “Aparecen niveles altos de cansancio emocional en un 39% de los profesionales, y de despersonalización y falta de realización personal en un 35%, respectivamente”, los resultados que reporta acerca del tiempo de antigüedad son “El perfil del sanitario militar con Burnout es un profesional menor de 35 años, enfermero, destinado en Unidades, Centros u Organismos del Ejército de Tierra, Aire o Armada y con menos de 5 años de antigüedad en su destino actual”.

En un estudio de Robles y Robles (2010) publicado en una revista científica acerca del Burnout en 622 enfermeras pertenecientes al Hospital Militar Central de Perú y aplicando el instrumento del MBI (Maslach Burnout Inventory)llegan a la conclusión de que “una alta tasa de incidencia de los profesionales de la salud presentan niveles altos de Burnout, lo cual significaría que este se estaría convirtiendo en un problema social y de salud en nuestro medio”, otros datos encontrados en su estudio fueron “ factores, como sobrecarga laboral, económica y el sexo femenino constituyen un factor de riesgo, mientras que el soporte social, satisfacción laboral son factores protectores”.

En Cuba Díaz, et al. (2006) realizaron un estudio a 46 pacientes en un hospital militar para detectar depresión aplicando la escala de Hamilton para detectar

síntomas depresivos, en donde los resultados describen que el personal femenino obtuvo mayor porcentaje con depresión le siguen los solteros o divorciados enfatizando que la falta de apoyo social es factor para padecer depresión; otro dato interesante sobre esta investigación es algunos causantes para padecer esta patología y en primer lugar está el área laboral con 9 pacientes lo que representa el 45 %, en cuanto a enfermedades digestivas la gastritis y las úlceras pépticas se detectaron en primer lugar con 9 pacientes (45 %).

En cuanto a estrés Mora, et al. (2003) realizaron un estudio en España a 357 soldados aplicando la escala de conflicto y ambigüedad de Rizzo, Josue y Lirtzman, el MBI (Maslach Burnout Inventory) y la escala de bienestar físico de OSI, en donde el objetivo es saber los niveles de conflicto y ambigüedad de rol describiéndolo como “cierta ambigüedad de rol puede resultar beneficiosa puesto que aumenta la flexibilidad del puesto y facilita, en muchos casos, la solución de problemas, también se ha señalado la necesidad de especificar las demandas de los puestos (claridad de rol), como una forma de facilitar al empleado la realización de sus tareas”, además de lo anterior describen la relación que hay entre bienestar psíquico y físico, los resultados de este estudio fueron en cuanto a conflicto y ambigüedad de 0.74 y 0.84 lo que los sitúa en un nivel medio y en base a el bienestar físico la muestra resultó con un buen grado de salud.

2.1.3 Estudios en México

Aunque el término de Burnout no es muy conocido se han realizado algunos estudios en nuestro país enfocados a ciertos sectores de la población como son enfermeras, médicos y profesores en los que se analizan diferentes variables en las tres dimensiones de Burnout y utilizando el Maslach Burnout Inventory (MBI).

Se ha mencionado con anterioridad que este síndrome es padecido principalmente por profesionales de la salud lo que implica problemas laborales como el ausentismo, baja, despido del personal o incluso cometer iatrogenias y la disminución de la calidad del servicio, existen algunos factores predisponentes para padecer el síndrome como son: el sexo, edad, tiempo de antigüedad laborando.

Por lo anterior algunas variables como se mencionó anteriormente el género, específicamente el femenino, es de acuerdo a investigaciones realizadas las que más tiende a padecer el síndrome, algunas investigaciones hacen referencia a este tipo de datos, principalmente las mujeres son más susceptibles a obtener respuestas estresantes y a padecer más cansancio emocional e ineficacia profesional como se describe en algunos estudios.

Un estudio realizado en la universidad EPCA (Universidad de Estudios Profesionales en Ciencias y Artes) ubicada en la ciudad de León Guanajuato González y Kornhauser en el 2010 aplicaron a 89 docentes de esa comunidad se empleó el MBI (Maslach Burnout Inventory) y los resultados que arrojo es que “aproximadamente el 20 % de los docentes de la Universidad EPCA padecen Burnout en alguna dimensión del síndrome”, otra variable que discuten en los resultados es la del género en donde reportan que “en cuanto al género, se obtuvo un mayor grado de Burnout en las mujeres docentes”, otro dato interesante que discuten sobre el estudio realizado es el tiempo de antigüedad del docente y describen que “la experiencia docente puede ser un factor determinante para proteger del estrés que se vive en un tiempo prolongado; ya que existe un sustancial 0.20 de diferencia de promedio de Burnout, lo que permite interpretar que el tiempo de experiencia disminuye la probabilidad de padecer este síndrome”.

En otro estudio realizado en una Jurisdicción Sanitaria de Querétaro Escobar (2009) analizó a 30 pasantes de medicina aplicando el MBI (Maslach Burnout Inventory) y encontró que “la prevalencia del síndrome de Burnout por etapas se encontró de la siguiente manera: agotamiento emocional (AE) en el 100% (30) despersonalización (DP) en 83% (25) y baja realización personal (RP) en 93% (28) de los pasantes que participaron en el estudio”, en cuanto a otras variables reporta los siguientes resultados, “en relación con el género, en su intensidad alta y media en la etapa agotamiento emocional las mujeres presentan 3 veces más prevalencia del síndrome 77.7% (7 de 9) con respecto de los hombres (5 de 21) la prevalencia de realización personal fue 1.5 veces en mujeres (4) comparado con los hombres (6) en la etapa de despersonalización se encontró una prevalencia 1.2 veces mayor en los hombres (12) respecto de las mujeres (4) en las intensidades alta y media conjugadas. Menciona también resultados obtenidos en relación al tiempo de antigüedad en el servicio social mencionando lo siguiente “con relación al servicio social se encontró que los pasantes con menos tiempo presentan mayor prevalencia del síndrome en las tres etapas, intensidades alta y media conjugadas”.

Mencionando otro reporte de investigación Ibarra et al. en 2011 estudiaron a 95 enfermeras pertenecientes a un Hospital regional del Estado de México en diferentes servicios aplicando el MBI (Maslach Burnout Inventory) se encontró que el 98.5% no lo padece y que el 4.2 % lo padece en sus tres dimensiones del síndrome en cuanto a los años de antigüedad se determinó que el personal que padece Burnout es el que tiene menos años laborando en cuanto a que género padece más el síndrome no menciona pero cabe destacar que en el estudio predominan el sexo femenino con 91.6 % y 8.4% de masculinos.

En un estudio realizado por Coffin, Jiménez, Béjar y Álvarez en 2010 para detectar la prevalencia en depresión e ideación suicida que existe entre los usuarios de una clínica en México, aplicando el Inventario de Depresión de Beck (IDB) estudiaron a 131 usuarios de ambos sexos en donde los resultados en cuanto a depresión describen que “el nivel predominante de depresión en la muestra de estudio, fue el de moderada”, en cuanto al sexo reportan que “el sexo femenino presenta mayor depresión, en todos los niveles, que los hombres”.

En otra investigación de Juseppe, Contreras y Mercado (2001) para detectar la prevalencia de episodio depresivo que existe en una muestra de 162 médicos residentes del hospital Juárez de México aplicando el Inventario de Depresión de Beck (IDB) en donde reportan que “de los encuestados 136 resultaron sin depresión (83.95%) y 26 con depresión, dando una prevalencia de este trastorno del 16.04% en la muestra estudiada”, otro dato relevante que reportan es que “Obtuvieron significancia estadística con una $p < .01$ las siguientes variables: los casados, quienes cursan el 1er año de la especialidad, quienes realizan guardias en UCI, aquellos con antecedentes familiares de depresión y quienes manifestaron ser ateos”.

En un estudio sobre Trastorno por estrés postraumático producido por algún accidente de tránsito reportado en una revista de salud mental realizado por Merlín, González y Tapia y que aplicaron la escala de Mississippi para el Trastorno por estrés postraumático (TEPT) reportaron en una revista de salud pública en 2007 a 37 sujetos de ambos sexos y donde los resultados fueron “De todos los casos, 62.2% cumplieron con los criterios para ser corroborados con TEPT, lo cual representa un porcentaje mayor al reportado en población mexicana”.

Con respecto a otros estudios realizados enfocados al estrés, reportan en una revista de sanidad militar Rico, Ramos y Almanza estudiaron en 2010 a 35 pilotos aviadores militares para determinar el grado de estrés utilizando como instrumento el llamado Perfil de Estrés alo cual concluyen “La media de estrés en pilotos estudiados fue de 13.45, por lo tanto, 19 (54%) se ubican por debajo de la media y 16 (46%) por arriba de la media, lo cual significa un alto riesgo en aspectos de medicina aeronáutica, así como de salud mental”.

En un estudio elaborado por Lizárraga, et al. reportado en una revista científica en 2006 realizado a 511 adultos mayores aplicando como instrumento la escala de depresión geriátrica, en donde mencionan que los resultados son que “la prevalencia de depresión fue de 41.7 %,se observó un riesgo fuerte para desarrollar depresión en los individuos expuestos a bajo apoyo social, económicamente improductivos e inasistencia a asociaciones de convivencia”, y por lo tanto se llega a la conclusión de que “Con base en los resultados, se

observa que la depresión es un problema de salud pública en los adultos mayores del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos”.

Respecto a estudios buscados sobre el Síndrome de Burnout en personal militar en nuestro país no se encontraron investigaciones, sin embargo, con los estudios anteriores se encuentra una relación entre algunas variables como son sexo, tiempo de antigüedad laborando, signos y síntomas de depresión y estrés que pueden ser causa para adquirir el Síndrome Burnout, y aunque este síndrome se ha visto más en personal de salud o que trabaja en la atención de otras personas, en el medio militar también laboran médicos, enfermeras, odontólogos y otro tipo de personal que se encarga de la atención a militares y derechohabientes, lo que sugiere que el personal militar puede ser susceptible a contraer la enfermedad, por lo anterior en un caso severo de Burnout podrían los pacientes sufrir de problemas familiares o de pareja y llevarlos a padecer síntomas propios de enfermedades como las digestivas o cardíacas, un paciente con este síndrome empieza a manifestar cansancio físico al igual que en una depresión lo cual lo lleva a realizar sus actividades de manera equivocada lo que implica riesgos tanto para la persona que lo padece, pero sobre todo para los usuarios que atiende como es el caso de un médico o enfermera, pues este tipo de personal trabaja con las vidas de otras personas y una equivocación podría ser fatal.

2.2 Criterios de Diagnóstico para Síndrome de Burnout, Depresión y Estrés

2.2.1 Criterios de la CIE-10 para el Síndrome Burnout

Para realizar un diagnóstico del Síndrome de Burnout, se pueden tomar en cuenta los criterios del CIE-10 (2010) que se encuentra localizado en el capítulo XXI de los factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud (Z00-Z99), en el apartado Z73 problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida Z73.0 agotamiento (“Burnout”).

2.2.2 Criterios de Diagnóstico de la CIE-10 para Depresión

En la CIE-10 la depresión se encuentra en el capítulo V: trastornos mentales y del comportamiento en el apartado de los trastornos de humor (afectivos) y su clasificación está en la F32 episodio depresivo que menciona

En los episodios depresivos típicos, ya sean leves, moderados o graves, el paciente sufre un estado de ánimo bajo, reducción de energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida, y es frecuente un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas, incluso en las formas leves, a menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad. El

estado de ánimo varía poco de un día a otro, no responde a las circunstancias externas y puede acompañarse de los denominados síntomas “somáticos”, como son: pérdida de interés y la capacidad de disfrutar, despertar precoz varias horas antes de la hora habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, enlentecimiento psicomotor importante, agitación, pérdida del apetito, pérdida de peso y disminución de la libido. En función del número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave.

Incluye: Episodio aislado de:

- Reacción depresiva.
- Depresión psicógena.
- Depresión reactiva.

Excluye: Trastorno de adaptación (F43.2)

Trastorno de adaptación (F43.2)

Trastorno depresivo recurrente (F33.-).

Cuando se asocia a trastorno de la conducta en F91.- (F92.0).

CDI-10

G1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

G2. No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco (F30.-) en ningún periodo de la vida del individuo.

G3. Criterio de la exclusión usado con más frecuencia. El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19) o a ningún trastorno mental orgánico (en el sentido de F00-F09).

Síndrome somático

Comúnmente se considera que algunos síntomas depresivos que aquí se denomina “somático” tienen un significado clínico especial (en otras clasificaciones se utilizan términos como biológicos, vitales, melancólicos o endogenomorfos).

Puede utilizarse en quinto carácter (como se indica en F31.3; F32.0 y F32.1; F33.0 y F33.1) para especificar la presencia o ausencia del síndrome somático. Para poder codificar el síndrome somático deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas:

1. Pérdida de interés o incapacidad para disfrutar actividades que normalmente eran placenteras.
2. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente producen una respuesta emocional.
3. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.
4. Empeoramiento matutino del humor depresivo.
5. Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación (observada o referida por terceras personas).
6. Pérdida marcada de apetito.
7. Pérdida de peso (5% o más del peso corporal del último mes).
8. Notable disminución de la libido.

Nota diagnóstica

En la clasificación CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico, la presencia o ausencia del síndrome somático no se especifica en el episodio depresivo grave, puesto que se supone que está presente en la mayoría de los casos. Sin embargo, con fines de investigación puede ser conveniente permitir la codificación de la ausencia del síndrome somático en el episodio depresivo grave.

2.2.3 Criterios de Diagnóstico de la CIE-10 para Estrés

Los criterios para diagnosticar el estrés se encuentran también en la CIE-10 en el capítulo V: trastornos mentales y del comportamiento en el apartado de trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatoformas con la clave F43 reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación que dice

Esta categoría se diferencia de otras por que incluye trastornos no solo identificables por los síntomas y el curso, sino también por la existencia de uno u otro de los factores causales siguientes: un acontecimiento vital excepcionalmente estresante que produce una reacción a estrés agudo, o un cambio vital significativo que conduce a unas circunstancias desagradables persistentes que conducen a un trastorno de adaptación. Aunque situaciones de estrés psicosocial menos graves (“acontecimientos vitales”) pueden precipitar el inicio o contribuir a la presentación de una variedad muy amplia de trastornos catalogados en otras partes de esta clasificación, su importancia etiológica no siempre está clara, y en cada caso se encontrará que dependen de la vulnerabilidad individual, a menudo idiosincrásica, es decir, los acontecimientos vitales no son causas necesaria ni suficiente para explicar la aparición y forma del trastorno. Por el contrario, los trastornos agrupados en esta categoría se suponen siempre una consecuencia directa de un estrés agudo grave o de una situación

traumática sostenida. Los acontecimientos estresantes o las situaciones desagradables persistentes son los factores causales primarios y preponderantes, y en su ausencia el trastorno no se hubiera producido. De esta forma, los trastornos de esta sección han de considerarse como una respuesta mal-adaptativa a estrés grave o persistente, que interfiere con los mecanismos de afrontamiento satisfactorios y por lo tanto, llevan a un deterioro del funcionamiento social.

Nota diagnóstica

Los actos de autoagresión, sobre todo la intoxicación intencionada con medicación prescrita muy próximos en el tiempo con el inicio de una reacción a estrés o a un trastorno de adaptación, deben codificarse mediante un código adicional x del capítulo XX de la CIE-10. Estos códigos no permiten distinguir entre intentos de suicidio y actos “parasuicidas”, y ambos se incluyen en la categoría general de autoagresiones.

2.2.4 Criterios de Diagnóstico del DSM IV para Síndrome Burnout

Dentro de la DSM IV el Síndrome de Burnout no se encuentra clasificado

2.2.5 Criterios de Diagnóstico del DSM IV para Depresión

La depresión en el DSM-IV (2009) la clasifica dentro del grupo de los trastornos del estado de ánimo, esta sección se divide en tres partes. La primera describe los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maniático, episodio mixto y episodio hipo maniático), la segunda parte describe los trastornos del estado del ánimo (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar I) y la tercera parte incluye las especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes y menciona lo siguiente.

Episodios afectivos

Episodio depresivo mayor

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o la capacidad para el placer.

Nota. No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

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

- (2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
- (3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento de apetito casi cada día. Nota. En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
- (4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- (5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
- (6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- (7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
- (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
- (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto

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

D. los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

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

Episodio maniaco

A. Un periodo diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).

B. Durante el periodo de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable) y ha habido un grado significativo:

- (1) Autoestima exagerada o grandiosidad
- (2) Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras solo tres horas de sueño)
- (3) Más hablador de lo habitual o verborreico
- (4) Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento esta acelerado
- (5) Distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)
- (6) Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora
- (7) Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)

C. los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto

D. la alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

E. los síntomas no son debidos a los efectos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo)

Nota. Los episodios parecidos a la manía que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

Episodio mixto

A. Se cumplen los criterios tanto para un episodio maniaco como para un episodio depresivo mayor (excepto en la duración) casi cada día durante al menos un periodo de 1 semana

B. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

C. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo)

Nota. Los episodios parecidos a los mixtos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

Episodio hipomaniaco

A. Un periodo diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días y que es claramente diferente del estado de ánimo habitual

B. Durante el periodo de alteración del estado de ánimo, han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable) y ha habido en un grado significativo:

(1) Autoestima exagerada o grandiosidad

(2) Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras solo tres horas de sueño)

(3) Más hablador de lo habitual o verborreico

(4) Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento esta acelerado

(5) Distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)

(6) Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios o sexualmente) o agitación psicomotora

(7) Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)

C. El episodio está asociado a un cambio inequívoco de la actividad que no es característico del sujeto cuando esta sintomático

D. La alteración del estado de ánimo y el cambio de la actividad son observables por los demás

E. El episodio no es suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización, ni hay síntomas psicóticos

F. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo)

Nota. Los episodios parecidos a los hipomaniacos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben diagnosticarse como trastorno bipolar II.

Trastornos depresivos

F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único [296.2x]

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor

B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizofrénico y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maniaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco

Nota: esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico actual y/o sus síntomas:

Leve, moderado, grave síntomas psicóticos/grave con síntomas psicóticos

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el periodo posparto

Si no se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o los síntomas del episodio más reciente:

En remisión parcial, en remisión total

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el periodo posparto

F33.x Trastorno depresivo mayor, recidivante [296.3x]

A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores (p. 163)

Nota: para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están supuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maniaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco, un episodio mixto un episodio hipomaniaco.

Nota: esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por

sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico actual y/o los síntomas:

Leve, moderado, grave síntomas psicóticos/grave con síntomas psicóticos

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el periodo posparto

Si no se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o los síntomas del episodio más reciente:

En remisión parcial, en remisión total

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el periodo posparto

Especificar:

Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisodica)

Con patrón estacional

Procedimientos de tipificación

Los códigos diagnósticos para el trastorno depresivo mayor se seleccionan de la forma siguiente:

1. Los primeros dos dígitos son F3.
2. El tercer dígito puede ser 2 (si hay un único episodio depresivo mayor) o 3 (si hay episodios depresivos mayores recidivantes).

3. Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, el cuarto dígito indica gravedad actual del siguiente modo: 0 para gravedad leve, 1 para gravedad moderada, 2 para casos graves sin síntomas psicóticos, 3 para casos graves con síntomas psicóticos. Si no se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, el cuarto dígito indica el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor del siguiente modo: 4 para casos en remisión parcial o total. Si la gravedad del episodio actual o del estado de remisión actual del trastorno no se ha especificado, el cuarto dígito debe ser el 9.

Al registrar el nombre de un diagnóstico, hay que enumerar los términos en el orden siguiente: trastorno depresivo mayor, especificaciones codificadas en el tercer dígito (p. ej., recidivante), especificaciones codificadas en el cuarto dígito (p. ej., leve, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial), las especificaciones (sin códigos) aplicables al episodio actual o más reciente (p. ej., con recuperación total interepisódica); por ejemplo, F33.1 trastorno depresivo mayor, recidivante, moderado, con síntomas atípicos, con patrón estacional, con recuperación total interepisódica [296.32]

□ F34.1 Trastorno distímico [300.4]

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. Nota: en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) Pérdida o aumento de apetito
- (2) Insomnio o hipersomnia
- (3) Falta de energía o fatiga
- (4) Baja autoestima
- (5) Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
- (6) Sentimientos de desesperanza

C. Durante el periodo de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año en niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota. Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

E. Nunca ha habido un episodio maniaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno no delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo)

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años

Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad

Especificar (para los últimos 2 años del trastorno distímico):

Con síntomas atípicos

F32.9 Trastorno depresivo no especificado [311]

La categoría del trastorno depresivo no especificado incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo. Algunas veces los síntomas depresivos se presentan como

parte de un trastorno de ansiedad no especificado. Los ejemplos del trastorno depresivo no especificado incluyen:

1. Trastorno disforico premenstrual: los síntomas (p. ej., estado de ánimo acusadamente deprimido, ansiedad importante, marcada labilidad afectiva, perdida del interés en las actividades) se presentaron con regularidad durante la última semana de la fase luteinica (y remitieron a los pocos días del inicio de las menstruaciones). Estos síntomas tienen que ser de la suficiente gravedad como para interferir notablemente en el trabajo, los estudios o las actividades habituales y estar completamente ausente durante al menos 1 semana después de las menstruaciones.
2. Trastorno depresivo menor: episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems exigidos para el trastorno depresivo mayor
3. Trastorno depresivo breve recidivante: episodios depresivos con una duración de 2 días a 2 semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses (no asociados con los ciclos menstruales)
4. Trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia: un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia
5. Un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia.
6. Casos en los que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancia.

Trastornos bipolares

Este apartado incluye el trastorno bipolar I, el trastorno bipolar II, la ciclotimia y el trastorno bipolar no especificado. Hay seis criterios para el trastorno bipolar I: episodio maniaco único, episodio más reciente hipomaniaco, episodio más reciente maniaco, episodio más reciente mixto, episodio más reciente depresivo y episodio más reciente no especificado. El trastorno bipolar I, episodio maniaco único, se utiliza para describir a los sujetos que están presentando un primer episodio de manía. Los demás criterios son empleados para especificar la naturaleza del episodio actual (o más reciente) en los sujetos que han tenido episodios afectivos recidivantes.

F30.x Trastorno bipolar I, episodio maniaco único [296.0x]

A. Presencia de un único episodio maniaco, sin episodios depresivos mayores anteriores

Nota: la recidiva se define como un cambio en la polaridad desde la depresión, o como un intervalo de al menos 2 meses sin síntomas maniacos.

B. El episodio maniaco no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme. Un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Especificar si:

Mixto: si los síntomas cumplen los criterios para un episodio mixto

Si se cumplen todos los criterios de un episodio maniaco, mixto o depresivo mayor, especificar su estado clínico actual y/o los síntomas:

Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos/grave con síntomas psicóticos

Con síntomas catatónicos

De inicio en el periodo posparto

Si no se cumplen todos los criterios de un episodio maniaco, mixto o depresivo mayor, especificar el estado clínico actual del trastorno bipolar I o los rasgos del episodio más reciente:

En remisión parcial, en remisión total

Con síntomas catatónicos

De inicio en el periodo posparto

F31.0 Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaniaco [296.40]

A. Actualmente (o lo más reciente) en un episodio hipomaniaco

B. Previamente se ha presentado al menos un episodio maniaco o un episodio mixto

C. Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

D. Los episodios afectivos en los criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están supuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado

Especificar:

Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica)

Con patrón estacional (solo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores)

Con ciclos rápidos

F31.x Trastorno bipolar I, episodio más reciente maniaco [296.4x]

A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio maniaco

B. Previamente se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor, un episodio maniaco o un episodio mixto

C. Los episodios afectivos en los criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Si se cumplen todos los criterios de un episodio maniaco especificar su estado clínico actual y/o los síntomas:

Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos/grave con síntomas psicóticos

Con síntomas catatónicos

De inicio en el periodo posparto

Si no se cumplen todos los criterios de un episodio maniaco especificar el estado clínico actual del trastorno bipolar I y/o los síntomas del episodio maniaco más reciente:

En remisión parcial, en remisión total

Con síntomas catatónicos

De inicio en el periodo posparto

Especificar:

Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica)

Con patrón estacional (solo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores)

Con ciclos rápidos

F31.6 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto [296.6x]

A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio mixto.

B. Previamente se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor, un episodio maniaco o un episodio mixto.

C. Los episodios afectivos en los criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Si se cumplen todos los criterios de un episodio mixto, especificar su estado clínico actual y/o los síntomas:

Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos/grave con síntomas psicóticos

Con síntomas catatónicos

De inicio en el periodo posparto

Si no se cumplen todos los criterios de un episodio mixto, especificar el estado clínico actual del trastorno bipolar I y/o los síntomas del episodio mixto más reciente:

En remisión parcial, en remisión total

Con síntomas catatónicos

De inicio en el periodo posparto

Especificar:

Especificaciones de curso longitudinal (con o sin recuperación interepisódica)

Con patrón estacional (solo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores)

Con ciclos rápidos

F31.x Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo [296.5x]

A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio depresivo mayor.

B. Previamente se ha presentado al menos un episodio maniaco o un episodio mixto.

C. Los episodios afectivos en los criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Si se cumplen todos los criterios de un episodio mixto, especificar su estado clínico actual y/o los síntomas:

Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos/grave con síntomas psicóticos

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el periodo posparto

Si no se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar el estado clínico actual del trastorno bipolar I o los síntomas del episodio depresivo mayor más reciente:

En remisión parcial, en remisión total

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el periodo posparto

Especificar:

Especificaciones de curso longitudinal (con o sin recuperación interepisódica)

Con patrón estacional (solo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores)

Con ciclos rápidos

F31.9 Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado [296.7]

A. Actualmente (o en el episodio más reciente) se cumplen los criterios, excepto en la duración, para un episodio maniaco, un episodio hipomaniaco, un episodio mixto o un episodio depresivo mayor.

B. Previamente se han presentado al menos un episodio maniaco o un episodio mixto.

C. Los síntomas afectivos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los episodios afectivos en los criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

E. Los síntomas afectivos en los criterios A y B no son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Especificar:

Especificaciones de curso longitudinal (con o sin recuperación interepisódica)

Con patrón estacional (solo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores)

Con ciclos rápidos

Procedimientos de tipificación

Para el trastorno bipolar I, con un único episodio maniaco:

1. Los tres primeros dígitos son F30.
2. El cuarto dígito es 1 si el episodio maniaco reviste carácter leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos, 2 si es grave y se añade sintomatología psicótica y 8 si se encuentra en remisión parcial o total.

Para otros trastornos bipolares I:

1. Los tres primeros dígitos son F31.
2. El cuarto dígito depende del tipo y gravedad del episodio más reciente. Para el trastorno bipolar I, en que el episodio más reciente es de tipo hipomaniaco, el dígito adecuado es 0, presidiendo de la gravedad o la remisión. Cuando el episodio más reciente es de tipo maniaco, el cuarto dígito es 1 si su intensidad es leve, moderada o grave sin síntomas psicóticos; 2 si esta grave y concurren síntomas psicóticos, y 7 si está en remisión parcial o total. Cuando el episodio más reciente es de tipo mixto, el cuarto dígito corresponde a 6, independientemente de la gravedad del episodio mixto. Cuando el episodio más reciente es de tipo depresivo, el cuarto dígito es 3 si su intensidad es leve o moderada, 4 si es grave sin síntomas psicótico, 5 si es grave con síntomas psicóticos, y si ésta en remisión parcial o total. Cuando el episodio más reciente es de tipo inespecífico, el cuarto dígito es 9.

F31.8 Trastorno bipolar II [296.89]

(Episodios depresivos mayores recidivantes con episodios hipomaniacos)

- A. Presencia (o historia) de uno o más episodios depresivos mayores
- B. Presencia (o historia) de al menos un episodio hipomaniaco
- C. No ha habido ningún episodio maniaco ni un episodio mixto
- D. Los síntomas afectivos en los criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- E. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar el episodio actual o más reciente:

Hipomaniaco: si el episodio actual (o más reciente) es un episodio hipomaniaco

Depresivo: si el episodio actual (o más reciente) es un episodio depresivo mayor.

Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico actual y/o los síntomas:

Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos/grave con síntomas psicóticos

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el periodo posparto

Si no se cumplen todos los criterios del episodio hipomaniaco o depresivo mayor, especificar el estado clínico actual del trastorno bipolar II y/o los síntomas del episodio depresivo mayor más reciente (solo si es el tipo más reciente de episodio afectivo):

En remisión parcial, en remisión total.

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

Especificar:

Especificaciones de curso longitudinal (con o sin recuperación interepisódica)

Con patrón estacional (solo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores)

Con ciclos rápidos

□ F34.0 Trastorno ciclotímico [301.13]

A. Presencia, durante al menos 2 años, de numerosos periodos de síntomas hipomaniacos y numerosos periodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor Nota: en los niños y adolescentes la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Durante un periodo de más de 2 años (1 año en niños y adolescentes) la persona no ha dejado de presentar los síntomas del criterio A durante un tiempo superior a los 2 meses.

C. Durante los primeros 2 años de la alteración no se ha presentado ningún episodio depresivo mayor, episodio maniaco o episodio mixto.

Nota: después de los 2 años iniciales del trastorno ciclotímico (1 año en los niños y adolescentes), puede haber episodios maniacos o mixtos superpuestos al trastorno ciclotímico (en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar I) o episodios depresivos mayores (en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar II)

D. Los síntomas del criterio A no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

□ F31.9 Trastorno bipolar no especificado [296.80]

La categoría de trastorno bipolar no especificado incluye los trastornos con características bipolares que no cumplen los criterios para ningún trastorno bipolar específico. Los ejemplos incluyen:

1. Alternancia muy rápida (en días) entre síntomas maniacos y síntomas depresivos que cumplen los criterios de sintomatología, pero no el criterio de duración mínima para un episodio maniaco, hipomaniaco o depresivo mayor.

2. Episodios hipomaniacos recidivantes sin síntomas depresivos intercurrentes.
3. Un episodio maniaco o mixto superpuesto a un trastorno delirante, una esquizofrenia residual o un trastorno psicótico no especificado.
4. Episodios hipomaniacos, junto a síntomas depresivos crónicos, cuya frecuencia no es suficiente para efectuar un diagnóstico de trastorno ciclotímico.
5. Situaciones en las que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno bipolar, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por una sustancia.

2.2.6 Criterios de Diagnóstico del DSM IV para Estrés

El estrés lo encontramos en el DSM IV dentro de los trastornos de ansiedad con la clave F43.0 trastorno por estrés agudo [308.3] que menciona

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en la que han existido (1) y (2):
 - (1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
 - (2) La persona ha respondido con temor, una desesperanza o un horror intensos
- B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:
 - (1) Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional
 - (2) Reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido)
 - (3) Desrealización
 - (4) Despersonalización
 - (5) Amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)
- C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de *flashback* recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.
- D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas)

- E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (*arousal*) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener ayuda o los recursos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de la familia.
- G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.
- H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve y no constituyen una mera exacerbación de un trastorno preexistente de los ejes I o II.

CAPITULO III

3. TRATAMIENTO

3.1 Tratamiento para el Síndrome de Burnout

Una vez que se ha diagnosticado el síndrome es importante llevar a cabo un tratamiento para las molestias físicas del paciente, para que posteriormente se lleve a cabo un seguimiento de las molestias que tenga el paciente con respecto en su área de trabajo, como se ha visto anteriormente el Burnout afecta física y mentalmente a la persona por lo tanto el tratamiento debe abordar aspectos que solucionen tanto su vida laboral como social y de esta forma ayudar al paciente como a la empresa.

Existen algunas sugerencias para afrontar el Síndrome de Burnout como lo explica Fernández (2010)

Las situaciones más habituales que sirven para dar inicio a una evaluación de riesgos de Burnout son:

La realización de una evaluación general de los riesgos psicosociales, en la que se descubre por medio de sus indicadores una posible situación de Burnout, en la que se debe profundizar.

Un requerimiento ante una sospecha fundada de Burnout en la organización.

No existe ningún tratamiento específico para el Burnout ni tampoco una estrategia simple de prevención.

Por ello, se debe intentar abordar su prevención estableciendo estrategias de prevención desde tres niveles distintos:

Individual: desarrollo de conductas que eliminen las fuentes de estrés. El empleo de estrategias de afrontamiento del control previene el desarrollo del Burnout.

Grupales: fomentando el apoyo interpersonal y fortaleciendo vínculos sociales ante los compañeros, tanto en el aspecto emocional como profesional.

Organizacionales: desarrollando programas de prevención dirigidos a el ambiente y el clima laboral

Basando el tratamiento en lo anterior, en el aspecto individual se necesita que el paciente aprenda técnicas de relajación para manejar adecuadamente las

situaciones de estrés que se enfrenta en su área de trabajo y de esta forma llevar una adecuada respuesta cuando tiene que tratar con otras personas ya sea pacientes, compañeros o jefes.

En el aspecto grupal, es importante llevar a cabo una buena comunicación entre compañeros y jefes y que el personal detectado con Síndrome de Burnout reconozca que tiene la enfermedad y que tiene las facilidades de superarlo por medio de la comunicación efectiva pero sobretodo, que sienta que tiene el apoyo para poder superar su malestar en general.

En lo organizacional, existen algunos aspectos que debe tomar en cuenta la empresa para mejorar la calidad de trabajo de los empleados como descansos, apoyo a educación continúa e incluso cambio de áreas cuando sea necesario.

3.1.1 Escalas de medición para el Síndrome de Burnout

En virtud de la importancia que tiene el analizar este síndrome y sobretodo detectarlo entre los trabajadores y tomando en cuenta los puntos anteriores, Boada (2012) hace un resumen en el siguiente cuadro de varios instrumentos para evaluar el Síndrome de Burnout

Tabla 2

Nombre/autor/año	Ítems	Factores
Staff Burnout scale for Health Professionals (SBS-HP) Jones (1980)	30	<ul style="list-style-type: none"> • Insatisfacción o tensión laboral • Tensión psicológica e interpersonal • Enfermedad y tensión • Falta de relaciones profesionales con los pacientes
Maslach Burnout Inventory (MBI) Maslach y Jackson (1981/1986)	22	<ul style="list-style-type: none"> • Agotamiento emocional • Despersonalización • Realización personal
Burnout Measure (BM) Pines y Arosón (1988)	21	<ul style="list-style-type: none"> • Agotamiento físico • Agotamiento emocional • Agotamiento mental
Cuestionario breve de Burnout (CBB) Moreno-Jiménez, Bustos, Mantalla y Miralles (1997)	21	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes del Burnout • Factores del Burnout • Consecuencias del Burnout
Copenhage Burnout Inventory (CBI) Borritz y Kristensen (1999)	19	<ul style="list-style-type: none"> • Burnout • Desgaste relacionado con

		el trabajo (workerrelated Burnout) <ul style="list-style-type: none"> • Desgaste relacionado con los clientes (clientrelated Burnout)
Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) Demerouti (1999)	13	<ul style="list-style-type: none"> • Agotamiento (exhaustion) • Distanciamiento del trabajo (disengagementfromwork)
Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo (CESQT) Olivares y Gil-Monte (2007)	20	<ul style="list-style-type: none"> • Ilusión por el trabajo • Desgaste psíquico • Desencanto • culpa

Maslach y Jackson entre 1981 y 1986 propusieron una escala que actualmente es la más utilizada y en donde se aplica un cuestionario compuesto por 22 preguntas abordando exclusivamente la relación que tiene el trabajador en el trabajo; ésta elaborado en escalamiento Likert, en donde el empleado contesta de acuerdo a su criterio uno de los seis adjetivos que van en un rango de:

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

3.2 Tratamiento para la Depresión

Para iniciar un tratamiento en la depresión es necesario hacer una evaluación del paciente y determinar que está originando su sintomatología, es decir, realizar un diagnóstico adecuado y certero para dar un tratamiento ideal, como ya se vio anteriormente existen niveles de depresión que van desde una depresión leve hasta una depresión severa o mayor, una vez diagnosticada la patología se determina cual es el mejor seguimiento en algunos casos basándose en la etiología de la depresión se tendrá que llevar a cabo un tratamiento farmacológico y en otros psicoterapia o ambos.

Un tipo de psicoterapia recomendada es la terapia interpersonal (PTI) en donde Sarason y Sarason (2006) explica en que consiste además que se ha comprobado a resultado útil para el tratamiento de la depresión

La psicoterapia interpersonal se enfoca en enseñar a las personas a ser más eficaces socialmente como una forma de mejorar sus relaciones con las personas que ama. Integra la perspectiva psicodinámica (que destaca la experiencias de la infancia) tanto con la perspectiva cognitivo-conductual (que hace hincapié en los estresores psicosociales actuales, como los conflictos maritales crónicos) como con la evidencia basada en la investigación para conectar las dificultades en el ambiente social inmediato con la aparición de la depresión

Otro tratamiento psicológico recomendado es la terapia conductual que consiste en la capacitación de habilidades sociales del individuo como lo refiere de nuevo Sarason y Sarason (2006) “ se concentran tanto en la conducta apropiada como en mejorar las habilidades para comprender las señales que dan otras personas en las interacciones sociales”; otro tipo de terapia mencionado por Sarason y Sarason es la terapia cognitivo–conductual en donde los terapeutas trabajan básicamente con el paciente en “cambiar sus patrones de pensamiento disfuncional. Se presta especial atención a la identificación de los pensamientos automáticos de los clientes y eventualmente la modificación de sus primeros esquemas desadaptados”

Para el tratamiento farmacológico la Secretaria de Salud recomienda en la Guía de Práctica Clínica (2009) lo siguiente

El tratamiento farmacológico está indicado en todos los casos de depresión, de leve a grave.

Ningún antidepresivo ha demostrado superioridad sobre los otros

Los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS) tienen mayor tolerabilidad por menores efectos colaterales que los antidepresivos tricíclicos.

La duración del tratamiento debe ser de 8 a 12 meses posterior a obtener remisión en un primer episodio, y continuarlo dos años después de 2 episodios en el trascurso de 5 años y considerar mantenerlo de manera indefinida en los siguientes casos:

- Estado depresivo con una duración superior a un año
- Dos o más episodios durante los últimos 5 años

El tratamiento no farmacológico también es mencionado en esta Guía recomendando los siguientes aspectos:

La intervención psicoeducativa es parte fundamental del tratamiento psicosocial. Utiliza la educación como parte del tratamiento psicosocial proporcionado al paciente y familiares información específica acerca del trastorno así como entrenamiento en las técnicas para afrontar el trastorno.

La intervención psicoterapéutica se valorara posterior a obtener respuesta sobre síntomas depresivos y deberá ser proporcionada por personal de psiquiatría y/o psicología

Brindar desde la primera intervención al paciente y familiares información sobre el trastorno, causas, pronóstico, tratamiento, metas, efectos colaterales y duración.

Formación de grupos de ayuda mutua por personal capacitado (enfermera, trabajadora social, orientadores)

Una vez que hubo respuesta se valorará referir a instancias en las que se proporcionen intervenciones de prevención y promoción de la salud así como actividad física o recreativa supervisada

Las siguientes técnicas psicoterapéuticas: terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal y la psicoterapia de solución de problemas, de acuerdo con la evidencia actual han mostrado utilidad en el manejo de la depresión en conjunto con antidepresivos

La depresión es una enfermedad discapacitante que puede llevar al paciente a tener dificultades en su entorno social por lo tanto el clínico puede basarse en estos aspectos para dar un seguimiento eficaz al paciente y dar una mejor calidad de vida al paciente para mejorar en especial sus áreas laboral y familiar.

3.2.1 Escalas de medición para la Depresión

Existen varias escalas para detectar la depresión y poder iniciar un tratamiento, algunas de estas escalas de medición las menciona Fernández, Ardila y Arango (2003)

- a) Escala de Hamilton para la depresión: no ha sido suficientemente validada en poblaciones geriátricas y con demencia. Tiene el inconveniente en centrar sus preguntas en síntomas somáticos y conductuales que acompañan a sentimientos negativos estresantes. Es una escala de auto

reporte que puede ser sesgada por el deterioro cognoscitivo que acompaña a la depresión en el demente.

- b) Escala de depresión de Zung: es una escala de auto reporte que puede estar limitada por el deterioro cognoscitivo del demente. Puede completarse con ayuda del examinador. Su validez en poblaciones ancianas y con demencia es relativa, pero su uso es amplio en investigaciones de tamizaje. Se ha intentado con una versión corta de 12 reactivos, pero no ha sido lo suficientemente validada.
- c) La escala de depresión de Montgomery-Asberg: (MADS) es utilizada por su sensibilidad para medir cambios de la sintomatología en relación con un tratamiento, específicamente farmacológico. No ha sido suficientemente validada en poblaciones geriátricas y con demencia.
- d) La escala de depresión geriátrica (GDS): es una escala sencilla de respuestas simples de si/no, utilizada en pacientes geriátricos con síntomas depresivos en diversas situaciones, como estar hospitalizados, en casas de ancianos, en hogares de cuidados, en servicios ambulatorios y en poblaciones generales. Existe una versión larga de 30 reactivos y una corta de 15, la cual es la más utilizada. Ambas han sido lo suficientemente validadas y se hallan disponibles en diferentes lenguas. Se puede utilizar en las fases iniciales de demencia y con síntomas depresivos.
- e) La escala de depresión de Beck: no ha sido validada en poblaciones con demencia y geriátricas, por lo cual su uso no es recomendado

Respecto a la escala de Beck existen otras evidencias de que esta escala ha sido validada con otras escalas y sus resultados han sido satisfactorios para ser utilizada para la detección de una depresión como lo menciona Chappa (2003) “La correlación con la escala para la depresión de Hamilton (media 0,73 en cinco estudios) y con la escala de Zung (media 0,73 en 8 estudios) puede considerarse muy satisfactoria”

3.3 Tratamiento para el Estrés

Como se ha visto anteriormente el estrés está relacionado clínicamente con muchas enfermedades físicas y que en algunos casos incluso provoca la muerte a través de un infarto, y aunque el estrés es una reacción natural ante situaciones de alarma en donde el cuerpo presenta cambios en el ritmo cardiaco y respiratorio, se agudizan los sentidos y se tensan los músculos, todos estos cambios que presenta el cuerpo a corto plazo son benéficos pues preparan al cuerpo para una

situación amenazante, pero a largo plazo empieza a dejar secuelas que el organismo resiente y provoca enfermedades tanto físicas como mentales.

Es importante iniciar un tratamiento para el estrés con la relajación ya que por medio de esta, el organismo reduce los síntomas anteriormente mencionados y de esta manera las secuelas dañinas para el organismo son difícil de adquirir, parte de esto lo menciona Blesedell, Cohn y Schell (2008)

La respuesta de relajación se caracteriza por una disminución del pulso, presión arterial y el metabolismo. Los terapeutas emplean distintas técnicas para prevenir el estrés excesivo a través de cambios en el comportamiento y el estilo de vida, y para fomentar la relajación

Existen otras medidas de prevención para evitar el estrés ya sea por medio de psicoterapias e incluso tratamiento farmacológico, el objetivo principal para iniciar un tratamiento es atacando las situaciones que causan el estrés tomando en cuenta que cada individuo enfrenta el estrés de diferente manera, Sánchez-Anguita (2008) sugiere algunas técnicas de afrontamiento para el estrés clasificándolas en áreas

1. Técnicas de los recursos generales: incrementan los recursos personales individuales frente a todo tipo de estresores, como:
 - Preparación y actitud positiva ante el estrés: aceptar las situaciones estresantes como parte inevitable de la vida
 - Control de factores personales facilitadores del estrés: el control de la dieta, los tiempos de sueño y descanso, ocio adecuado a la persona y la edad, ejercicio físico relajante
 - Control de factores laborales: priorizar tareas en función de la urgencia y la importancia, suprimir tareas superfluas pero que restan mucho tiempo y recursos, programar y reducir las exigencias, rechazar las exigencias irracionales, elegir o consensuar metas, fijar los objetivos a corto plazo y conseguibles, establecer un horario limitado, expresar emociones, concretar los roles y responsabilidades.
2. Técnicas fisiológicas: inciden sobre aspectos fisiológicos de la sintomatología, para minimizarlos o contrarrestar sus efectos (taquicardias, tensión muscular, dificultad respiratoria, temblor, sudoración, etc.)
 - Técnicas de respiración: consiste en una respiración profunda y pausada para que el oxígeno que circula a través de la sangre reduzca la cadencia de respiración y la activación "arousal" del cuerpo. La cadencia ideal de respiración es un tiempo de

inspiración, cuatro tiempos de retención y dos tiempos de expiración

- Técnicas de relajación muscular progresión: pretenden la relajación a través de la tensión muscular extrema de grupos musculares por un efecto pendular de tensión-relajación de los músculos.
3. Técnicas cognitivas: si la interpretación de la situación estresante es diferente dependiendo del sujeto que la sufre, parece recomendable incidir en técnicas que ayudan a cambiar el patrón de pensamiento del individuo. El objetivo debe ser el cambio sobre la percepción, interpretación y evaluación de los acontecimientos estresores.
- La terapia racional-emotiva de Ellis (1996) o teoría del ABC nos dice que muchas personas creen que son las circunstancias externas las que están determinando nuestra situación, cuando un acontecimiento “A” sucede la persona interpreta esta situación con el sistema de creencias y valores que tiene cada uno “B” etiquetando dicha situación como buena o mala y esto genera la reacción emocional, de pensamiento y conductual “C”. por ello, nuestros pensamientos negativos determinan un estado emocional triste o ansioso generando un nivel alto de activación fisiológica y a su vez un estado emocional de este tipo favorece la aparición de pensamientos negativos con un significado erróneo y sesgado del acontecimiento externo o del estado interno.
 - Técnica cognitiva de Beck (1993): utiliza el concepto de la triada cognitiva como tres patrones principales que inducen al sujeto a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de modo idiosincrásico. El primer componente se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. El sujeto se ve desgraciado, torpe, con poca valía, tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo de tipo físico, psíquico o moral. El segundo componente se centra en la tendencia a interpretar sus experiencias de una manera negativa, aun cuando pudieran hacerse otras interpretaciones más plausibles. El tercer componente se centra en la visión negativa acerca del futuro. Se anticipa que las dificultades y los sufrimientos actuales

continuaran infinitivamente, espera penas, frustraciones y privaciones interminables

- Técnicas de detención del pensamiento: se utiliza para evitar un patrón de pensamientos negativos intrusivos, para evitar sufrir las emociones desagradables que se asocian a estos tipos de pensamiento.
4. Técnicas conductuales: sirven para promover el cambio de conductas en el sujeto para que estas sean más adaptativas al tipo de problema o situación que se tiene que afrontar, algunas de ellas son:
- Entrenamiento en asertividad: la asertividad es la confianza en nosotros mismos, en nuestras opiniones, valoraciones y derechos que se traduce en un comportamiento de escucha, expresión de emociones y diálogo respetando los derechos de los demás y reivindicando el propio derecho.
 - Habilidades sociales: son las capacidades para percibir, interpretar y comprender respondiendo adecuadamente a los estímulos sociales referidos a las conductas de los demás.
 - Resolución de problemas: mejorar las estrategias de afrontamiento que tiene el individuo ante dificultades cotidianas, que si no son adaptativas generan una sensación de “indefensión aprendida” que actúa como bloqueador de la búsqueda de soluciones y la aceptación de la indefensión.
 - Desensibilización sistemática: consiste en exponer al sujeto al objeto o la situación temida de forma gradual para que pueda desmitificar la importancia negativa que para él tiene el origen del miedo

Un aspecto importante para prevenir el estrés en los trabajadores es dando una intervención personalizada y analizar el entorno laboral en donde se desenvuelve cada individuo, identificar las fuentes que causan estrés son aspectos que se deben combatir utilizando algunas de las técnicas que anteriormente se recomienda, es importante orientar a los trabajadores para la búsqueda de soluciones a los problemas o en este caso enseñar al trabajador cómo enfrentarse a las situaciones causantes de estrés de tal manera que se tengan herramientas suficientes para encontrar una solución.

Es importante que la empresa busque soluciones efectivas para solucionar los tipos de estresores que se identifiquen en el área laboral para que el personal funcione bien y exista una productividad efectiva que convenga al desarrollo de la empresa.

CAPITULO IV

4. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LOS EJERCITOS

4.1 Historia de las Fuerzas Armadas en el Mundo

Desde el inicio de los tiempos el ser humano ha vivido conflictos bélicos para resolver diferencias entre grupos, ya sea para obtener más territorio, acabar con una civilización o una religión, y aunque los ejércitos no siempre han sido instituciones desde antaño ya se podían identificar quienes eran los guerreros cuando existía alguna rebelión.

Los ejércitos al igual que las armas han evolucionado a través del tiempo y de acuerdo a la historia uno de los primeros ejércitos organizados para enfrentarse a una guerra fue el Ejército Macedonio basándose en este hecho Montross (1963) afirma que “Filipo formó el primer ejército fijo nacional del mundo, cuya fuerza se basaba en ciudadanos pertenecientes al servicio militar, en voluntarios de la nobleza, en tropas auxiliares de estados tributarios y en mercenarios que poseían alguna habilidad o destreza particulares”.

A partir de este momento se llevaron a cabo varias conquistas por parte de este ejército comandado por el hijo de Filipo llamado Alejandro Magno llevando a cabo un periodo importante en la historia de las conquistas de los países como Siria, Palestina y Egipto, el periodo Helenístico, en donde el hecho principal es la predominación de la cultura griega y que culmina con la expansión y conquista de Grecia por parte del Imperio Romano, como toda conquista los Romanos conquistaron sus territorios por medio de guerras, sin embargo, el ejército Romano en sus inicios no era tan poderoso, pues no existía una legalidad en la forma para portar armas y cualquier ciudadano sin preparación podía participar en una guerra fue posteriormente que se fueron introduciendo algunas leyes para formar y organizar un ejército como lo explica Modesto (1971)

En la Época de Camilo, época de la guerra con los galos, introdujo varias reformas. Los ejércitos fueron permanentes y se les señaló la paga. El reclutamiento comenzó hacerse por armas y no por clases, tomándose en cuenta aptitudes y capacidades. La movilización la ordenaba el senado y los cónsules.

A partir de entonces, Roma, comienza a tener un ejército profesional. Se unificó el armamento, la caballería dejó de ser privilegio de los ricos. Así comenzó la organización de la legión

Después de años de mantener un gran Imperio, éste comienza su declive a través de un bienestar social que provoca un incremento en la población y una

disminución de alimentos lo que principia con una decadencia política y económica como así lo explica Weber et al. (1989)

La caída del imperio fue una forzosa consecuencia política de la desaparición gradual del comercio y del consiguiente crecimiento de la economía natural. Y, en esencia, tan solo significó el desmontaje de aquel aparato administrativo, y, por tanto, de la superestructura política de un régimen de economía de dinero, que ya no concordaba con la infraestructura económica que vivía en un régimen de economía natural.

A la caída del Imperio Romano inicia otro periodo en la historia marcado como la Edad Media en donde la principal característica es el surgimiento de la iglesia y los señores feudales, así que las batallas cambian sus estrategias de pelea y los ejércitos se caracterizan no solo por sus nuevas vestimentas si no que por el surgimiento de nuevas armas como el arco y la flecha, además de que el caballo llegó a ser parte esencial para los ejércitos en ese entonces, lo cual empezó a caracterizar a los ejércitos como signo de gallardía y poderío, no solo los caballeros tenían que poseer carácter y disciplina sino que también tenían que tener moral y fidelidad a la iglesia, algunos de estos datos los describe Kleinschmidt (2009)

En concreto, por comparación con las prácticas romanas y bizantina, a los ejércitos occidentales se les ha acusado de falta de sofisticación en su táctica y su logística, falta de disciplina y e inclinación a las masacres de los prisioneros de guerra y no combatientes. Las instituciones y el concepto de ley marcial parecían hallarse en un estado, como mucho, incipiente. En último lugar, pero no por ello menos importante, el armamento preferido durante la Plena Edad Media parecía sugerir que la táctica más frecuentemente aplicada era la del combate en duelo, a pie o a caballo, y que tal táctica era muy inferior a los sofisticados planes elaborados por los ejércitos romanos de la antigüedad, los ejércitos bizantino, magiar y árabe de la edad media, o los ejércitos occidentales después del siglo XII

Posteriormente inicia una decadencia del feudalismo y comienzan una serie de crisis en todos los aspectos, uno de los principales problemas fueron las epidemias que cobraron muchas vidas a la población europea lo que ocasionó una inestabilidad a la sociedad campesina al no tener quien se ocupe de las cosechas originando hambre y miseria por lo tanto comienza el alza de precios en productos del campo, al percibir esta crisis agrícola comienzan los campesinos a trasladarse a las ciudades en busca de mejor oportunidades convirtiéndose en personas asalariadas de las nuevas urbanizaciones, sin embargo uno de los principales sucesos ocurridos en esta época sin duda la renovación ideológica cuestionando la cultura y las leyes regidas por la iglesia, a raíz de todos estos aspectos surgen

varios movimientos en protesta, otros datos importantes surgidos en esta época son los desarrollos culturales tanto en escultura, pintura y literatura sin dejar de mencionar los descubrimientos científicos y astronómicos que se descubrieron; entre esos descubrimientos están la imprenta y la pólvora que sin duda alguna tuvo cambios significativos en los ejércitos, uno de los principales fue el uso de armas de fuego, sin embargo no fue el único cambio para los ejércitos surgió una nueva organización militar la cual ya contaba con un entrenamiento continuo en tiempos de paz y que estaba al servicio de la monarquía

A principios del siglo XVI, surgen tres grandes cambios en el ámbito militar. Los príncipes disponen de ejércitos permanentes, dotados de un armamento cada vez más especializado y aptos para maniobras más complejas.

Los ejércitos monárquicos se reclutan generalmente por alistamiento voluntario de un hombre que, tras inscribirse en un registro, ve remunerado su servicio con regularidad (soldado=soldado). Estos ejércitos en tiempos de paz viven en ciudades de guarnición, manteniendo un entrenamiento regular. Así, pueden entrar en campaña con rapidez. Péronnet (1990).

Con respecto al surgimiento de las primeras armas de fuego existen datos históricos que sugieren que fue en Italia en el año de 1364 donde con un arma lograron registrar 500 bombardas. Parker (2010)

Siglos más tarde se inicia otro tipo de pensamiento en donde la idea principal será el poder del estado sobre la iglesia, para este entonces ya el continente Americano ya había sido conquistado por españoles, ingleses y franceses, algunos datos importantes para los ejércitos durante el siglo XVIII fue el inicio de las revoluciones en varios países de Europa y América, una de las principales revoluciones que marcaron la historia es la Revolución Francesa, uno de los personajes que participó en esta guerra fue Napoleón Bonaparte que tuvo una gran influencia en los ejércitos actualmente pues su ejército fue de los primeros que peleo por la nación y no por la monarquía además de que fue el primero en ostentar los grados militares según el mérito que se ganaba, además de que los altos grados como los generales ya los obtenían de acuerdo a la experiencia en combate y no necesariamente tenían que ser descendientes de la nobleza.

En el verano de 1794, el ejército revolucionario alisto en sus registros a un millón de personas, de las que 750.000 se hallaban presentes y en armas – una gran fuerza que por su origen social, ocupación y procedencia geográfica era un reflejo exacto de la sociedad francesa-. Se trataba de la

nación en armas, compuesta por los mejores jóvenes que podía ofrecer Francia.

Para dirigir aquellas tropas, los franceses crearon un cuerpo de oficiales radicalmente nuevo. La huida de la oficialidad del viejo ejército monárquico dejó tantas vacantes que solo pudieron ser cubiertas promoviendo con rapidez a suboficiales al rango de oficiales. Algunos oficiales ascendieron a velocidad meteórica, pero, en conjunto, el cuerpo de oficiales se profesionalizó cada vez más, a medida que la veteranía y el talento determinaban la promoción. Parker (2010)

Con la sociedad industrial y el capitalismo se inicia también la revolución mecánica en las guerras, es decir, con el desarrollo de la industria textil, las máquinas de vapor y los transportes con la construcción de carreteras, canales, puentes y túneles, los ejércitos fueron dotados de nuevo armamento en este caso en la guerra de Crimea donde participan ingleses, franceses y rusos por primera vez utilizaban armas con balas “minié” que a los soldados les permitía tirar a una distancia de unos 300 metros Parker (2010)

Con el paso de la industrialización cada país en el mundo fue nacionalizando sus ejércitos, así que las guerras se han vuelto más numerosas y violentas, sin embargo los ejércitos en la actualidad cuentan con preparación táctica para enfrentar guerras con armamento más sofisticado en donde no solo cuenta con recurso humano del sexo masculino sino que también la mujer ya tiene participación importante en los actuales ejércitos.

Actualmente los ejércitos más poderosos del mundo son los de Estados Unidos, Rusia y China, son ejércitos que cuentan con tecnología militar avanzada, armamento nuclear así como con un gran arsenal en armamento.

4.2 Historia de las Fuerzas Armadas en México

4.2.1 Ejército Mexicano

Al igual que en el resto del mundo en México también existen indicios de eventos bélicos y que en las culturas prehispánicas ya existían ejércitos bien organizados para combatir algún ataque, ejemplo de esto es la cultura mexicana en donde cada calpulli o barrio tenía su propio Escuadrón con hombres ya adiestrados

Los seis mil infantes del ejército Mexicatl se reforzaba con unos mil flecheros integrantes de la infantería ligera, y otros mil hombres que como boteros combatían en canoas cuando las operaciones militares se desarrollaban en los lagos, las islas, las márgenes o riberas cercanas De León et al. (1979)

Tal organización iba desde unos laboriosos uniformes de guerra hasta la fabricación de armas para lo cual existía secciones que se encargaban exclusivamente para la fabricación y elaboración de los requerimientos del ejército mexicatl una descripción detallada de estos hechos los dan De León et al. (1979)

La infantería ligera estaba formada por hondaderos y flecheros, quienes utilizaban armas arrojadas, como flechas (milt) disparadas con arcos (tlahuitilli); la honda recipiente y lanzadera al mismo tiempo, se elaboraba con fibras duras como la pita, en fuerte tejido que se prolongaba por unas tiras empleadas para describir círculos a un flanco del cuerpo con esa honda cargada, y dar así mayor impulso y alcance a la piedra que se tiraba con gran violencia a largas distancias.

Las armas defensivas del ejército Mexicatl y de sus aliados eran de dos clases: las que protegían la cabeza y partes del cuerpo, que pudieran denominarse adinámicas, y las móviles o dinámicas, como escudos de diversas especies.

Entre las primeras contábanse los cascos de guerreros distinguidos; tenían forma de cabezas de animales: serpientes, águilas, tigres y leones de este continente (ocelote u ocelotl y puma) con los cuales se tocaban los coatlí, cuauhtli y mixtli; tales cascos se construían de madera e iban forrados con pieles y plumas de dichas especies animales. Otras armas defensivas eran los petos o sayos (ichcahuipilli), de gruesos tejidos de algodón o fibras, que cubrían enemigos; unos y otros, los adinámicos, estaban complementados con los escudos (chimalli), elaborados con madera y pieles, o bien de resistentes urdimbres de algodón.

A la conquista de los españoles se termina con esta gran civilización, y con la aniquilación de uno de los ejércitos más bien organizados de las culturas prehispánicas, de inició el ejército español ya contaba con armas de fuego, además de que sus armaduras estaban compuestas de hierro y acero, toda esta lucha fue prolongada y violenta, pues el ejército mexicatl siempre se resistió a la conquista.

Después de la conquista de México, se organizaron cuerpos militares para la protección del virreinato y para la custodia de zonas fronterizas y algunos puertos como Veracruz, por el temor de invasiones inglesas, sin embargo por mucho tiempo no se estableció un ejército permitente en la nueva España algunos datos de estos hechos los menciona Alvear (2004)

En tiempos de la conquista, fueron los conquistadores quienes formaban de algún modo las fuerzas armadas. Más tarde hubo guarniciones para la

protección de los caminos, sobre todo los que comunicaban con las minas. El virrey disponía de una guardia de 23 alabarderos y dos oficiales, más varias docenas de soldados de infantería y caballería que resguardaban su residencia, según fue costumbre en el siglo XVII. En los primeros años de la siguiente centuria, había ya fuerzas militares en Veracruz para prevenir posibles ataques de los ingleses o de los piratas, lo mismo que en Acapulco, ya existían también resguardos fronterizos en el norte, para, contener a los indios bravos.

Pero salvo eso, en términos amplios puede afirmarse que el vasto territorio de nueva España careció de un ejército permanente y numeroso durante dos siglos, ya que vivía en una situación de paz generalizada que apenas se quebrantó por algunas pocas rebeliones indígenas (tepehuanes, yaquis, tarahumaras, etc.), siempre localizadas en unos cuantos sitios, y que nunca perturbaron propiamente al país en su conjunto.

Posteriormente se presenta la independencia de México un hecho importante en la historia de México y para los ejércitos, pues a partir de este momento en México se empezaron a formar los primeros ejércitos como es el ejército insurgente encabezado por el cura hidalgo que está conformado principalmente por indígenas, presos y algunos criollos sin ningún conocimiento en armas y sin ninguna preparación militar iniciaron los movimientos de independencia.

Con la consumación de la independencia surge el ejército trigarante encabezado por Agustín Iturbide, el cual fue la base para el ejército imperial mexicano el cual estaba regido por leyes y normas del imperio español, desde de los uniformes hasta los grados militares algunas referencias de este hecho lo mencionan De León et al. (1979)

Es de hacerse notar que este ejército fue organizado a la “española”, pues en él conservaron del ejército español; la escala jerárquica modificada únicamente con el aumento del grado de generalísimo, el corte del uniforme, el armamento, la organización y aun las leyes de su funcionamiento, y solo se modificaron las divisas, el escudo de armas y las banderas. Además la gran mayoría de los generales, jefes y oficiales, pertenecían a la nobleza, pues en aquellos tiempos, para poder desempeñar el empleo de oficial, era necesario “tener pureza de sangre”, así como una buena posición social.

Sin embargo aún consumada la independencia continuaba la opresión del imperialismo español en el país y después de varios decretos para terminar con el imperio español, el 16 de abril de 1823 se decretó que “todo lo que antes se

llamaba imperial, para lo sucesivo llevaría el nombre de nacional”, por lo que el instituto militar a partir de esa fecha comenzó a usar la denominación “ejército nacional mexicano “De León et al. (1979)

Después el país sufrió varias invasiones extranjeras y luchas internas en donde el ejército nacional fue sufriendo cambios en su organización debido a los constantes cambios que había por parte de sus comandantes y a las bajas sufridas por las batallas, durante este lapso hubo varios personajes importantes que lucharon por el país y la libertad, los ejércitos liberal y conservador fueron clave en esta época, por un lado el ejército conservador se caracterizaba por tener mayor recursos y su personal contaba con mejor preparación en el ámbito militar, al contrario del ejército liberal se conformaba por personas civiles que luchaban por una causa de libertad en el país y por lo tanto no tenían recursos y tampoco preparación en asuntos bélicos.

Al triunfo de las fuerzas federales sobre el imperialismo, el país sufrió varios cambios políticos y sociales incluyendo militares por lo tanto el ejército se reorganizó de tal modo estar preparado para conservar la paz interna y externa del país y dotarlo de recursos suficientes.

Durante el periodo que gobernó el general Porfirio Díaz el ejército se trascendió en su preparación como institución militar, pues varios de sus efectivos debían contar con una preparación de excelencia para servir al servicio militar como lo refiere De León et al. (1979)

En la época en que el general Díaz toco gobernar a la nación, puede afirmarse que la composición frecuente de las fuerzas armadas, fue objeto de la búsqueda de una acuciosa superación en los aspectos: moral, intelectual y material, por cuanto se intentó en primer término el perfeccionamiento de las disposiciones reglamentarias para lograr una sólida disciplina militar, un profundo sentido de obediencia y una entrega espiritual absoluta a los fines del ejército.

Con el inicio de la revolución mexicana y con el saqueo del gobierno de vitoriano huerta, Venustiano Carranza el 19 de febrero de 1913constituyó la base del ejército actual.

En la actualidad la Misión del Ejército Mexicano y de conformidad con la Ley Orgánica del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos, Artículo 1/o., El Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos, son instituciones armadas permanentes que tienen las misiones generales siguientes:

- I. Defender la integridad, la independendencia y la soberanía de la nación;

- II. Garantizar la seguridad interior;
- III. Auxiliar a la población civil en casos de necesidades públicas;
- IV. Realizar acciones cívicas y obras sociales que tiendan al progreso del país; y
- V. En caso de desastre prestar ayuda para el mantenimiento del orden, auxilio de las personas y sus bienes y la reconstrucción de las zonas afectadas

4.2.2 Armada de México

Al igual que el ejército la armada de México también tiene su historia y en sus inicios se remonta con las culturas prehispánicas, la navegación de ese entonces era más para fines de transporte y económicos, sin embargo en ocasiones también fueron utilizadas algunas embarcaciones para asuntos bélicos, algunos datos de esta evidencia lo menciona el libro de SEMAR (2012)

Los lagos del actual territorio mexicano existía un constante tráfico de canoas, pequeñas embarcaciones talladas en un solo tronco, conocidas con el nombre de acaltin (palabra de origen náhuatl), las que podían transportar a uno o dos hombres. La navegación era interna y tenía como actividades primordiales la pesca y el comercio, aunque también había embarcaciones mayores utilizadas con fines bélicos.

Posteriormente con la llegada de los españoles y la conquista de México, la navegación marítima creció con fines de expansión y comercio hacia todo el continente americano por tal motivo al ir creciendo la navegación se formularon leyes para poder realizar viajes marítimos ya sea para transportar mercancías o traslado de personas.

Cuando inician los movimientos por la independencia de México, el país ya había sufrido algunas invasiones marítimas en especial en el puerto de Veracruz, lo que implicaba la importancia de contar con una marina de guerra como lo refiere el libro de SEMAR (2012) “la formación de la marina de guerra mexicana tiene sus antecedentes inmediatos durante el movimiento de independencia de México, pero se oficializó como institución en 1821 ante la urgencia de consolidar y reafirmar este largo proceso iniciado en 1810”, más adelante ya firmada el acta de independencia se formó el ministerio de guerra y marina imperial y con este nombramiento se le otorgaba la tutela de asuntos relacionados con las armas de mar y tierra, así poco a poco se fueron adquiriendo barcos para formar la armada imperial.

Las batallas continuaban por invasiones extranjeras, sin embargo la armada nacional a pesar de ya contar con algunas embarcaciones el personal era insuficiente además de que este no contaba con la preparación naval militar, por no contar con escuelas navales para tal fin, para lo cual hubo la necesidad de crear una escuela naval para egresar personal preparado para los barcos que se encontraban en los diferentes puertos, de este modo varios marinos ya participaban en varias invasiones extranjeras que tuvo el país como la de Estados Unidos y Francia incluyendo las rebeliones que se presentaron durante la guerra de los tres años por parte de los partidos liberal y conservador.

Con la inversión extranjera que se presentó durante el gobierno del porfiriano la armada nacional se vio beneficiada en cuestión de la adquisición de nuevas embarcaciones algunos con la mejor tecnología existente de esa época y se modernizaron varios puertos en especial el de Veracruz. Después de la posrevolución con el gobierno del presidente Venustiano Carranza en 1917 la marina de guerra paso a ser armada nacional.

En 1939 la armada nacional se separó de la Secretaria de la Defensa Nacional, gracias al presidente de la república de ese entonces el General Lázaro Cárdenas del Rio quien decidió que esta institución fuera autónoma para ser una secretaria de estado y donde el primer Secretario de Marina fue el General de División Heriberto Jara Corona con lo que se inicia su organización y estructura para funcionar como institución independiente del Ejército (SEMAR 2012)

Un año trascendental para la armada de México fue el año de 1940 pues con fecha 31 de diciembre recibió el nombramiento de Secretaria de Marina (SEMAR) además de ser incorporada en la administración pública como una institución militar nacional al servicio del estado.(SEMAR 2012)

En un acuerdo del diario oficial de la federación del 30 de abril de 1942, se acordó que el 1° de junio de cada año se conmemore el Día de la Marina.

Actualmente la misión de la Armada de México y de conformidad con la Ley Orgánica de la Armada de México, Artículo 1/o., La Armada de México es una institución militar nacional, de carácter permanente, cuya misión es emplear el poder naval de la Federación para la defensa exterior y coadyuvar en la seguridad interior del país; en los términos que establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, las leyes que de ella derivan y los tratados internacionales.

4.3 Características del Personal Militar

Todos los individuos al igual que las instituciones requieren de una organización bien planeada para que sus esfuerzos, convicciones y metas sean alcanzados con efectividad. Uno de los principales propósitos para una institución militar es contar con hombres y mujeres capaces de mantener la seguridad del país, cubriendo necesidades de la institución a través de la preparación intelectual y táctica que requiere el medio militar.

Un objetivo importante para la vida castrense es atraer a individuos jóvenes, entregados a la lealtad de la institución, y así estar motivados al servicio de la institución. El desarrollo y la preparación son de vital importancia, y son parte de un proceso de modernización operativa de la Armada y que las normas y políticas se han orientado hacia el desarrollo de los recursos humanos, a través de la capacitación, el adiestramiento, el entrenamiento, la formación y la especialización, convirtiendo la educación naval en una importante cimiento para la institución (Secretaría de Marina, 2004).

Cabe mencionar que todo personal militar perteneciente a una institución militar debe contar con ciertos valores éticos y virtudes que lo caractericen del personal civil en especial su deber de compromiso con la nación que conlleva desde portar el uniforme hasta defender la soberanía e integridad territorial.

Otro aspecto importante que caracteriza al personal militar son las leyes y reglamentos a los que se someten para que estos se cumplan con integridad, y a la vez como militares se deben saber los procedimientos para llevarlos a cabo lo más eficiente posible. La práctica de estas leyes y reglamentos implican en todo momento actuar con disciplina, responsabilidad y el respeto mutuo tanto al superior como al subalterno.

De lo mencionado anteriormente es importante destacar que para poder dirigir una comisión ya sea operativa o administrativa con plenitud y profesionalismo, es importante contar con conocimientos técnicos para poder actuar de forma correcta en caso de tener acciones en combate.

En todo momento el militar debe actuar con el ejemplo, motivado a seguir adelante a pesar de las adversidades que se presentan así como compartir experiencias que logren llegar al objetivo planteado.

En la mayoría de los casos el personal que ingresa a las fuerzas armadas ignora la rutina al que se va a enfrentar en especial el personal de infantería de marina que involucra el adiestramiento militar con armas, la instrucción militar, la obediencia al superior y a situaciones de estrés como ausentarse largos periodos lejos de su familia.

La vida militar hace que las personas estén expuestas más frecuentemente a situaciones potencialmente traumáticas y a un ambiente de trabajo constantemente estresante, situación que se agudiza si se participa en conflictos armados o guerras.

CAPITULO V

5. METODOLOGÍA

5.1 Justificación del Estudio

El Síndrome de Burnout y Depresión producen alteraciones negativas en los pacientes tanto personal como laboral y es común en el personal de salud como en otros sectores de la población. Se han realizado estudios en otros países donde comprueban una alta incidencia de estos síndromes, y nuestro país no es la excepción por lo tanto es justificable profundizar en estas patologías. En una institución de trabajo siempre existirán grupos de personas con un fin en común así que es posible que si se detecta un desequilibrio en esa organización habrá consecuencias graves para el grupo de trabajo.

Dentro de la Clínica Naval del Sur se ha detectado en ocasiones un trato hostil, negación de las cosas y un ambiente frío, esto ha acarreado dificultades en el personal pues se ha visto constantes quejas y comentarios negativos por parte de los pacientes que han sido atendidos en este nosocomio donde pretende llevarse a cabo la investigación, por otro lado existe entre los compañeros padecimientos crónicos como cefaleas, lumbalgias e incluso problemas gastrointestinales, lo cual en ocasiones provoca ausentismo justificado por el médico (rebaje médico) para no asistir al trabajo, también es muy común que los compañeros evalúen negativamente su trabajo o la institución como son prestaciones, salarios o jefes, lo que provoca una desmoralización para continuar superándose o desear su pronta jubilación sobretodo en el caso del personal más antiguo.

Como ya se ha visto en la epidemiología se ha manifestado la existencia de problemas físicos y mentales en estos ámbitos y está relacionada con la aparición de ciertas disfunciones que repercutirán en los trabajadores (clima laboral inadecuado, insatisfacción en el trabajo, desmotivación), como en el funcionamiento de la institución (ausentismo, abandono del trabajo, incremento de accidentes, disminución de la cantidad y calidad del trabajo).

La detección y control del Síndrome de Burnout o Depresión en el trabajo traerá beneficios a este nosocomio, puesto que todos los factores negativos que se detecten involucraran a todos los miembros pertenecientes a esta clínica naval del sur; además de que es importante mencionar que es también un problema que afecta la economía por el nivel de ausentismo que pueda existir.

En general, mediante este estudio, se pretende detectar y medir factores del medio y ambientales que al darles solución o disminuirlos contribuyan a mejorar las relaciones entre los trabajadores de la Clínica Naval del Sur, perteneciente a la Secretaria de Marina, basándose en el respeto y en la tolerancia hacia el usuario y entre compañeros. Además, se busca principalmente disminuir las quejas de los usuarios y/o pacientes y al mismo tiempo escuchar las inconformidades de los empleados con respecto a su área de trabajo.

5.2 Planteamiento del Problema

El presente estudio está dirigido a responder la siguiente interrogante:

- ¿Existen en el personal naval militar de la Clínica Naval del Sur la presencia del Síndrome de Burnout en sus tres dimensiones que son agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal así como niveles de Depresión?

5.3 Objetivo General

Medir los niveles de depresión y del Síndrome de Burnout entre el personal de salud de la Clínica Naval del Sur y relacionar ambas patologías.

5.4 Objetivos Específicos

- Identificar el Síndrome de Burnout en el personal de salud
- Correlacionar los niveles de depresión con el Síndrome Burnout
- Determinar si existen diferencias entre los hombres y las mujeres en términos de incidencia de ambos trastornos.

5.5 Hipótesis

Hi: Si existe presencia del Síndrome de Burnout y niveles de Depresión en el personal Naval Militar de la Clínica Naval del Sur.

Ho: No existe presencia del Síndrome de Burnout y niveles de Depresión en el personal Naval Militar de la Clínica Naval del Sur.

Ha₁: En el personal Naval Militar femenino de la clínica naval del sur existe mayor presencia del Síndrome de Burnout y niveles de depresión.

Ha₂: En el personal Naval Militar masculino de la clínica naval del sur existe mayor presencia del Síndrome de Burnout y niveles de Depresión.

Ha₃: En el personal Naval Militar de la Clínica Naval del sur existe diferencia en el Síndrome de Burnout y niveles de Depresión en los diferentes servicios de salud y administrativos.

5.6 Variables y Definiciones

5.6.1 Definiciones Conceptuales

VI: Personal Naval Militar

El personal naval militar está integrado por personal que presta sus servicios en la Armada, estando sujeto a las leyes, reglamentos y demás disposiciones de orden naval y militar. (SEMAR, 2012)

VD: Síndrome de Burnout.

El Síndrome de Burnout (quemarse por el trabajo) es una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional. (Rodríguez, 2009)

VD: Depresión.

Es un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima con manifestaciones afectivas, conductuales, cognitivas y motoras con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño socio-ocupacional. (Rojtenberg, 2006)

5.6.2 Definiciones Operacionales

VD₁: Maslach Burnout Inventory (MBI)

Christina Maslach y Susana Jackson, diseñaron un Inventario para medir el Síndrome de Burnout, en USA, en 1981 y a partir de allí se han realizado muchos estudios. El Maslach Burnout Inventory (MBI) es un instrumento en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo.

El Inventario MBI es reconocido actualmente como una opción para medir Burnout. Es utilizado por diferentes investigadores alrededor del mundo en traducciones distintas. Tres versiones del MBI están disponibles en este momento: la versión original, para el uso con profesionales de servicios humanos (MBI-HSS), una adaptación para el uso de educadores (MBI-ES), y una nueva Encuesta para el uso con trabajadores de otras ocupaciones (MBI-GS). Todas las formas de este inventario pueden ser correlacionadas con información de características del trabajo, rendimiento en el trabajo, medidas de la personalidad o actitudes, información de salud o variables demográficas.

VD₂: Inventario de Depresión de Beck (IDB)

En la actualidad se cuenta con una buena cantidad de instrumentos psicológicos y psiquiátricos para evaluar la depresión, que han sido validados y utilizados extensamente en poblaciones diversas. El Inventario de Depresión de Beck (internacionalmente conocido como BDI) es una de las escalas más utilizadas en el mundo para medir la severidad de los síntomas de depresión en muestras clínicas y no clínicas.

Actualmente es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar varios de los síntomas depresivos ya sea en adolescentes y adultos. La escala incluye 21 reactivos de síntomas relacionados con la depresión; cada uno consiste en contestar afirmaciones, de las cuales solo una es seleccionada, de acuerdo con la forma en la que se ha sentido el paciente durante los últimos días. Cada afirmación mide la severidad que presenta el paciente por los síntomas y se califican de 0 ("mínimo") a 4 ("severo"). La puntuación en total se obtiene sumando los 21 reactivos en donde la máxima puntuación es 64. Los rubros que evalúa son: ánimo, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, sentimientos de culpa, sensación de castigo, auto aceptación, autoacusación, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, aislamiento, indecisión, imagen corporal, rendimiento laboral, trastornos de sueño, fatiga, apetito, pérdida de peso, preocupación somática, pérdida de la libido.

5.7 Diseño de Investigación

El diseño que se utilizó es no experimental, que consiste en estudios donde no se manipulan las variables y solo se observan los fenómenos en su ambiente natural después de analizarlos, según los tipos de Hernández Sampieri y colaboradores (2010).

5.8 Tipo de Estudio

El presente trabajo se trató de un estudio transversal, correlacional y comparativo (Sampieri et al., 2010), pues se describen variables, recolecta datos en un solo momento y se relacionaron dos variables que son el Síndrome de Burnout y Depresión para saber su comportamiento y se comparan las variables de servicio y sexo.

5.9 Población

Personal Naval Militar en el activo adscritos a la Clínica Naval del Sur.

5.10 Muestra

Participan 92 militares en el activo, de los cuales 46 son mujeres y 46 son hombres, todos adscritos a la Clínica Naval del Sur.

Criterios de inclusión:

La muestra se integra con personal militar en el activo de oficiales, clases y marinería de entre 52 y 20 años de edad, con antigüedad en el medio militar de uno a 12 años o más antiguo. Los participantes incluyen personal de salud como son enfermeras (21), médicos (18), odontólogos (14), psicólogo (1), nutrióloga (1), laboratoristas (6), farmacéuticos (4), técnico en informática (1), radiólogos (2), trabajadores sociales (1), camilleros (2), chofer (2), afanadoras (9) y personal

administrativo (10). Todo el personal mencionado trabaja en la atención de los usuarios, principalmente a militares.

Criterios de exclusión:

La muestra no incluye militares retirados ni personal civil que trabaja en el edificio sede de la Secretaria de Marina, se excluyeron Almirantes y Capitanes y no se comprendió personal con antigüedad de menos de un año laborando o de nuevo ingreso.

5.11 Muestreo

La muestra es de tipo no probabilístico de sujetos tipo.

5.12 Instrumentos

1. Maslach Burnout Inventory (MBI)

El Maslach Burnout Inventory (MBI) es un instrumento en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo.

Es el instrumento que ha generado un mayor volumen de estudios e investigaciones, formado por 22 ítems que se valoran con una escala tipo Likert. El sujeto valora, mediante un rango de 5 adjetivos que van de “nunca” a “diariamente”, con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems.

La factorización de los 22 ítems arroja en la mayoría de los trabajos 3 factores que son denominados agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo.

A partir de una estructura tridimensional se definen las tres subescalas para designar al Síndrome de Burnout.

1. Subescala de agotamiento emocional (AE): consta de 9 reactivos y determina los sentimientos de estar abrumado y agotado por el trabajo. Con más de 26 puntos indica agotamiento intenso, entre 17 y 26 moderado y menos de 17 poco agotamiento, los reactivos que califican el agotamiento emocional son: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16,20

2. Subescala de despersonalización (D): consta de 5 reactivos y determina la respuesta impersonal y falta de sentimientos, existe frialdad y distanciamiento hacia el personal que se atiende. El desgaste intenso se alcanza a partir de 14

puntos, mientras que de 9 a 13 es moderado y con menos de 9 bajo, los reactivos que califican a la despersonalización son: 5, 10, 11, 15,22.

3. Subescala de realización personal (RP): consta de 8 reactivos y hace referencia a los sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo, determina la autoeficacia y la satisfacción laboral. Con 30 o menos (intenso), 31-36 (moderado) y más de 36 bajo; es decir esta escala puntúa en sentido opuesto a las otras dos, los reactivos que califican a la realización personal son: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19,21.

Para su interpretación se toma en cuenta cuando en el agotamiento emocional y la despersonalización salen con puntuaciones altas y con puntuación baja en realización personal, se determina que tiene el Síndrome Burnout; también es importante destacar que cuando salen puntuaciones bajas en la realización personal y en las otras dos escalas puntuaciones normales hay incidencia de adquirir el síndrome más adelante.

2. Inventario de Depresión de Beck (IDB)

En los últimos treinta y cinco años, el inventario de Depresión de Beck se ha convertido en uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la existencia o severidad de síntomas de depresión, dada su probada validez y confiabilidad tanto en poblaciones clínicas como no clínicas. Esta versión, fue desarrollada para evaluar los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos descritos en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV), en el diseño de este test se han tenido en cuenta esos criterios internacionales de descripción, por lo que no presenta ninguna teoría de la depresión en particular. La prueba, que consta de 21 ítems, tiene como objetivo identificar síntomas típicos de la depresión severa o de aquella que requiere hospitalización.

Estas afirmaciones reflejan la severidad del malestar producido por los síntomas y se califican de 0 ("mínimo") a 4 ("severo").La puntuación total de la escala se obtiene sumando los 21 reactivos y la máxima puntuación es 64. Las categorías que evalúa son: ánimo, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, sentimientos de culpa, sensación de castigo, autoaceptación, autoacusación, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, aislamiento, indecisión, imagen corporal, rendimiento laboral, trastornos de sueño, fatiga, apetito, pérdida de peso, preocupación somática, pérdida de la libido.

5.13 Escenario

La Clínica Naval del Sur está ubicada dentro de la Secretaria de Marina y se inició como Sección Sanitaria dentro de las instalaciones del edificio sede.

Posteriormente se traslada a donde actualmente está la unidad de Odontología, aunando el servicio de Odontología al de Medicina General.

La adecuación del edificio como Sección Sanitaria inició el 13 de agosto del 2001, concluyéndose el 26 de diciembre del 2001. El edificio que ocupa actualmente fue entregado el 21 de enero del 2002 y contaba con cuatro consultorios de medicina general y dos de especialidad, dos salas de observación, un consultorio de urgencias y una sala de rayos X con sala de revelado.

En marzo del 2002 se acondicionaron dos consultorios médicos para atender al personal de nuevo ingreso. Lo que era el almacén de equipo y material en junio del 2002 se convirtió en cuarto de choque, y lo que era consultorio de urgencias y alojamiento para médico de guardia se convierte en laboratorio clínico, iniciando en noviembre del 2002.

Se ha iniciado la construcción de un alojamiento temporal de residuos peligrosos biológico infecciosos (RPBI) y la contratación de una empresa especializada y autorizada para su recolección y transporte, así como el acondicionamiento de un área de lavandería.

En oficio No. 1050 del 21 de febrero del 2003, la Dirección General de Sanidad Naval (DIGASAN) remitió el Acuerdo Secretarial 025, dado en la Cd. De México el 8 de febrero del 2003, en donde se dispone que con fecha 1° de enero del 2003 las mencionadas instalaciones sean elevadas a la categoría de Clínica Naval del Sur.

La Clínica Naval del Sur cuenta con una misión, visión y política de calidad que son elementos fundamentales para dar una buena atención al público. A continuación se describen cada una de ellas.

MISIÓN

Mantener en óptimas condiciones de salud física, mental y social al personal naval militar en el activo, de retirados y derechohabientes del instituto de seguridad social para las fuerzas armadas mexicanas, proporcionando servicio médico integral en el primer nivel de atención; estar integrados en los programas de seguridad y medicina preventiva, y participar en el apoyo a la población civil en casos y zonas de desastre con el capital humano y los recursos asignados a la Clínica Naval del Sur.

VISIÓN

Ser reconocida por todo el personal comisionado en las diferentes direcciones del edificio sede así como el cuartel general y unidades adscritas; como una unidad con alto desempeño en el cumplimiento de su misión, por su trabajo en equipo, entusiasmo, iniciativa y sobretodo oportunidad de calidad en la atención; así como la capacidad de responder de manera eficiente a las exigencias del servicio.

POLÍTICA DE CALIDAD

Todos los integrantes de la Clínica Naval del Sur, formamos un equipo de trabajo comprometido en mejorar día a día sus actividades con el objeto de satisfacer las necesidades, así como expectativas de nuestros pacientes, apoyado en un sistema que nos permite detectar oportunidades con la finalidad de que los servicios que proporciona esta unidad médica, en el primer nivel de atención sean oportunos, eficientes y de calidad.

5.14 Material

1. Copias
2. Lápices
3. Plumas
4. Hojas blancas tamaño oficio
5. Marca textos
6. Sacapuntas
7. Computadora
8. Impresora

5.15 Procedimiento

Se aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI) e Inventario de depresión de Beck (IDB) a la muestra de sujetos del personal de salud y otros servicios perteneciente a la clínica naval del sur, se solicitó autorización a la dirección de las encuestas que se pretendían aplicar al personal, una vez autorizada la solicitud se proporcionaron lápices se aplicaron las pruebas en sus áreas de labores al término de su horario laboral, se dio indicaciones del llenado de cuestionarios sin límite de tiempo, para diferenciar al personal que tiene depresión, Síndrome de Burnout o ambos.

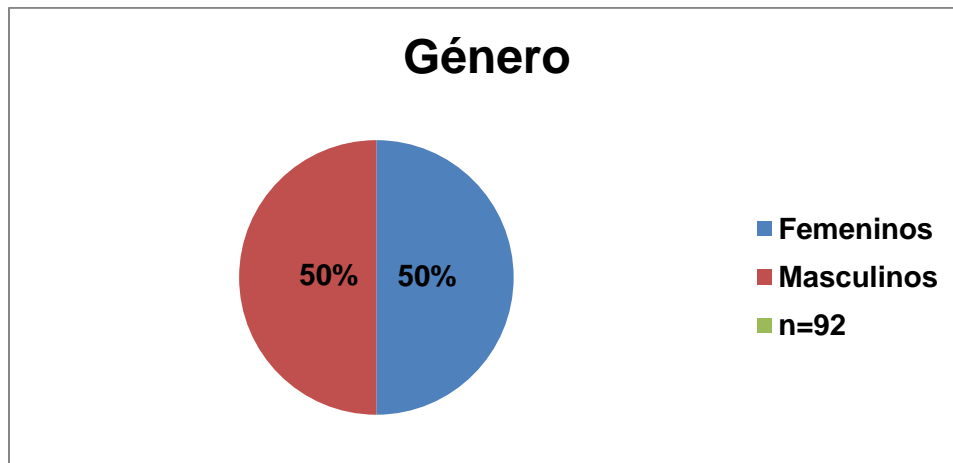
CAPITULO VI

6. RESULTADOS

6.1 Resultados Generales

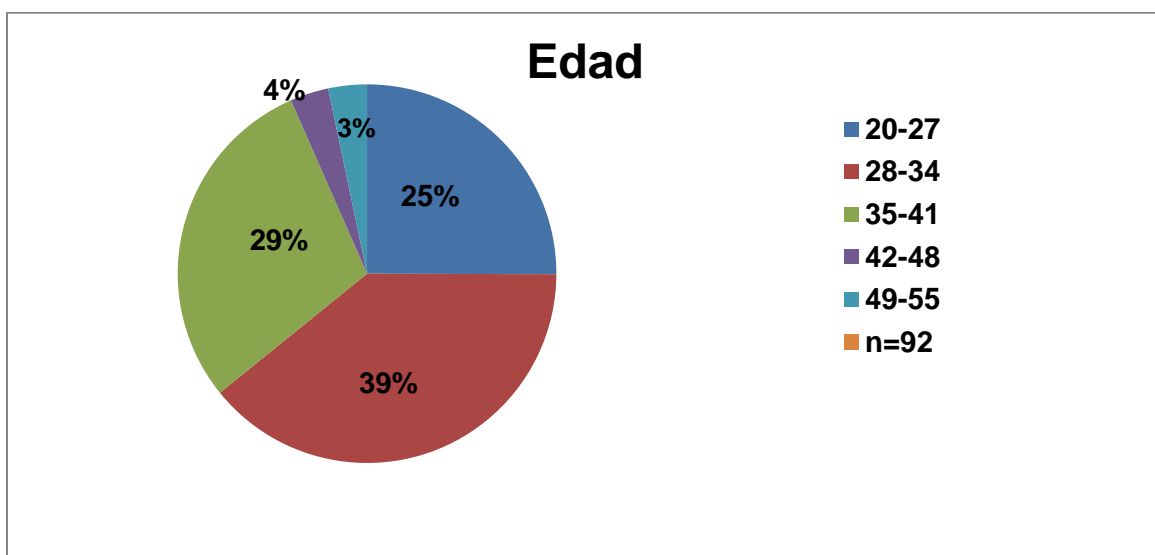
En el presente trabajo se aplicaron los instrumentos ya descritos a 92 militares adscritos y laborando actualmente en los turnos matutino, vespertino y nocturno en la Clínica Naval del Sur. Se encontró que de los 92 militares 46 son del sexo femenino y 46 del sexo masculino.

Figura 1



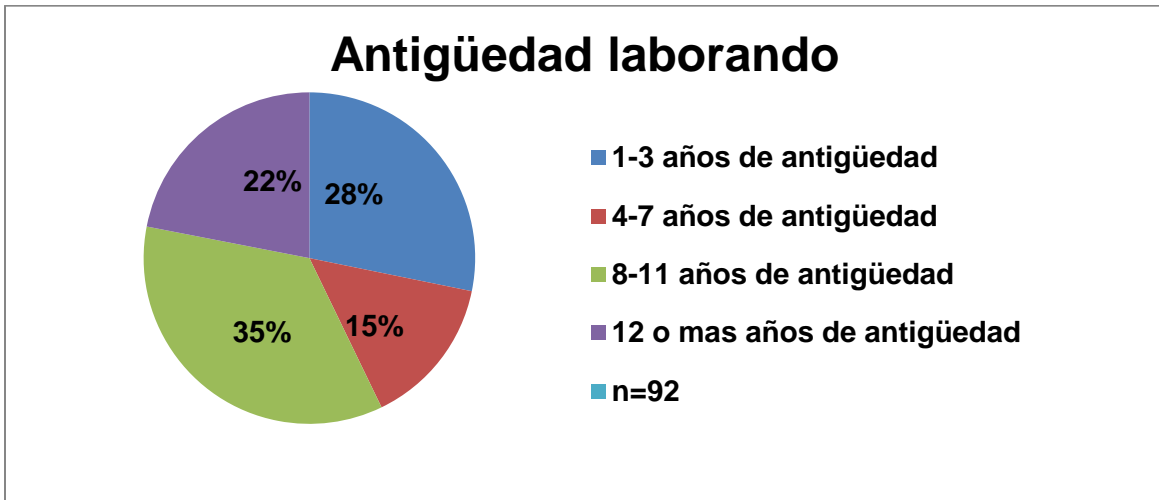
La edad promedio fue de 28 a 34 años en donde el encuestado con la edad más alta fue de 52 años y el encuestado con la edad más baja fue de 20 años.

Figura 2



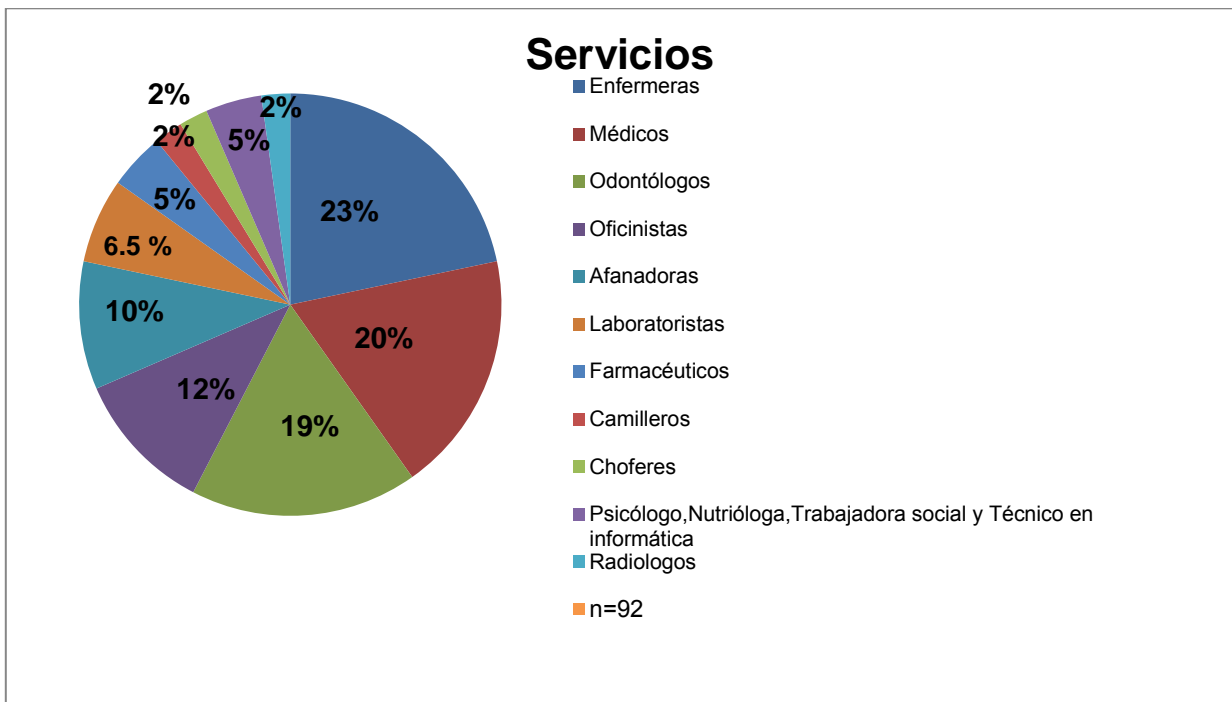
De los participantes todos se encuentran en situación de activo, resultando la mayoría con una antigüedad de entre 8 a 11 años ininterrumpidos laborando.

Figura 3



Los participantes son de diferentes servicios que trabajan en la atención de los usuarios, principalmente a militares entre ellos se encuentran personal de salud y personal administrativo.

Figura 4

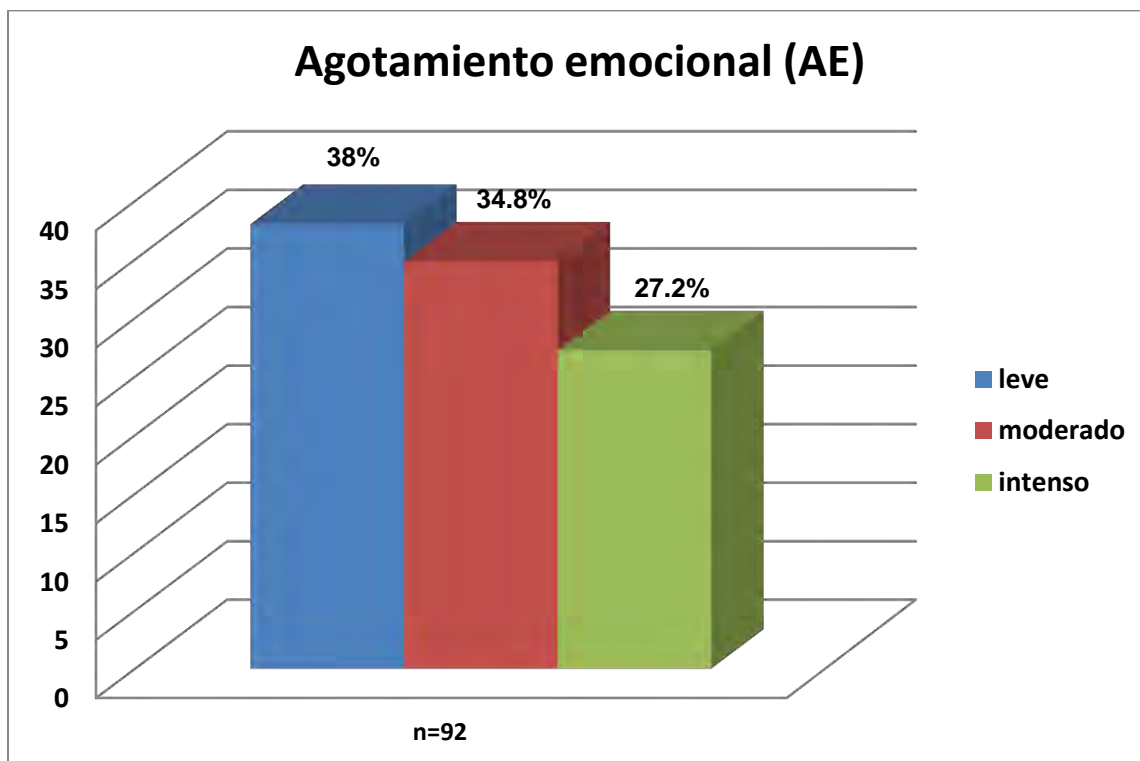


6.1.1 Resultados del Maslach Burnout Inventory

Para el análisis de los instrumentos aplicados se midieron de acuerdo a las intensidades de leve, moderado e intenso en las subescalas del Síndrome Burnout. La incidencia del Síndrome de Burnout analizando las tres subescalas se encontró de la siguiente manera:

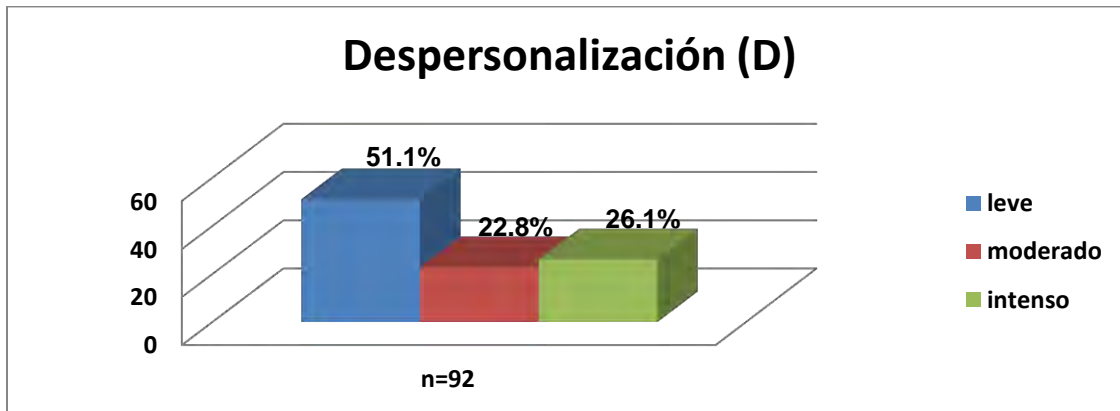
En el agotamiento emocional (AE) que es donde se describen los sentimientos de estar abrumado y cansado emocionalmente por el trabajo; en el nivel de leve resultó con el 38% (35 militares), moderado con el 34.8% (32 militares) e intenso con el 27.2% (25 militares), lo que implica que la mayoría del personal no se encuentra agotado emocionalmente, sin embargo si se comparan los porcentajes entre los niveles moderado e intenso existe una gran cantidad de casos con agotamiento emocional, por lo cual podría interferir en las otras subescalas o en la depresión.

Figura 5



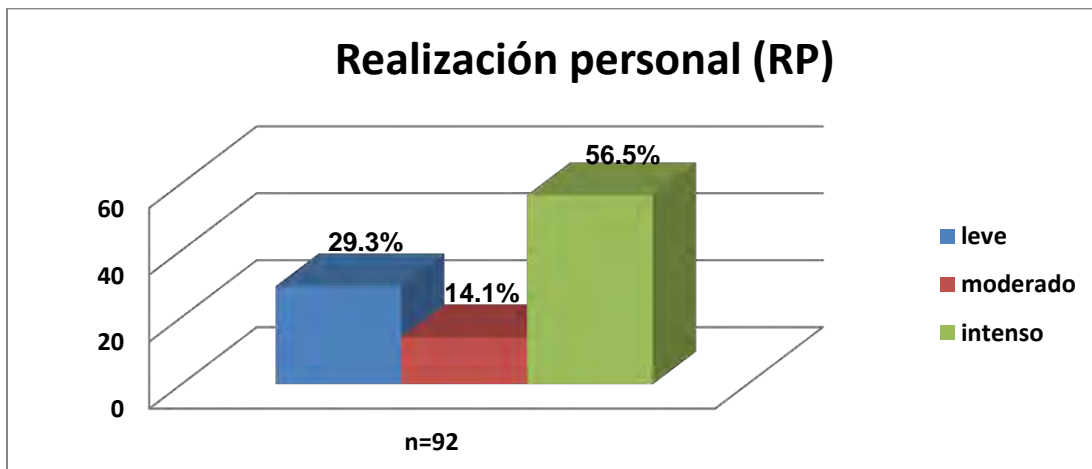
En la despersonalización (D) se describe una respuesta indiferente y falta de sentimientos hacia las personas a las que reciben atención; encontrándose que en el nivel de leve con el 51.1 % (47 militares), moderado con el 22.8 % (21 militares) e intenso con el 26.1 % (24 militares), el mayor porcentaje refiere un buen trato a los pacientes, sin embargo se observa un mayor porcentaje entre nivel intenso que el moderado lo que sugiere que algunos casos no les interesa el buen trato al paciente y podría estar relacionado con el porcentaje tan alto que existe en el agotamiento emocional.

Figura 6



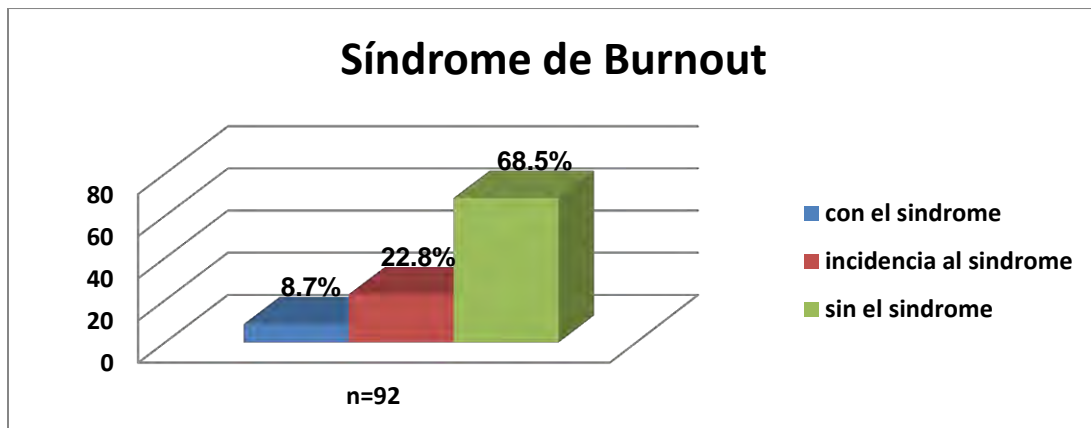
Por último la realización personal (RP) describe sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo; los resultados fueron en nivel leve 29.3 % (47 militares), moderado 14.1 % (13 militares) e intenso con 56.5 % (52 militares), a pesar de existir gran porcentaje de cansancio emocional y un porcentaje considerable de despersonalización en el nivel intenso la mayoría de la muestra se siente satisfecho con el trabajo que hace, sin embargo los datos sugieren que hay una diferencia entre los niveles moderado e intenso pues hay más casos en el nivel intenso que en el moderado sugiriendo que existe más personal que no está satisfecho con lo que hace.

Figura 7



El personal al que se le encontró el Síndrome Burnout en donde las puntuaciones altas en las dos primeras subescalas y baja en la tercera definen la presencia de este, el síndrome fue del 8.7 % (8 militares), el que tiene probabilidades de adquirir el síndrome fue del 22.8 % (21 militares) y el personal que no presenta el síndrome fue de 68.5 % (63 militares). De acuerdo con la gráfica describe que la mayoría de la muestra no tiene el síndrome, sin embargo comparando el alto porcentaje que hay en el agotamiento emocional con el personal que tiene el síndrome y los que tienen la posibilidad de adquirir el síndrome el porcentaje no difiere mucho pues tanto en la despersonalización como en la realización personal la mayoría de los porcentajes caen en nivel intenso y leve respectivamente.

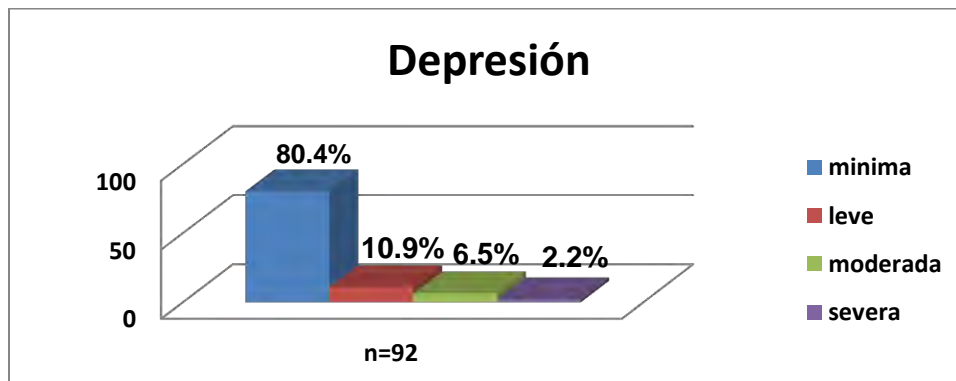
Figura 8



6.1.2 Resultados del Inventario de Depresión de Beck

Para el análisis del Inventario de depresión de Beck se tomaron en cuenta los criterios de mínimo, leve, moderado y severo. En cuanto a los resultados se encontró que el 80.4 % (74 militares) no tiene depresión o es mínima, el 10.9 % (10 militares) se encuentra en una depresión leve, el 6.5 % (6 militares) presenta depresión moderada y el 2.2 % (2 militares) tiene depresión severa. Significa que en estos casos las dos patologías no existe relación alguna pues los porcentajes difieren mucho en sus resultados, se observa que en la depresión en sus diferentes niveles existen menos casos que en el Síndrome Burnout.

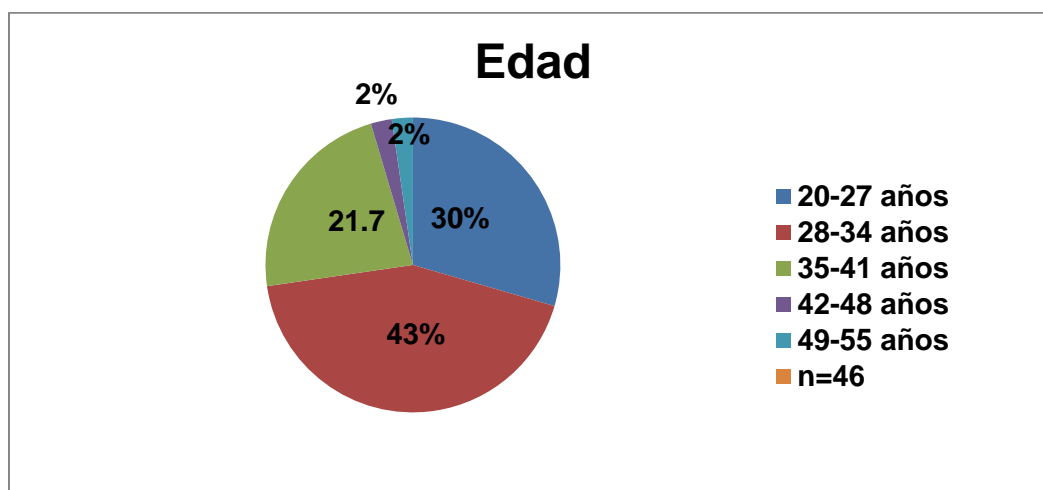
Figura 9



6.2 Resultados por Género

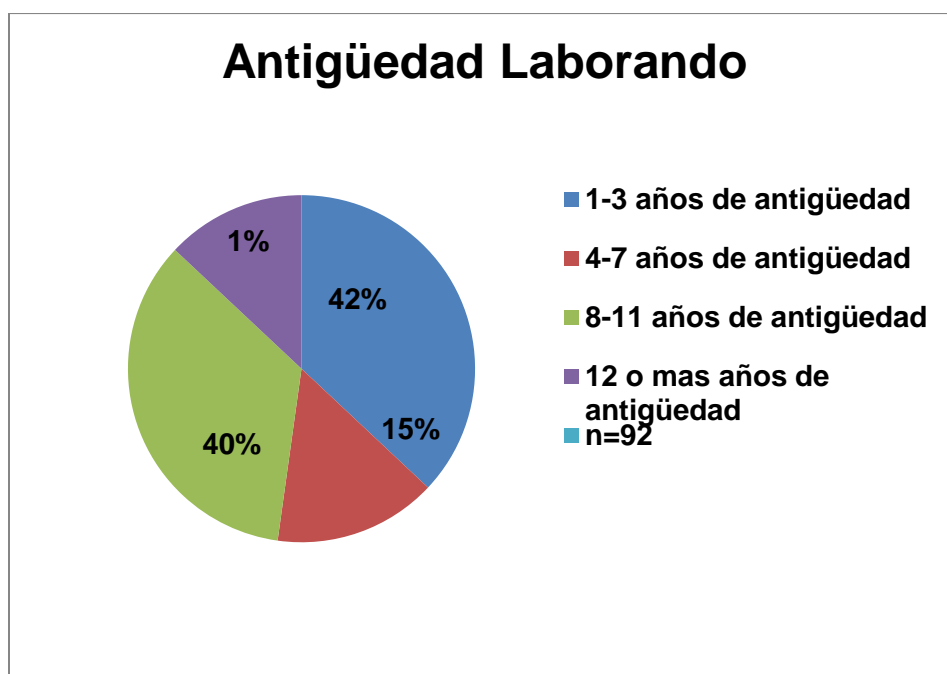
Se encuestaron un total de 46 femeninos con una edad promedio de 28 a 34 años en donde la encuestada con la edad más alta fue de 52 años y la encuestada con la edad más baja fue de 21 años.

Figura 10



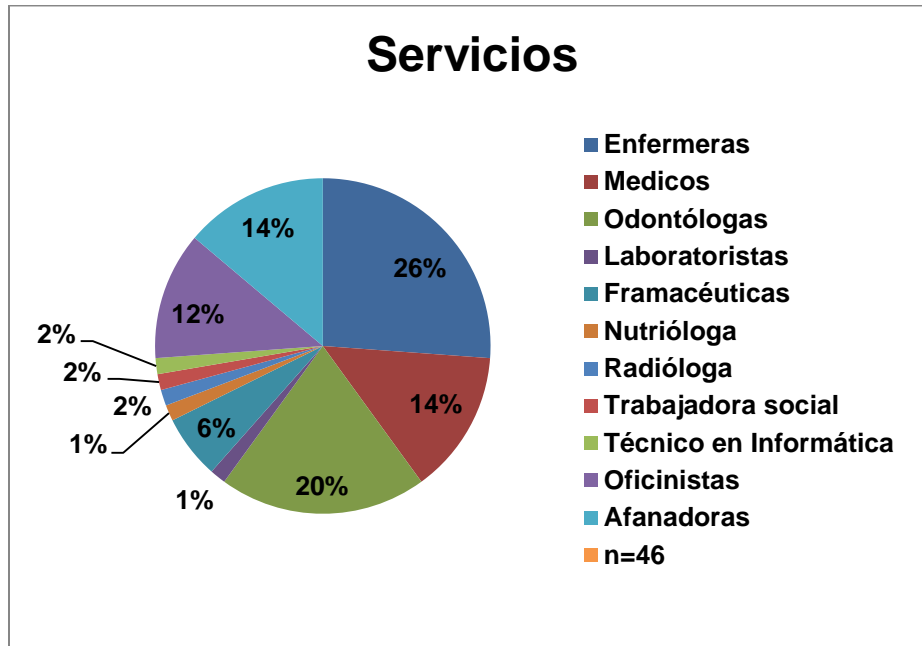
De las participantes todas se encuentran en situación de activo, resultando la mayoría con una antigüedad de entre 1 a 3 años ininterrumpidos laborando.

Figura 11



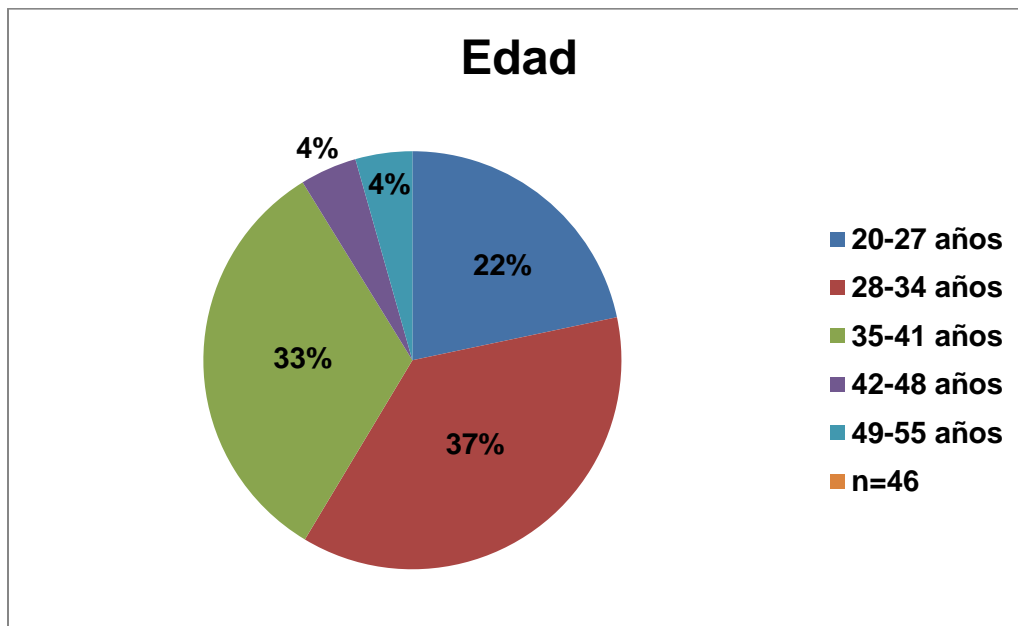
Las participantes son de diferentes servicios que trabajan en la atención de los usuarios, principalmente a militares entre ellos se encuentran personal de salud y personal administrativo. Encontrándose que la mayoría son enfermeras.

Figura 12



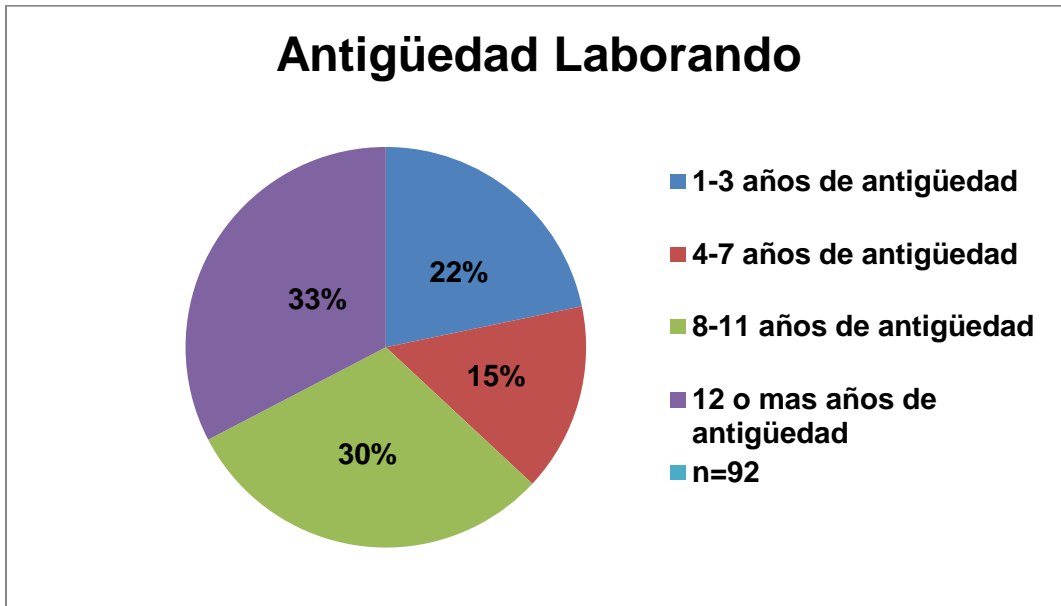
La edad promedio en el género masculino fue de 28 a 34 años en donde el encuestado con la edad más alta fue de 52 años y el encuestado con la edad más baja fue de 20 años.

Figura 13



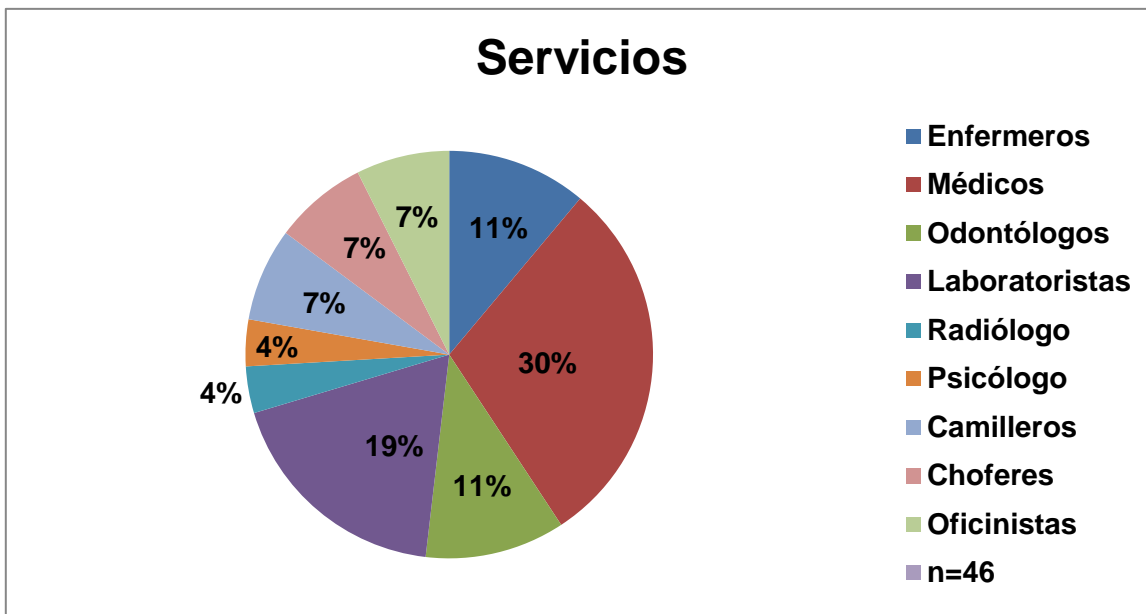
De los participantes todos se encuentran en situación de activo, resultando la mayoría con una antigüedad de entre 12 años o más ininterrumpidos laborando.

Figura 14



Los participantes son de diferentes servicios que trabajan en la atención de los usuarios, principalmente a militares entre ellos se encuentran personal de salud y personal administrativo. Encontrándose que la mayoría son médicos.

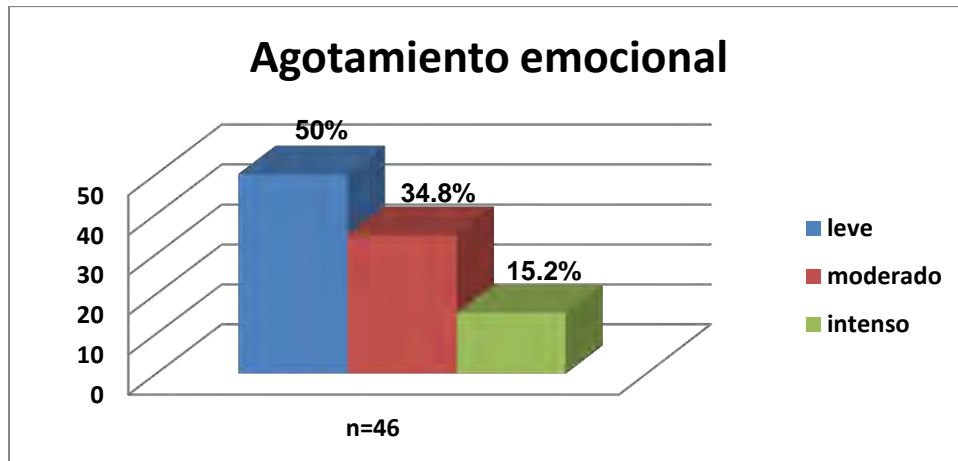
Figura 15



6.2.1 Resultados del Maslach Burnout Inventory por Género

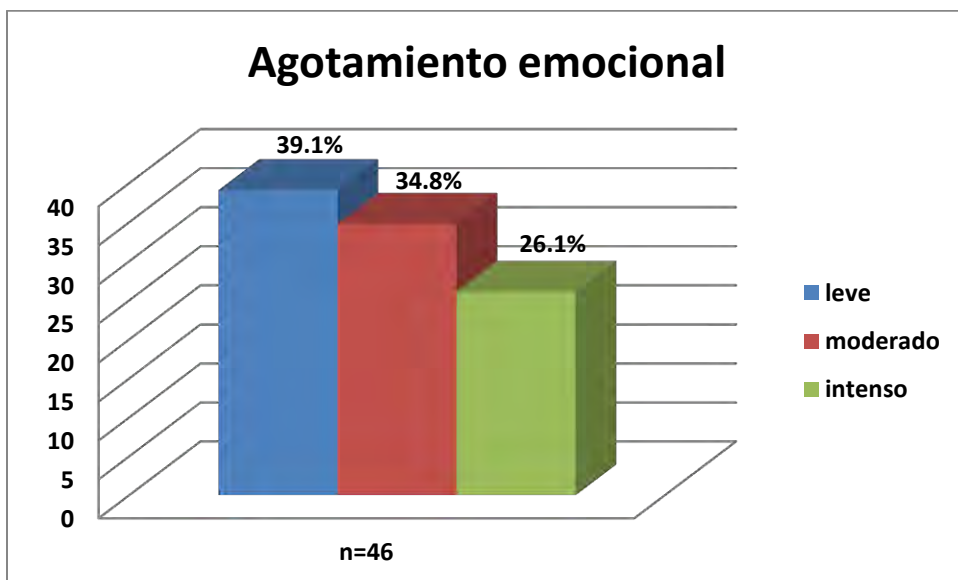
En relación con el género, las mujeres en la subescala de agotamiento emocional en la intensidad de leve resultó con el 50 % (23 militares), moderado con el 34.8 % (16 militares) e intenso con el 15.2 % (7 militares), por lo cual la mayoría del personal femenino presenta un mínimo de agotamiento, pero en relación con los niveles moderado e intenso la cantidad de casos resultan la mitad de la muestra con agotamiento emocional.

Figura 16



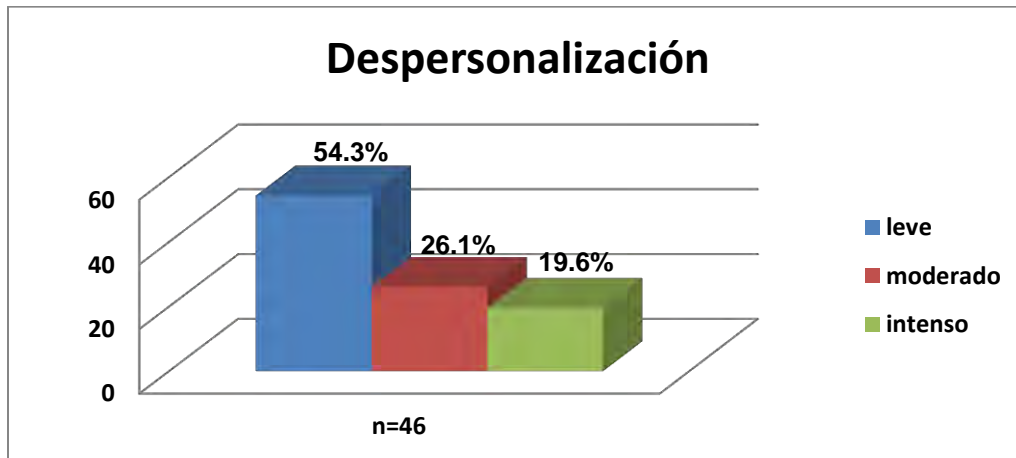
En cuanto al género masculino se encontró que en la intensidad de leve hay un 39.1 % (18 militares), en moderado 34.8 % (16 militares), e intenso el 26.1% (12 militares). El personal masculino presenta más casos en agotamiento intenso que el personal femenino y presenta menos casos en el nivel leve que el personal femenino, lo que sugiere que el personal masculino presenta más agotamiento emocional que el personal femenino.

Figura 17



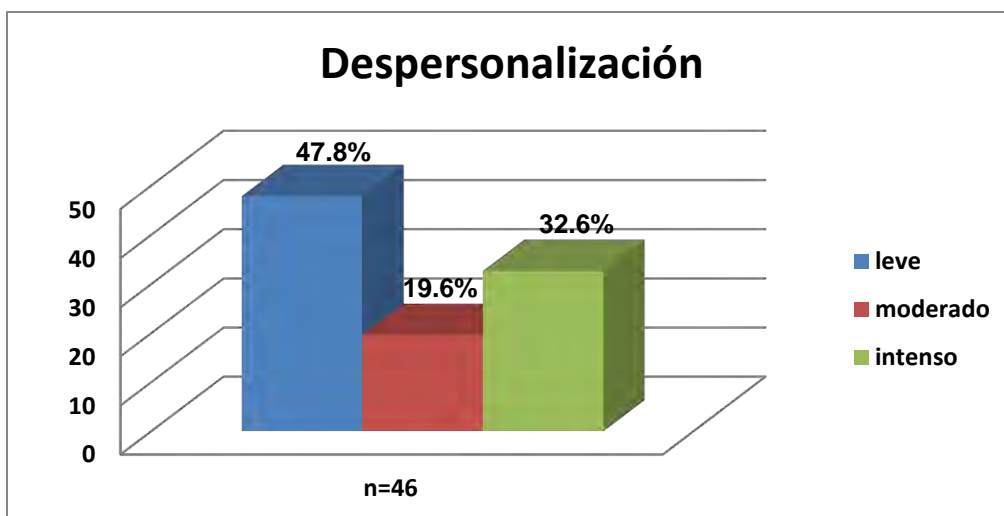
En la escala de despersonalización se encontró que el género femenino en la intensidad de leve tiene 54.3 % (25 militares), moderado 26.1 % (12 militares) e intenso 19.6 % (9 militares), se observa que el personal femenino presenta un mayor porcentaje en el buen trato al paciente que corresponde al nivel leve, pero observando los resultados entre los niveles moderado e intenso no existe mucha diferencia con el nivel leve, por lo tanto hay una gran probabilidad de llegar a tratar mal a los pacientes.

Figura 18



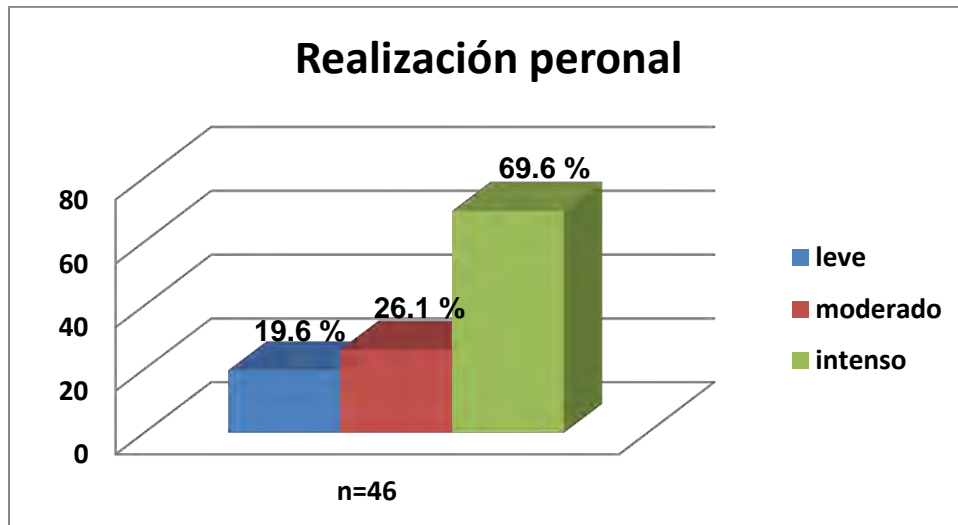
En cuanto al género masculino se encontró que en la intensidad de leve hay 47.8 % (22 militares), en moderado 19.6 % (9 militares) e intenso 32.6 % (15 militares). La gráfica describe que en el personal masculino existen más casos de tratar despotamente a los pacientes en el nivel intenso que las mujeres y a su vez existe menos porcentaje en el nivel leve por parte del personal masculino que en el femenino, por lo tanto existe más un trato deshumanizado para tratar a los pacientes por parte del personal masculino que femenino.

Figura 19



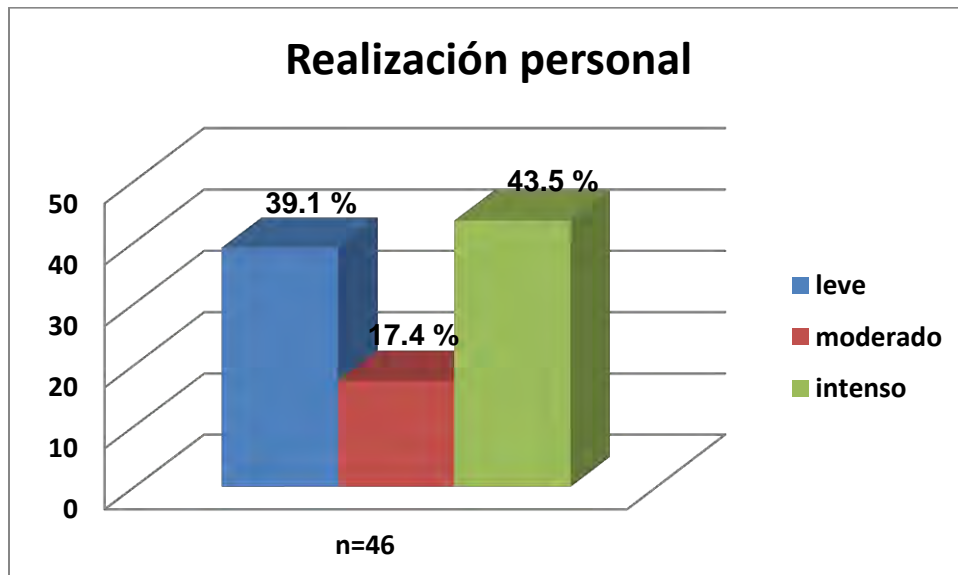
En la escala de realización personal el personal femenino obtuvo los siguientes resultados en la intensidad de leve resultó con el 19.6 % (9 militares), moderado con el 10.9 % (5 militares) e intenso con el 69.6 % (32 militares), en este caso la mayoría de las mujeres están satisfechas con su trabajo que realizan, en los niveles moderado e intenso el porcentaje no es significativo, es decir un poco de los casos están inconformes con lo que hacen.

Figura 20



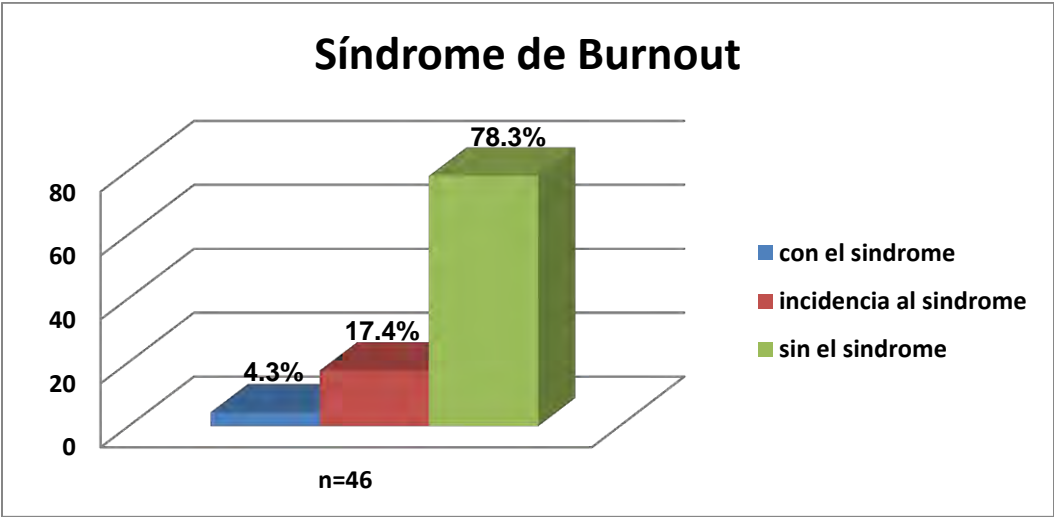
El personal masculino obtuvo los siguientes resultados en la intensidad de leve con el 43.5 % (20 militares), en moderado el 17.4 % (8 militares) e intenso con el 39.1% (18 militares), en este caso los resultados describen que el personal masculino siente menos realización exitosa en sus trabajos que el personal femenino.

Figura 21



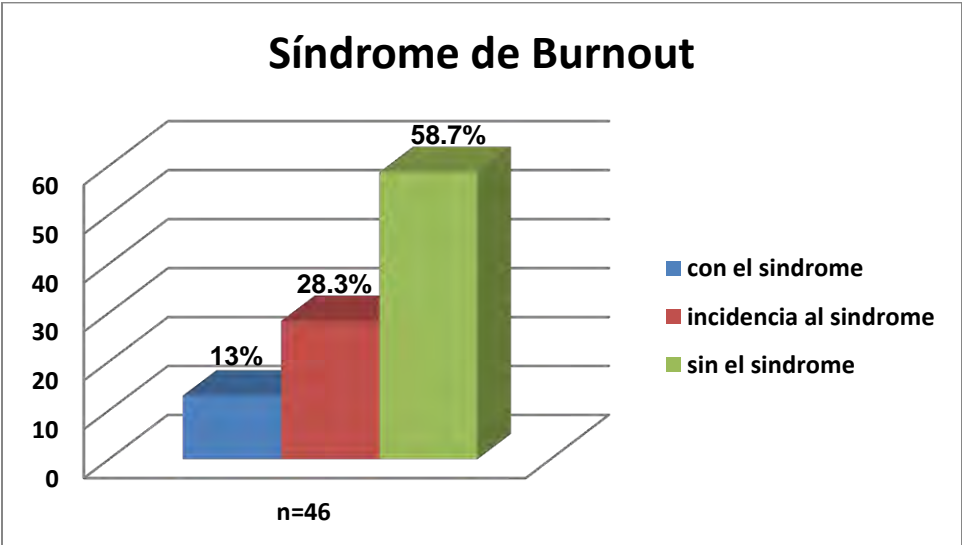
El personal femenino al que se le encontró el Síndrome Burnout fue el 4.3 % (2 militares), el que tiene la probabilidad de obtener el síndrome fue del 17.4 % (8 militares) y el personal que no presenta el síndrome fue el 78.3 % (36 militares). La mayoría de los casos femeninos no tiene el síndrome y de acuerdo a la gráfica la probabilidad de llegar a tener el síndrome junto con los casos que ya tienen el síndrome es escaso el porcentaje.

Figura 22



Al personal masculino que se le encontró el Síndrome Burnout fue el 13 % (6 militares), los que tienen probabilidades de adquirir el síndrome fue el 28.3 % (13 militares) y el personal que no presenta el síndrome fue el 58.7 % (27 militares), al contrario del personal femenino el personal masculino tiene más casos que presenta el síndrome y las probabilidades de adquirir el síndrome son más altas que las del personal femenino.

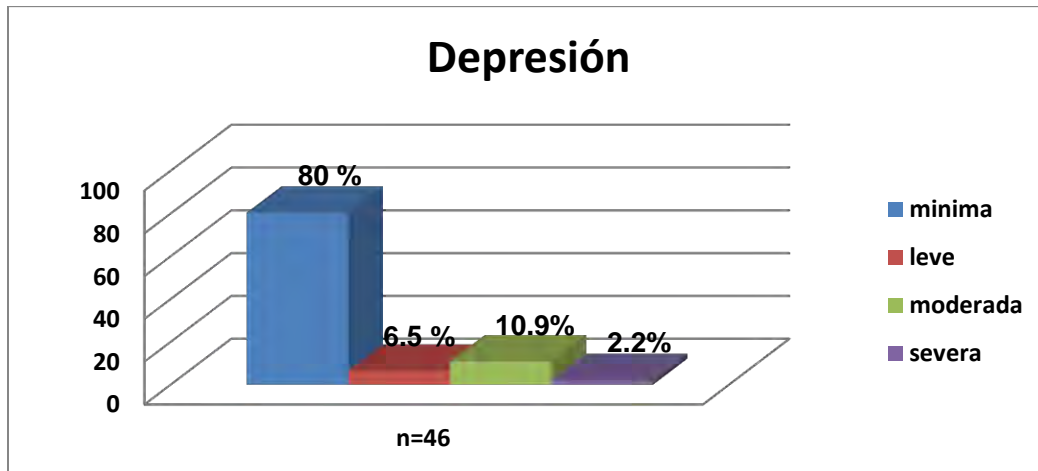
Figura 23



6.2.2 Resultados del Inventario de Depresión Beck por Género

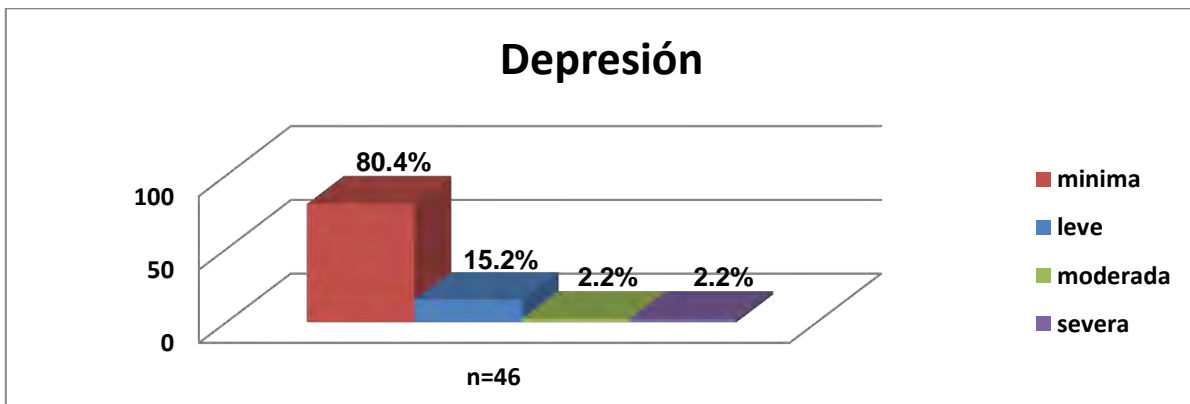
En los resultados para detectar depresión en el género femenino se encontró que en la intensidad de mínima es el 80 % (37 militares), en leve con el 6.5 % (3 militares), en moderada el 10.9 % (5 militares) y con depresión severa se encontró el 2.2 % (1 militar). El mayor porcentaje de los casos femeninos tiene una depresión mínima y en los niveles leve, moderado e intenso se observa que en el nivel moderado hay más casos, sin embargo los porcentajes no son significativos.

Figura 24



En los resultados para detectar depresión en el género masculino se encontró que en la intensidad de mínimo es el 80.4 % (37 militares), en leve el 15.2 % (7 militares), moderado 2.2 % (1 militar) y severo el 2.2 % (1 militar), el personal masculino al igual que el personal femenino el mayor porcentaje de casos tiene depresión mínima los porcentajes en los niveles leve, moderado y severo reportan que hay más casos en el nivel de leve que son más casos que el personal femenino, sin embargo los casos son mínimos al igual que en el personal femenino.

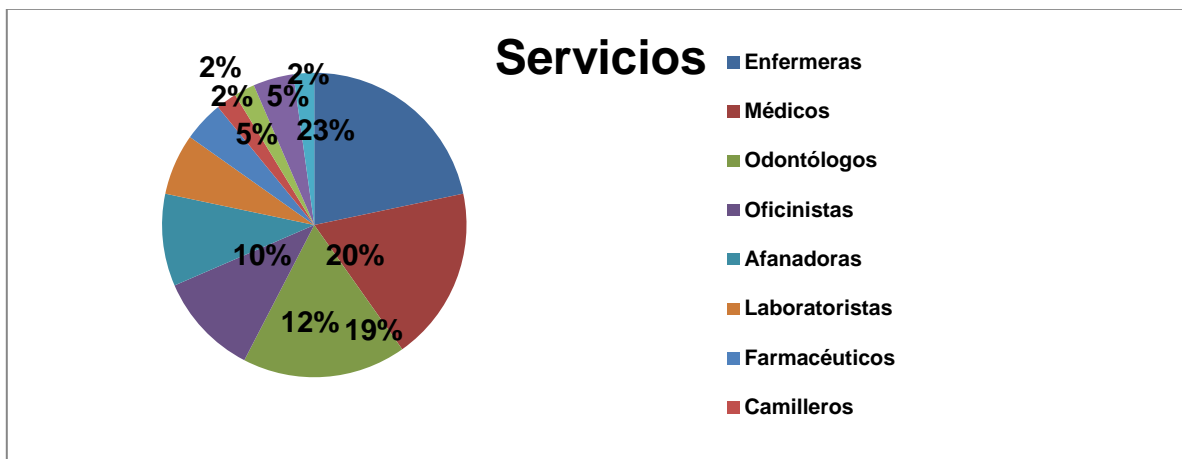
Figura 25



6.3 Resultados por Servicios

Los participantes son de diferentes servicios que trabajan en la atención de los usuarios, principalmente a militares entre ellos se encuentran personal de salud y personal administrativo y de los cuales el servicio con más personal es el de enfermería con el 21.7 % (20 enfermeras y 3 enfermeros) y el que tiene menos personal es el de choferes con 2.2 % (2 choferes), camilleros 2% (2 camilleros), radiólogos 2% (1 radiólogo y 1 radióloga), Psicólogo(1), Nutrióloga(1), Trabajadora social (1) y Técnico en informática (1).

Figura 26



6.3.1 Resultados del Maslach Burnout Inventory por Servicio

6.3.1.1 Enfermeras

En el agotamiento emocional entre los niveles leve (7 enfermeras) y moderado (9 enfermeras) no existe mucha diferencia así que los resultados sugieren que las enfermeras presentan un cierto grado de cansancio emocional. Por parte de la despersonalización se deduce que la mayoría del personal de enfermería (13 enfermeras) atiende con mesura y apego a sus pacientes y que un escaso porcentaje (7 enfermeras) presenta frialdad al atender a los pacientes. En la realización personal la mayoría del personal de enfermería (15 enfermeras) realiza su trabajo con satisfacción y un poco porcentaje (5 enfermeras) está descontento con lo que realiza. En comparación con las tres subescalas que presenta el síndrome, la única subescala en donde el personal de enfermería tuvo un porcentaje significativo fue en el agotamiento emocional, en las otras dos subescalas los porcentajes no fueron muy significativos, por lo tanto los resultados corresponden a que un alto porcentaje del personal de enfermería no tiene el síndrome y un porcentaje mínimo podría llegar a tenerlo.

6.3.1.2 Médicos

Los resultados indican que un porcentaje mínimo (6 médicos) de casos se encuentra con agotamiento, sin embargo el mismo porcentaje tiene agotamiento moderado (6 médicos) y que junto con el porcentaje de agotamiento intenso (5 médicos) se observa que en los médicos existe un gran porcentaje de agotamiento

emocional. En la despersonalización los resultados arrojan que la mayoría (9 médicos) de los casos proporciona trato digno a sus pacientes, sin embargo existe un gran porcentaje en el nivel intenso (6 médicos) más que en el moderado (2 médicos), lo que sugiere que hay un porcentaje alto de que los médicos en algún momento tratan con frialdad a los pacientes. En la realización personal, la mayoría (10 médicos) de los casos están satisfechos con su trabajo, pero existe un porcentaje significativo entre el nivel moderado (4 médicos) y leve (3 médicos) lo que implica que varios médicos no están satisfechos con su trabajo. Aunque no se encontraron casos con el síndrome, los médicos en las tres subescalas del síndrome tienen porcentajes significativos que pueden sugerir que hay grandes probabilidades de adquirir el síndrome.

6.3.1.3 Odontólogos

La mayoría de la muestra (8 odontólogos) tienen un mínimo de agotamiento emocional; sin embargo si se comparan las intensidades de moderado (5 odontólogos) e intenso (3 odontólogos) los resultados refieren que la mitad de los casos presentan agotamiento emocional. En la despersonalización la mayoría (8 odontólogos) trata con humanización a sus pacientes pero un gran porcentaje de odontólogos cae en el nivel moderado (7 odontólogos) lo que sugiere que en algunos momentos se trate a los pacientes con hostilidad e indiferencia. En la realización personal, los odontólogos tienen un alto porcentaje (8 odontólogos) de sentirse bien con su trabajo que realizan, sin embargo si se comparan las intensidades de moderado (6 odontólogos) y leve (2 odontólogos) hay un alto porcentaje de no sentirse bien con lo que realizan. Aunque la mayoría no tiene el síndrome (8 odontólogos), si se analizan los resultados de las tres subescalas con el personal que lo tiene (5 odontólogos) y los que tienen probabilidades de adquirirlo (3 odontólogos) se adquiere un porcentaje alto.

6.3.1.4 Oficinistas

Un alto porcentaje de oficinistas padece de un agotamiento mínimo (6 oficinistas), sin embargo en los niveles moderado (4 oficinistas) e intenso (4 oficinistas) el porcentaje es considerable pues más de la mitad de los casos padece agotamiento emocional. En la despersonalización aunque la mayoría (5 oficinistas) no presenta un trato hostil al usuario que atiende, sí la mitad de los oficinistas (5 oficinistas) llega a tratar de manera indiferente a los pacientes que atienden. En la realización personal si se comparan los porcentajes de los niveles moderado y leve (6 oficinistas) resulta que la mayoría de los casos no está conforme con su trabajo que hace, y que en el nivel intenso (4 oficinistas) un mínimo de casos está conforme con lo que hace. En este caso la mayoría reporta no tener el síndrome (6 oficinistas), aunque si más de la mitad de los casos reportan tanto incidencia al síndrome (3 oficinistas) y la presencia de este (1 oficinista), lo que corresponde a los resultados obtenidos en las tres subescalas.

6.3.1.5 Afanadoras

Se observa que la mayoría (4 afanadoras) reporta agotamiento leve, pero haciendo un comparativo con los niveles moderado e intenso (5 afanadoras) se reportan más casos de que sí existe un agotamiento considerable entre las

afanadoras. En la despersonalización la mayoría (4 afanadoras) refiere tratar bien al usuario, entre los niveles moderado e intenso (5 afanadoras) el porcentaje es mucho mayor, por lo tanto el personal de afanadoras tiende a tratar hostilmente a los usuarios. En la realización personal la mayoría (6 afanadoras) está conforme con su trabajo, pero entre los niveles moderado y leve (3 afanadoras) se reporta que la mitad de los casos no está conforme con lo que hace, y en comparación con otros servicios, las afanadoras son el servicio que presenta menos sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo. Los siguientes resultados reportan que aunque la mayoría no tiene el síndrome (6 afanadoras), entre los casos que se encontraron con incidencia al síndrome (2 afanadoras) y los casos que tienen el síndrome (1 afanadora) el porcentaje es considerable pues es la mitad de los casos.

6.3.1.6 Laboratoristas

La mitad de los casos (3 laboratoristas) presenta cierto grado de cansancio, mientras que la otra mitad (3 laboratoristas) no presenta agotamiento emocional. En la despersonalización se reportan los mismos resultados que en el agotamiento emocional es decir que la mitad (3 laboratoristas) de los casos refieren que en ocasiones tratan de manera indiferente a los pacientes y la otra mitad (3 laboratoristas) proporciona un trato digno. En la realización personal la mayoría (3 laboratoristas) reporta estar conforme con su trabajo, sin embargo entre los porcentajes de los niveles leve y moderado (3 laboratoristas) los casos se elevan a la mitad por lo tanto la mitad de los laboratoristas no tienen realización personal en su trabajo. Aunque no se reportan casos con el síndrome, la otra mitad (3 laboratoristas) de los casos tienden a adquirirlo en comparación con los que no lo tienen (3 laboratoristas).

6.3.1.7 Farmacéuticos

La mayoría reporta agotamiento emocional leve (2 farmacéuticos) pero si los resultados se comparan con los niveles moderado (1 farmacéutico) y severo (1 farmacéutico) la mitad de los casos presenta agotamiento emocional. En la despersonalización los porcentajes que se reportan son los mismos que en la subescala anterior por lo tanto los farmacéuticos reportan que la mitad (2 farmacéuticos) da un trato digno a los pacientes y la otra mitad (2 farmacéuticos) los trata con hostilidad. En la realización personal los casos reportan que la mitad de los farmacéuticos (2 farmacéuticos) están de acuerdo con su trabajo mientras que la otra mitad (2 farmacéuticos) aunque no llega en total desacuerdo con lo que hace y presentan poca realización personal. Si se comparan los porcentajes de los casos que tiene probabilidades de adquirir el síndrome (1farmaceuticos) con los que ya lo tienen (1 farmacéutico), resulta que la mitad de la muestra es la misma que los que no tienen el síndrome (2 farmacéuticos) por lo tanto es una cantidad considerable.

6.3.1.8 Camilleros

En este caso la clínica cuenta con 2 camilleros de los cuales un camillero presenta agotamiento emocional y el otro camillero no tiene agotamiento emocional. En la despersonalización la mitad (1 camillero) da un trato digno al paciente y la otra

mitad (1 camillero) aunque no cae en el nivel de intenso en ocasiones la muestra sí presenta un trato hostil al paciente. En la realización personal los resultados son los mismos que en las otras subescalas, es decir la mitad (1 camillero) de la muestra está satisfecho con su trabajo y la otra mitad (1 camillero) aunque no llega a un nivel mínimo de realización personal si llega a presentar cierto grado de desacuerdo con su trabajo que hace. Los resultados corresponden con las tres subescalas anteriores pues la mitad (1 camillero) de la muestra no presenta el síndrome y sin embargo la otra mitad (1 camillero) aunque no presenta el síndrome si tiene probabilidades de adquirirlo.

6.3.1.9 Choferes

Al igual que en el caso anterior la clínica cuenta con solo 2 choferes los resultados refieren que la mitad (1 chofer) de la muestra presenta agotamiento emocional y la otra mitad (1 chofer) no lo presenta. En la despersonalización la muestra refiere que la mitad (1 chofer) de los casos da un trato digno al paciente y la otra mitad (1 chofer) que aunque no llega a un nivel intenso en ocasiones trata a los pacientes con cierta frialdad. En la realización personal se indica que la mitad (1 chofer) de la muestra está satisfecha con su trabajo y la otra mitad (1 chofer) no presentan realización personal en su trabajo. Los resultados corresponden con las tres subescalas anteriores pues la mitad (1 chofer) de la muestra no presenta el síndrome y sin embargo la otra mitad (1 chofer) aunque no presenta el síndrome si tiene probabilidades de adquirirlo.

6.3.1.10 Psicólogo, Nutrióloga, Trabajadora Social y Técnico en Informática

La mayoría presenta agotamiento leve (2), sin embargo si se comparan los porcentajes de los niveles moderado (1) e intenso (1), los resultados si son considerables pues la muestra indica que la otra mitad presenta agotamiento emocional. En la despersonalización los resultados los porcentajes son los mismos que en la subescala anterior por lo tanto refiere que la mitad (2) de la muestra no trata a sus pacientes con indiferencia, pero que la otra mitad (2) trata a los pacientes con cierta hostilidad pues los resultados no caen en un nivel intenso. En la realización personal los resultados presentan que la mayoría (3) de la muestra tiene realización personal por su trabajo y que un mínimo (1) de los casos está en desacuerdo con su trabajo. A pesar de los resultados de las subescalas de cansancio emocional y despersonalización esta muestra no presenta el síndrome y no hay incidencia de adquirirlo.

6.3.1.11 Radiólogos

La muestra sugiere que existe cierto grado de agotamiento entre los radiólogos, pues cae en un nivel moderado (2 radiólogos) .en la despersonalización se observa que la mitad de la muestra (1 radiólogo) no trata con hostilidad a los pacientes y que la otra mitad (1 radiólogo) trata con cierta indiferencia a los pacientes pues no cae en un nivel intenso. En la realización personal la mitad (1 radiólogo) de la muestra refiere estar conforme con su trabajo que realiza y la otra mitad (1 radiólogo) no está del todo conforme, pues no cae en nivel de leve realización personal. Por los resultados obtenidos se observa que las tres subescalas corresponden, pues la mitad (1 radiólogo) de los casos tiene

probabilidades de adquirir el síndrome y la otra mitad (1 radiólogo) no presenta el síndrome.

De los resultados anteriores se observa que los médicos presentan más cansancio emocional y despersonalización que el resto de los servicios; sin embargo en lo que respecta a la realización personal todos los servicios tienen un porcentaje proporcional, es decir, todos los servicios presentan sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo. Los servicios que reportan tener el síndrome de burnout, en primer lugar están los odontólogos con más casos, después se encuentran los oficinistas, las afanadoras y los farmacéuticos. A continuación se muestra la tabla con los resultados descritos anteriormente.

Tabla 3

	Agotamiento emocional			Despersonalización			Realización personal		
	Leve	moderado	intenso	Leve	moderado	intenso	Leve	moderado	intenso
Enfermeras	35 %	45 %	20 %	65 %	20 %	15 %	15 %	10 %	75 %
Médicos	35.3 %	35.3 %	29.4 %	52.9 %	11.8 %	35.3 %	17.6 %	23.5 %	58.8 %
Odontólogos	50 %	31.3 %	18.8 %	50 %	43.8 %	6.3 %	12.5 %	37.5 %	50 %
Oficinistas	60 %	20 %	20 %	50 %	30 %	20 %	20 %	40 %	40 %
Afanadoras	44.4 %	33.3 %	22.2 %	44.4 %	33.3 %	22.2 %	22.2 %	11.1 %	66.7 %
Laboratoristas	50 %	50 %	0 %	50 %	50 %	0 %	16.7 %	33.3 %	50 %
Farmacéuticos	50 %	25 %	25 %	50 %	25 %	25 %	0 %	50 %	50 %
Camilleros	50 %	50 %	0 %	50 %	50 %	0 %	0 %	50 %	50 %
Choferes	50 %	50 %	0 %	50 %	50 %	0 %	0 %	50 %	50 %
Psicólogo Nutrióloga, Trabajadora social, Técnico en informática	50 %	25 %	25 %	50 %	25 %	25 %	0 %	25 %	75 %
Radiólogos	0 %	100 %	0 %	50 %	50 %	0 %	0 %	50 %	50 %

6.3.2 Resultados del Inventario de Depresión Beck por Servicio

6.3.2.1 Enfermeras

Los resultados sugieren que las enfermeras tienen un escaso porcentaje (5 enfermeras) de depresión y que en comparación con el Síndrome de Burnout que no reporta casos, no existe una relación entre las dos patologías.

6.3.2.2 Médicos

El porcentaje de médicos que padece depresión es mayor (4 médicos) en comparación con el Síndrome de Burnout que no se reportaron casos, por lo tanto se sugiere que entre las dos patologías no existe relación.

6.3.2.3 Odontólogos

Existe un porcentaje escaso de depresión (3 odontólogos) entre el personal de odontólogos, sin embargo comparando los resultados con el Síndrome de Burnout (5 odontólogos) en donde existen más casos se sugiere que entre las dos patologías existe relación.

6.3.2.4 Oficinistas

Los casos con depresión leve y severa (2 oficinistas) son escasos pero son más en comparación con los casos encontrados del Síndrome de Burnout (1 oficinista), por lo tanto si existe relación entre las dos patologías.

6.3.2.5 Afanadoras

La mayoría presenta una depresión mínima y el porcentaje que existe entre la depresión leve y moderada (2 afanadoras) es mínimo, sin embargo son más casos comparados con el Síndrome de Burnout (1 afanadora) en donde también se reportan un mínimo de casos. Por lo tanto si existe una relación entre las dos patologías.

6.3.2.6 Laboratoristas

En este caso la depresión y el Síndrome de Burnout no se reportan casos, por lo tanto existe relación entre las dos patologías.

6.3.2.7 Farmacéuticos

En comparación con la depresión donde no se reportan casos con el Síndrome de Burnout donde se reportan 1 caso, se sugiere que no existe relación entre las dos patologías.

6.3.2.8 Camilleros

En el caso de la depresión donde no se reportan casos con el Síndrome de Burnout en donde tampoco se reportan casos se sugiere que en las dos patologías existe una relación.

6.3.2.9 Choferes

En la depresión el personal se ubicó con una depresión mínima y al igual que con el Síndrome de Burnout donde no hay casos reportados se sugiere que las dos patologías tienen relación.

6.3.2.10 Psicólogo, nutrióloga, Trabajadora Social, Técnico en Informática

En este caso la muestra refiere que hay casos (2) con depresión en el nivel moderado y en el Síndrome de Burnout no se reportan casos por lo tanto no existe relación entre las dos patologías.

6.3.2.11 Radiólogos

En el caso de la depresión no se reportan casos al igual que con el Síndrome de Burnout por lo tanto existe una relación entre las dos patologías.

En relación a los resultados obtenidos anteriormente, se observa que el servicio de enfermería presenta más casos de depresión, le siguen los servicios de médicos, odontólogos, oficinistas, afanadoras y el grupo que lo conforman el psicólogo, nutrióloga, trabajadora social y técnico en informática. En comparación con el Síndrome de Burnout se encontraron más casos con depresión y que de estos cuatro (enfermeras, médicos, farmacéuticos y el grupo que lo conforman el psicólogo, nutrióloga, trabajadora social y técnico en informática) no presentan el Síndrome de Burnout, por lo tanto se sugiere que en este estudio no existe una

relación entre las dos patologías. A continuación se muestra la tabla con los resultados descritos anteriormente.

Tabla 4

	Síndrome de burnout			Depresión			
	Con el síndrome	Incidencia al síndrome	Sin el síndrome	mínima	Leve	moderada	severa
Enfermeras	0 %	15 %	85 %	75 %	15 %	10 %	0 %
Médicos	0 %	17.6 %	82.4 %	76.5 %	17.6 %	0 %	5.9 %
Odontólogos	31.3 %	18.8 %	50 %	81.3 %	12.5 %	6.3 %	0 %
Oficinistas	10 %	30 %	60 %	80 %	10 %	0 %	10 %
Afanadoras	11.1 %	22.2 %	66.7 %	77.8 %	11.1 %	11.1 %	0 %
Laboratoristas	0 %	50 %	50 %	100 %	0 %	0 %	0 %
Farmacéuticos	25 %	25 %	50 %	100 %	0 %	0 %	0 %
Camilleros	0 %	50 %	50 %	100 %	0 %	0 %	0 %
Choferes	0 %	50 %	50 %	100 %	0 %	0 %	0 %
Psicólogo Nutrióloga, Trabajadora social, Técnico en informática	0 %	0 %	100 %	50 %	0 %	50 %	0 %
Radiólogos	0 %	50 %	50 %	100 %	0 %	0 %	0 %

CAPITULO VII

7. DISCUSIÓN

En el presente estudio los resultados relacionados con el síndrome de burnout en sus tres subescalas resultaron en un nivel leve de agotamiento emocional con el 38% (35 militares), moderado con el 34.8% (32 militares) e intenso con el 27.2% (25 militares), en la despersonalización en el nivel de leve con el 51.1 % (47 militares), moderado con el 22.8 % (21 militares) e intenso con el 26.1 % (24 militares), la realización personal los resultados fueron en nivel leve 29.3 % (47 militares), moderado 14.1% (13 militares) e intenso con 56.5 % (52 militares) resultados que no son similares a estudios realizados como es el caso de Escobar (2009) en donde 30 pasantes de medicina reportan que la prevalencia del Síndrome de Burnout por etapas se encontró de la siguiente manera: agotamiento emocional (AE) en el 100% (30) despersonalización (DP) en 83% (25) y baja realización personal (RP) en 93% (28) de los pasantes. En otro estudio, Cáceres (2006) reporta que aparecen niveles altos de cansancio emocional en un 39% de los profesionales, y de despersonalización y falta de realización personal en un 35% respectivamente, en un estudio a 593 médicos y enfermeras. Por otro lado, se reportan más el sexo femenino como alto riesgo de padecer el Síndrome Burnout. Rodríguez (2009) refiere que las variables individuales que pueden modular este tipo de respuestas estresantes destaca el género (siendo las mujeres las que puntúan generalmente más alto en agotamiento e ineficacia profesional. González y Kornhauser en el 2010 aplicaron a 89 docentes resultando que aproximadamente el 20 % de los docentes padecen Burnout en alguna dimensión del síndrome obteniendo un mayor grado de Burnout en las mujeres docentes. Sin embargo, en este estudio el sexo masculino presento más altos porcentajes en las tres dimensiones del síndrome en comparación con el sexo femenino, incluso se observó que los masculinos presentaron más el síndrome con 13 % (6 masculinos) que las mujeres 4.3 % (2 femeninos).

En relación con las hipótesis de trabajo no se cumplen, pues no existe una relación significativa entre el Síndrome de Burnout y la depresión, pues hay más casos de militares con depresión 19.6 % (18 militares) que militares con el Síndrome de Burnout 8.7 % (8 militares).

En cuanto a el sexo, como ya se mencionó anteriormente, resulta interesante que en este estudio el sexo masculino resulto con más casos al Síndrome de Burnout con el 13 % (6 militares) y el sexo femenino con tan solo el 4.3 % (2 militares), pero cabe señalar que de toda la muestra estudiada en la escala de agotamiento emocional resulto con índices altos por lo cual sugiere que la mayoría de los militares presentan falta de motivación para realizar su trabajo y que con el tiempo puede resultar perjudicial y repercutir en las otras subescalas. Por otro lado se puede decir que la mayoría del personal aun no evalúa su trabajo de forma negativa, y no siente insuficiencia profesional, y que el único personal que presenta este tipo de sentimientos son las afanadoras donde si reportan perdida de interés en su trabajo, hay que señalar que este tipo de personal todas son del

sexo femenino y que el tipo de trabajo que realizan no requiere de preparación profesional es más físico, pues durante su jornada de trabajo se dedican a la limpieza de toda la clínica además de que se encargan del servicio de lavandería y, tomando en cuenta que llegan a sus hogares tal vez a realizar las mismas actividades, por tal razón es comprensible los resultados obtenidos.

Por otra parte, en cuanto a la depresión resulto que el 80 % (37 hombres y 37 mujeres) de la muestra resulto con una depresión mínima y que el 19.6 % (9 hombres y 9 mujeres) en ambos sexos resulto con un grado de depresión lo que no tiene relación con otros estudios realizados como es el caso de Rosales, Gallardo y Conde (2001) para detectar la prevalencia de episodio depresivo que existe en una muestra de 162 médicos residentes del hospital Juárez de México en donde reportan que de los encuestados 136 resultaron sin depresión (83.95%) y 26 con depresión, dando una prevalencia de este trastorno del 16.04% en la muestra estudiada. En otro estudio realizado por Coffin et al (2010), para detectar la prevalencia en depresión e ideación suicida que existe entre los usuarios de una clínica en México, estudiaron a 131 usuarios de ambos sexos encontrando que el nivel predominante de depresión fue el de moderada, en cuanto al sexo reportan que el sexo femenino presenta mayor depresión, en todos los niveles, que los hombres.

En relación con la hipótesis que menciona si hay diferencias estadísticas entre hombres y mujeres con depresión, no se cumple pues los resultados arrojan un mismo porcentaje y aunque no son muchos los casos (9 hombres y 9 mujeres), resulta interesante pues por lo visto anteriormente en el marco teórico y la epidemiología, las mujeres son más propensas a padecer depresión, sin embargo en este estudio demuestra que ambos sexos tienden a tener signos depresivos de igual manera.

Por último se puede decir que aunque el Síndrome de Burnout conjunta una serie de signos y síntomas, la depresión puede ser un factor independiente de los pacientes que padecen dicho síndrome y que estos no necesariamente estén deprimidos, pero que tal vez posteriormente se adquiera un grado de depresión.

Como anteriormente ya se mencionó, no existe una relación entre las dos patologías, es importante mencionar que aunque los casos estudiados son personal de salud que se dedica principalmente a la atención de pacientes, no hay que olvidar su condición de militares y que probablemente dicha condición es causa de reportar este tipo de resultados.

CAPITULO VIII

8. CONCLUSIONES

En resumen, de acuerdo con los resultados obtenidos y que anteriormente fueron analizados, se llegó a la conclusión de que el personal militar perteneciente a esta clínica naval del sur y que participo en el presente estudio, se encontraron hallazgos importantes. En relación al Síndrome de Burnout aunque es un escaso el porcentaje que obtuvo la presencia del síndrome, existe un porcentaje significativo en cuánto a cansancio emocional y despersonalización, cabe mencionar que estas dos subescalas puntúan más a un estrés laboral y que la realización personal se presenta al contrario de un estrés, es decir, es más como una variable de personalidad.

Como ya se mencionó anteriormente, aunque no se demostró un índice alto con la presencia del síndrome, si existe un alto riesgo primordialmente en los servicios de médicos y odontólogos, por los resultados obtenidos en los niveles medios e intensos, cabe señalar que este tipo de personal cuenta con un nivel de estudios (licenciatura) superior a otros servicios que cuentan con secundaria o carrera técnica, existen factores que probablemente provocan estos resultados en dicho personal y que son importantes mencionar como son la demanda de pacientes que atienden diariamente, las comisiones que se realizan diariamente como son apoyos médicos a diferentes unidades de la Secretaria de Marina, guardias de 24 horas, además de los servicios que hay que cumplir como los operativos que implica salir y ausentarse por más de dos meses fuera de la plaza, sin olvidar los apoyos a la población civil que en ocasiones se presentan de improviso, y que forman parte de los objetivos que tiene la clínica dentro de su Misión. Sin embargo es importante mencionar, que la mayoría del personal que cuenta con una licenciatura no solo los médicos y odontólogos sino otros servicios como laboratorio que todavía conservan una satisfacción profesional por su trabajo, aunque sí existe un riesgo de no contar con esta satisfacción en un futuro, y que por otro lado las afanadoras que son las que menos estudios tienen (secundaria trunca) evalúan su trabajo de forma más negativa y se considera que si existe la posibilidad de desarrollar el síndrome, aunque esta posibilidad sea mínima como es el caso de este estudio.

Por todo lo anterior, el militar queda con una sensación de insatisfacción e inseguridad que lo lleva a pensar que los servicios que está proporcionando no son los adecuados y por ende no satisface su ideal como profesionista y militar. A pesar de que existe información acerca del Síndrome de Burnout, no se aplican estrategias para afrontar el síndrome principalmente por la falta de personal preparado para la detección pues muchas veces se piensa que los síntomas que presenta el trabajador son personales y que debe resolverlos el mismo y que la institución no tiene nada que ver con los problemas que presenta su personal.

En cuanto a la depresión se sabe que las mujeres presentan mayor grado de depresión que los hombres, sin embargo en el presente trabajo no solo el sexo femenino presenta signos y síntomas, sino que el personal masculino los presenta

en igual porcentaje; por lo tanto en este caso es importante identificar cuando un masculino trata de enmascarar una depresión pues es común que recurra al alcohol y otras drogas al sentirse frustrado e irritado, o en otros casos se involucran más de lo debido en el trabajo para evitar hablar de sus sentimientos y por lo tanto en ocasiones resulte más difícil poder identificar y diagnosticar una depresión masculina, y aunque la presente investigación no relaciona las dos patologías, es evidente que la condición de ser militar presenta más probabilidades de presentar depresión en ambos sexos y que existe una diferencia importante con otras investigaciones que solo analizan personal de salud o de otras profesiones civiles y no militares, pero si es muy importante tomar en cuenta que la presencia de cualquier patología es causa de conductas negativas perjudiciales en cualquier área de trabajo. La depresión al igual que un Síndrome de Burnout provoca ausentismos laborales lo que perjudica la productividad, así que de igual forma se requiere de personal preparado para poder diagnosticar e implementar estrategias preventivas enfocadas tanto a personal femenino como masculino.

Por lo anterior si es muy importante mencionar que todo este tipo de factores de alguna manera afecta al personal militar por un lado repercute en sus relaciones personales en especial con la familia, pues al ser trasladado constantemente por meses en comisión de servicio o estar mucho tiempo cumpliendo con un horario de trabajo, se va perdiendo la comunicación entre pareja terminando en una ruptura, y no solo eso, sino que también afecta la calidad de atención a los pacientes, es muy importante considerar que la presencia de estas patologías obstaculiza la forma de trabajar de una institución.

El hecho de estar en una institución militar y además ser parte del personal de salud, se analizan mejor la necesidades y deficiencias entorno al personal militar y de salud, por un lado el militar en ocasiones tiene que ofrecer la propia vida cuando su misión a si lo requiere y sin duda este tipo de entrega al servicio militar eleva el nivel de exigencia provocando consecuencias negativas para la salud del militar, por lo tanto esta investigación arroja resultados que pueden ser importantes para pensar mejor en la causa de afección.

Al no encontrarse un relación entre las dos patologías es probable que existan otros factores de tipo organizacional o personales que en este estudio no se consideraron, algunos de los factores que se pueden mencionar y que probablemente son desencadenantes del Síndrome de Burnout y depresión principalmente es la falta de personal, lo cual provoca carga de trabajo y por ende cansancio al final de una jornada de trabajo, otras situaciones aunque no tengan mucho impacto pero no menos importantes son el reconocimiento profesional y la falta de estímulos, pues al no ser reconocidos en sus áreas de trabajo y aunado a esto si el personal presenta o tiene problemas personales en sus hogares o con los compañeros de trabajo no solo se puede desencadenar el síndrome sino también algunos síntomas de la depresión, por tal motivo se recomienda proporcionar apoyo psicológico al personal que lo solicite, mejorar el ambiente laboral entre empleados y jefes inmediatos por medio de pláticas entre

compañeros teniendo libre expresión sobre dudas, molestias o comentarios para la mejora del servicio y proporcionar reconocimientos al personal que ha recibido felicitaciones por parte de los pacientes por una buena atención, por ultimo realizar valoraciones periódicas para determinar la presencia ya sea del Síndrome Burnout o depresión, es importante tratar a tiempo la sintomatología que generan estas patologías, pues con el tiempo producirían consecuencias nocivas a los integrantes de esta clínica naval del sur, como son incapacidades por enfermedades causadas por algunos signos y síntomas del Síndrome de Burnout y depresión, aumento de quejas por parte de los pacientes por mala atención por parte del personal que es atendido o bajas del servicio activo, finalmente se espera que con esta investigación sirva de evidencia para posteriores investigaciones en torno al Síndrome de Burnout y su relación con la depresión en personal militar.

REFERENCIAS

- Álvarez, E., & Gastó, C. (2008). *Sintomatología depresiva en atención primaria Algoritmos diagnósticos y terapéuticos*. Barcelona, España: Marge Books pág. 68
- Alvear, A.C. (2004). *Historia de México*. México, D.F.: Limusa. Recuperado en <http://www.books.google.com.mx/books?isbn=9681861469> pág.122-123
- American Psychiatric Association. (2010). DSM-IV-TR: Breviario: Criterios diagnóstico. Barcelona: Masson pag.157-179,209-211 pág. 157-179, 209-211
- Baeza, J.C., G. Balaguer, I. B., Coronas M., & Guillamon N. (2008). *Higiene y prevención de la ansiedad*. Impreso en España: Díaz de Santos pág. 48
- Bermejo, G.G.C. (2006). Prevalencia del síndrome de Burnout en personal sanitario militar. Tesis Doctoral de la Universidad Complutense de Madrid). Recuperado de GGC Bermejo - 2006 - dialnet.unirioja.es pág. 75,93,189
- Blesedell, C.E., Cohn, S.E., & Schell, B.A.B. (2008). *Terapia Ocupacional*. Impreso en Buenos Aires: Panamericana. Recuperado en <http://www.books.google.com.mx/books?isbn=9500624125> pág. 640
- Boada-Grau, J. & Pilar F. (2012). *Salud y trabajo: los nuevos y emergentes riesgos psicosociales*: España: UOC. Recuperado de <http://www.books.google.com.mx/books?isbn=8497889878> pág. 131
- Coffin Cabrera, N., Bejar Nava, F., Jiménez Rentería, M.D.L., & Álvarez Zúñiga, M. (2010). Comorbilidad de la depresión en usuarios de una clínica-escuela de México. *Revista Electrónica de psicología Iztacala*, 12 (1).ISSN:1870-8420 pág. 4,5
- Cortez. D.J. M. (2007). *Técnicas de prevención de riesgos laborales: Seguridad e higiene del trabajo*. Madrid: Tébar. Recuperado en <http://www.books.google.com.mx/books?isbn=8473602722> pág. 631
- Chappa, H.J. (2003). *Distimia y otras depresiones crónicas: tratamiento psicofarmacológico y cognitivo social*. Buenos Aires: Panamericana. Recuperado en <http://www.books.google.com.mx/books?isbn=9500604302> pág. 176
- Dessler, G. *Administración de Recursos Humanos*. (2009). Impreso en México: Pearson pág. 665

De León, T. J., Sánchez, L. M. A., Mendoza, V. G., Garfias, M. L., & Martínez, C. L. (1979). *El Ejército Mexicano Secretaria de la Defensa Nacional*. Impreso en México: Secretaria de la Defensa Nacional pág. 28-30, 109,300

Díaz, J., L., Torres Lio-Coo, V., Font Darías., Cardona Monteagudo, M., & Sánchez Arrastia, D. (2006). Depresión oculta en la consulta externa. *Revista cubana de medicina militar*, 35 (4). *Versión On-line* ISSN 1561-3046 párr.8-9,13

Escobar, H.C. (2009). Síndrome Burnout en médicos pasantes de la Jurisdicción sanitaria No. IV de Querétaro. Tesina de Licenciatura. Universidad Autónoma Metropolitana. Pág. 78-80

Fernández, G. R. (2008). *Manual de prevención de riesgos laborales para no iniciados*. Impreso en España: Club universitario. Recuperado en <http://www.books.google.com.mx/books?isbn=8484546977> pág. 171

Fernández, G.R. (2010). *La productividad y el riesgo psicosocial o derivado de la organización del trabajo*. España: Club universitario. Recuperado en <http://www.books.google.com.mx/books?isbn=8499481469> pág. 110,200

Fernández, G. S., Ardila, A., & Arango, L.J.C. (2003). *Las demencias: aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento*. Impreso en México: Manual Moderno. Recuperado en <http://www.books.google.com.mx/books?isbn=9707290153> pág. 81

Friedman, H. (2004) *Manual de diagnóstico médico*. Barcelona, España: Masson. Recuperado en <http://www.books.google.com.mx/books?isbn=8445811509> pág.20

Goldman, H. H. (2001). *Psiquiatría general*. Impreso en México: Manual Moderno pág. 341

Gómez-Restrepo, H. H., Bayona G., Rojas, U. A., Santacruz, O. H., & Uribe R. M. (2008). *Psiquiatría clínica diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. Bogotá: panamericana pág. 306

González, E.S.A. & Kornhauser L. S. (2010). *Burnout en el colectivo docente*. León, Gto., México: Universidad EPCA. Recuperado de <http://www.books.google.com.mx/books?isbn=6070033884> pág. 95,97, 99

González, G. M. J. (2006). *Manejo del estrés*. Impreso en España: INNOVA. Recuperado en <http://www.books.google.com.mx/books?isbn=8496493423> pág. 15-16

Greiffenstein, T.R.J., & Yepes, R.L.E. (2004) *Psiquiatría*. Colombia: Fondo Editorial CIB. Recuperado en <http://www.books.google.com.mx/books?isbn=9589400760> pág.154

Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto, México: Secretaria de Salud; 2009. Pág. 15-16,18-19

Gutiérrez, M. R.E. &Ángeles, J.Y.I. (2012). *Estrés Organizacional Factores psicosociales estrés laboral-organizacional trabajo, salud y salud mental salud ocupacional*. México: Trillas pág. 40

Halgin, P. R., &Kraus, W. S. (2004). *Psicopatología de la anormalidad perspectivas clínicas sobre desordenes psicológicos*. Impreso en México: McGraw Hill pág. 12-13,245

Hellriegel, D., &Slocum J. Comportamiento organizacional. (2009).Impreso en México: Cengagelearning. Recuperado en <http://www.books.google.com.mx/books?isbn=9708300039> pág.201

Ibarra, M. Y., Rosas M. L., Rosas M. V., &Zamora M. J. G. Síndrome Burnout en el personal de enfermería del Hospital General Regional “La perla” (2011).Reporte de Investigación para obtener el Título de Licenciatura. Universidad Autónoma Metropolitana. Pág. 37

Juseppe, J.E.R., Contreras, R.G., & Mercado, J.M.C. (2005).Prevalencia de Episodio Depresivo en los Médicos Residentes del Hospital Juárez de México. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 10 (1), 25. Recuperado en <http://www.medigraphic.com> pág. 30-31

Kleinschmidt, H. (2009).*Comprender la Edad Media: La transformación de ideas y actitudes en el mundo medieval* .Impreso en Madrid, España:Akal.Recuperadoen<http://www.books.google.com.mx/books?isbn=8446027747> pág. 207

Landy, J. F., & Conte M. J. (2005).*Psicología Industrial. Introducción a la Psicología Industrial y Organizacional*. Impreso en México, D.F: McGraw-Hill Interamericana pág. 563

Ley Orgánica del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos. Última Reforma DOF 23-01-1998. 1 de 40. Pág.1

Ley Orgánica de la Armada de México. Última Reforma DOF 31-12-2012 pág.1, 2

Lizárraga, M.C., Zamora, M.S.R., Víctor, L., Morales, A., & de Anda, V.M.D. (2006). Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor. Revista Neurología, neurocirugía y psiquiatría, 39 (4) 132-137.Recuperado en <http://www.medigraphic.com> pág.132

Llaneza, Á. J. (2009). *Ergonomía y psicología aplicada, manual para la formación del especialista*. España: Lex Nova pág. 512

Mardomingo S. M.J. (2003). *Psiquiatría para Padres y Educadores: Ciencia y Arte*. Madrid: Narcea. Recuperado en <http://www.books.google.com.mx/books?isbn=8427713754> pág.252

Merlín, E.P.R., González-Forteza, C., & Tapia, J.A.J. (2007). Trastorno por estrés postraumático en pacientes con lesiones no intencionales producidas en accidentes de tránsito. *Salud Mental*, 30(6), 43. Recuperado en <http://www.medigraphic.com> pág. 46

Modesto Vázquez, G.M. (1971). *Guerras de las Humanidades*. Impreso en México: ateneo-México. pág. 224

Molinera, M. J. F. (2006). *Absentismo laboral: causas, control y análisis, nuevas formas, técnicas para su reducción*. Madrid: Fundación Cofemental. Recuperado en <http://www.books.google.com.mx/books?isbn=8496169995> pág. 69

Montross, L. (1963). *Historia de las guerras*. Impreso en México: Janopág.21

Mora, P.B., Segovia, A.O., López, G.G.C., & Silla, J.M.P., (2003) Estrés de rol y su influencia sobre el bienestar psíquico y físico en soldados profesionales. *Psicothema*, 15 (1) pp. 54-57 Recuperado en *Psicothema* SSN 0214-9915 párr. 4,16

Oblitas, G.L.A. (2006). *Psicología de la Salud y la calidad de vida*. Impreso en México: Thompson. Recuperado en <http://www.books.google.com.mx/books?isbn=9706866574> pág. 218-219

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Guía de bolsillo de la Clasificación CIE-10 Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Panamericana pág.97,119, 269

Parker, G. (2010). *Historia de la guerra*. Madrid, España: Akal. Recuperado en <http://www.books.google.com.mx/books?isbn=8446025604> pág. 111, 202, 227

Péronnet, M. (1990). *El siglo XVI*. Impreso en España: Akal. Recuperado en <http://www.books.google.com.mx/books?isbn=8476004788> pág. 112

Políticas de la Armada de México. (2004). México: Secretaria de Marina pág. 43

Preston, J. (2004). *Como vencer la depresión*. San Luis Obispo, California: Pax México. Recuperado en <http://www.books.google.com.mx/books?isbn=9688603627> pág.33-35

Rabinovich, G. A. (2004). *Inmunopatología molecular: nuevas fronteras de la medicina un nexo entre la investigación biomédica y la práctica clínica*. Argentina: Panamericana. Recuperado en <http://www.books.google.com.mx/books?isbn=9500618680> pág. 578

Rico-Jaime, V.M., Ramos-Gómez, H.M., & De Jesús Almanza-Muñoz. (2010) Perfil de estrés y estilo de afrontamiento en pilotos aviadores de la Fuerza Aérea Mexicana. *Perfil de estrés y estilo de afrontamiento en pilotos aviadores de la Fuerza Aérea Mexicana*, 64 (4) ,158-167. Recuperado en http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showIndex&id_revita=16p.158-167 pág. 158

Robles, L. A. G., & Robles, M.V.G. Factores al síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Hospital Militar Central. *Revista Edición Virtual*. Volumen 1 Julio Diciembre 2010 N, 32. Recuperado en <http://www.upig.edu.pe> pág. 36

Rodríguez, F.A., Zarco M. V., & González G.J.M. (2009). *Psicología del trabajo*. Madrid, España: Pirámide pág.160

Rojtenberg, L. S. (2006) *Depresiones bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas*. Argentina: Polemos pág. 39,47-49

Ruiz-jarabo, Q. C., & Prieto, B. P. (2005). *La violencia contra las mujeres: Prevención y detección*. Impreso en España: Díaz de Santos: Recuperado en <http://www.books.google.com.mx/books?isbn=8479786280> pág.105

Sampieri, H. R., Carlos Fernández, C.C., & Baptista, L. M. P. (2010). *Metodología de la Investigación*. Impreso en Perú: McGraw Hill pág. 149,151,154

Sánchez-Anguita, M.Á. *Psicopatologías laborales* (2008). Salamanca, España: Universidad Pontificia De Salamanca pág. 52-55,59,61

Sánchez-Pedreño, O.P. (2010). *Lecciones de Psiquiatría*. España: Panamericana pág. 121

Sarason, I. G. & Sarason B. R. (2006). *Psicopatología: psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. Impreso de México: Pearson educación. Recuperado en <http://www.books.google.com.mx/books?isbn=9702608414> pág. 334,350, 370

Secretaria de Marina-Armada de México tomo I Historia general. (2012). México: Secretaria de Marina pág. 34, 143

Secretaria de Marina-Armada de México tomo II Historia general. (2012). México: Secretaria de Marina pág. 31, 46

Shibley, H.J. (1995). *Psicología de la Mujer: La Otra Mitad de la Experiencia Humana*. Impreso en México: Morata. Recuperado en <http://www.books.google.com.mx/books?isbn=8471124009> pág. 266,268

Solanas, P. A. (2002). *Métodos en psicología: casos prácticos para un aprendizaje integrado*. Barcelona: Universitat de Barcelona. Recuperado en <http://www.books.google.com.mx/books?isbn=8483383357> pág. 30

Soutullo, E. C., & Mardomingo S. M. (2010). *Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Madrid: Panamericana. Recuperado en <http://www.books.google.com.mx/books?isbn=8498352290> pág. 145

Spector, P. (2002). *Psicología industrial y organizacional Investigación y Práctica*. México: Manual Moderno pág. 262

Suarez, R. M., & Pujol, S. (2009). *La depresión en la vida diaria. Guía práctica destinada al médico general para su detección, diagnóstico y tratamiento*. Buenos Aires, Argentina: Polemos pág. 77

Torres, M. L. M. (2001). *Tratado de anestesia y reanimación*. Madrid: Aran. Recuperado en <http://www.books.google.com.mx/books?isbn=8496881172> pág. 66

Tortora, J.G. & Grabowski, R.S. (2000). *Principios de Anatomía y Fisiología*. Impreso en México: Oxford pág. 605,607

Weber, M., Bloch, M., Moses J. F., Gutnova, E.V., Kovaliov, S.I., Prieto A.M., Mazzarino, S., Staerman, E.M., & Udaltsova, Z.V. (1989). *La transición del esclavismo al feudalismo*. Madrid, España: Akal. Recuperado en <http://www.books.google.com.mx/books?isbn=8476004826> pág. 55

A

N

E

X

O

S

Anexo 1

Test de agotamiento emocional: Burnout

Nombre _____

Edad _____ Antigüedad laboral _____

Fecha _____

MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verdídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas.

Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

Por favor, señale el número que considere más adecuado:

1. Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.

1. Nunca 2. Pocas veces o menos 3. una vez al año o menos 4. unas pocas veces al mes o menos 5. una vez a la semana 6. pocas veces a la semana

2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.

1. Nunca 2. Pocas veces o menos 3. una vez al año o menos 4. unas pocas veces al mes o menos 5. una vez a la semana 6. pocas veces a la semana

3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.

1. Nunca 2. Pocas veces o menos 3. una vez al año o menos 4. unas pocas veces al mes o menos 5. una vez a la semana 6. pocas veces a la semana

4. Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.

1. Nunca 2. Pocas veces o menos 3. una vez al año o menos 4. unas pocas veces al mes o menos 5. una vez a la semana 6. pocas veces a la semana

5.Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales.

1. Nunca 2. Pocas veces o menos 3.una vez al año o menos 4.unas pocas veces al mes o menos 5.una vez a la semana 6.pocas veces a la semana

6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.

1. Nunca 2. Pocas veces o menos 3.una vez al año o menos 4.unas pocas veces al mes o menos 5.una vez a la semana 6.pocas veces a la semana

7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.

1. Nunca 2. Pocas veces o menos 3.una vez al año o menos 4.unas pocas veces al mes o menos 5.una vez a la semana 6.pocas veces a la semana

8. Siento que mi trabajo me está desgastando.

1. Nunca 2. Pocas veces o menos 3.una vez al año o menos 4.unas pocas veces al mes o menos 5.una vez a la semana 6.pocas veces a la semana

9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.

1. Nunca 2. Pocas veces o menos 3.una vez al año o menos 4.unas pocas veces al mes o menos 5.una vez a la semana 6.pocas veces a la semana

10.Siento que me he hecho más duro con la gente.

1. Nunca 2. Pocas veces o menos 3.una vez al año o menos 4.unas pocas veces al mes o menos 5.una vez a la semana 6.pocas veces a la semana

11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.

1. Nunca 2. Pocas veces o menos 3.una vez al año o menos 4.unas pocas veces al mes o menos 5.una vez a la semana 6.pocas veces a la semana

12.Me siento muy enérgico en mi trabajo.

1. Nunca 2. Pocas veces o menos 3.una vez al año o menos 4.unas pocas veces al mes o menos 5.una vez a la semana 6.pocas veces a la semana

13.Me siento frustrado por el trabajo.

1. Nunca 2. Pocas veces o menos 3.una vez al año o menos 4.unas pocas veces al mes o menos 5.una vez a la semana 6.pocas veces a la semana

14.Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.

1. Nunca 2. Pocas veces o menos 3.una vez al año o menos 4.unas pocas veces al mes o menos 5.una vez a la semana 6.pocas veces a la semana

15.Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.

1. Nunca 2. Pocas veces o menos 3.una vez al año o menos 4.unas pocas veces al mes o menos 5.una vez a la semana 6.pocas veces a la semana

16.Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.

1. Nunca 2. Pocas veces o menos 3.una vez al año o menos 4.unas pocas veces al mes o menos 5.una vez a la semana 6.pocas veces a la semana

17.Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.

1. Nunca 2. Pocas veces o menos 3.una vez al año o menos 4.unas pocas veces al mes o menos 5.una vez a la semana 6.pocas veces a la semana

18.Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.

1. Nunca 2. Pocas veces o menos 3.una vez al año o menos 4.unas pocas veces al mes o menos 5.una vez a la semana 6.pocas veces a la semana

19.Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.

1. Nunca 2. Pocas veces o menos 3.una vez al año o menos 4.unas pocas veces al mes o menos 5.una vez a la semana 6.pocas veces a la semana

20.Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.

1. Nunca 2. Pocas veces o menos 3.una vez al año o menos 4.unas pocas veces al mes o menos 5.una vez a la semana 6.pocas veces a la semana

21.Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.

1. Nunca 2. Pocas veces o menos 3.una vez al año o menos 4.unas pocas veces al mes o menos 5.una vez a la semana 6.pocas veces a la semana

22.Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.

1. Nunca 2. Pocas veces o menos 3.una vez al año o menos 4.unas pocas veces al mes o menos 5.una vez a la semana 6.pocas veces a la semana

Anexo 2

La Escala de Depresión Beck

Para completar el cuestionario, lea cada punto con atención y rodear con un círculo el número que se encuentra junto a la respuesta que mejor se adapte a lo que ha estado sintiendo últimamente.

0. No me siento triste.

1. Me siento triste.

2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.

1. Me siento desanimado de cara al futuro.

2. siento que no hay nada por lo que luchar.

3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

0. No me siento fracasado.

1. he fracasado más que la mayoría de las personas.

2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.

3. Soy un fracaso total como persona.

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.

1. No disfruto de las cosas tanto como antes.

2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.

3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

0. No me siento especialmente culpable.

1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.

2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

3. Me siento culpable constantemente

0. No creo que esté siendo castigado.

1. siento que quizás esté siendo castigado.

2. Espero ser castigado.

3. Siento que estoy siendo castigado.

0. No estoy descontento de mí mismo.

1. Estoy descontento de mí mismo.

2. Estoy a disgusto conmigo mismo.

3. Me detesto.

0. No me considero peor que cualquier otro.

1. me autocritico por mi debilidad o por mis errores.

2. Continuamente me culpo por mis faltas.

3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.

1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.

2. Desearía poner fin a mi vida.

3. me suicidaría si tuviese oportunidad.

0. No lloro más de lo normal.

1. ahora lloro más que antes.

2. Lloro continuamente.

3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

0. No estoy especialmente irritado.

1. me molesto o irrito más fácilmente que antes.

2. me siento irritado continuamente.

3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

0. No he perdido el interés por los demás.

1. Estoy menos interesado en los demás que antes.

2. He perdido gran parte del interés por los demás.

3. he perdido todo interés por los demás.

0. tomo mis propias decisiones igual que antes.

1. Evito tomar decisiones más que antes.

2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

3. Me es imposible tomar decisiones.

0. No creo tener peor aspecto que antes

1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.

2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.

3. Creo que tengo un aspecto horrible.

0. Trabajo igual que antes.

1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.

2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.

3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

0. Duermo tan bien como siempre.

1. No duermo tan bien como antes.

2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

0. No me siento más cansado de lo normal.

1. Me canso más que antes.

2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

0. Mi apetito no ha disminuido.

1. No tengo tan buen apetito como antes.

2. Ahora tengo mucho menos apetito.

3. he perdido completamente el apetito.

0. No he perdido peso últimamente.

1. He perdido más de 2 kilos.

2. He perdido más de 4 kilos.

3. He perdido más de 7 kilos.

0. No estoy preocupado por mi salud

1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.

2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.

3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.

1. La relación sexual me atrae menos que antes.

2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.

3. He perdido totalmente el interés sexual.