



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

División de Estudios Profesionales

**Asociación de sintomatología depresiva y ansiosa
relacionadas al desarrollo de burnout en personal de salud de
urgencias médicas.**

TESIS

Que para obtener el grado de Licenciada en Psicología presenta:

María Isabel Reyes Saavedra

Director: Mtro. Edgar Landa Ramírez

Revisor: Dr. Juan José Sánchez Sosa

Sinodales: Dra. Mariana Gutiérrez Lara

Dra. Alejandra Valencia Cruz

Mtra. Nancy Elizabeth Rangel Domínguez

México, D. F.

Agosto 2015



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.

Agradecimientos

A mi familia, sanguínea y adoptiva, a mi mamá, Isabel Saavedra Vega; mis tías, María de Jesús Saavedra Vega y Rosa María Saavedra Vega; mis hermanas, Carolina Enríquez González y Nataly Hernández Luis; mi hermano, Jorge Alberto Ramos Arredondo, quienes me han guiado acompañado y apoyado en la vida. Muchísimas gracias por todos los momentos y experiencias.

Gracias también a todos los compañeros, amigos y hermanos con quien viví y compartí el viaje extraordinario de la carrera de Psicología.

Al Mtro. Edgar Landa Ramírez por dirigir este trabajo de forma tan entregada, por enseñarme la importancia de una correcta investigación, la planeación y la presentación de la misma, agradezco mucho el haber conocido a tan excelente profesional en mi trayectoria académica.

Al Dr. Juan José Sánchez Sosa por la orientación y amabilidad en su retroalimentación acerca de cada uno de los procesos y componentes de este proyecto.

A la Mtra. Nancy Elizabeth Rangel Domínguez por darme tanto apoyo, animo, oportunidades, enseñanzas tanto académicas como de vida y por el cariño en el proceso de esta investigación.

A la Dra. Alejandra Valencia Cruz por las enseñanzas y apoyo en los problemas y dudas que surgieron durante el procesamiento de los datos de este trabajo.

A la Dra. Mariana Gutiérrez Lara por el conocimiento y la orientación que me ha otorgado durante la formación profesional.

A Lalo y a Rodrigo, por las risas, la diversión, las maldades, las frustraciones, las desveladas en el hospital y en resumen, por hacer esta experiencia inolvidable.

Al grupo de trabajo de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del hospital por permitirnos ocupar brevemente su espacio y por los momentos compartidos.

Y un agradecimiento especial al personal del Hospital General Dr. Manuel Gea González, la Dra. Irma Jiménez, el Dr. Antonio López y todos los participantes en esta investigación, muchas gracias por su tiempo, interés y apoyo.

Índice

	Página
Resumen.....	4
Abstract.....	5
Psicología y salud.....	6
Sintomatología depresiva, ansiosa y burnout en personal de salud de urgencias.....	18
Burnout.....	18
Sintomatología depresiva y ansiosa.....	22
Justificación y objetivos del estudio.....	25
Método.....	27
Participantes.....	27
Instrumentos.....	28
Procedimiento.....	35
Resultados.....	37
Discusión.....	51
Referencias.....	58
Anexos.....	68

Resumen

Justificación: El síndrome de burnout laboral se caracteriza por sentimientos de desgaste emocional y físico, de actitudes de desapego y desinterés por los usuarios del servicio y por insatisfacción con los logros profesionales; el área de urgencias de los hospitales tiene una gran variedad de estresores que pone en riesgo al personal de salud de desarrollar problemas de salud mental entre los que se encuentran el síndrome de burnout, depresión y ansiedad. **Objetivo:** Identificar la asociación entre el síndrome de burnout, y la sintomatología depresiva y ansiosa en personal de salud del área de urgencias de un Hospital General de la Ciudad de México. **Diseño de investigación:** No experimental, correlacional transversal. **Participantes:** 74 miembros del personal de salud, 40 del personal médico y 32 del personal de enfermería. **Instrumentos:** Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional e Inventario de Burnout de Maslach, Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad de Beck y Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. **Análisis estadísticos:** Análisis descriptivos y de frecuencias, análisis de correlación, análisis de regresión lineal. **Resultados:** El síndrome de burnout está presente en el 66% del personal, hay mayores porcentajes de ansiedad que de depresión, hay asociaciones significativas entre la puntuación global del burnout y ambas sintomatologías, así como entre la mayoría de las manifestaciones del burnout, el número de asociaciones fue menor en el personal de enfermería. El agotamiento predice a la sintomatología depresiva en todo el personal de salud y en el personal médico y la insatisfacción de logro predice la sintomatología ansiosa en enfermería. **Discusión y conclusiones:** La presencia tan elevada del síndrome de burnout y de síntomas de ansiedad y depresión en el personal lo pone en riesgo de desarrollar trastornos afectivos y trastornos de ansiedad por lo que la intervención es necesaria y el presente estudio se espera sea un apoyo en el diseño de tales intervenciones.

Palabras clave: Burnout, Depresión, Ansiedad, Personal de salud.

Abstract

Justification: The burnout syndrome it is characterized by feelings of physical and emotional depletion, detachment and disinterest in the service users and by dissatisfaction with professional achievements; the hospital's urgencies area have a great variety of stressors that put on risk to the healthcare personnel, they can develop mental health problems including burnout syndrome, depression and anxiety. **Aim:** Identify the association among burnout syndrome and depressive and anxiety symptoms in healthcare personnel from the urgencies area of a general hospital in Mexico City. **Research design:** Not experimental, cross-sectional and correlational. **Participants:** 74 healthcare personnel: 40 physician staff, 32 nursing staff. **Instruments:** Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMDO) and Inventario de Burnout de Maslach (MBI), Inventario de Depresión de Beck (BDI), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) and Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). **Statistics analysis:** Descriptive analysis, frequencies analysis, correlation analysis, lineal regression analysis. **Results:** The burnout syndrome is present in 66% of healthcare personnel, there is greater percentages of anxiety symptoms than depression, there is significant association between the global punctuation of burnout and both symptomatologies, as well as most manifestation of burnout, the number of associations was fewer in nursing staff. Exhaustion predicts depressive symptoms in whole healthcare personnel and physician staff, and achievement dissatisfaction predicts anxiety symptoms in nursing staff. **Discussion and conclusions:** The high presence of burnout syndrome and anxiety and depressive symptoms in healthcare personnel puts them at risk of develops affective and anxiety disorders so the intervention is necessary and this research supports the design of such interventions.

Keywords: Burnout, Depression, Anxiety, Healthcare personnel.

Capítulo 1

Psicología y Salud.

La actual definición de salud es enunciada en la declaración hecha en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, organizada por la Organización Mundial de la Salud en la ciudad de Alma-Ata en el año 1978, en dicha declaración se definió a la salud como un “estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1978), donde también se destacó la importancia de la salud como un objetivo primordial no sólo para el sector de la salud sino también para los sectores sociales y económicos.

Para explicar cómo evolucionó y se desarrolló la definición anterior, a continuación, se hablará brevemente de la teoría de la transición epidemiológica y del cambio del modelo biomédico hacia el modelo biopsicosocial de la salud:

Han sido varios autores los que han dado una definición de transición epidemiológica; puede sintetizarse a esta definición como la ocurrencia de cambios en los patrones de mortalidad, morbilidad e invalidez que son característicos de una población y que suceden a la par de modificaciones demográficas, sociales y económicas, en un largo plazo de tiempo (Frenk et al., 1991).

En la teoría de la transición epidemiológica que enunció Abdel Omran en 1971 detalló cinco propuestas en las que se consideran la fertilidad, la esperanza de vida, la mortalidad y las principales causas de muerte (Omran, 1971).

- Primera propuesta: la mortalidad es un aspecto importante de la dinámica poblacional.
- Segunda propuesta: Describe los cambios en los patrones de enfermedad, el cambio gradual de las pandemias de enfermedades infecciosas hacia enfermedades degenerativas y no transmisibles

como causas principales de morbilidad y causas de muerte, se distinguen cuatro etapas que ocurren sucesivamente:

- La era de las pestes y la hambruna, en la cual la mortalidad es alta e inestable, no hay un crecimiento uniforme de la población, la expectativa de vida en promedio está entre 20-40 años y las principales causas de muerte son enfermedades infecciosas y parasitarias.
- La era de las pandemias en retroceso, las tasas de mortalidad van disminuyendo progresivamente y cada vez hay menos frecuencia de epidemias se da incluso su desaparición, la expectativa de vida promedio radica entre 30-50 años, inician las mejoras en los servicios de sanidad, hay mejor control de brotes de enfermedades infecciosas e inicia el incremento de las enfermedades no transmisibles.
- La era de las enfermedades degenerativas y hechas por el hombre, la mortalidad disminuye más y se acerca a encontrarse estable en un nivel bajo, la población envejece y la expectativa de vida se eleva a más de 50 años, las causas de muerte principales son las enfermedades no transmisibles entre las que se encuentran padecimientos cardiacos y cerebrovasculares, enfermedades pulmonares crónicas, enfermedades metabólicas, cáncer, lesiones y trastornos relacionados al estrés.
- Omran (1983), actualizó su teoría admitiendo una cuarta etapa, la era de la disminución de la mortalidad cerebrovascular, el envejecimiento, las modificaciones al estilo de vida y las enfermedades renacientes, dónde la esperanza de vida se encuentra entre 80-85 años, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares disminuye y se estabiliza gracias al mejoramiento de los servicios de salud y cambios en el estilo de vida.

- Sugiere también una quinta etapa caracterizada por la emergencia de nuevas enfermedades como VIH/SIDA, hepatitis; y la reemergencia de viejas enfermedades como el cólera, la malaria, la difteria, la tuberculosis.
- Tercer propuesta: el impacto de la transición afecta más profundamente a los niños y las mujeres jóvenes, esto deriva en la disminución de la mortalidad materno-infantil y en una disminución de la fertilidad.
- Cuarta propuesta, los cambios poblacionales en los patrones de salud y enfermedad a largo plazo están enlazados a factores demográficos, económicos y sociales.
- Quinta propuesta, perfila tres modelos básicos de la transición que varían dependiendo del tiempo y lugar.

Santosa, Wall, Fottrel, Högberg y Byass (2014) publicaron una revisión sistemática donde analizan las etapas de la transición epidemiológica en distintos países; entre estos países analizan la situación de México y los datos en nuestro país indican lo siguiente: la primera etapa de la transición se ubica en un periodo temporal comprendido entre 1920-1924, la segunda etapa entre los años 1985-1989, la tercer etapa entre 1995-1999 y la cuarta etapa la ubican partir del año 2000; en su revisión, el último artículo que se ubica en esta última etapa se publicó en el año 2009.

Armelagos, Brown y Turner (2005) hicieron una adición a la teoría de la transición, enfatizan una perspectiva centrada en aspectos evolutivos, sociales y culturales de la salud y la enfermedad como parte de la teoría de la transición epidemiológica, e incorporan de forma más clara el rol que la economía ha tenido en esta evolución, a continuación se muestran las principales aportaciones:

Abundan en un primer cambio en el proceso salud-enfermedad, el cual fue marcado por la alteración de la producción alimentaria, resultante de la modificación de una vida nómada a sedentaria que derivó del desarrollo de la agricultura y la ganadería en las primeras

grandes civilizaciones. Esto ocasionó un incremento del tamaño y densidad de la población y la ocurrencia de la estratificación y desigualdad social así como económica, desencadenando la elevación de la ocurrencia de enfermedades infecciosas, insuficiencias dietéticas y el inicio de la elevación de los niveles de estrés (Armelagos et al., 2005).

Este incremento también tuvo como consecuencia la acumulación de los desechos humanos y la falta de agua limpia, desencadenando el desarrollo de enfermedades relacionadas al agua contaminada y de enfermedades infecciosas transmitidas por animales como pulgas o piojos, así como la elevación de enfermedades virales transmisibles por el aire. Más adelante este incremento poblacional empezó a centrarse en urbes principales donde la densidad poblacional ascendió de manera rápida con gran influencia de los aspectos económicos que generaron una intensa migración hacia dichas urbes (Armelagos et al., 2005).

Un segundo cambio es marcado por el decremento de las enfermedades infecciosas en algunos países, por el elevado porcentaje de personas que alcanzan un promedio de vida cada vez mayor, y el desarrollo de enfermedades crónico degenerativas (Armelagos et al., 2005); como resultado de cambios culturales y de avances tecnológicos en la vida diaria con consecuencias también de modificación medioambiental (American Lung Association, 2001).

Un motivo principal que propició este cambio a la vez que un gran impacto en el decremento de las enfermedades infecciosas fue la propuesta de la teoría microbiana de la enfermedad y el desarrollo y nuevos descubrimientos en salud que se dieron gracias a ella (Armelagos et al., 2005).

Como lo propuso Omran (1971), Armelagos et al. (2005) amplificaron y Santosa et al. (2014) confirmaron, este cambio no es homogéneo en todos los países y también se muestran marcadas diferencias dependiendo de los segmentos económicos de la población, donde el segmento más pobre muestra aún elevada presencia de enfermedades

infecciosas y las clases medias y altas de enfermedades crónicas degenerativas, siendo uno de los motivos de esta situación la desigualdad social, económica y una mala infraestructura de los servicios de salud pública (Mutatkar, 1995).

El tercer cambio, que sucede en parte de la población mundial en este momento, es marcado por la reaparición de enfermedades infecciosas que han desarrollado resistencia a los antibióticos, resultado de la interacción de muy diversos factores como la mezcla de los aspectos sociales; como comercio internacional y turismo, demográficos y ambientales; como la migración, los efectos de la contaminación y los cambios en la vida diaria resultado de nuevas tecnologías y la adaptación genética de los microbios a este nuevo entorno. Es evidente que estos últimos cambios han sido en gran medida debido al papel que el ser humano y los cambios que provoca a su alrededor ha tenido en la evolución de la interacción salud-enfermedad (Armelagos et al., 2005).

Es así como esta teoría de transición permite analizar la fuente de los problemas en salud y cómo estos se modifican en tiempo y ubicación, también posibilita la observación y modificación de su abordaje y tratamiento. Estas modificaciones en el abordaje tuvieron un cambio al hacer frente a la ocurrencia de la transición de las enfermedades infecciosas ocasionadas y transmitidas por gérmenes, bacterias y virus hacia las enfermedades no transmisibles ocasionadas por la alteración en el estilo de vida del ser humano.

En una sociedad en la que las enfermedades infecciosas eran el principal motivo del desplazamiento de la mortalidad y morbilidad, el abordaje de esta problemática estaba principalmente basado en el enfoque biomédico de la salud, que entiende como principal fuente de enfermedad a causas biológicas y físicas y en el cual tenía sentido considerar a la salud como ausencia de enfermedad.

El modelo biomédico tiene un carácter centrado mayormente en los aspectos biológicos y físicos de la enfermedad (Alonso, 2004); ante este

paradigma tan extendido, George L. Engel (1977), manifestó la necesidad de un nuevo modelo de abordaje de la enfermedad ya que al apearse a uno no adecuado a las exigencias de la sociedad, no se abordaba el contexto del estilo de vida de las personas, incluyendo aspectos psicológicos, sociales y conductuales dentro de las responsabilidades de los profesionales de la salud. Manifiesta el desafío y necesidad de incluir en la definición el ámbito biopsicosocial sin perder los avances que se han logrado en el modelo biomédico, en el modelo biopsicosocial que él propone se debe tomar en cuenta al paciente, el contexto social en el que vive y el rol del profesional y del sistema de salud.

Engel (1977) también menciona la poca claridad de los límites entre salud y enfermedad y como estos están relacionados a las condiciones culturales, psicológicas y sociales y concluye proponiendo al modelo biopsicosocial como una base para la investigación, un marco para la enseñanza y un diseño para la acción en el mundo del cuidado de la salud.

Siete años después de la publicación de la teoría de la transición epidemiológica de Omran (1971) y un año después de la declaración de Engel (1977) sobre la necesidad de un nuevo modelo en el ámbito del cuidado de la salud, la OMS anunció la definición de salud con la que se inició este capítulo.

En el campo psicológico, paralelamente a esta última fase de desarrollo del actual concepto de salud, maduró una subdisciplina a la que se denominó Psicología de la Salud que tiene como base al modelo biopsicosocial y a esta nueva definición y manera de abordaje de la salud, fue impulsada gracias al mayor entendimiento de cómo la interacción de las variables biológicas y la conducta afectan a la salud mediante vías metabólicas, endocrinas y eléctricas y a la falta de éxito de los esfuerzos individuales de la Medicina de tratar y prevenir enfermedades cardiovasculares, cáncer, accidentes cerebrovasculares, diabetes y el SIDA (Weiss, 2000).

Así, la Psicología de la Salud adquirió y estableció un papel relevante dentro de este campo. En 1978 se inauguró la División 38 de la American Psychological Association, (APA, Psicología de la Salud) y en 1980 Joseph Matarazzo expuso la siguiente definición de Psicología de la Salud:

Es el agregado de contribuciones específicas educacionales, científicas y profesionales de la disciplina psicológica a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de enfermedades y la identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos de salud, enfermedad y disfunciones relacionadas (Matarazzo, 1980, pp. 815).

A partir de este pronunciamiento, el campo de la Psicología de la Salud como una subdisciplina de la Psicología se ha desarrollado en diversos campos de acción en los que se investiga y aborda cómo los procesos biológicos, psicológicos y sociales interactúan entre sí (Suls & Rohtman, 2004).

Sus dominios de acción y objetivos abarcan la creación de programas e investigación bioconductual en colaboración con médicos, fisiólogos, biólogos, epidemiólogos y otros profesionales de la salud, así como el desarrollo de intervenciones científicas, estrategias de prevención y de la implementación de estas. Las evaluaciones e intervenciones en Psicología de la Salud comparten elementos: la valoración de cómo se relacionan los factores conductuales, cognitivos, psicofisiológicos, sociales y ambientales en el establecimiento, mantenimiento y disminución de la salud; la integración de la investigación psicológica y biológica en el diseño de intervenciones para prevención y tratamiento y la evaluación del estatus físico y psicológico antes, durante y después del tratamiento médico y psicológico (Thacher & Haynes, 2000).

El campo de acción de la Psicología de la Salud se ha extendido, se ha desarrollado y ha aportado grandes avances en prevención y

promoción de la salud, en manejo de enfermedades crónicas y amenazantes a la vida como artritis reumatoide, diabetes, y cáncer; en tratamiento de trastornos psicofisiológicos como hipertensión, síndrome de intestino irritable, dolor de cabeza tensional e insomnio; colaboración y complemento al cuidado para pacientes como en el caso de síntomas refractarios a la enfermedad como dolor y tratamiento de comorbilidades psicológicas como ansiedad y depresión y en caso de pacientes que enfrentan una cirugía o procedimientos médicos estresantes (Nicassio, Meyerowitz & Kerns, 2004).

Dentro del gran rango de objetivos que se alcanzan en el campo de la Psicología de la Salud pueden nombrarse el mejorar la calidad de vida, otorgar apoyo, impulsar el nivel de funcionamiento del sistema inmune, fomentar la adherencia a las recomendaciones de los cuidadores, reducir la discapacidad e incrementar la educación y el conocimiento, estos objetivos se aplican en gran número de pacientes y grupos de intervención con quienes se puede actuar (Nicassio, Meyerowitz & Kerns, 2004). Una meta que la Psicología de la Salud también ha logrado alcanzar y en la que se ha posicionado es la mejora de las políticas sanitarias y la optimización del sistema de salud (Grau, Infante, & Díaz, 2012).

Uno de los lugares donde el psicólogo de la salud lleva a cabo su rol profesional es el ámbito hospitalario, dentro de este pueden identificarse dos grupos de intervención (Bazán, 2003):

- Pacientes y familiares.
- Equipo al cuidado de la salud.

La Psicología de la Salud ha intervenido con este último grupo de distintas maneras: entrenando a los profesionales en técnicas de modificación de conducta, en habilidades para propiciar la adherencia terapéutica de los pacientes y en el desarrollo de programas para la evaluación e intervención de los efectos adversos del trabajo como tensión y estrés laboral (Karasek, 1998), así como la evaluación e intervención del síndrome de burnout también conocido como síndrome

de quemarse por el trabajo o síndrome de desgaste profesional (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Los estudios de Karasek et al., (1988) y su modelo de demanda/control sobre el estrés laboral y la carga de trabajo evalúan las características psicosociales del trabajo, las demandas psicológicas del mismo, el control sobre las tareas asignadas y el uso de las habilidades, dichos estudios han ayudado a identificar el riesgo de enfermedades relacionadas al estrés dependiendo del trabajo y a identificar conductas activas o pasivas en distintos ámbitos laborales. Los estudios de Maslach (1976) y los que le han precedido (Leiter & Maslach, 1988; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Gil-Monte, 2005; Uribe, 2007; Hakanen & Schaufeli, 2012) acerca del síndrome de burnout, han tenido grandes avances en los últimos tiempos, dicho síndrome, se desarrolla principalmente en trabajadores que laboran en aspectos de cuidado a otras personas y que se evidencia con síntomas de agotamiento físico y emocional, actitudes de despersonalización hacia las personas con las que se trabaja y una sensación de baja realización en aspectos personales y laborales, estos estudios también son un ejemplo claro de como se puede evaluar e intervenir en el aspecto laboral y como se relaciona este a la salud.

Ya que se ha dado una breve perspectiva de las acciones que la psicología y los psicólogos de la salud realizan en aspectos laborales y de la creciente variedad de oportunidades existentes para su práctica se procederá a dar un vistazo a la actual situación de la salud y del sistema de salud en México y poder presentar un panorama del contexto en el que se llevará a cabo el presente trabajo.

Gómez-Dantés, et al. (2011) nos muestran que la salud de la población mexicana se encuentra en la época de la transición epidemiológica en la que las enfermedades crónico-degenerativas, no transmisibles y las lesiones tienen el mayor porcentaje de ocurrencia en el país pero conviven con infecciones comunes, problemas de reproducción y

desnutrición que ocurren en comunidades en estado de marginación. A continuación se enlistan las principales causas de mortalidad en hombres y mujeres:

Las principales causas de muerte en mujeres en México (INEGI, 2012):

1. Enfermedades isquémicas del corazón.
2. Diabetes mellitus.
3. Tumores malignos.
4. Enfermedad cerebrovascular.
5. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado
6. Accidentes.
7. Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas.
8. Influenza y neumonía.
9. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal.
10. Insuficiencia renal
11. Agresiones

Las principales causas de muerte en hombres en México (INEGI, 2012):

1. Enfermedades del corazón.
2. Diabetes mellitus.
3. Tumores malignos.
4. Accidentes
5. Agresiones
6. Enfermedades del hígado
7. Enfermedades cerebrovasculares
8. Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas.
9. Influenza y neumonía
10. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal.
11. Insuficiencia renal.

Estas enfermedades son tratadas por el personal de salud, actualmente el personal de salud que labora en el sector público en México puede describirse de la siguiente manera: la tasa de médicos por cada 1000

habitantes es de 1.85 y la tasa de enfermeros por cada 1000 habitantes es de 2.2, cuenta con más de 650,000 trabajadores de la salud de los cuales 171,000 son médicos en contacto con pacientes lo que incluye médicos generales, especialistas, pasantes, internos de pregrado y residentes; 223,000 son enfermeras en las que se incluye a enfermeras generales, especialistas, pasantes y auxiliares; 85,000 son personal paramédico y personal involucrado en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y 182,000 son personal de salud clasificado como “otro tipo”. Los datos anteriores ubican a México con una tasa de médicos y enfermeras por habitantes inferior a la ubicada en otros países, siendo cerca de 3.8 por cada 1000 habitantes en otros países. (Gómez-Dantés, et al., 2011).

El presente trabajo evalúa la presencia del síndrome de burnout y su relación con síntomas depresivos y ansiosos en el personal de salud que labora en el área de urgencias de un Hospital General y ya que se ha mencionado que la tasa de médicos y enfermeras por habitante en México es inferior, a continuación se describen las características del área de urgencias, su situación y problemas en México.

El trabajo en las unidades de urgencias implica una rápida toma de decisiones y de implementar las acciones adecuadas a cada situación con el fin de prevenir y evitar posibles discapacidades en pacientes que acuden con patologías graves y agudas y si es necesario, evitar la muerte del paciente, estas acciones son llevadas a cabo en un tiempo limitado (Rocha, 2011). El personal en estas áreas se encuentra sometido a intensas exigencias por parte de los pacientes y sus familiares, excesivas horas de trabajo, falta de descanso y situaciones de riesgo y peligrosidad (Miret & Martínez, 2010).

Aunado a esto se considera que en México existe una sobresaturación de los servicios de urgencias, se han identificado cuatro factores que propician dicha saturación: un número de hospitales insuficiente para cubrir la demanda de ciertas regiones, infraestructura hospitalaria deficiente que se refleja en una cantidad baja de camas útiles,

falta de quirófanos y lugares adecuados de espera con la consecuente disminución en el flujo adecuado de los pacientes y retraso en la atención; la existencia de procesos de atención deficientes o incompletos y el hecho que los recursos humanos que laboran en el área no tienen las calificaciones adecuadas, son insuficientes o están mal distribuidos (Polanco-González et al. 2013).

Se tiene registro de que 68% de los pacientes atendidos en urgencias en hospitales de tercer nivel en México han sido enviados a su domicilio debido a la sobresaturación y hasta un 15% de los pacientes optan por abandonar el servicio sin haber sido atendidos, esto conlleva a frustración e insatisfacción no solo de los pacientes sino también del personal (Polanco-González et al. 2013).

Está documentado que los trabajadores de la salud en las áreas de urgencias presentan mayor prevalencia del síndrome de burnout, siendo algunos factores predisponentes en esta área la sobrecarga de trabajo, falta de control sobre su trabajo, recompensas insuficientes, falta de apoyo social, falta de justicia y valores en conflicto como el equilibrar el trabajo y la familia y también la alta competitividad entre compañeros (Arora, Asha, Chinnappa y Diwan, 2013). Las características del personal y las situaciones en nuestro país que han sido descritas anteriormente desencadenan altos niveles de estrés en los miembros del personal de salud en general y de mayor forma en el que trabaja en las áreas de urgencias, lo que los hace particularmente propensos al desarrollo del síndrome de burnout.

En el siguiente capítulo se presenta y desarrolla una revisión del síndrome de burnout, sus características y de forma más específica su prevalencia y las relaciones que se han encontrado entre este y los síntomas de depresión y ansiedad en las áreas referentes al personal de salud y en el área de urgencias.

Capítulo 2.

Sintomatología depresiva, ansiosa y burnout en personal de salud.

Síndrome de burnout. Se conceptualiza al burnout como un síndrome psicológico, que aparece como respuesta a estresores crónicos en el trabajo con tres dimensiones clave:

(...) un agotamiento abrumador, sentimientos de cinismo y desapego al trabajo y una sensación de ineficacia y falta de realización. El componente de agotamiento representa la dimensión básica del estrés individual en el burnout. Se refiere a sentimientos de estar excedido y reducido en recursos emocionales y físicos. El componente de cinismo (o despersonalización) representa la dimensión del contexto interpersonal del burnout. Se refiere a la respuesta negativa, insensible, cruel o excesivamente desinteresada a varios aspectos del trabajo. El componente de ineficacia o falta de realización representa la dimensión auto-evaluativa del burnout. Se refiere a sentimientos de incompetencia, falta de logros y productividad en el trabajo. (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001, pp. 399).

Se ha encontrado que las áreas que se ven afectadas a consecuencia del burnout pueden dividirse en dos, el área individual, dentro de la que se pueden mencionar afectación de la salud física y mental, deterioro de las relaciones interpersonales fuera del trabajo y como segunda área, el área laboral o institucional donde puede presentarse insatisfacción laboral, propensión al abandono y al ausentismo, deterioro en la calidad del servicio otorgado y hostilidad en el ambiente laboral (Maslach et al., 2001).

Otra definición más actualizada del síndrome de burnout la da Gil-Monte en el año 2005:

(...) una experiencia subjetiva de carácter negativo compuesto de cogniciones, emociones y actitudes negativas hacia el trabajo, hacia

las personas con las que se relaciona el individuo en su trabajo, en especial los clientes, y hacia el propio rol profesional. Como consecuencia de esta respuesta, aparecen una serie de disfunciones conductuales, psicológicas y fisiológicas que van a tener repercusiones nocivas para las personas y para la organización. Es un proceso que se desarrolla de manera progresiva debido a la utilización de estrategias de afrontamiento poco funcionales con las que los profesionales intentan autoprotgerse del estrés laboral. (Gil-Monte, 2005, pp. 44).

Dentro de la afectación al área individual se encuentra la afectación a la salud que acompaña al burnout, se han encontrado asociaciones entre este síndrome y la ocurrencia de trastornos musculo-esqueléticos y enfermedades cardiovasculares; la afectación psicológica en el burnout se asocia con trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y consumo de sustancias. La afectación social del burnout incluye la tensión laboral, las ausencias y el abandono laboral (Ahola, 2007).

En 2014, Juárez-García, Idrovo, Camacho-Ávila y Placencia-Reyes publicaron una revisión sistemática con el objetivo de proporcionar una visión de la investigación sobre el síndrome de burnout en México. En dicha revisión en la cual se incluyeron 64 artículos, encontraron que más del 50% de la investigación se realizó en personal de salud.

He, Chen, Zhan, Wu & Opler (2014) evaluaron la asociación entre estrés laboral, las tres dimensiones del burnout y variables cardiovasculares en una muestra de 132 médicos y 184 enfermeras que laboraban en un hospital infantil en China, en sus resultados reportaron que las puntuaciones de estrés laboral en los participantes se relacionaban con modificaciones en los niveles de triglicéridos y HDL en sangre, específicamente encontraron correlaciones positivas entre estrés laboral y los niveles de triglicéridos en sangre y correlaciones negativas entre el estrés laboral y los niveles de HDL. Los niveles altos de HDL son considerados como un factor protector del sistema cardiovascular, así

que sus resultados sugirieron que mientras mayor estrés laboral, mayores los niveles de triglicéridos y menores niveles de HDL, por lo que el estrés laboral puede ser considerado como un factor de riesgo para la salud del sistema cardiovascular, He et al. (2014), concluyeron que la reducción del estrés laboral es necesaria para la prevención de enfermedades cardiovasculares que surgen en el lugar de trabajo.

El contacto estrecho con los pacientes, la situación e infraestructura del hospital o institución donde laboren, los horarios demandantes y factores personales hace especialmente vulnerables al personal de salud al desarrollo del síndrome, en médicos y enfermeras se han encontrado distintos rangos:

En Estados Unidos, Shanafelt et al. (2012) investigaron la presencia de burnout en una muestra de 7288 médicos de distintas especialidades, sus resultados mostraron diferencias entre cada una de ellas, siendo Urgencias, Medicina Interna, Neurología y Medicina Familiar, las áreas con puntuaciones más altas, Patología, Dermatología, Pediatría General y Medicina Preventiva tuvieron puntuaciones más bajas. En China, He et al. (2014) reportaron diferencias significativas en el factor de Agotamiento Emocional entre los departamentos de Medicina General, Cirugía y Urgencias.

Respecto a la ocurrencia del síndrome en hospitales de México, Franco (1999) trabajó con una muestra de 450 médicos, enfermeras y paramédicos de 12 instituciones hospitalarias en México, Distrito Federal, los médicos y enfermeras de esta muestra eran profesionales de las áreas de oncología, urgencias, cirugía, terapia intensiva, infectología, oftalmología, otorrinolaringología, dermatología, medicina general y ginecología. Los resultados mostraron que en el factor de agotamiento emocional, el 68.7% de la muestra tuvo un nivel bajo, 20.4% un nivel medio y 10.9% un nivel alto, en el factor de despersonalización 60% tuvo un nivel bajo, 20.4% un nivel medio y 19.6% un nivel alto y en realización personal, un 74.9% mostró un nivel bajo, 14.9% un nivel medio y 10.2%

un nivel alto, concluyendo con esto que la mayor parte los factores de burnout se encontraron en niveles bajos. También encontró diferencias dependiendo del área de trabajo, reportó que los médicos con mayores puntajes en el factor de agotamiento emocional eran los que laboraban en el área de medicina general y los puntajes menores fueron encontrados en dermatología; en este mismo factor las enfermeras de oncología fueron las que obtuvieron puntajes más altos y los más bajos las de dermatología. En cuanto al factor de despersonalización los médicos con mayores puntajes fueron los del servicio de oncología y los de menores puntajes los dermatólogos, las enfermeras con mayores puntajes fueron las que laboran en cirugía y los puntajes más bajos se dieron en el área de otorrinolaringología.

López-Martínez y López-Solache (2005) publicaron un estudio sobre la ocurrencia de burnout en personal de enfermería de primer y segundo nivel de atención en México, Distrito Federal, se obtuvieron los siguientes resultados con una muestra de 551 enfermeras y 71 enfermeros, puntajes altos en el 29.8% del sexo femenino y 63.4% en el masculino, puntajes moderados en el 52.2% del personal femenino y 28.2% en el masculino y puntajes bajos en el 19.1% del personal femenino y 8.5% del masculino, mostrando así que el burnout se encontró en puntajes altos en el sexo masculino y con puntajes moderados en el sexo femenino.

Pereda-Torales, Márquez, Hoyos, y Yáñez (2009) evaluaron los niveles de burnout en una muestra de 160 personas que incluía a médicos, enfermeras y asistentes médicas de un Hospital General de zona localizado en Veracruz, México, encontraron una prevalencia del burnout del 19.6% en el grupo de médicos con al menos una de las tres subescalas alteradas, alteración de un mínimo de dos subescalas en todas las asistentes médicas y en el personal de enfermería no se presentaron datos de riesgo para el desarrollo del síndrome de burnout.

Asimismo, en el personal de salud de urgencias se han encontrado datos mayores de burnout en comparación a los datos del personal de salud en general:

En su estudio Shanafelt et al. (2012) reportaron un 65% como promedio general en resultados de burnout entre médicos de urgencias estadounidenses; Goldberg, Boss y Chan (1996) reportaron un 60% y también fueron encontrados como factores significativos para el desarrollo del burnout la falta de participación en el trabajo, la autoevaluación negativa de la productividad, insatisfacción con la carrera, problemas de sueño, incremento del número de turnos por mes, insatisfacción con los servicios de especialidad y el intento de dejar el trabajo después de 10 años.

Gillespie y Melby (2003), evaluaron a 30 enfermeras británicas que laboraban en una unidad de Urgencias, encontraron que 6 de las 30 (20%) tenían puntuaciones altas en agotamiento emocional, y todas tenían puntajes sin riesgo en cuanto a su realización personal.

Arora, et al. (2013) publicaron una revisión de artículos sobre la aparición de burnout en médicos, asistentes y enfermeras de emergencias de distintos centros concluyendo lo siguiente: el burnout en médicos de emergencias se encontró en puntajes mayores a 60%, en enfermeras se encontraron puntuaciones altas en realización personal y los asistentes médicos tuvieron los rangos más altos de burnout.

En México se evaluó el síndrome de burnout en personal médico de un servicio de urgencias (Loria-Castellanos, 2006), se reportó un 40% de niveles medios y altos de burnout, el 50% de su grupo presentaba agotamiento emocional, el 40% despersonalización y el 25.5% alta realización personal, también encontró asociado al burnout, el hecho de trabajar en otro servicio además de urgencias.

Sintomatología depresiva y ansiosa. Ahora que se han mencionado los niveles de la presencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras

en general y en médicos y enfermeras en el área de urgencias, se menciona la presencia de síntomas de depresión y ansiedad en este mismo tipo de población y como se ha identificado que estos se relacionan con el síndrome de burnout, ha de mencionarse la falta de datos tanto sobre la presencia del síndrome de burnout en urgencias y de la relación de este y la sintomatología depresiva y ansiosa en personal mexicano.

La depresión se clasifica dentro de los trastornos afectivos y sus principales síntomas son un estado de tristeza profunda y la pérdida de interés o placer en actividades de la vida diaria que perduran durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día, también pueden estar acompañados por sentimientos de culpa e infravaloración, cambios en el sueño y del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, y en casos más graves pensamiento e ideación suicida (American Psychiatric Association, 1995). El desarrollo de un episodio depresivo se acompaña de malestar clínicamente significativo para la persona, un deterioro del contexto social, laboral y de otras áreas importantes en la vida, puede volverse un problema crónico y recurrente y deteriorar las capacidades del individuo de cuidarse a sí mismo y de cumplir sus actividades diarias (OMS, 2001).

La ansiedad es una reacción normal del cuerpo ante situaciones estresantes pero puede convertirse en una reacción excesiva, desagradable, y difícil de controlar; cuando esto sucede se habla de un trastorno de ansiedad y se caracteriza por la presencia de una sensación de preocupación, miedo y aprensión excesiva e irracional con una duración mínima de 6 meses, se acompaña de otros síntomas como inquietud o impaciencia, la sensación de cansarse fácilmente, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño (American Psychiatric Association, 1995)

La depresión en médicos tiene un impacto considerable al ser un factor relacionado al ausentismo y abandono de actividades, Shanafelt et

al. (2012) encontraron que 2753 (37.8%) de un total de 7288 médicos tuvieron un puntaje positivo para la presencia de depresión.

Hakanen & Schaufeli (2012) dirigieron un estudio prospectivo de siete años donde buscaron responder si la aparición del burnout tenía relación causal con la sintomatología depresiva y si el compromiso con el trabajo se relacionaba con la satisfacción con la vida, aplicaron las encuestas por primera vez a dentistas finlandeses en el año 2003, sus resultados aportaron datos sobre la ocurrencia de burnout como precedente a la aparición de síntomas depresivos y no viceversa, también encontraron que el compromiso con el trabajo predijo negativamente los síntomas depresivos, también nos proponen que el burnout y el compromiso con el trabajo sean tratados independientemente, proponen que para proteger a los empleados de los síntomas depresivos y para incrementar la satisfacción con la vida la mejor opción es enfocarse en ambos factores y simultáneamente prevenir el burnout y construir el compromiso con el trabajo.

Respecto a trastornos depresivos, se encontró en una muestra de personas de distintas profesiones y empleos que los participantes con puntuaciones graves de burnout que un 45% tenía trastorno depresivo mayor o trastorno distímico. El burnout leve estuvo relacionado a un trastorno depresivo menor en hombres y mujeres. El burnout grave estuvo relacionado a una probabilidad mucho mayor del desarrollo de trastornos depresivos al comparársele con los resultados sin burnout. El trastorno depresivo fue diagnosticado para el 35% de los que mostraron puntuaciones graves en agotamiento, en el 33% de aquellos con puntuaciones graves en cinismo o despersonalización y 24% para los que tuvieron puntuaciones graves en baja realización profesional (Ahola, 2007). En cuanto a trastornos de ansiedad se encontró presencia del trastorno en el 21% de los que mostraron puntuaciones graves de burnout, 8% entre los que presentaron burnout leve y 2% entre los que no presentaron burnout (Ahola, 2007).

En cuanto a los datos de depresión y ansiedad en personal de urgencias Erdur et al. (2006) llevaron a cabo un estudio con una muestra de 192 doctores que trabajaban en unidades de urgencias en la ciudad de Denizli, Turquía, con el objetivo de identificar los niveles de depresión y ansiedad, midieron dichas sintomatologías con el Beck Depression Inventory y el Beck Anxiety Inventory respectivamente, sus resultados fueron una puntuación media de 10.6 (6.5 DE) y una frecuencia del 15.1% en depresión y una puntuación media de 8.7 (8.2 DE) y frecuencia de 14.6% en ansiedad, lo que indico que la presencia de depresión y ansiedad en la mayoría de los participantes se presentaba en rangos moderados.

Algunas de las consecuencias de la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en personal médico que se han identificado han sido el presentar un desarrollo profesional disminuido y se ha observado que tienen un impacto adverso en el rendimiento académico en el caso de estudiantes de Medicina, así como la afectación de la calidad en el cuidado de los pacientes, también se ha identificado que es un factor de riesgo ante el abuso de sustancias (Dyrbye, Thomas, Tait & Shanafelt, 2006)

Justificación y objetivos de la investigación. Un servicio de calidad en el área de la salud incluye también la salud física y mental de los profesionales que otorgan sus servicios, lo cual repercute en su desempeño y trato con los usuarios.

El síndrome de burnout en personal de salud afecta tanto la salud mental de los profesionales como el otorgamiento de un servicio adecuado a los pacientes, con consecuencias adversas por lo que necesita ser evaluado y en caso de ser necesario, modificado.

Con base en la revisión de la literatura realizada, se encuentra muy poca información disponible sobre la relación de los porcentajes del síndrome de burnout y de síntomas depresivos y ansiosos en personal de salud en áreas de Medicina de Urgencias en nuestro país, por lo cual no

queda claro cómo se relacionan dichas variables emocionales y qué tanto se asocian con la generación de burnout en esta población, por esta razón es pertinente preguntarse ¿La presencia del síndrome de burnout en personal de salud del área de urgencias en un Hospital General está relacionada con la sintomatología depresiva y ansiosa?

Es así que el presente trabajo tiene como objetivo:

Identificar la asociación entre el síndrome de burnout y la sintomatología depresiva y ansiosa en personal de salud del área de urgencias de un Hospital General de la Ciudad de México. Como objetivo específico, se identificarán estas asociaciones tanto en el personal médico como en el personal de enfermería.

Método

Participantes. Un grupo reclutado de forma no probabilística accidental que consta de 74 miembros del personal de salud del área de urgencias, que laboraban en el área de urgencias médicas del Hospital General Dr. Manuel Gea González en todos los turnos de trabajo y de todos los grados, 32 (43.24%) de ellos pertenecían al área de enfermería, 40 (54.05%) al área de medicina y 2 (2.71%) no respondieron a que área pertenecían. Las edades del grupo se encontraron entre 18 a 52 años (M= 32.1, DS= 9.3). En la Tabla 1 se muestran los principales datos sociodemográficos y laborales de los participantes.

Tabla 1.

Características sociodemográficas y laborales de los participantes.

	n (%)
Sexo	
Hombres	34 (45.9%)
Mujeres	40 (54.1%)
Estado civil	
Con pareja	20 (27%)
Casado	17 (23%)
Soltero	29 (39.2%)
Divorciado	7 (9.50%)
Viudo	1 (1.35%)
Escolaridad	
Bachillerato	2 (2.7%)
Licenciatura	37 (50%)
Posgrado	25 (33.80%)
Otro	10 (13.5%)

Tabla 1. Continuación...

Profesión	
<i>Enfermería</i>	32 (43.24%)
<i>Medicina</i>	40 (54.05%)
<i>No respondieron</i>	2 (2.71%)
Tipo de puesto	
Medicina	
<i>Adscrito</i>	12 (30%)
<i>Residente</i>	12 (30%)
<i>Interno</i>	16 (40%)
Enfermería	
<i>Jefe de servicio</i>	4 (12.50%)
<i>Adscrito</i>	12 (37.50%)
<i>Estudiante</i>	1 (3.10%)
<i>Otro</i>	15 (46.90%)
Personal a cargo	
Sí	35 (47.3%)
No	39 (52.7%)

Instrumentos

Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO). Se desarrolló en el año 2007 y está basada en el modelo de tres factores del burnout, cuenta con treinta reactivos, de los cuales, nueve (2, 4, 5, 6, 14, 19, 20, 26 y 27; Anexo 3) miden agotamiento, nueve (3, 7, 9, 16, 18, 21, 22, 23 y 29; Anexo 3) miden despersonalización y doce (1, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 24, 25, 28 y 30; Anexo 3) insatisfacción de logro.

Los reactivos tienen 6 opciones de respuesta en formato Likert con elecciones que van de 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de

acuerdo). También tiene una sección que evalúa factores psicosomáticos, que consta de 40 reactivos y finalmente incluye un cuestionario de datos socio-demográficos (Uribe, 2007). La consistencia interna original de esta escala es de .89 (α de Cronbach), y con los siguientes valores alfa para cada factor, .78 en agotamiento, .77 en despersonalización y de .86 en insatisfacción de logro (Anexo 3).

En esta escala, con motivo de un error en su captura, se omitieron cinco reactivos (10, 11, 12, 13, 14) de los treinta originales, por lo que en el instrumento se presentaron 8 reactivos que miden agotamiento y 8 insatisfacción de logro, la escala de despersonalización no perdió ningún reactivo. Se realizó un análisis de confiabilidad a ambos factores afectados y se obtuvieron coeficientes de confiabilidad α de Cronbach de .76 para agotamiento y .83 para insatisfacción de logro lo que indicó que aún era adecuado utilizar esta escala.

Para la calificación de esta escala se utilizaron los rangos (Tabla 2 y 3) presentados en el Manual (Uribe-Prado, 2010) tanto para cada uno de los factores como para la calificación global.

Tabla 2.

Rangos de puntuación de la calificación global de la EMEDO (Uribe-Prado, 2010).

Rango	Puntuación
Desgaste ocupacional Bajo "Sano"	3
Desgaste ocupacional Regular "Normal"	4
Desgaste ocupacional Alto "En peligro"	5 ó 6
Desgaste ocupacional Muy alto "Quemado"	7

Tabla 3.

Rangos de calificación de las subescalas de la EMEDO (Uribe-Prado, 2010)

Rango	Puntuación
Muy alto	71 a 100
Alto	61 a 70
Arriba término medio	51 a 60
Medio	50
Abajo término medio	40 a 49
Bajo	30 a 39
Muy Bajo	0 a 29

Inventario de Burnout de Maslach-Encuesta para Servicios Humanos (MBI). Consta de 22 reactivos, que se distribuyen en tres escalas: agotamiento emocional con nueve reactivos (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20; Anexo 4), despersonalización con cinco reactivos (5, 10, 11, 15 y 22 ; Anexo 4) y realización personal en el trabajo con ocho reactivos (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21; Anexo 4) los cuales tienen una escala de respuesta estilo Likert que va de un rango de 0 (nunca) a 6 (todos los días).

En el estudio realizado por Meda, Moreno, Rodríguez, Morante y Ortiz (2008) se confirmó la estructura de tres factores del MBI mediante análisis factoriales donde se obtuvieron coeficientes de confiabilidad de .87 para el factor de agotamiento emocional, .76 para el factor de despersonalización y .74 para realización personal en el trabajo. Para la calificación se utilizaron los rangos propuestos para profesionales médicos por Seisdedos, (1997) (Tabla 4).

Tabla 4.

Rangos de burnout del MBI para profesionales médicos (Seisdedos, 1997).

Factores	Puntuación		
	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento Emocional	0 - 21 puntos	22 - 31 puntos	más de 31 puntos
Despersonalización	0- 6 puntos	7 - 13 puntos	más de 14 puntos
Realización Personal	mayor de 36 puntos	30 - 35 puntos	0 - 29 puntos

Inventario de Depresión de Beck (BDI). Se utilizó la versión estandarizada para población de la Ciudad de México por Jurado et al. (1998) la cual cuenta con 21 reactivos con opciones de respuesta que van de 0 a 3 puntos, de menor a mayor gravedad, los cuales evalúan tres factores: actitudes negativas hacia sí mismo, deterioro del rendimiento y alteración somática (Anexo 7). Para su calificación se utilizaron los rangos propuestos (Tabla 5) por Jurado et al., (1998).

Tabla 5.

Rangos de calificación del BDI (Jurado et al. 1998).

Rango	Puntuación
Mínima	0 -9
Leve	10 -16
Moderada	17 - 29
Grave	30 - 63

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Consta de 21 reactivos con opciones de respuesta que van de 0 a 3 de menor a mayor intensidad, estos reactivos se reparten en dos factores, manifestaciones somáticas de ansiedad y síntomas cognitivos y afectivos (Anexo 6). Robles, Varela, Jurado & Páez, (2001) validaron la escala en población mexicana, donde se identificó un coeficiente α de .83, sus rangos de calificación se presentan en la Tabla 6.

Tabla 6.

Rangos de calificación del BAI (Robles, Varela, Jurado & Páez, 2001).

Rango	Puntuación
Mínima	0 -5
Leve	6 -15
Moderada	16 -30
Grave	31 - 63

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). Cuenta con 14 reactivos, 7 para evaluar depresión y 7 para evaluar ansiedad, con respuestas tipo Likert que van de 0 a 3, la escala ha sido evaluada y adaptada por López-Alvarenga et al. (2002) para su utilización en población mexicana. Esta escala evalúa sólo los síntomas psicológicos de ansiedad y depresión, no evalúa los síntomas somáticos, ya que esta escala es aplicada en poblaciones en las que estos pueden estar presentes por enfermedad o alteración de la salud (López-Alvarenga et al., 2002) siendo este el motivo por el que se utiliza en el presente estudio (Anexo 5).

La adaptación de esta escala realizada por López-Alvarenga et al. (2002) permite indicar si existe o no la presencia de sintomatología en población mexicana; el punto de corte para ansiedad es un puntaje mayor o igual a 8 y para depresión los puntajes iguales o mayores a 7.

Asimismo, se realizaron análisis de confiabilidad (coeficiente α de Cronbach) a cada instrumento, los índices de confiabilidad fueron aceptables y mayores a .7, excepto por la subescala de depresión del HADS (Tabla 7).

Tabla 7.

Coeficientes α de Cronbach y asimetría de cada instrumento y sus factores.

Instrumento		α original	α obtenida	Asimetría
Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional	Agotamiento	.78	.76	0.02
	Despersonalización	.77	.80	0.92
	Insatisfacción de logro	.86	.82	1.54
Inventario de Burnout de Maslach	Agotamiento emocional	.86	.87	0.09
	Despersonalización	.81	.76	0.49
	Realización personal	.53	.74	-1.36
Inventario de Depresión de Beck		.86	.86	1.39
Inventario de Ansiedad de Beck		.86	.92	1.40

Escala				
Hospitalaria				
de Ansiedad				
y Depresión				
	Depresión	.70	.68	0.24
	Ansiedad	.84	.80	0.36

Diseño de investigación. El estudio tiene un diseño de investigación no experimental, transversal-correlacional.

Procedimiento. Se hizo una revisión de la investigación sobre el síndrome de burnout, su presencia y asociaciones en ámbitos de cuidado de la salud en bases de datos como PsycInfo, MedLine y CINAHL, se identificaron los principales instrumentos de medición de sus manifestaciones, síntomas y factores asociados y a partir de los datos se diseñó el protocolo de la presente investigación.

Con los instrumentos elegidos, se realizó un piloteo con seis miembros de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” con la finalidad de registrar el tiempo de llenado y recibir retroalimentación sobre las dudas, formato y adecuación de cada instrumento. Con base en las recomendaciones, se decidió que era adecuado aplicar los instrumentos en una sola sesión, realizar un cuestionario de datos generales específico para el grupo que se evaluaría (Anexo 2) y la realización de arreglos de formato para facilitar la respuesta de los mismos.

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital General Dr. Manuel Gea González en el mes de agosto de 2014, se le dio el número de registro 27-78-2014, posteriormente, se contactó con los jefes del Servicio de Urgencias tanto del área de Medicina como del área de Enfermería con la finalidad de darles a conocer los objetivos del estudio y de acordar fechas y lugares para la aplicación de los instrumentos.

Los jefes de cada área acordaron y comunicaron los horarios para las aplicaciones durante los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2014, uno de ellos, durante una clase que se impartía en las aulas del hospital y otros en horario matutino, vespertino y nocturno en las que el personal acudía para responder los instrumentos en grupos de 2 a 5 personas a las aulas de Medicina y Enfermería que existen en el hospital, en caso de que ningún miembro del personal pudiera salir del área de Urgencias durante los horarios establecidos se acudía al área con la finalidad de otorgarles el instrumento y evitar interferir en su actividad laboral.

La aplicación de los instrumentos fue realizada por tres estudiantes de la Licenciatura en Psicología y supervisada por tres Maestros en Psicología.

Durante la aplicación de los instrumentos, se les daba a los participantes el consentimiento informado (Anexo 1) en el que se mencionaban los objetivos de la investigación y el aspecto de anonimato y confidencialidad de sus respuestas, si estaban de acuerdo con los términos se pedía lo firmaran y entregaran a los evaluadores. En caso de aceptar, se otorgaba el cuestionario de datos generales (Anexo 2) y la batería de instrumentos y se daban las instrucciones de respuesta de cada uno, se les indicaba que podían preguntar y expresar cualquier duda en cualquier momento de la aplicación, el llenado tenía una duración media de 45 minutos.

Al finalizar, se revisaba que no faltaran datos o instrumentos por llenar y se les otorgaba, si así lo deseaban, una hoja con los datos de contacto (Anexo 8) de los investigadores para responder cualquier duda, atender y canalizar si es que tenían algún problema.

La creación y análisis estadístico de la base de datos se realizó en los meses de noviembre y diciembre de 2014 y enero de 2015.

Resultados

Análisis estadísticos. Con la finalidad de responder la pregunta de investigación se realizaron los siguientes análisis de los datos recopilados de cada instrumento de medición: Análisis descriptivos (media y desviación estándar), análisis de frecuencias de las respuestas de cada uno de ellos, análisis de correlación r de Pearson debido al nivel de intervalo que proporciono la respuesta tipo Likert de los instrumentos, para identificar las asociaciones entre las variables y análisis de regresión lineal múltiple para identificar el grado de varianza explicada de las manifestaciones del burnout sobre la sintomatología depresiva y ansiosa.

Análisis descriptivos. Los resultados de las dimensiones de agotamiento ($M=55$, D.E.= 9.79), despersonalización ($M=50$, D. E.=9.74) e insatisfacción de logro ($M=47$, D. E.= 8.85) de la EMEDO se encontraron arriba del término medio, en el término medio y debajo del término medio respectivamente, lo que indicó que la dimensión que más afectada se encontraba era la de agotamiento mientras que las otras dos se encontraban cerca del término medio para la mayoría de los participantes.

En el MBI, la mayoría de los participantes se ubicaron en rangos medios en las tres subescalas (Agotamiento: $M= 24$, D. E.= 12.37; Despersonalización: $M= 9$, D. E.= 6.81; Realización Personal: $M= 35$, D. E.= 8.86).

Las medias de los resultados del BDI ($M= 7$, D. E.= 6.04) y del BAI ($M= 10$, D. E.= 9.80) se ubicaron en el rango mínimo y leve respectivamente lo que indicó que la mayor parte del grupo evaluado cursa sin afectaciones debido a depresión pero si ligeras afectaciones debido a ansiedad, las medias obtenidas en los índices del HADS (Depresión: $M=4$, D. E.= 2.87; Ansiedad: $M= 6$, D. E.= 3.54) se ubicaron debajo del punto de corte para la presencia de ambas sintomatologías.

Análisis de correlación. Se procedió al cálculo de correlaciones con el fin de identificar las asociaciones, si eran significativas su dirección y la fuerza de asociación.

En la Tabla 8 pueden observarse las asociaciones entre la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO), el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). Se identificaron asociaciones estadísticamente significativas, positivas y medias entre la sintomatología depresiva (BDI), la medición global del burnout ($r = .55$; $p < .01$) y el componente de agotamiento ($r = .50$; $p < .01$), es decir, a mayor sintomatología depresiva mayor burnout y agotamiento. Asimismo, se identificó asociación significativa entre las manifestaciones de depresión (HADS - Depresión), la puntuación global del burnout ($r = .42$; $p < .01$) e insatisfacción de logro ($r = .47$; $p < .01$), sin embargo, estas relaciones fueron débiles.

También puede observarse en la Tabla 8 que se identificaron asociaciones estadísticamente significativas entre la sintomatología ansiosa (BAI), el puntaje global de burnout ($r = .42$; $p < .01$), el componente de agotamiento ($r = .40$; $p < .01$) e insatisfacción de logro ($r = .37$; $p < .01$), estas asociaciones fueron débiles y no hubo asociación significativa con el componente de despersonalización. Igualmente, se identificó una asociación significativa media entre la sintomatología ansiosa (HADS - Ansiedad) y el puntaje global del burnout ($r = .51$; $p < .01$) y asociaciones significativas débiles con insatisfacción de logro ($r = .49$; $p < .01$) y agotamiento ($r = .46$; $p < .01$), el componente de despersonalización no se asoció con las manifestaciones de ansiedad.

Tabla 8.

Coeficientes de correlación de Pearson entre los resultados de las escalas EMEDO, BDI, BAI y HADS en todo el personal de salud evaluado.

	Beck		HADS	
	Depresión	Ansiedad	Depresión	Ansiedad
EMEDO				
Global	.55**	.42**	.42**	.51**
Agotamiento	.50**	.40**	.28*	.46**
Despersonalización	.33**	.14	.33**	.21
Insatisfacción de logro	.42**	.37**	.47**	.49**

N=74 *p<.05 **p<.01

En la Tabla 9 pueden observarse las asociaciones entre el Inventario de Burnout de Maslach (MBI), el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). Se identificó una asociación estadísticamente significativa, positiva y media entre la sintomatología depresiva (BDI), y el componente de agotamiento emocional ($r = .61$; $p < .01$), asimismo una asociación significativa, positiva, débil con despersonalización ($r = .44$; $p < .01$), (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista, 2010) y no hubo asociación con el componente de realización personal. Con respecto al HADS - Depresión hubo asociaciones débiles, estadísticamente significativas y positivas con agotamiento emocional ($r = .40$; $p < .01$) y despersonalización ($r = .39$; $p < .01$), también hubo asociación débil, significativa y negativa con realización personal ($r = -.41$; $p < .01$) (Tabla 9). Es decir, entre mayor la intensidad de los síntomas de ansiedad los participantes reportaron menor satisfacción personal.

Por lo que se refiere a la sintomatología ansiosa (BAI), ésta se asoció de forma significativa y débil con el agotamiento emocional ($r = .44$; $p < .01$),

se asoció también con despersonalización y realización personal, sin embargo, de forma muy débil y de menor significancia estadística. Con respecto al HADS - Ansiedad hubo asociación estadísticamente significativa con agotamiento emocional ($r = .48$; $p < .01$), despersonalización ($r = .29$; $p < .01$) y realización personal, siendo ésta última negativa ($r = -.32$; $p < .01$) y todas ellas débiles (Tabla 9).

Tabla 9.

Coeficientes de correlación de Pearson entre los resultados de las escalas MBI, BDI, BAI y HADS en todo el personal de salud evaluado.

	Beck		HADS	
	Depresión	Ansiedad	Depresión	Ansiedad
MBI				
Agotamiento emocional	.61**	.44**	.40**	.48**
Despersonalización	.44**	.23*	.39**	.29**
Realización personal	-.21	-.26*	-.41**	-.32**

N=74 * $p < .05$ ** $p < .01$

Las diferencias entre las asociaciones identificadas con las escalas BDI, BAI y HADS se deben a la variación del tipo de sintomatología que evalúa cada una de ellas, siendo el BDI y el BAI instrumentos donde se incluyen los síntomas físicos de la depresión y la ansiedad respectivamente, mientras que la HADS evalúa manifestaciones cognitivas y emocionales de ambas sintomatologías.

En el personal médico, las variables que denotan síntomas depresivos y ansiosos se asociaron positiva y significativamente con la puntuación global y con todas las manifestaciones del burnout, excepto con realización personal cuyas relaciones fueron negativas. La sintomatología depresiva evaluada con el BDI se asocia con la

puntuación global, el agotamiento (EMEDO y MBI) y la despersonalización (MBI) de forma moderada, las otras son débiles, es decir que en el personal médico, a mayor síntomas depresivos, mayor burnout, especialmente mayor agotamiento y despersonalización; en la escala HADS la sintomatología depresiva tiene asociaciones moderadas con el puntaje global, insatisfacción de logro, agotamiento emocional (MBI), despersonalización (EMEDO) y realización personal, las otras asociaciones son débiles (Tabla 9).

La sintomatología ansiosa tanto en BAI como HADS se asocia con insatisfacción de logro y agotamiento emocional (MBI), es decir que a mayor sintomatología ansiosa, mayor insatisfacción y mayor agotamiento emocional, se asocia con realización personal de forma negativa, es decir, en el personal médico que a mayor sintomatología ansiosa, menor realización personal, las asociaciones con las otras manifestaciones son débiles (Tabla 10). Es importante mencionar que en el caso del personal médico las asociaciones son mayores.

Tabla 10.

Coeficientes de correlación de Pearson entre sintomatología depresiva, ansiosa y burnout en médicos.

	Beck		HADS	
	Depresión	Ansiedad	Depresión	Ansiedad
EMEDO				
Global	.62**	.60**	.51**	.58**
Agotamiento	.60**	.48**	.43**	.43**
Despersonalización	.40*	.42**	.38*	.42**
Insatisfacción de logro	.49**	.57**	.57**	.49**
MBI				
Agotamiento emocional	.78**	.49**	.56**	.55**
Despersonalización	.52**	.39*	.51**	.49**
Realización personal	-.46**	-.53**	-.53**	-.47**
N=40 *= $p < .05$ **= $p < 0.01$				

En el personal de enfermería, la sintomatología depresiva (BDI y HADS) se asoció significativamente con el puntaje global del burnout y con la realización personal respectivamente, esta última asociación es negativa, es decir que en el personal de enfermería a mayor sintomatología depresiva, mayor burnout y menor realización personal, sin embargo estas asociaciones son débiles (Tabla 11).

La sintomatología ansiosa (BAI y HADS) se asoció con la puntuación global de burnout, el agotamiento emocional (EMEDO y MBI) y la insatisfacción de logro, la mayoría de ellas son asociaciones débiles, excepto esta última, la cual es moderada, es decir que en el personal de enfermería, a mayor sintomatología ansiosa mayor burnout, mayor agotamiento emocional y mayor insatisfacción (Tabla 11).

Tabla 11.

Coeficientes de correlaciones de Pearson entre sintomatología depresiva, ansiosa y burnout en enfermeros.

	Beck		HADS	
	Ansiedad	Depresión	Ansiedad	Depresión
EMEDO				
Global	.28	.45**	.44*	.25
Agotamiento	.34	.32	.49**	-.01
Despersonalización	-.09	.33	.01	.29
Insatisfacción de logro	.15	.24	.52**	.24
MBI				
Agotamiento emocional	.46**	.33	.41*	.10
Despersonalización	.11	.19	.01	.10
Realización personal	-.05	-.02	-.19	-.35*
N=32 *=p< 0.05 **=p<0.01				

Las correlaciones identificaron que el burnout se asocia tanto con la sintomatología depresiva como con la sintomatología ansiosa, la manifestación con mayor asociación es el componente de agotamiento con la depresión, hay diferencias observables entre el personal médico y de enfermería y en el personal médico hay mucho mayor número de asociaciones.

Análisis de frecuencias. Se identificaron frecuencias de las respuestas en cada instrumento, dichos análisis se realizaron tanto para el grupo de 74 participantes como para los 40 participantes de Medicina y los 32 de Enfermería con la finalidad de apreciar su distribución.

Se identificó que el 66.2% del personal de salud evaluado se encontraba en peligro o en presencia de desgaste ocupacional y que una

tercera parte se ubicó en rangos saludables o normales, del personal médico, el 82.5% se encontraba en peligro y el 17.5% en rangos saludables, se destacó que del grupo de Enfermería más de la mitad se ubicó en rangos saludables, lo que indicó que en el personal de Enfermería la presencia del síndrome era menor (Figura 1).

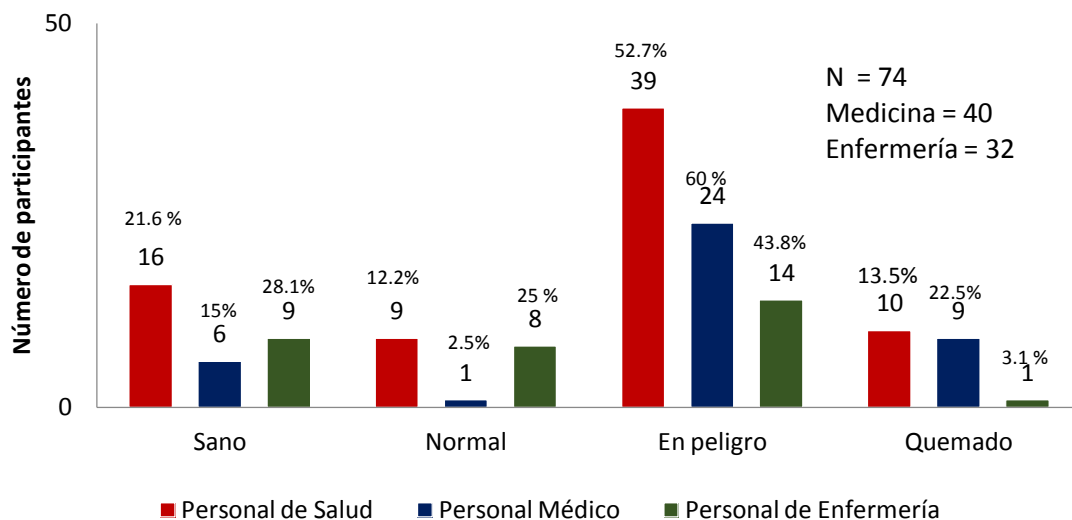


Figura 1. Frecuencia de los puntajes globales de la EMEDO

En más de la mitad del personal se identificó, en ambas escalas, que el agotamiento emocional era la manifestación del síndrome de burnout que más se presentó, con mayor predominio en el personal médico y varió en el personal de enfermería en quienes menos de la mitad presentan alteración en esta escala (Figura 2 y 3).

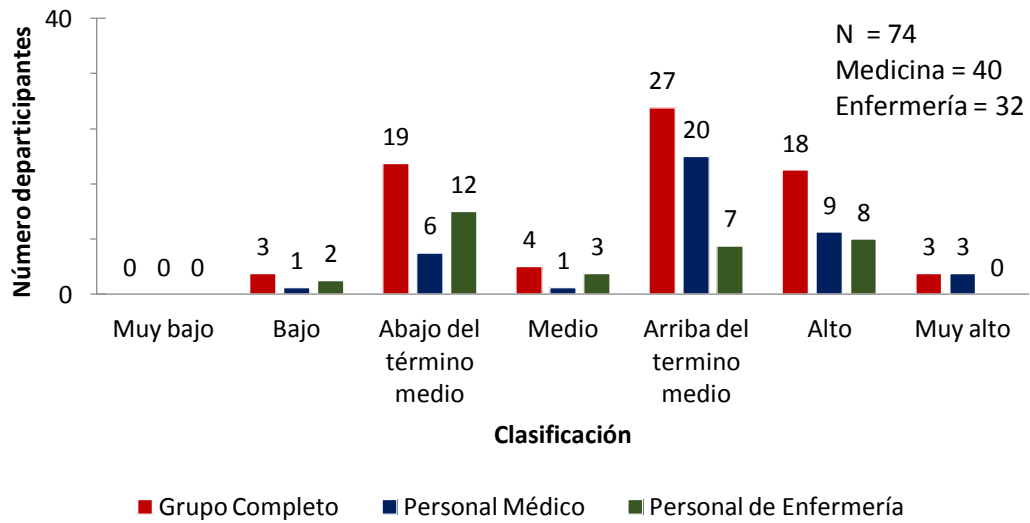


Figura 2. Frecuencias en el factor de agotamiento (EMEDO).

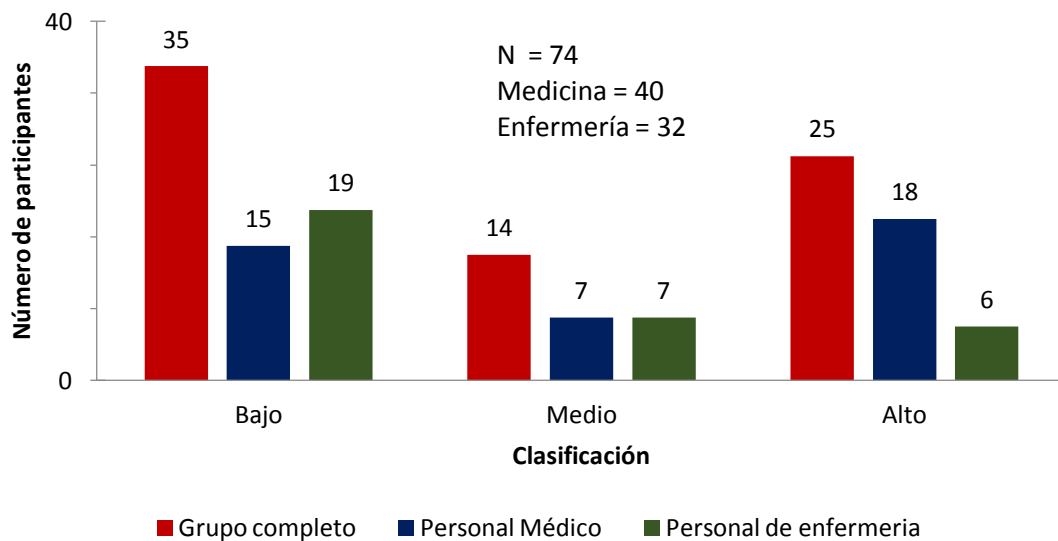


Figura 3. Frecuencias en el factor de agotamiento (MBI).

La frecuencia de la manifestación de despersonalización vario dependiendo de la escala, la EMEDO indico que estaba presente en poco menos de la mitad del personal (Figura 4), mientras que en el MBI poco más de la mitad se encontró en rangos medios y altos (Figura 5), hubo una diferencia observable entre personal médico y de enfermería, en este

último grupo, la presencia de esta manifestación fue menor en ambas escalas.

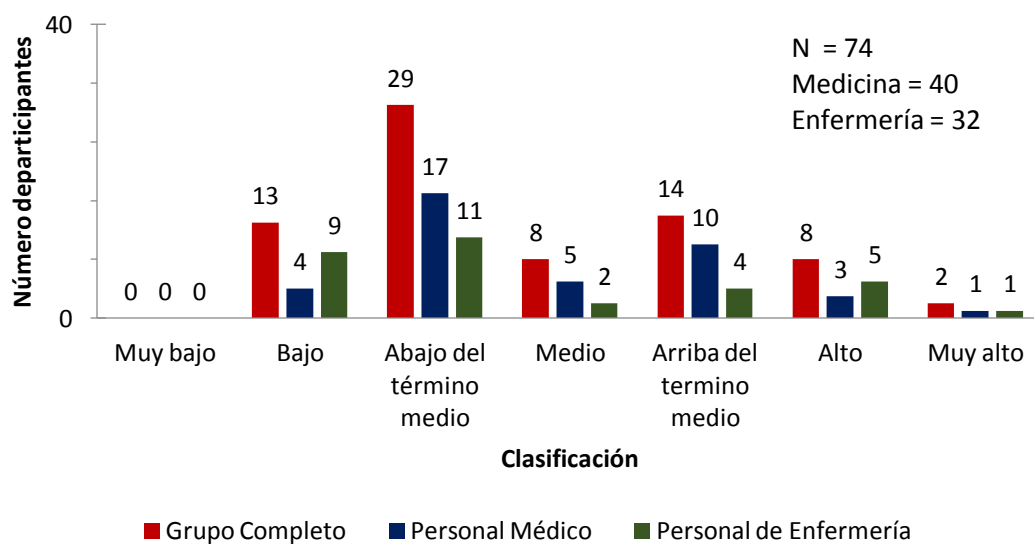


Figura 4. Frecuencias en el factor de despersonalización (EMEDO).

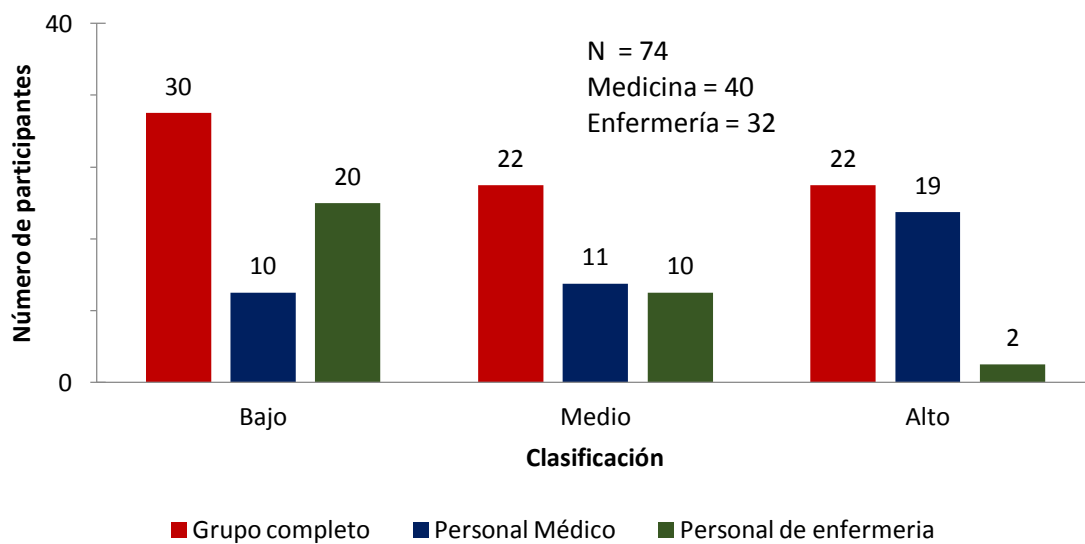


Figura 5. Frecuencias del factor de despersonalización (MBI).

La insatisfacción de logro se ubicó en rangos adecuados que no indicaban afectación por el síndrome en la mayor parte de los participantes, fue mayor en el personal médico y la presentó muy poco personal de enfermería (Figura 6). Esta tendencia se repitió en la manifestación de realización personal, la cual es la manifestación equivalente a la insatisfacción en la escala MBI, la mayor parte de los participantes tuvo una adecuada realización personal, y fue la minoría quienes tuvieron baja realización (Figura 7).

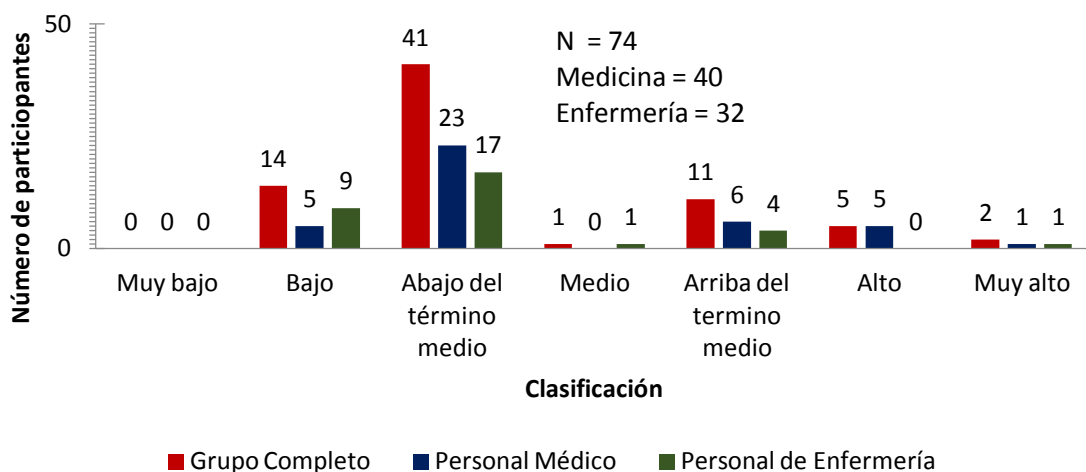


Figura 6. Frecuencias de insatisfacción de logro (EMEDO).

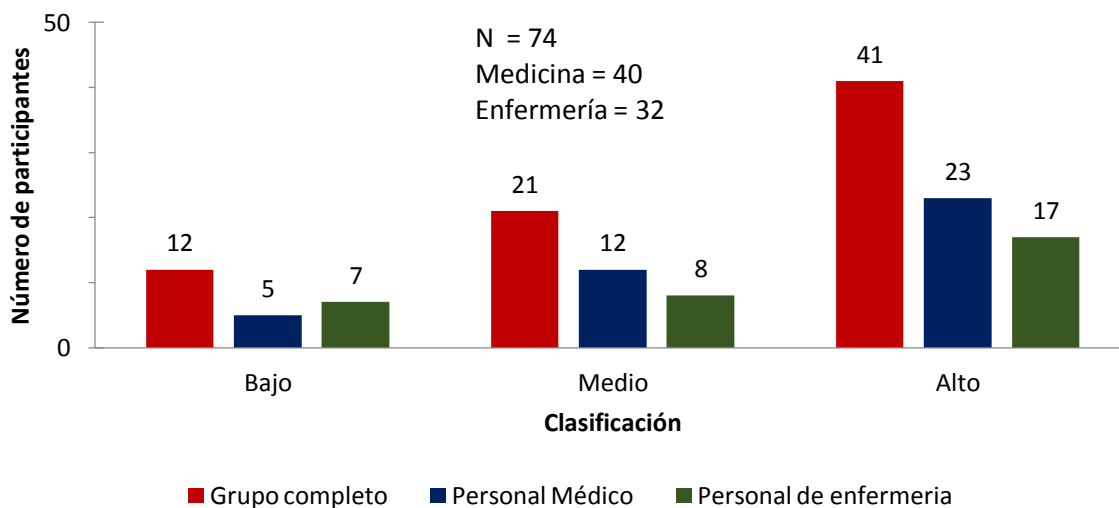


Figura 7. Frecuencias de realización personal (MBI).

Presentaron sintomatología depresiva cerca de una cuarta parte de los participantes, mientras que la mayoría no presentaron síntomas de riesgo de desarrollar depresión; el personal médico presentó síntomas ligeramente más elevados que el de enfermería, esta tendencia se repitió en ambas escalas (Figura 8 y Figura 9).

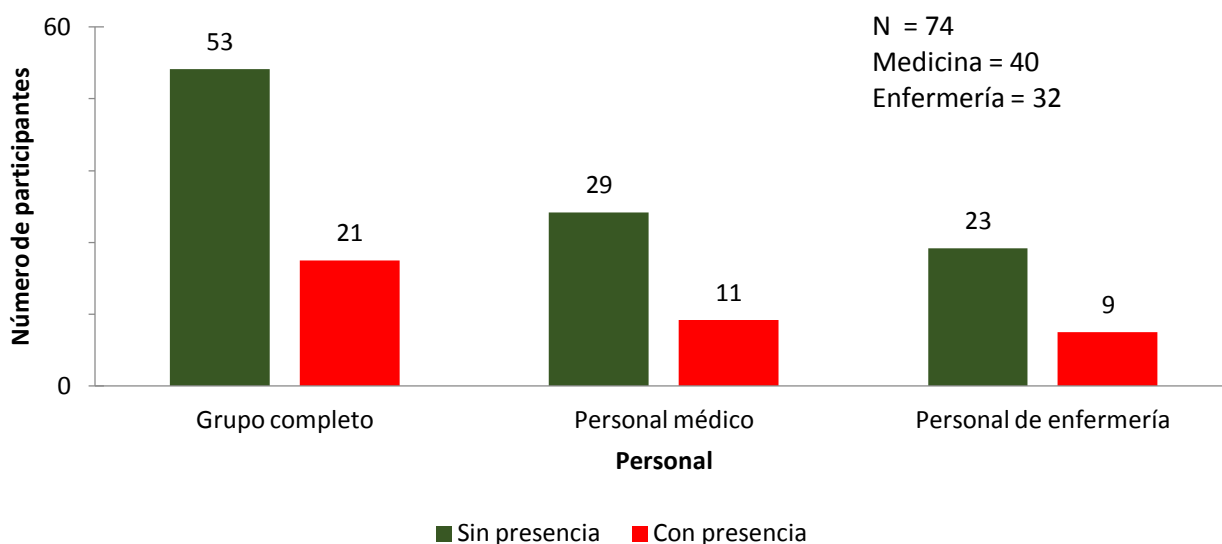


Figura 8. Frecuencias de sintomatología depresiva (HADS).

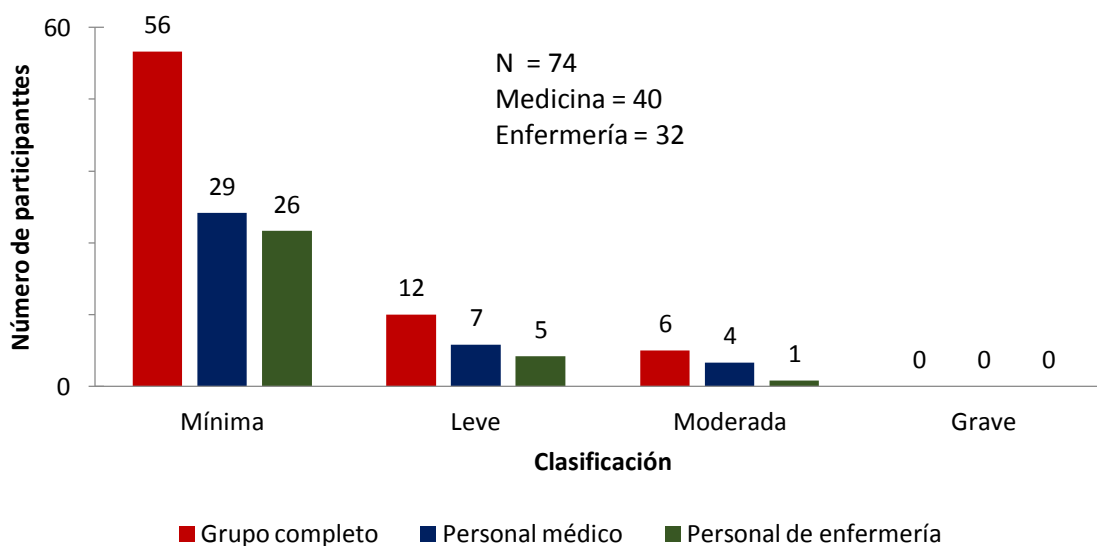


Figura 9. Frecuencias de sintomatología depresiva (BDI).

La presencia de sintomatología ansiosa varió dependiendo del instrumento de medición, en el HADS más de la mitad no presentaron ansiedad y es en el personal médico donde se presentó más (Figura 10), mientras que en el BAI fue más de la mitad quienes presentaron síntomas, siendo el personal de enfermería quienes presentaron mayores síntomas (Figura 11), esta diferencia entre instrumentos permitió identificar que el tipo de sintomatología ansiosa que los participantes presentaban, de forma mayor en las enfermeras, incluía síntomas fisiológicos de ansiedad.

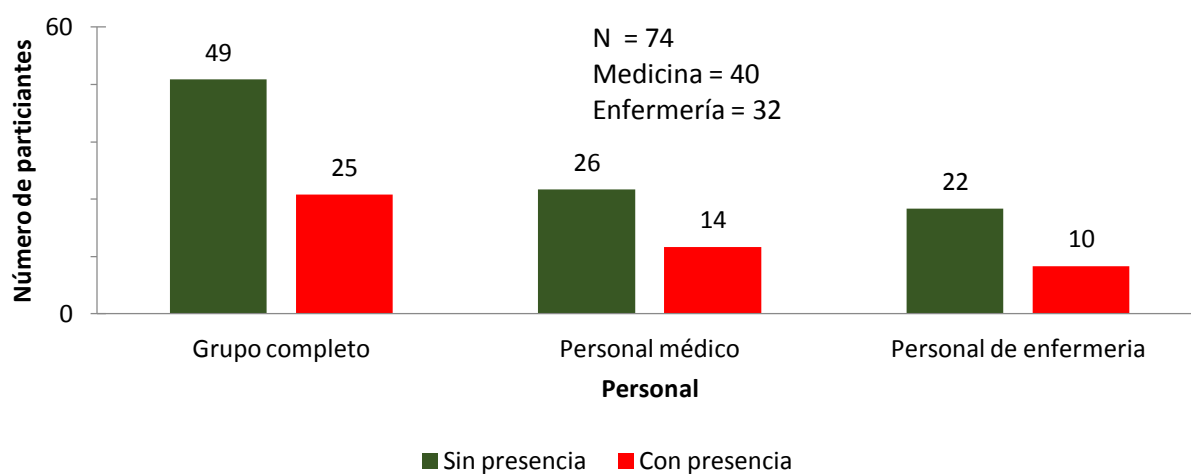


Figura 10. Frecuencia de sintomatología ansiosa (HADS).

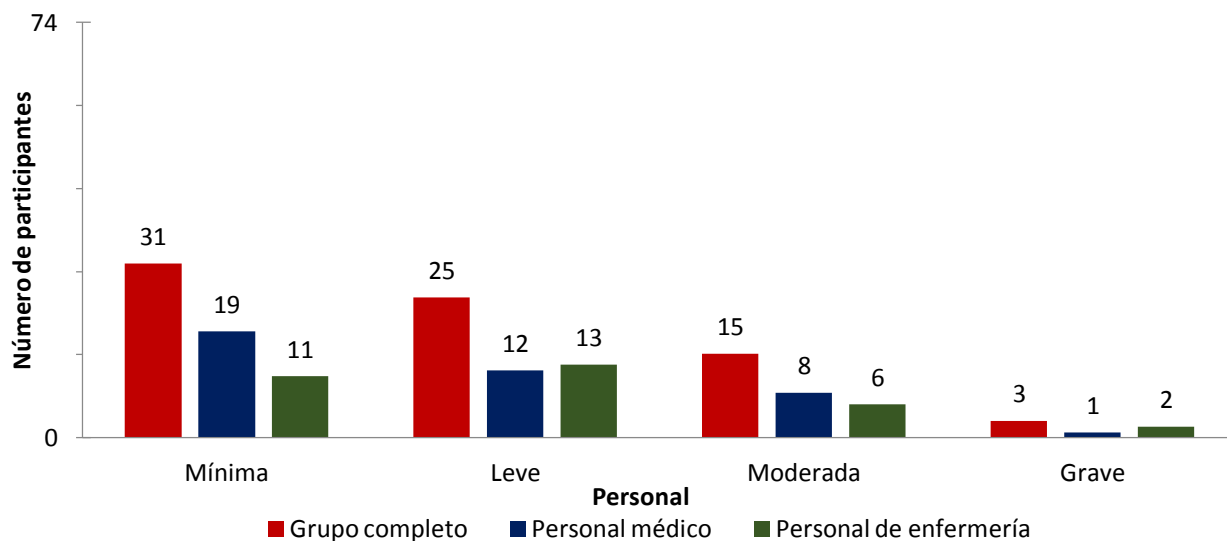


Figura 11. Frecuencia de sintomatología ansiosa (BAI).

Regresión lineal. La manifestación de agotamiento fue la que más se relacionó con la sintomatología depresiva en todo el grupo evaluado, por lo que se realizó un análisis de regresión lineal por pasos con el fin de identificar la contribución de las dimensiones del burnout sobre la sintomatología depresiva. Los resultados de la regresión realizada permitieron observar que la variable agotamiento emocional (MBI) predijo de forma significativa la sintomatología depresiva (BDI) en un 37% ($\beta=0.61$, $t=6.61$, $p<.01$, $R=.61$, $R^2=.37$). Este mismo análisis se realizó en el personal médico y se encontró que el agotamiento emocional (MBI) también predijo la sintomatología depresiva (BDI) ($\beta=0.78$, $t=7.74$, $p<.01$, $R=.78$, $R^2=.61$) en un 61%. Finalmente, se realizó una regresión lineal más, solamente con el personal de enfermería, con el fin de identificar la contribución de las manifestaciones del burnout sobre la sintomatología ansiosa (HADS). Los resultados indican que es la manifestación de insatisfacción de logro la que predice significativamente a la ansiedad psicológica en el personal de enfermería ($\beta=0.52$, $t=3.38$, $p<.01$, $R=.52$, $R^2=.25$) en un 25%.

Discusión

De acuerdo con los resultados identificados, la pregunta de la presente investigación se responde afirmativamente: existe una asociación entre la sintomatología depresiva, la sintomatología ansiosa y el síndrome de burnout en el personal de salud evaluado que laboraba en una unidad de urgencias en el personal de la salud.

Los análisis de correlación permiten determinar que en el grupo evaluado el síndrome de burnout se asoció significativamente con la sintomatología depresiva y ansiosa de forma moderada, lo que previene ante el hecho que la presencia del burnout con sus tres manifestaciones se relaciona con los principales síntomas de depresión y ansiedad y viceversa, estos resultados coinciden con estudios realizados en otros países en los que la asociación entre el burnout, sus manifestaciones y la sintomatología depresiva y ansiosa está presente en población general y también en personal de salud (Ahola, 2007; Tselebis, Moulou y Ilias, 2001; Korkeila et al., 2003; Lindblom, Linton, Fedeli y Bryngelsson, 2006; Richardsen, Burke, & Leiter, 1992), en cuanto a las manifestaciones del burnout, es el agotamiento emocional el que se asocia con mayor fuerza con la depresión, esto quiere decir que la fatiga, el cansancio y el desgaste de las emociones que se presentan en el agotamiento, son las manifestaciones que más se relacionan con la presencia de los síntomas de depresión, como la tristeza y la pérdida de interés. Este hallazgo coincide con otros estudios en los que el agotamiento es la manifestación que se asocia con mayor fuerza a la depresión tanto en población general como en personal de salud, (Jayaratne, Chess & Kunkel, 1986, Firth, KcKeown, McIntee & Britton, 1987, McCranie & Brandsma, 1988).

La manifestación entre la que no hubo relación significativa es entre la escala de despersonalización de la EMEDO y síntomas de ansiedad lo que indica que no hay una afectación entre síntomas de ansiedad como intranquilidad y miedo en el desarrollo de actitudes de desinterés hacia los pacientes. Esto coincide con otros estudios (Lemkau et al., 1988)

donde la principal asociación que ocurre es con agotamiento emocional y la disminución de la realización personal pero no con despersonalización, el estudio citado fue realizado en médicos residentes, por lo que en el presente grupo puede interpretarse, con discreción, que los altos niveles de ansiedad que no se relacionan a actitudes negativas hacia el paciente sino al agotamiento, la insatisfacción con su trabajo u otros factores ocurre principalmente en el grupo de residentes evaluados

Al analizar particularmente estas relaciones en el personal médico, todas las manifestaciones del burnout, el agotamiento físico y emocional, la pérdida de interés por los pacientes y el descontento con el rol profesional se asocian con los síntomas de la depresión y con los síntomas de ansiedad. Esto coincide con estudios donde el personal médico es el que presenta mayor afectación (Arora, 2006, Jayaratne, Chess & Kunkel, 1986, Firth, KcKeown, McIntee & Britton, 1987, McCranie & Brandsma, 1988) en comparación al personal de enfermería.

En el personal de enfermería se relaciona el burnout y la manifestación cognitiva y fisiológica de la depresión como tristeza, desinterés y como problemas de sueño, cansancio, trastornos de apetito así como con la manifestación cognitiva de la ansiedad como preocupación y miedo. Los componentes del burnout que se asocian con ansiedad son, el agotamiento y la insatisfacción, lo que nos indica que cuando se presenta los síntomas de ansiedad como sensación de preocupación y miedo se acompaña de fatiga física y emocional y con la falta de satisfacción con su rol como profesional. Esta relación con agotamiento y burnout en personal de enfermería ha sido sugerida y coincide con otros estudios (Gillespie & Melby, 2003).

Los resultados de los análisis de frecuencia realizados permitieron concluir que la presencia del síndrome de burnout en el grupo evaluado fue mayor a los datos encontrados, tanto en personal médico como en el personal de enfermería, en otras investigaciones tanto internacionales como nacionales, (Shanafelt et al., 2012; He et al., 2014; Franco, 1998;

López-Martínez & López-Solache, 2005; Loria-Castellanos, 2006; Gillespie & Melby, 2003; Pereda-Torales et al., 2009). También se confirmó lo descrito por Arora et al. (2013) donde indican que en el personal de urgencias, particularmente en el personal médico, la presencia del síndrome se encuentra en más del 60% (Shanafelt et al., 2012; Goldberg et al., 1996). También se encontró mayor presencia del síndrome que en otros estudios realizado con personal de Enfermería (Gillespie y Melby, 2003). Los porcentajes también son mayores a la presencia de burnout en el 40% de los participantes encontrado por Loria-Castellanos y Guzmán-Hernández (2006) en otra unidad de urgencias en nuestro país.

Respecto a la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa, puede identificarse mayor presencia de ansiedad en todo el personal, particularmente en el personal de enfermería, estos datos son mayores a los encontrados por Erdur et al. (2006) donde se encontraron presencia de 15% y 14% respectivamente en el personal médico que laboraba en una unidad de urgencias; es también mayor pero más cercana a la prevalencia encontrada por Dyrbye, et al. (2006) en estudiantes de medicina de diversas especialidades.

Estas variaciones respecto a otros estudios tanto del síndrome de burnout como de la sintomatología depresiva y ansiosa pueden deberse al contexto social y económico por el que atraviesa nuestro país, y el cambio en el rol del profesional de la salud que se ha desarrollado en los últimos tiempos, la diferencia cultural entre otros grupos evaluados y el nuestro, las características específicas del clima organizacional en el hospital evaluado. También puede mencionarse que hace poco tiempo se ha instaurado en las unidades de urgencias en nuestra entidad la política de “cero rechazo” con la finalidad de no negar el servicio de salud a la población, sin embargo dicha política puede poner en riesgo el servicio al aumentar la sobresaturación y sobrepasar las capacidades de las unidades y sus trabajadores (Pérez-Trejo, 2014) estas variables pueden

estar incidiendo de manera considerable sobre el desarrollo del síndrome.

Los análisis de regresión permitieron identificar que la aparición de agotamiento emocional y la insatisfacción de logro tienen cierta fuerza de predicción ante la sintomatología depresiva y ansiosa en el personal médico y de enfermería respectivamente por lo que puede suponerse que el desgaste emocional y físico que acompaña al burnout predispone al personal a desarrollar síntomas de depresión y la percepción de desapego y el no obtener satisfacción en su actividad profesional predispone al personal de enfermería a desarrollar síntomas de ansiedad, la predicción de los síntomas de burnout sobre la depresión se propuso por Hakanen (2012).

Las principales aportaciones de los hallazgos que las regresión otorgan son el señalar que es el agotamiento emocional la manifestación que predice con mayor fuerza la sintomatología depresiva y también aporta la diferencia en cuanto al personal de enfermería, en enfermería parece ser que son otros aspectos del burnout los que se relacionan a síntomas de ansiedad, por lo que se recomienda que las intervenciones en ambos tipos de personal se adecuen ante estas diferencias.

La alta presencia del síndrome de burnout en comparación a otros estudios similares en nuestro país, también puede explicarse por la utilización de un instrumento realizado y validado con datos de población mexicana, sin embargo, el error en la captura de los reactivos de la EMEDO impide la adecuada comparación de este trabajo con otros que utilicen esta misma escala.

La mayor presencia de ansiedad en el personal de enfermería previene sobre el riesgo existente en este personal de desarrollar trastornos de ansiedad, como trastorno de ansiedad generalizada o trastorno por estrés postraumático, este último trastorno se ha analizado en enfermeras de urgencias encontrando que un factor que tiene asociación significativa con los síntomas de este trastorno de ansiedad es

el estrés causado por los conflictos interpersonales en el ambiente laboral por lo que este factor es necesario abordarlo adecuadamente en este personal (Laposa, Alden y Fullerton, 2003).

Otros hallazgos han encontrado que se debe considerar que el tiempo y calidad del sueño también se relaciona a la ocurrencia de depresión y ansiedad en residentes de urgencias. Loria-Castellanos, Rocha-Luna y Márquez-Ávila (2009), evaluaron la ocurrencia de depresión y ansiedad y su relación con la calidad del sueño en residentes de la carrera de Medicina, incluyendo a residentes de urgencias y encontraron que el 46.6% presentaba ansiedad, el 37.5% depresión y se encontró asociación significativa entre tener poco tiempo de sueño y mala calidad del mismo con ser parte de la residencia de urgencias, la ansiedad, el consumo de café, la depresión, tener otro trabajo y tener que cumplir con actividades familiares y sociales.

También es importante considerar que en el ambiente laboral en el que se encuentra el personal de salud hay estresores que pueden considerarse factores de riesgo y por lo tanto promover el desarrollo de burnout: peligros biológicos, como tuberculosis, VIH, hepatitis y otras enfermedades infecciosas, peligros físicos como ruido, radiación, resbalones y caídas, peligros ergonómicos, como levantar objetos pesados, posiciones incómodas y pasar gran cantidad de tiempo de pie, peligros psicosociales como el trabajo por turnos y situaciones de violencia, el peligro de estar expuesto a fuego y explosiones y peligros eléctricos como cables ruidos (WHO, 2015). Así como otros factores relacionados al desarrollo de burnout y a la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa como la percepción de un mal clima organizacional, la presencia de desesperanza e ideación suicida o la presencia de acoso laboral. Se sugiere evaluar y considerar también estos tipos de estresores en los contextos donde se evalúe el burnout (Tomljenovi, Kolaric, Stajduhar y Tesic, 2014).

Una estrategia enfocada a disminuir la presencia de cada uno de las problemáticas evaluadas es el desarrollo de actividades de prevención desde el inicio de la formación profesional, Melo-Carrillo, Van y López-Ávila (2011) encontraron una prevalencia de síntomas depresivos en el 36.29% de una población mexicana de estudiantes de medicina durante sus dos primeros años de estudios ante lo que desarrollaron una intervención psicoeducativa anual sobre los principales problemas de salud mental que los estudiantes de Medicina pueden desarrollar y la implementación de un grupo de apoyo a la salud mental para los alumnos, posteriormente a la implementación de estas acciones se redujo el porcentaje de estudiantes con síntomas depresivos a 25.5%.

En casos donde la presencia del síndrome de burnout ya esté presente de forma elevada como en el presente caso, se sugiere intervenir lo más pronto posible, se sugiere una intervención enfocada a entrenar al personal en habilidades de afrontamiento ante las situaciones que se presentan en su ambiente de trabajo, entrenar en reconocimiento y manejo de emociones tanto para reconocerlas en ellos mismos como en las personas a las que tratan, dado el alto nivel de agotamiento emocional que pueden presentar, también incluir habilidades de comunicación con la finalidad de mejorar la interacción entre compañeros en el área y entrenamiento en solución de problemas.

Como comentario personal creo que los esfuerzos para el abordaje del síndrome de burnout en personal de salud deben dirigirse a la evaluación, prevención e intervención en las aulas, al inicio de la formación profesional, tanto de médicos y enfermeras con la finalidad de que el personal de salud en entrenamiento en nuestro país desarrolle una adecuada salud mental y habilidades para lidiar con los trastornos mentales que tienen alto riesgo de padecer. También considerar que al estar dentro del ambiente laboral, especialmente el de urgencias, la creación de intervenciones y su puesta en práctica es muy difícil debido al poco tiempo disponible. Dentro de esta misma temática quiero

mencionar la gran cantidad de estudios que se han hecho sobre la presencia de burnout en este tipo de poblaciones pero la poca cantidad de intervenciones que hay en comparación, es adecuado poner énfasis en desarrollar, implementar y evaluar el efecto de dichas intervenciones.

Referencias

- Ahola, K. (2007). *Occupational burnout and health*. Finland: Finnish Institute of Occupational Health. Recuperado de <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/19788/occupati.pdf?sequence=2>
- Alonso, Y., (2004). The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades. *Patient Education and Counseling*. 53, 239-244. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00146-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00146-0)
- American Lung Association, (2001). Urban air pollution and health inequities: a workshop report. *Environmental Health Perspectives*. 109(supl. 3), 357-374. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1240553/>
- American Psychiatric Association, (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. 4ta ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Armelagos, G., Brown, P. & Turner, B. (2005). Evolutionary, historical and political economic perspectives on health and disease. *Social Science & Medicine*. 61, 755-765. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.08.066
- Arora, M., Asha, S., Chinnappa, J. & Diwan, A. (2013). Review article: Burnout in emergency medicine physicians. *Emergency Medicine Australasia*. 25, 491-495. Doi: 10.1111/1742-6723.12135
- Bazán, G. E., (2003). Contribuciones de la psicología de la salud en el ámbito hospitalario de México. *Psicología y Ciencia Social*. 5(1), 20-26. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/314/31411284003.pdf>

- Dyrbye, L., Thomas, M. & Shanafelt, T. (2006). Systematic Review of Depression, Anxiety, and Other Indicators of Psychological Distress Among U.S. and Canadian Medical Students. *Academic Medicine*, 81(4), 354-373.
- Engel G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196, 129-136. Recuperado de: http://public-health.medunigraz.at/archiv/artikel/Artikel%201977/1977_Engel_Biopsychosocial%20model.pdf
- Erdur, B., Ergin, A., Turkcuer, I., Parlak, I., Ergin, N. & Boz, B. (2006). A study of depression and anxiety among doctors working in emergency units in Denizli, Turkey. *Emergency Medicine Journal*, 23, 759-763. Doi: 10.1136/emj.2006.035071
- Firth, H., KcKeown, P., McIntee, J. & Britton, P. (1987) Professional depression, 'burnout' and personality in longstay nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 24, 227-237.
- Franco, X. (1999). Nivel de síndrome de agotamiento en médicos, enfermeras y paramédicos. *Revista Mexicana de Puericultura y Pediatría*, (34)6, 252-260.
- Frenk, J., Frejka, T., Bobadilla, J., Stern, C., Lozano, R., Sepúlveda, J. & José, M. (1991). La transición epidemiológica en América Latina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 111 (6), 485-496. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=PAHO&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=9416&indexSearch=ID>
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.

- Gillespie, M. & Melby, V. (2003). Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: a comparative study. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 842-851.
- Goldberg, R., Boss, R. & Chan, L. (1996). Burnout and its correlates in emergency physicians: four year's experience with a wellness booth. *Academic Emergency Medicine*. 3(12), 1156-64. doi: 10.1111/j.1553-2712.1996.tb03379.
- Gómez-Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H. & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*. 53(2). S220-s232. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/17.pdf>
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M. y Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 215-230.
- Grau, J., Infante, O. & Díaz, J. (2012). Psicología de la Salud cubana: apuntes históricos y proyecciones en los inicios del siglo XXI. *Pensamiento Psicológico*, 10(2), 83-101. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v10n2/v10n2a08.pdf>
- Hakanen, J. & Schaufeli, W. (2012). Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. *Journal of Affective Disorders*. 141, 415-424. Doi:10.1016/j.jad.2012.02.043
- He, S., Chen, Y., Zhan, J., Wu, J. & Opler, M. (2014). Job Burnout, Mood State, and Cardiovascular Variable Changes of Doctors and Nurses in a Children's Hospital in China. *ISRN Nursing*, 2014, 1-6. Doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/386719>

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista-Lucio, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, México. (2014). *Mujeres y hombres en México, 2013*. México: INEGI. Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2013/Myh_2013.pdf

Jayaratne, S., Chess, A. & Kunkel, D. (1986). Burnout: its impact on child welfare workers and their spouses. *Social Work* 31, 53-59. doi: 10.1093/sw/31.1.53

Juárez-García, A., Idrovo, A., Camacho-Ávila, A., & Placencia-Reyes, O. (2014). Síndrome de burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. *Salud Mental*. 37, 159-176. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000200010

Jurado, S., Enedina, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. & Varela, R., (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-3. Recuperado de <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm2103/sm210326.pdf?PHPSESSID=4af58c2bfdc0b5f2dc14d91585e72a0e>

Karasek, R., Theorell, T., Schwartz, J., Schnall, C., Pieper, C. & Michela, J. (1988). Job characteristics in relation to the prevalence of myocardial infarction in the US Health Examination Survey (HES) and the Health and Nutrition Examination Survey (HANES). *American Journal of Public Health*. 78(8), 910-918. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1349850/>

- Karasek, R. (1998). Demand/Control Model: A Social, Emotional, and Physiological Approach to Stress Risk and Active Behavior Development. En *Encyclopedia of Occupational Health and Safety, (4th edition)*. Geneva: ILO.
- Korkeila, J., Toyry, S., Kumpulainen, K., Toivola, J., Rasanen, K. & Kalimo, R. (2003). Burnout and self-perceived health among Finnish psychiatrists and child psychiatrists: a national survey. *Scandinavian Journal of Public Health* 31, 85–91. doi: 10.1080/14034940210133880
- Laposa, J., Alden, L. & Fullerton, L. (2003). Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses/personnel. *Journal of Emergency Nursing*, 29(1), 23-28. doi:10.1067/men.2003.7
- Leiter, M. & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297–308.
- Lemkau, J. P., Purdy R., Rafferty, J. P., Rudisill, J. R., (1988). Correlates of burnout among family practice residents. *Journal of Medical Education*. 63(9), 682-91
- Lindblom, K., Linton, J., Fedeli, C. & Bryngelsson, I., (2006). Burnout in the working population: relations to psychosocial work factors. *International Journal of Behavioral Medicine*. 13, 51–59. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16503841>
- Loría-Castellanos, J., Rocha-Luna, J. y Márquez-Ávila, G. (2010). Patrón y calidad subjetiva de sueño en médicos residentes y su relación con la ansiedad y la depresión. *Emergencias*, 22, 33-39.
- Loría-Castellanos, J. & Guzmán, L. (2006). Síndrome de desgaste profesional en personal médico (adscrito y residentes de la especialidad de urgencias) de un servicio de urgencias de la Ciudad

de México. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*.5 (3), 432-443. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol5_3_06/mie03306.htm

López-Alvarenga, J., Vázquez-Velázquez, V., Arcila-Martínez, D., Sierra-Ovando, A., González-Barranco, J. & Salin-Pascual, R. (2002). Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos. *Revista de Investigación Clínica*. 54(5), 403-409. Recuperado de www.imbiomed.com.mx.

López-Martínez, C. & López-Solache, G. (2005). Síndrome de burnout en enfermeras de primer y segundo nivel de atención en la Ciudad de México. *Vigilancia Epidemiológica*, 33 (22).

Maslach, C. (1976). Burned out. *Human Behavior*, 5, 16-22.

Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. Doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397

Matarazzo, J. D., (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a new Health Psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807-817. doi: [10.1037/0003-066x.35.9.807](https://doi.org/10.1037/0003-066x.35.9.807)

McCranie, E. W. & Brandsma, J. M. (1988). Personality antecedents of burnout among middle aged physicians. *Behavioral Medicine*, 14, 30-36. doi: 10.1080/08964289.1988.9935120

Meda, R., Moreno, B., Rodríguez, A., Morante, M. y Ortiz, G. (2008). Análisis factorial confirmatorio del MBI-HSS en una muestra de psicólogos mexicanos. *Psicología y Salud*, 18(1), 107-116.

Melo-Carrillo, A., Van, L. y López-Ávila, A. (2012). Depressive symptoms among Mexican medical students: High prevalence and the effect of

- a group psychoeducation intervention. *Journal of Affective Disorders*. 136, 1098-1203. doi:10.1016/j.jad.2011.10.040
- Miret, C. & Martínez, A. (2010). El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. *Anales del sistema sanitario de Navarra*. 2010, 33 (1), 193-201.
- Mutatkar, R. (1995). Public health problems of urbanization. *Social Science & Medicine*, 41(7), 977-981. doi: [10.1016/0277-9536\(94\)00398-D](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00398-D)
- Nicassio, P. M., Meyerowitz B. E., Kerns R. D., (2004). The Future of Health Psychology Interventions. *Health Psychology*, 23(2), 132-137. doi: 10.1037/0278-6133.23.2.132
- Omran, A. R. (1971). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Quarterly*. 83(4), 731-57. doi: [10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x)
- Omran, A. R. (1983). The Epidemiologic Transition Theory. A Preliminary Update. *Journal of Tropical Pediatrics*. 29(6), 305-316. doi: 10.1093/tropej/29.6.305
- Organización Mundial de la Salud, (2001). *Informe sobre Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, 29-30.
- Organización Mundial de la Salud, (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Recuperado de: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
- Pereda-Torales, L., Márquez, F., Hoyos, M. T. & Yáñez, M. I. (2009). Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Salud Mental*, 32(5), 399-404. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v32n5/v32n5a6.pdf>

Pérez-Trejo, S. (22 de mayo de 2014). *Cero rechazo a pacientes con urgencia médica: SEDESA-DF*. El Sol de México (en línea). Recuperado de: <http://www.oem.com.mx/elsoldemexico/notas/n3400798.htm>

Polanco-González, C., Castañón-González, J., Buhse, T., Samaniego-Mendoza, J., Arrequín-Nava, R., & Villanueva-Martínez, S., (2013). Índice de saturación modificado en el servicio de urgencias médicas. *Gaceta Médica de México*. 149, 417-424. Recuperado de http://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n4/GMM_149_2013_4_4_17-424.pdf

Richardson, A., Burke, J. & Leiter, M. (1992). Occupational demands, psychological burnout and anxiety among hospital personnel in Norway. *Anxiety, Stress and Coping*, 5, 55-68. doi:10.1080/10615809208250487

Rocha-Luna, J. (2011). 25 años de la Medicina de Urgencia. Los retos... ¿siguen siendo los mismos? *Archivos de Medicina de Urgencia de México*, 3(1), 3-5. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/urgencia/aur-2011/aur111a.pdf>

Robles, R., Varela, R., Jurado, S. & Páez, F. (2001). Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2). 211-218.

Santosa, A., Wall, S., Fottrel, E., Högberg, U. & Byass, P., (2014). The development and experience of epidemiological transition theory over four decades: a systematic review. *Global Health Action*, 7. doi: <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v7.23574>

Saravanan, C. & Wilks, R. (2014). Medical Students Experience of and reaction to Stress: The Role of Depression and Anxiety. *The*

- Seisdedos, N. (1997). MBI. Inventario "Burnout" de Maslach: manual. Madrid: TEA.
- Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye L. N., Sotile, W., Satele, D., West, C., Sloan, J. & Oreskovich M. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine*. 172(18), 1377-1385. doi:10.1001/archinternmed.2012.3199.
- Suls, J. & Rothman, A. (2004), Evolution of the Biopsychosocial Model: Prospects and Challenges for Health Psychology. *Health Psychology*. 23(2), 119-125.
- Thacher, I. & Haynes, S. (2000). Health psychology: Assessments and interventions. En: Kazdin, Alan E. (Ed), *Encyclopedia of psychology*, Vol. 4, (pp. 89-97). doi: <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/10519-038>
- Tomljenovic, M., Kolaric, B., Stajduhar, D. & Tesic, V. (2014). Stress, depression and burnout among hospital physicians in Rijeka, Croatia. *Psychiatria Danubina*. 26(3), 450-458.
- Tselebis, A., Moulou, A. & Ilias, I. (2001). Burnout versus depression and sense of coherence: study of greek nursing staff. *Nursing & Health Sciences*, 3, 69-71. doi: 10.1046/j.1442-2018.2001.00074.x
- Uribe-Prado, J. F. (2007). Estudio confirmatorio de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO): Un Instrumento de burnout para mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*. 26(1), 7-21. Recuperado de http://www.cincel.com.co/rg_26_1.php

Uribe-Prado, J. F. (2010). *Escala de Desgaste Ocupacional (EDO)*. México: Editorial Manual Moderno.

Weiss, S. (2000). Health psychology: History of the field. En: Kazdin, Alan E. (Ed.), *Encyclopedia of psychology, Vol. 4*, (pp. 85-89). Doi: <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/10519-037>

World Health Organization, Occupational Health, (2005). *Health Worker Occupational Health*. Recuperado de http://www.who.int/occupational_health/topics/hcworkers/en/#

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado.

Secretaría de Salud. Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo con las disposiciones contenidas en la Ley General de Salud, Título Quinto "Investigación para la Salud", Capítulo Único, artículo 100, fracción IV; así como del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo "De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos" Capítulo I, Disposiciones Comunes, artículo 13 que señala que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, artículos 14 fracción V, 20, 21 y 22 de dicho Reglamento; y, de conformidad con los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, se me ha explicado e informado que:

Los objetivos del presente estudio- investigación es el de Identificar los factores tanto psicológicos como institucionales asociados con la aparición de síndrome de agotamiento llamado "burnout" en el personal de salud del servicio de urgencia del Hospital General Manuel Gea González.

Se me ha informado que mi participación consiste en contestar varios cuestionarios que contienen preguntas de mi persona y mi percepción de fatiga o agotamiento al realizar mi trabajo en el servicio de urgencias del hospital

Estos cuestionarios no debieran causarme ninguna molestia pero si así sucediera la persona entrevistadora es un psicólogo que podría ayudarme a resolver dudas o malestares emocionales.

El conocimiento obtenido podría ayudar a los directivos de este hospital a determinar si requieren acciones o intervenciones de apoyo durante o posterior a mi trabajo en el servicio de urgencias por lo se invitara a todo el personal médico y de enfermería a participar en el estudio de todos los turnos

Se me ha asegurado que puedo preguntar hasta mi complacencia todo lo relacionado con el estudio y se me aclaro que puedo abandonar el estudio en cualquier momento que yo lo decida sin que ello afecte mi relación laboral o educativa por parte de directivos del servicio de esta institución

Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantenga la confidencialidad de la información relacionada con mi privacidad, autorizando la publicación de los resultados mientras no se publique mi nombre o revele mi identidad

Este estudio no tiene financiamiento externo, por lo que no tienen ni los investigadores ni los sujetos de investigación inscritos al estudio ningún beneficio económico

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, yo

_____ con número de empleado _____ acepto participar en el estudio titulado:

Factores psicosociales e institucionales asociados al desarrollo de “burnout” en el personal de salud del servicio de urgencias del Hospital General Manuel Gea González.

Nombre y firma del sujeto de investigación _____

Nombre, y firma del testigo 1 _____

Dirección

Relación que guarda con el sujeto

Nombre, y firma del testigo 2 _____

Dirección

Relación que guarda con el sujeto

Nombre y firma del Investigador Responsable o Principal _____

Nombre y firma de quien aplica el consentimiento informado _____

Este documento se extiende por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación y el otro en poder del investigador, Queda entendido que la Dirección de Investigación, o los Comités podrán requerir este documento en cuanto lo consideren necesario. Este documento deberá ser conservado por el investigador responsable durante un mínimo de 5 años.

Para preguntas o comentarios comunicarse con la Dra. María Elisa Vega Memije (01 55) 4000-3217 Presidente del Comité de Investigación o con el Dr. Jorge Andrés Peña Ortega, Presidente del Comité de Ética en Investigación al (01 55) 4000-3279.

Anexo 2. Cuestionario de datos generales.

Datos generales

La finalidad de las siguientes preguntas es recabar información para investigación, los datos que nos proporcione son anónimos y confidenciales. Sólo serán utilizadas con fines estadísticos. No existen respuestas buenas ni malas.

¡Gracias!

1. ¿Qué edad tienes? _____ Años

2. Sexo: _____M _____F

3. Estado civil _____Con pareja _____Casado _____Soltero _____Divorciado
_____Viudo

4. Si tienes pareja, ¿cuántos años llevas con ella? _____ Años

5. Escolaridad: _____ Primaria _____ Secundaria _____ Bachillerato
_____ Licenciatura _____ Posgrado _____ Otro

6. ¿Tienes hijos? _____ Sí _____ No

7. ¿Cuántos? Núm. _____

8. ¿Qué tipo de puesto ocupas?

Personal de enfermería: Jefe de servicio _____ Adscrito _____ Estudiante _____
_____ Otro (Especifique)

Médicos: Jefe de servicio _____ Adscrito _____ Residente _____ Servicio Social
_____ Internado _____
_____ Otro (Especifique)

9. ¿Cuál es el tipo de trabajo que desempeñas?

Empleado: _____ Con base _____ Por contrato

_____ Profesionista Independiente

10. ¿Cómo es el contacto que mantienes con los usuarios de tu trabajo? (Pacientes, clientes)
 _____ Directo _____ Indirecto
11. ¿Cuántos trabajos tienes? Núm. _____
12. ¿Cuántas actividades consideras tener en un día? (Trabajos, deportes, religión, club, etc.)
 Núm. _____
13. ¿Cuántas horas trabajas a la semana? (en tu principal trabajo). _____ Horas.
14. ¿Cuánto tiempo de antigüedad tienes en la empresa donde laboras actualmente? _____
 Años
15. ¿Cuánto años has trabajado en tu vida? (En caso de ser médico cuente desde el internado)
 _____ Años
16. ¿Cuántos empleos has tenido en tu vida? Núm. _____
17. ¿Cuántos ascensos has tenido en tu vida? Núm. _____
18. ¿Estás satisfecho con el ingreso económico mensual que recibes?
 Sí _____ No _____
19. ¿Cómo calificas la relación con tu equipo de trabajo y tus jefes y por qué?
 Buena _____ Regular _____ Mala _____
 ¿Porqué? _____
20. ¿Has cometido algún error médico importante en los últimos seis meses?
 Sí _____ No _____
21. ¿En qué tipo de organización laboras? Privada _____ Pública _____
22. ¿Qué tipo de contrato tienes?
 Por proyecto determinado _____ Por tiempo determinado (eventual o temporal) _____
 Tiempo indefinido (base o planta) _____
23. ¿Tienes personas a tu cargo? Sí _____ No _____

24. ¿Cuántas? Núm. _____
25. ¿Padeces alguna enfermedad? ¿Cuál? Sí _____ No _____ ¿Cuál?

26. ¿Tomas algún medicamento de forma frecuente? Sí _____ No _____
27. Si tomas algún medicamento, escribe cuál y para qué.

28. ¿Cuánto tiempo tienes de tomarlo? _____ Años
29. ¿Has tenido algún accidente importante? Especifica de que tipo. Sí _____ No _____
Tipo: _____
30. ¿Has tenido alguna intervención quirúrgica? Especifica de que tipo Sí _____ No _____
Tipo: _____
31. ¿Fumas? Sí _____ No _____
32. ¿Cuántos cigarros fumas al día? Núm. _____
33. ¿Con que frecuencia ingieres bebidas alcohólicas? Nunca _____ Una vez al año
_____ Dos veces al año _____ Una vez al mes _____
Una vez a la semana _____ Todos los días _____
34. En caso de que consumas drogas, ¿Con que frecuencia lo haces? Nunca _____ Una
vez al año _____ Dos veces al año _____ Una vez al mes _____ Una vez a la
semana _____ Todos los días _____
35. Durante una semana, ¿Cuántas horas libres tienes? _____ Horas
36. ¿Haces ejercicio físico? Sí _____ No _____
37. Si haces ejercicio, ¿Cuántas horas a la semana le dedicas? _____ Horas
38. ¿Practicas alguna religión? Sí _____ No _____
39. ¿Cuál? Religión _____
40. ¿Qué tan devoto eres de tu religión? Poco _____ Mucho

41. ¿En qué turno laboras?

Matutino _____ Vespertino _____ Nocturno _____ Fines de semana _____

42. ¿Realizas guardias? _____ Si _____ No

43. ¿Qué tipo de guardias te tocan? (Ej. A-B-C, A-B-C-D) _____ _____ Otras

¿CÓMO ME SIENTO EN EL TRABAJO?

INSTRUCCIONES

A continuación se le presentarán una serie de enunciados a los cuales debe responder considerando su forma de pensar, sentir y actuar en determinadas situaciones; le pedimos que conteste de la manera más sincera posible, ya que nos es de gran utilidad.

Para contestar utilice las **hojas de respuesta** (F02) anexas, marcando con una "x" el recuadro correspondiente a la respuesta que describa mejor su forma de pensar, sentir y actuar.

Se le presentarán dos tipos de enunciados, los cuales tienen **seis opciones de respuesta**. En el primer tipo van en una escala de **Totalmente en Desacuerdo (TD) a Totalmente de Acuerdo (TA)** y puede elegir **cualquiera de las seis opciones**.

Ejemplo tipo 1:

1. Considero que es importante asistir a fiestas.

TD			TA		
	x				

En el segundo tipo de enunciados le pedimos que responda **¿con qué frecuencia...?** ha tenido cierto padecimiento, debe contestar **sin considerar** los efectos producidos por sustancias como alcohol, estimulantes, cafeína, cocaína, opiáceos, sedantes, antidepresivos, hipnóticos, ansiolíticos, etc.

Ejemplo tipo 2:

NUNCA	x			SIEMPRE	
-------	---	--	--	---------	--

¿Con qué frecuencia...?

2. Tienes sangrado por la nariz.

Las preguntas que no correspondan a su sexo, déjelas en blanco.

No escriba en este cuadernillo.

1. Siento que mi trabajo es tan monótono que ya no me gusta.
2. Me cuesta mucho trabajo levantarme por la mañana para ir a trabajar.
3. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato bien.
4. Despierto por las mañanas con facilidad y energía para iniciar un nuevo día de trabajo.
5. Siento que un día de estos mi mente se estallara de tanta presión en el trabajo.
6. Siento cansancio mental al grado de no poder concentrarme en mi trabajo.
7. Me cuesta mucho trabajo ser cortés con los usuarios de mi trabajo.
8. Siento que mi desempeño laboral sería mejor si tuviera otro tipo de empleo.
9. Establezco fácilmente comunicaciones con los usuarios de mi trabajo.
10. Hace mucho tiempo que dejé de hacer mi trabajo con pasión.
11. Todos los días me levanto y pienso que debo buscar otro empleo donde pueda ser eficiente.
12. Aunque realizo bien mi trabajo, lo hago por compromiso.
13. Si encontrara un empleo motivador de mis intereses personales, no dudaría en dejar el actual.
14. Las situaciones a las que me enfrento en mi trabajo no me provocan tensión alguna.
15. Siento que mis habilidades y conocimientos están desperdiciados en mi trabajo.
16. En mi trabajo todos me parecen extraños por lo cual no me interesa interactuar con ellos.
17. Aunque me esfuerzo en realizar mi trabajo no logro sentirme satisfecho con ello.
18. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato mal.
19. Mi cuerpo me reclama más horas de descanso, porque mi trabajo me tiene agotado.
20. Al llegar a casa después de mi trabajo lo único que quiero es descansar.
21. Lo que más me gusta de mi trabajo es la relación con los usuarios del mismo.
22. Se me facilita entender los problemas de los usuarios de mi trabajo.
23. Aunque un usuario de mi trabajo sea descortés conmigo, lo trato bien.
24. Mi trabajo es tan poco interesante que me es difícil realizarlo bien.
25. Mis actividades de trabajo han dejado de parecerme importantes.
26. Siento que la energía que ocupo en mi trabajo, no la puedo reponer.

27. Mis horas de descanso son suficientes para reponer la energía que gasto al realizar mi trabajo.
28. No me siento contento con mi trabajo y eso me ha ocasionado problemas con mis compañeros.
29. Proporcionar un buen trato a los usuarios de mi trabajo es muy importante para mí.
30. En mi trabajo he llegado a un momento en el que actúo únicamente por lo que me pagan.

¿Con que frecuencia...?

31. Consideras que duermes en exceso (más de 8 horas diarias).
32. Te sientes deprimido (muy triste).
33. Sientes que la calidad de tu sueño es mala.
34. Tienes dolores de cabeza.
35. Sientes dificultad para deglutir.
36. Te despiertas bruscamente con gritos, llanto y mucho miedo.
37. Te has desmayado.
38. Tienes dolor durante tus relaciones sexuales.
39. Sientes indiferencia sexual.
40. Tienes pesadillas que alteran tu tranquilidad al dormir.
41. Te sientes desesperado (ansioso).
42. Despiertas y eres incapaz de moverte o hablar.
43. Te duelen las articulaciones de brazos y piernas.
44. Sufres de intolerancia a diferentes alimentos.
45. Sufres vómitos.
46. Pierdes sensibilidad táctil (manos, piel, etc.).
47. Tienes dolores en el abdomen.
48. Tienes la sensación de debilidad muscular en cierta parte del cuerpo.
49. Te duele la espalda y el cuello.
50. Tienes molestias al orinar.
51. Consideras que tienes problemas respiratorios al dormir (p.e. Roncar)
52. Te levantas de la cama durante la noche sin despertar.

53. Sientes un nudo en la garganta.
54. Llegas a perder la voz.
55. Dejas de dormir por varios días.
56. Sientes que interrumpes tu sueño durante la noche.
57. Sufres nauseas.
58. Sufres golpes irresistibles de sueño en situaciones inadecuadas (ej. Manejando, conversando).
59. Te duele el pecho.
60. Tienes molestias al defecar.
61. Tienes problemas para alcanzar un orgasmo cuando estas con una pareja.
62. Sufres diarrea.
63. Tienes la sensación de perder el equilibrio.
64. Te despiertas sintiendo taquicardia, sudoración, tensión muscular y confusión.

Las preguntas **65, 66 y 67** son sólo para **hombres**, las preguntas **68, 69 y 70** sólo para **mujeres**.

65. Tienes problemas de eyaculación precoz.
66. Tienes problemas de erección.
67. Tienes problemas para alcanzar la eyaculación.
68. Tu menstruación es irregular.
69. Tienes perdida menstrual excesiva (sangrado).
70. Durante tu periodo menstrual, sufres dolores insoportables que limitan tus actividades.

Anexo 4. Escala de Burnout de Maslach.

MBI

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 verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles 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:

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

1. Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.	
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.	
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.	
4. Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.	
5. Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales.	
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	
7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.	

8. Siento que mi trabajo me está desgastando.	
9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.	
10. Siento que me he hecho más duro con la gente.	
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	
12. Me siento muy enérgico en mi trabajo.	
13. Me siento frustrado por el trabajo.	
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.	
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.	
16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.	
18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.	
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.	
22. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.	

Anexo 5. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.

Escala H.A.D

Lea cada pregunta y marque con una X la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta, en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que se piensan mucho.

1. Me siento tenso(a) o nervioso(a):
 Todo el día Casi todo el día De vez en cuando Nunca
2. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No, en absoluto
3. Siento una especie de temor como si algo fuera a suceder:
 Sí y muy intenso Sí, pero no muy intenso Sí, pero no me preocupa No siento nada de eso
4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No, en absoluto
5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:
 Todo el día Casi todo el día De vez en cuando Nunca
6. Me siento alegre:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No, en absoluto
7. Soy capaz de permanecer sentado tranquila y relajadamente:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No, en absoluto
8. Me siento lento y torpe:
 Todo el día Casi todo el día De vez en cuando Nunca
9. Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estómago:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No, en absoluto
10. He perdido el interés por mi aspecto personal:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No, en absoluto
11. Me siento inquieto(a), como si no pudiera dejar de moverme:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No, en absoluto

12. Espero las cosas con ilusión:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No, en absoluto

13. Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No, en absoluto

14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro, programa de radio o televisión:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No, en absoluto

Anexo 6. Inventario de Ansiedad de Beck.

BAI

Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, incluyendo hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

Síntomas	Poco o nada	Más o menos	Moderadamente	Gravemente
Entumecimiento, hormigueo				
Sentir oleadas de calor (bochorno)				
Temblor en las piernas				
Dificultad para relajarse				
Miedo a que pase lo peor				
Sensación de mareo				
Latidos del corazón fuertes y acelerados				
Inseguridad				
Sentirse atemorizado o asustado.				
Nervioso				
Sensación de ahogo				
Manos temblorosas				
Inquietud				
Miedo a perder el control.				
Dificultad para respirar				
Miedo a morir				
Asustado				
Indigestión o malestar estomacal				
Debilidad				
Rubor fácil, sonrojamiento.				
Sudoración (no debida al calor).				

Anexo 7. Inventario de Depresión de Beck.

BDI

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor, lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se sintió la semana pasada incluyendo hoy y márkela.

- No me siento triste.
- Me siento triste.
- Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo.
- Me siento tan triste que no puedo soportarlo.

- No me siento fracasado.
- Siento que he fracasado más que las personas en general.
- Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos.
- Siento que soy un completo fracaso como persona.

- No me siento decepcionado de mí mismo.
- Me siento decepcionado conmigo mismo.
- Estoy disgustado conmigo mismo.
- Me odio.

- No siento que este siendo castigado.
- Siento que puedo ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

- En general no me siento desalentado por el futuro.
- Me siento desalentado por mi futuro.
- Siento que no tengo nada que esperar del futuro.
- Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

- Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo.
- No disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo.
- No obtengo verdadera satisfacción de nada.
- Estoy insatisfecho con todo.

- No me siento culpable.
- Me siento culpable una gran parte del tiempo.
- Me siento culpable la mayor parte del tiempo.
- Me siento culpable todo el tiempo.

- No pienso en suicidarme.
- Pienso en el suicidio pero no lo llevaría a cabo.
- Quisiera suicidarme.
- Me suicidaría si tuviera la oportunidad.

- No creo ser peor que otras personas
- Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores.
- Siempre me culpo por mis fallas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

- No estoy más irritable de lo normal.
- Me enoja o irrito con más facilidad que antes.
- Me siento irritado todo el tiempo.
- Ya no me irritan las cosas por las que solía hacerlo.

- Tomo decisiones con la misma facilidad que antes.
- Evito tomar decisiones.
- Tengo gran dificultad para tomar decisiones.
- Ya no puedo tomar decisiones.

- Puedo trabajar igual de bien que antes.
- Me cuesta un esfuerzo especial iniciar algo.
- Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa.
- No puedo realizar ningún trabajo.

- No me canso más que antes.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso por cualquier cosa.
- No puedo realizar ningún trabajo.

- No he perdido peso.
- He perdido más de 2.5kg (sin dieta).
- He perdido más de 5kg (sin dieta).
- He perdido más de 7.5kg (sin dieta).

- No he notado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- Estoy menos interesado en el sexo que antes.
- Apenas me siento atraído por el sexo
- He perdido todo el interés por el sexo.

- No lloro más de lo usual.
- Lloro más de lo que solía hacerlo.
- Actualmente lloro todo el tiempo.
- Antes podía llorar, pero ahora no puedo llorar aunque lo desee.

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido gran parte del interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

- No creo que mi aspecto haya empeorado.
- Estoy preocupado porque me veo viejo y poco atractivo.
- Creo que mi aspecto empeora constantemente quitándome el atractivo.
- Creo que mi aspecto es feo y repulsivo.

- Duermo tan bien como antes.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto 1 o 2 horas de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

- Mi apetito no es peor a lo normal.
- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- Mi apetito es ahora mucho peor.
- He perdido el apetito.

- No estoy preocupado por mi salud.
- Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar estomacal, estreñimiento.
- Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
- Estoy tan preocupado por mi salud que no puedo pensar en otras cosas.

Anexo 8. Hoja de datos de los investigadores.

Si necesita apoyo o tiene alguna duda puede localizarnos en nuestros correos:

Psic. María Isabel Reyes Saavedra: isabel.rs.psi@gmail.com

Psic. Víctor Rodrigo González Álvarez: vrodrigogonzalez@outlook.es

Psic. Eduardo Abraham Vidal Velazco: lalovidal_vela@hotmail.com

Mtro. Edgar Landa Ramírez: edgar_landa_ramirez@yahoo.com.mx

¡Muchas gracias por su participación!