

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

**Desesperanza, “burnout” e ideación suicida  
en enfermeras y médicos  
de un servicio de urgencias**

TESIS

Que para obtener el grado de Licenciado en  
Psicología presenta

**Víctor Rodrigo González Álvarez**

Director de tesis: Mtro. Edgar Landa Ramírez

Revisor: Dr. Juan José Sánchez Sosa

Sinodales: Dr. Vladimir Orduña Trujillo

Dra. Mariana Gutiérrez Lara

Mtro. Jorge Álvarez Martínez

MÉXICO, D.F., 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

Tuve la fortuna de contar con un gran apoyo para realizar este proyecto de investigación, de antemano una disculpa si olvido nombrar a alguien. Primeramente quiero agradecer a Edgar Landa por estar siempre pendiente del proyecto y dedicar mucho tiempo y esfuerzo para que todo saliera bien. A Juan José Sánchez Sosa que a pesar de la enorme carga de trabajo que tenía siempre estuvo dispuesto a apoyarme en todo lo que necesitara e hiciera falta, sus correcciones y sugerencias fueron muy valiosas, su motivación y aliento fueron fundamentales para mí.

Agradezco a mi familia; mi madre Susana, mi papa Víctor, mi hermana y hermano Andrea y David por apoyarme, cada uno de distinta manera, ya sea económicamente o simplemente aguantando mis cambios de humor dependientes de la tesis.

Agradezco a Nancy Rangel y Alejandro Villavicencio por aportar diferentes recursos como su atención y tiempo en asesorías. A Isabel Reyes y a Eduardo Vidal, compañeros de tesis y amigos, gracias por las interminables horas compartidas frente a la computadora que aunque eran de trabajo siempre se disfrutaban a su lado.

A Ian Halliwell por haberme dado ese último empujón para poder acabar la tesis.

A los participantes, personal de salud y directivos del Hospital General *Gea González*, de México

A Gamaliel, por ser una persona tan importante en mi vida y que a pesar de las dificultades siempre estuvo al tanto de mis progresos y me motivó infinitamente a continuar con esta gran meta.

Por último y no menos importante me agradezco a mi mismo por haberme esforzado y haber superado varios obstáculos en el camino.

## Índice

Resumen	4
Abstract	5
Capitulo 1- La psicología y la salud	6
Capitulo 2-Ideación suicida, desesperanza y burnout en personal de salud y de urgencias	20
Suicidio, intento suicida e ideación suicida en personal de salud	27
Burnout y desesperanza	30
Otros factores asociados	35
La situación en México	36
Fundamentación del estudio	38
Objetivos del estudio	39
Método	40
- Participantes	40
- Medición	43
- Procedimiento	50
- Análisis estadísticos	52
Resultados	53
Discusión	59
Referencias	64
Anexos	7

## Resumen

El personal de salud suele presentar niveles más altos de variables relacionadas con el suicidio que la población general, lo cual se ha asociado a diversos factores tales como el agobio, desgaste y agotamiento extremos conocido como *burnout*. Debido a la dificultad para evaluar el acto suicida se utilizan otras variables alta y consistentemente relacionadas como la desesperanza y la ideación suicida. En México algunos estudios han evaluado el burnout en personal de salud pero no se ha identificado su relación con la ideación suicida y la desesperanza. En el personal de servicios de urgencias, cuyas condiciones de trabajo son especialmente difíciles, esta relación es particularmente importante como base para diseñar intervenciones que mejoren su salud mental y por ende la calidad de sus servicios. **Objetivo:** Identificar la asociación entre el burnout y sus componentes, la ideación suicida y la desesperanza en el personal de un servicio de urgencias. **Diseño/participantes:** Se realizó un estudio no experimental, correlacional, transversal con 74 participantes, médicos y enfermeras, de un hospital público de la Ciudad de México. **Medición:** El burnout se evaluó con la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) y el Inventario de Burnout de Maslach (MBI). La ideación suicida y la desesperanza se evaluó con la Escala de Ideación Suicida de Beck (EBIS) y la de desesperanza de Osnaya. **Resultados:** Se obtuvo una correlación positiva estadísticamente significativa entre insatisfacción de logro e ideación suicida y negativa entre realización personal e ideación suicida. La insatisfacción de logro fue, por su parte, un predictor de la ideación suicida. **Conclusiones:** A partir de los resultados se puede concluir que existe una importante relación entre el factor insatisfacción de logro, baja realización personal y la ideación suicida, asociación que a su vez muy probablemente impacta el resto del funcionamiento personal y profesional de los participantes y, por tanto, constituyen variables dependientes dignas de inclusión en el diseño de intervenciones preventivas o terapéuticas.

## Hopelessness, burnout and suicidal ideation in nurses and physicians of an emergency room

**Abstract.** Healthcare providers tend to show higher levels of variables related to suicide that, in turn, have been associated with such factors as burnout. In view of the difficulties posed by evaluating the suicidal act itself, researchers use other variables that have shown consistently high correlations, such as hopelessness and suicidal ideation. In Mexico some studies have evaluated burnout in healthcare providers but they have not examined its relation with either suicidal ideation or hopelessness. Since emergency-room healthcare providers work under particularly difficult conditions, analyzing these relations is especially important because results could be used to develop interventions aimed at improving their mental health and, therefore, the quality of their services. **Objective:** To identify the association between the components of burnout, suicidal ideation and hopelessness in healthcare providers of an emergency service. **Design/participants:** A non-experimental, correlational, transversal study was done with 74 participants, physicians and nurses of a public hospital in Mexico City. **Measurement:** Burnout was measured through the Mexican Scale of Occupational Exhaustion (EMEDO) and the the Maslach Burnout Inventory (MBI). Suicidal ideation and hopelessness were measured through the Beck Scale for Suicidal Ideation (SSI) and the Osnaya Hopelessness Scale. **Results:** Positive and statistically significant correlations were obtained between achievement dissatisfaction and suicidal ideation as well as negative between low personal realization and suicidal ideation. **Conclusion:** On the basis of the present results it could be concluded that, in view of an important relationship between achievement dissatisfaction and low personal realization with suicidal ideation, it is highly likely that both personal and professional functioning of participants will be impaired under these conditions and therefore constitute worthy dependent variables for designing preventive or therapeutic interventions.

## Capítulo 1: *La psicología y la salud*

La epidemiología de la salud-enfermedad ha cambiado notablemente a lo largo de la historia de la humanidad. La transición epidemiológica se refiere a los cambios a largo plazo en los patrones de muerte, enfermedad e invalidez que caracterizan a una población específica y que, por lo general, se presentan junto con transformaciones demográficas, sociales y económicas más amplias (Frenk, 1991). Con objeto de articular explicaciones relativamente generales sobre la evolución de cambios epidemiológicos Abdel Omran en 1971 propuso una teoría del cambio epidemiológico mundial donde señala que ha habido diferentes etapas en los procesos de epidemiología de las enfermedades. De manera general los países de “primer mundo” o con mayor desarrollo económico mantienen a las enfermedades crónico degenerativas como la principal causa de muerte. Los países de bajos recursos tienen como principal causa de mortalidad las enfermedades infecto-contagiosas, mientras que los países en desarrollo parecen encontrarse en medio de esta transición demográfica caracterizada por cifras elevadas de ambos tipos de padecimiento (Omran, 1971).

Esta propuesta teórica enumera diversas proposiciones base, la primera es que la mortalidad es un factor clave en la dinámica de las poblaciones ya que las tasas de mortalidad y el promedio de vida se mantienen en constante cambio. En cuanto a la expectativa de vida ésta ha evolucionado desde ser de aproximadamente 18 años en la antigua Grecia, 34 años en el siglo XVIII en Génova y continúa aumentando hasta nuestros días (74.7 años en México) (INEGI, 2014). Las tasas de mortalidad alta mantuvieron a la población con pequeños aumentos

hasta aproximadamente 1650 cuando comenzó un aumento exponencial de ésta. Su segunda propuesta señala que durante estos cambios en las tasas de mortalidad, los patrones en mortalidad y enfermedad cambian, de modo que se pueden distinguir tres principales etapas históricas en la transición epidemiológica (Omran, 1971):

1. Etapa de pestilencias y hambrunas: La mortalidad es alta y se debe principalmente a las epidemias, hambrunas y guerras, la tasa es cambiante. La esperanza de vida es baja (20 a 40 años).
2. Etapa de las pandemias recidivantes: La mortalidad declina gradualmente y la población comienza a aumentar mayormente. La esperanza de vida es de 30 a 50 años.
3. Etapa de las enfermedades crónico degenerativas: La mortalidad sigue reduciéndose hasta alcanzar un punto estable. El promedio de vida pasa los 50 años.

La transición epidemiológica, según esta propuesta generalmente aceptada está dada por diversos determinantes. Las tres categorías principales de estos determinantes incluyen:

- 1.- Determinantes Eco-biológicos: Se refiere a un balance complejo entre los agentes de la enfermedad, el nivel de hostilidad ambiental y la resistencia que el huésped (el individuo) posee.
- 2.- Determinantes socioeconómicos, políticos y culturales: Incluye hábitos de higiene y nutrición y de forma de vida que impactan directa o indirectamente en la salud.
- 3.- Determinantes médicos y de salud pública: Se refiere a las medidas preventivas y de curación para enfrentar la enfermedad, esto puede

incluir medidas de sanidad públicas, vacunas e intervenciones médicas.

Estos factores diversos han tenido un peso diferente sobre la epidemiología de la salud-enfermedad a lo largo de la historia. La disminución en la mortalidad hasta el siglo XIX estuvo causada principalmente por factores eco-biológicos, socio-biológicos, políticos y culturales y no fue sino hasta el siglo XX cuando varios determinantes médicos como las vacunas y otros avances en medicina mejoraron significativamente la salud y disminuyeron las tasas de mortalidad. En la actualidad, los países desarrollados probablemente deben su alta calidad de vida y sus bajas tasas de mortalidad a determinantes socioeconómicos, políticos y culturales, mientras que los países en desarrollo se mantienen más influidos por determinantes médicos (Omran, 1971).

Los factores económicos y sociales interactúan de manera compleja con los patrones de salud enfermedad. Según Armelagos, Brown & Turner, 2005, la pobreza y la desigualdad social han sido y son un factor altamente determinante en la salud de las poblaciones. La estratificación y la disparidad social en el mundo se han hecho cada vez más grandes, actualmente las 200 personas más ricas del mundo concentran la riqueza equivalente a las 2 mil 500 millones de personas más pobres (Armelagos et al., 2005). Estos autores han encontrado robustas correlaciones entre la desigualdad de los ingresos económicos dentro y entre las sociedades y diversas variables de salud. En general, las personas con ingresos altos son más saludables que las que tienen ingresos bajos probablemente debido a las condiciones sociales, sanitarias y estilos de vida lo cual los puede hacer más propensos a ciertas enfermedades, aunque algunas otras son igual de probables en ambas condiciones socioeconómicas.

Sin embargo, todo parece indicar que no es el ingreso promedio el que determina el estado general de salud sino diferencias abismales entre ricos y pobres, mismas que frecuentemente se basa en sistemas capitalistas o “macro-parasitarios” donde una clase elite obtiene la mayoría de sus recursos de la explotación de la clase pobre. Adicionalmente, la clase privilegiada sustenta una ideología de justificación en donde las causas de la pobreza y la enfermedad de la clase baja se deben a los pobres mismos y no al sistema prevaleciente (Armstrong, 2005). Así, los conceptos de salud y enfermedad se convierten en difíciles de definir. Es por esto que a lo largo de la historia de la humanidad se han adoptado diversos puntos de vista e intentado diversas explicaciones sobre estos fenómenos.

En las primeras etapas de la humanidad cuando se comenzó la domesticación de animales y plantas (en el Neolítico) la mortalidad estaba causada principalmente por accidentes y guerras y por enfermedades infecto-contagiosas. Estas enfermedades se generaban principalmente por el contacto estrecho con los animales, el incremento de la población y los desechos generados por ellos. Desde esta perspectiva, tiene sentido definir a la salud como la ausencia de la enfermedad, incluso así estaba definida por la propia OMS (Engel, 1977).

Esta fue la forma predominante en que se concibió a la enfermedad durante muchos años y se fundamentaba en el marco teórico del modelo biomédico, el cual había dejado de ser únicamente un modelo para convertirse en un dogma. Dos de las bases más importantes de este modelo son el reduccionismo el cual implica que hay que restringir el agente causal a la entidad física mínima posible, y el dualismo, que tiene sus raíces en la división cartesiana entre mente y cuerpo, que señala que entre la mente y el cuerpo existe una estricta separación que resulta en procesos biológicos por un lado y psicológicos por otro (Engel, 1977).

Bajo esta premisa la salud se definía por exclusión pues consistía en la ausencia de enfermedad y estaba basada únicamente en los signos y síntomas físicos (Alonso, 2004). El modelo biomédico hizo énfasis en la importancia de los componentes biológicos de la enfermedad y de la salud dejando de lado los factores psicológicos y sociales que, ahora se sabe, participan en el proceso salud-enfermedad, además redujo la patología a sus marcos de comprensión y dejó de lado lo que no había podido explicar o tratar (Engel, 1977).

Después de las propuestas epidemiológicas de Omran, más recientemente, se ha postulado que la población mundial se encuentra en otra transición epidemiológica, un tercer cambio en el que las enfermedades infecto-contagiosas están reapareciendo y causando altos índices de mortalidad mundial. Varios estudios indican que podrían estar coexistiendo dos etapas, por un lado las enfermedades crónico-degenerativas y por otro las infecciones típicas de la primera transición, sumadas a otras nuevas infecciones que incluso pueden ser resistentes a tratamientos con antibióticos. Este cambio podría deberse a nuevas formas de interacción social, cambios ambientales y demográficos en la ecología global y en la adaptación de los microorganismos (Armelagos et al. 2005).

Las diversas propuestas teóricas sobre la transición epidemiológica históricamente se habían generado desde un modelo lineal; la teoría de Omran, el modelo de Frederiksen (transición temprana, transición tardía y transición moderna), el modelo de Lerner (vitalidad baja, control creciente de la mortalidad y concepción ampliada de la salud). Frenk, 1991, cuestiona la supuesta direccionalidad de estos cambios e incluso se cuestiona si las últimas transiciones no son más que el resultado de un modo deficiente de industrialización, urbanización y consumo masivo en vez de un progreso. Al parecer los países muestran una diversi-

dad de patrones epidemiológicos diferentes incluso en regiones tales como América Latina. Por ejemplo, México se encuentra actualmente en una situación mixta en la que ni las enfermedades infecciosas ni las crónico- degenerativas han llegado a predominar. Incluso dentro de los países se encuentran diferencias epidemiológicas ya que la clase alta experimenta principalmente las enfermedades crónico degenerativas mientras que la clase baja experimenta las dos (Frenk, 1991).

Desde la segunda transición epidemiológica propuesta por Omran (el cambio a las enfermedades crónico degenerativas), el modelo biomédico ha quedado notoriamente rebasado ya que las enfermedades crónico degenerativas no tienen una cura y sólo se controlan. Además, la propuesta de Armelagos de una tercera transición epidemiológica y la de Frenk de etapas no lineales ha generado mayor conciencia de que los factores sociales y por lo tanto los conductuales tienen un efecto importante en los patrones de salud- enfermedad. Los cambios comportamentales y sociales fueron necesarios para el tratamiento de las enfermedades crónico degenerativas y para el control de la reaparición de ciertas enfermedades, por lo cual se necesitó de un nuevo paradigma en la salud que incluyera aspectos psicológicos y sociales (Engel, 1977).

Ya desde la década de los setenta el descontento con el modelo clásico de la salud llevó a generar la propuesta de un modelo biopsicosocial. En el famoso informe de Lalonde (1974) titulado, *A new perspective on the health of Canadians* el ministro nacional de salud hace un exhorto a descartar el modelo biomédico de la salud y a adoptar nuevas medidas, muestra evidencia de que muchas enfermedades y muertes están causadas por un ambiente inadecuado y por hábitos insanos de conducta, consumo de sustancias nocivas, alimentación descuidada y estilo de vida sedentario.

George Engel, psiquiatra norteamericano que trabajó en la Universidad de Rochester en Nueva York propuso en 1977 un modelo biopsicosocial para la medicina en el cual se incluyen los hallazgos científicos que la medicina ha realizado pero sin dejar de lado la necesidad de trabajar en las variables psicológicas y socioculturales de los pacientes. La identificación de la forma en que la conducta de los individuos y su contexto sociocultural (prácticas culturales, creencias, condiciones sociales y económicas) promueven y mantienen el desarrollo de la enfermedad es un objetivo medular de este nuevo enfoque de la salud.

Este modelo está basado en el modelo general de sistemas de von Bertalanffy en el cual los sistemas sociales y naturales funcionan mediante componentes que interactúan y se ordenan de forma estructural y funcional además de que cada uno de los componentes de un sistema están conectados en relaciones jerárquicas (Engel, 1977). La sociedad ha participado también en la promoción de esta nueva concepción ya que desde hace unos años y en la actualidad ha exigido el uso de un modelo más holístico y funcional.

A pesar del gran avance científico y tecnológico al que se ha llegado en los sistemas de salud, éste se percibe como frío e insensible a las necesidades personales y familiares. El modelo clásico de la medicina puede llevar incluso a hospitalizaciones innecesarias, uso excesivo de medicamentos y cirugías o al uso inapropiado de pruebas diagnósticas (Engel, 1977).

La enfermedad más que ser un estado definido únicamente por estados biológicos incluye también la interpretación de la condición de un individuo ante diversas variables en interacción como son su fisiología, su psicología, y su entorno socio cultural. Dado que existe una delgada y relativa línea entre la salud y la enfermedad, el modelo clásico no ha podido explicar cómo es que algunas personas con hallazgos positivos

de laboratorio no se muestran enfermas o, al revés, cómo personas que se sienten enfermas no muestran bases biológicas de la enfermedad (Engel, 1977).

Gracias a la nueva consideración que se tuvo de los diversos factores que afectaban la salud se gestan internacionalmente nuevas definiciones o conceptualizaciones sobre lo que es la salud y la enfermedad. Actualmente La constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su 45ª edición ha declarado que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades. De esta manera se da un paso más para dejar atrás al modelo biomédico.

En sentido social, la salud es además un derecho que toda la humanidad posee independientemente de cualquier condición. En la reunión de la conferencia internacional sobre atención primaria de la salud declaración de Alma Ata de 1978 celebrada en Kazajstán, la OMS declaró también que la salud es una prioridad mundial y que los estados de todo el mundo tienen la obligación de proporcionar a sus habitantes los recursos necesarios, tanto políticos, económicos y sanitarios para su obtención (OMS, 1978; OMS, 2006). En este sentido también se reconoce la importancia del contexto social, como la situación económica, en la salud y la enfermedad.

A pesar de que el modelo biopsicosocial ha sido bien recibido por la comunidad científica y académica mundial ha sido difícil llevarlo a la práctica debido a que requiere una visión más amplia en los procesos involucrados en la salud, lo cual a su vez requiere mayor conocimiento y tiempo dedicado a la investigación. Además, implica que es necesaria una nueva relación médico-paciente en la cual el médico preste atención a las condiciones psicosociales de su paciente, lo que implica entrenamiento adicional. El modelo biomédico, sin embargo, continúa

incrustado en la práctica médica tanto pública como privada y ha sido difícil de reemplazar por el modelo biopsicosocial, en parte por los costos que representa el cambio. Algunos avances de la medicina basada en la genética han venido a empeorar esta situación al reforzar el antiguo paradigma biomédico (Alonso, 2004).

El modelo biopsicosocial es una de las bases de la psicología de la salud en virtud de que tiene como objetivo la investigación y aplicación del conocimiento científico psicológico al mantenimiento o recuperación de la salud. En realidad la psicología y la medicina habían estado en constante interacción desde hace mucho tiempo, esta unión se había concretado con otros nombres como medicina psicológica, medicina psicosomática o medicina comprensiva. En 1976 la Asociación Estadounidense de Psicología (APA) generó un grupo de trabajo para investigar los alcances de la psicología en el área de la salud y una de sus conclusiones documenta que *no hay área de la psicología que no pueda contribuir al entendimiento de las variables relacionadas a la salud y la enfermedad* (Matarazzo, 1980).

Generalmente se acepta que la Medicina Conductual se creó formalmente en el año 1977 en ocasión de la conferencia de medicina conductual en la Universidad de Yale, la medicina conductual se crea como una interdisciplina que integra el conocimiento de las áreas biológica, psicológica, conductual y social para la prevención y mantenimiento o recuperación de la salud. Esto marca el punto de partida para la unión de las ciencias biológicas y conductuales para atacar problemas con una visión multidisciplinaria. En 1978 se crea la División 38 de la APA; "Psicología de la Salud" y se la define como "el agregado de contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas del campo de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud" (Matarazzo, 1980). A partir de estos años la presencia de la psicología en la salud se incrementa progresivamente y se reconoce cada vez más la

importancia de los factores conductuales y sociales en la salud y la enfermedad (Matarazzo, 1980; Schwartz, 1980).

Uno de los temas clave para la reunión de las ciencias biológicas y conductuales es el fenómeno del estrés. Numerosas investigaciones demuestran que el estrés psicosocial ocasiona o influye en la generación o susceptibilidad a enfermedades contagiosas y genéticas (Schwartz, 1980). Esto ha generado procedimientos de intervención derivados de aproximaciones conductuales para el manejo del estrés como el “*bio-feedback*” (retroalimentación biológica), relajación muscular progresiva profunda, meditación y otras técnicas de autocontrol (Sanchez Sosa & Palacios, 1990; Schwartz, 1980). La psicología de la salud se ha ocupado principalmente de tratar enfermedades, por ejemplo las crónicas degenerativas, y últimamente se ha aplicado también para prevenir y tratar padecimientos de los trabajadores de diversas áreas (Schwartz, 1980).

Diversas investigaciones han mostrado que los médicos padecen altos niveles de estrés lo cual puede generar múltiples consecuencias negativas, tanto de salud como laborales, incluyendo errores médicos serios. Si bien no se conocen con exactitud los factores involucrados en el surgimiento del estrés en esta población, hay estudios que señalan que éste comienza desde los estudios en medicina. Algunos factores que podrían estar involucrados son la competitividad, el requerimiento de perfección, autonomía con demasiada responsabilidad y el temor a mostrar vulnerabilidad (Devi, 2011) así como baja tolerancia a la frustración, altas cargas académicas y falta de reconocimiento (Riveros, González y Mazón, 2012).

En un informe titulado “*Médicos bajo estrés*” se reconoce la importancia y gravedad de este problema, expertos que trabajan en programas para la salud de los médicos señalan que el estrés en estos profesionales se ha vuelto un problema de salud pública. Índices altos de automedica-

ción, alcoholismo, y otras conductas autodestructivas se han reportado entre los médicos que tratan de enfrentar el estrés por sí mismos a causa de temer perder sus licencias al buscar ayuda (Devi, 2011).

El estrés laboral puede generar conductas deshonestas y no profesionales como mentir en reportes laborales además de crear sentimientos menos altruistas en el trabajo. Es probable que el estrés en los médicos comience desde instancias en las que a los estudiantes se les explota laboralmente y se exponen a violencia brutal en los servicios de urgencias, se les paga poco y no se les ofrece apoyo psicológico. “Los estudiantes de medicina piensan que están tomando decisiones de vida o muerte y no pueden equivocarse” (Devi, 2011)

Los servicios de urgencias están especialmente expuestos a situaciones estresantes. El personal de esta área tiene que lidiar con problemas difíciles y cambiantes los cuales incluyen: muerte repentina, violencia, trauma y sobrecupo, además se enfrentan a ello por periodos prolongados (Healy y Tyrrell, 2011). En específico en México el área de urgencias es también vulnerable ya que presenta: alta saturación en el servicio, infraestructura insuficiente, atención deficiente o incompleta y recursos humanos inadecuados (Polanco-González et al, 2013).

Estas condiciones pueden explicar por qué esta área presenta niveles mayores de estrés que otras, lo cual puede llevar a múltiples y muy variadas consecuencias como: problemas de sueño, de alcoholismo, disminución del apetito, disminución de la moral en el trabajo, incremento de ausentismo, disminución de la productividad, aumento de las rotaciones, problemas de enfermedad cardíaca, dolor estomacal, ansiedad y problemas de salud mental (Healy & Tyrrell, 2011).

En un detallado estudio llevado a cabo para identificar las experiencias de los médicos y enfermeras del área de urgencias de tres hospitales de

Irlanda. Se aplicaron cuestionarios a 90 enfermeras(os) y 13 médicos sobre sus experiencias en el departamento de urgencias (Healy & Tyrrell, 2011). Las principales causas de estrés resultaron:

1- El 73% identificó al ambiente laboral (mala paga, saturación de gente, poco trabajo en equipo)

2- La agresión y la violencia por parte de los pacientes y los familiares hacia el personal de salud.

3- La muerte o la resucitación de un niño o una persona joven, en especial entre el personal con más años de experiencia.

4- Resucitación y cuidado de pacientes en estado crítico en especial en el personal con pocos años de experiencia.

5- No recibir apoyo de las instituciones para el manejo del estrés, o recibir un apoyo inadecuado.

Dado que cada vez se reconoce en mayor medida la afectación del estrés en el personal de salud, en especial en ciertas áreas, se han generado investigaciones desde la psicología para encontrar los factores determinantes para ello y su tratamiento. Los sectores salud de los gobiernos también han tomado parte de ello, por ejemplo, en el 2005 se promulgó en Irlanda la ley *“Salud y bienestar en el trabajo”* donde se establece que los empleadores deben asegurar la salud física y mental de sus trabajadores. También en Irlanda se calculó que el 67% de las compensaciones económicas por afectaciones laborales en el año 2006 estaban relacionadas con el estrés (Healy & Tyrrell, 2011).

El problema del estrés laboral se ha estudiado desde la década de los setenta y se ha identificado con el nombre de *“burnout”* por Freud-

berg en 1974. Posteriormente Maslach y Jackson, 1981, lo definen como “un síndrome de desgaste emocional y cinismo que ocurre frecuentemente entre individuos que trabajan interactuando con otras personas”. El burnout implica tres áreas:

1) Desgaste emocional; situación en la que se percibe que los recursos emocionales están agotados y que ya no se es posible dar más de sí.

2) Despersonalización; se refiere al desarrollo de actitudes y sentimientos negativos hacia las personas que se atiende laboralmente, esto se expresa con conductas de frialdad y cinismo. Incluso se puede llegar a ver a los clientes o pacientes de forma deshumanizada, y pensar que éstos tienen la culpa de sus problemas.

3) Sentimientos de falta de realización personal; se generan sentimientos negativos hacia sí mismo respecto a su desempeño laboral. (Maslach & Jackson, 1981; Uribe, 2007).

El burnout está asociado con u ocasiona diversas consecuencias negativas en los trabajadores, entre otras: ausentismo laboral, abandono del trabajo, rotación laboral, conflictos entre trabajadores, depresión, alcoholismo, tabaquismo, problemas familiares y maritales (Maslach y Jackson, 1981; Uribe, 2007). Además de estos problemas, el burnout ha sido una variable muy asociada al riesgo suicida y a la desesperanza en el personal de salud.

En virtud de que se basa en los mecanismos regulatorios naturales y sociales que gobiernan al comportamiento la psicología de la salud puede y debe intervenir en la prevención y tratamiento del burnout y de los problemas asociados a éste. Un estudio buscó, además de identificar los factores asociados al estrés laboral en médicos cirujanos proponer un modelo de tratamiento basado en el bienestar personal. Los

resultados indicaron que los médicos frecuentemente se encuentran en una dinámica de posponer la gratificación o el placer personal (Balch & Shanafelt, 2011).

En términos de intervención, estos autores proponen incorporar cinco pasos:

- 1) identificación de los valores personales y laborales
- 2) optimización y moldeamiento de la carrera
- 3) identificación y manejo de los estresores específicos
- 4) balance entre las metas personales y laborales y
- 5) nutrir el bienestar personal.

En este contexto, la psicología de la salud tiene un importante papel que cumplir en el estudio, prevención y tratamiento del burnout y de sus consecuencias en el personal de salud. Debido a que las conductas suicidas y la desesperanza son variables asociadas al burnout en el personal de salud en el siguiente capítulo se abordarán los hallazgos de la literatura de investigación que lo han documentado.

## **Capítulo 2: Ideación suicida, desesperanza y burnout en personal de salud y de urgencias.**

### *Suicidio, Ideación suicida y desesperanza*

El suicidio, según la definición clásica de Durkheim es “todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado” (Durkheim, 1897). Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2012) es la “acción de matarse a sí mismo”. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) el suicidio es un trastorno multifactorial (genético, biológico, psicológico, social y cultural) y aunque no es en sí una enfermedad, los trastornos mentales son un factor de riesgo muy importante (existe una prevalencia del 80-100% de trastornos mentales en el suicidio logrado).

Se calcula que, además del grave sufrimiento a las personas cercanas al suicida que le sobreviven, los costos económicos del suicidio se cuentan en miles de millones de dólares estadounidenses cada año, además existe grave afectación en las redes sociales en torno al suicida (Hernández-Bringas y Flores, 2011). Se calcula que cada suicidio afecta de manera importante y directa a por lo menos seis personas y a cientos si se llevó a cabo en una institución educativa o laboral (OMS, 2000).

En 1998 el suicidio representó el 1.8% del total de la carga de enfermedades en el mundo, lo que lo iguala con las guerras y los homicidios (OMS, 2000). En el mundo, en el año 2000 cada 40 segundos se consumió un suicidio y normalmente hay de 10 a 20 intentos de suicidio por cada uno consumado, lo cual da un intento aproximadamente cada 3 segundos (Hernández-Bringas y Flores, 2011).

A pesar de que es relativamente sencillo para los países desarrollados llevar estadísticas de las causas de muerte, en el caso del suicidio esto se complica debido a que debe probarse el componente de intencionalidad. Adicionalmente, el suicidio conlleva connotaciones sociales negativas y estigmatización. En cuanto a sistemas estadísticos de registros epidemiológicos sólo un tercio de los países pertenecientes a la Asamblea General de la OMS tienen un sistema de registro civil adecuado para monitorear las causas de muerte (Varnik, 2012). El suicidio se encuentra, en promedio, entre las 10 principales causas de muerte en el mundo y entre las 3 primeras en las edades de 15 a 35 años (OMS, 2000).

Aunque la mejor forma de predecir la tasa de suicidio en un determinado país a corto plazo se basa en el conocimiento de sus tasas pasadas, a largo plazo los cambios pueden variar más y depender de nuevos factores. Un estudio sobre las cifras de la OMS en el 2008 utilizó dos métodos de análisis, uno sobre causas de muerte y uno sobre ideación suicida individual de cada país. El estudio incluyó 105 países (poco más de la mitad del total de miembros de las Naciones Unidas y por tanto de la OMS), se consumaron 782 mil suicidios en el mundo, lo que representa el 1.4% de la mortalidad mundial, y oscilaron desde 0.5% en África al 1.9% en el sureste asiático. La tasa de suicidio mundial se calcula en 11.6 por cada 100 mil habitantes. La tasa hombre-mujer es en promedio 4:1 a nivel mundial, siendo Puerto Rico el que alcanza la tasa más alta (6.6:1) y china el único país que tiene una tasa inversa (0.9:1).

Los seis países con mayor tasa de suicidios son: Lituania (34.1 por cada 100 mil), Corea del Sur, Sri Lanka, Rusia, Bielorrusia y Guyana. China e India, son los países con mayor número de suicidios anualmente a pesar de que los registros estadísticos son deficientes y es muy probable que las tasas estén subestimadas. La OMS también divide las estadísticas en diferentes regiones geográficas, actualmente Europa oriental es

la que mantiene las mayores tasas de suicidio; anteriormente era Europa occidental y la tendencia parece indicar que el suroeste Asiático estará a la cabeza en unos cuantos años (Varnik, 2012).

En este contexto resulta importante hacer notar que aunque los registros mundiales presentan a los países más desarrollados con altos índices de suicidio, son estos mismos los que tienen mejores sistemas de registro y monitoreo de las defunciones. La cultura también juega un papel importante en este sentido ya que en países como Japón aún persiste la idea del suicidio como manera honrosa de hacer frente a ciertas situaciones mientras que en países de América donde la religión católica aún tiene un gran peso puede llevar a que la sociedad condene estos actos al verlos como pecado y vergüenza lo que puede generar que por un lado se evite el suicidio y que la información (estadísticas) sean menos veraces (Hernández-Bringas y Flores, 2011).

Dentro de la cultura, la religión es un factor de gran importancia en el suicidio. Desde 1897 Durkheim señalaba que la religión jugaba un papel protector, ya que desde su punto de vista la religión fomenta la integración social. De manera general las religiones promueven la vida y ven al suicidio como un acto negativo y prohibido es por esto que las personas religiosas tienen una menor tasa de suicidio comparadas con las no religiosas (Corpas, 2011).

En el caso de México, con base en los datos del 2008, el número de suicidios llega a 4565 en ese año, con una tasa hombre-mujer de 4.2 y un tasa general de 4.7 suicidios por cada 100 mil habitantes y el país se encuentra en los últimos lugares en la lista en número de suicidios (Varnik, 2012). Para el año 2012, último año de registro según el INEGI, el número de suicidios llegó a los 5,549 y se colocó en la posición 14 de las causas de mortalidad con 4470 hombres y 1182 mujeres. Entre los jóvenes de 15 a 24 años el suicidio es la 3° causa de muerte, sólo des-

pués de las agresiones y los accidentes, siendo la población masculina la más afectada, de hecho entre la población joven, económicamente activa los hombres presentan una tasa de suicidio de 10 a 1 respecto a las mujeres. La principal forma de cometer el suicidio es a través de ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (INEGI, 2012).

La tendencia a partir de 1950 ha sido a la alza, llegando a tener cada vez mayor similitud con el número de homicidios, por el contrario, el número de homicidios y accidentes ha ido a la baja desde 1980 y hasta 2008 (con excepción de un periodo a partir del 2006). Al parecer uno de los factores es la modernización, ésta, de manera general reduce las tasas de homicidios y accidentes pero aumenta la de suicidios. (Hernández-Bringas y Flores, 2011).

Existen muchas teorías y modelos que buscan explicar el acto suicida desde diversos enfoques, uno de los modelos más recientes y citados es el de Wenzel y Beck (2008). Este modelo propone tres constructos principales que interactúan y llevarían al acto suicida:

a) factores de vulnerabilidad; principalmente se refiere a cinco factores: impulsividad y agresión, déficits en resolución de problemas, un estilo de memoria sobregeneralizada, rasgos de cogniciones disfuncionales, perfeccionismo y neuroticismo.

b) procesos cognitivos asociados a trastornos psiquiátricos, y

c) procesos cognitivos asociados con el acto suicida en sí mismo

Los factores de vulnerabilidad interactúan con los estresantes ambientales e incrementan la probabilidad de generar esquemas cognitivos asociados a trastornos psiquiátricos, lo cual podría generar esquemas cognitivos suicidas. Los dos principales esquemas cognitivos asociados

al acto suicida son: los derivados de desesperanza crónica que llevan a intentos planeados y los derivados de percepciones de desgaste emocional que llevan a actos impulsivos (Shira Barzilay & Apter, 2014).

Independientemente de la propuesta teórica utilizada para explicar el suicidio, se han documentado diversos factores de riesgo para esta conducta, los cuales pueden dividirse en fijos y modificables. Los factores fijos o “distales” se refieren a variables que son difíciles o imposibles de cambiar, como la etnia, la orientación sexual, los intentos previos de suicidio, los factores genéticos, edad, posición económica, género, estado civil. Los factores modificables o “proximales” pueden abordarse principalmente mediante la intervención de un experto competente en salud mental. Factores como ansiedad, depresión, el acceso a medios para cometer el suicidio, trastornos de la personalidad, alcoholismo, la interrupción de tratamientos médicos y el aislamiento social son algunos de ellos (Gutiérrez, Contreras & Orozco, 2006). En efecto, al menos entre el 45% y el 70% de los suicidas sufren principalmente de depresión, la cual suele agregarse a rasgos impulsivos y agresivos o trastornos de la personalidad que a menudo van unidos a una pérdida reciente (OMS, 2000). El uso de drogas adictivas incrementa aún más el riesgo de ideación suicida (Gutiérrez, 2006). Las condiciones que acompañan a enfermedades físicas crónicas como el VIH/SIDA, las enfermedades neurológicas y las neoplasias asociadas con varios tipos de cáncer son también factores de riesgo importantes (OMS, 2000).

En cuanto a la contribución de factores sociodemográficos, algunos de los más claramente asociados al suicidio incluyen los siguientes:

*El sexo:* (los hombres mundialmente tienen mayores índices de suicidio), aunque se ha encontrado que las mujeres realizan más intentos suicidas (Gutiérrez, Contreras & Orozco, 2006).

*La edad:* grupos con edades mayores (arriba de los 65 años) y menores (15-30 años) tienen un aumento en el riesgo suicida.

*El estado civil:* personas divorciadas, viudas o solteras también presentan un mayor riesgo suicida. Aunque el matrimonio es un factor protector para los hombres no parece serlo para las mujeres.

*La ocupación:* veterinarios, granjeros, farmacéuticos, y personal de salud muestran mayor riesgo.

El desempleo, la migración y los problemas de pobreza son otros factores importantes (OMS, 2000).

Desde la óptica profesional las principales características a evaluar en el suicida (Gutiérrez et al., 2006) son:

- a) El suicidio consumado,
- b) Los intentos de suicidio altamente letales aunque fallidos, con intención y planeación del suicidio,
- c) Los intentos de baja letalidad

Otras tres variables que se han propuesto como la clasificación multi-axial tripartita en la evaluación del suicido son el suicidio consumado, el intento suicida y la ideación suicida. De acuerdo con Beck, Kovacs, & Weissman, (1979) en el continuo del intento suicida es muy importante evaluar los pensamientos, deseos, actitudes, amenazas y planes para cometer el suicidio, a esto se le denomina ideación suicida o pensamientos suicidas. Las personas con ideación suicida tienen actualmente planes y deseos para cometer suicido aunque no han realizado ningún intento. Ya que se supone que la ideación precede al intento es importante centrarse en su intensidad, permanencia y características.

La desesperanza es un concepto que se utilizó en 1974 para referirse a “las manifestaciones afectivas, motivacionales y cognitivas de expectativas negativas” de acuerdo a Beck, Weissman, Lester & Trextler (1974). La desesperanza se refiere a “un gran sentimiento de pérdida de ánimo, la imposibilidad de pensar que algo mejor pudiera ocurrir” (Osnaya, 2005).

La ideación suicida y la desesperanza son dos de las variables más claramente asociadas al acto suicida. En un estudio se evaluaron 6,891 pacientes psiquiátricos en un estudio prospectivo a 20 años (1975-1995), ocurrieron 49 suicidios (1%), los análisis revelaron que la gravedad de la depresión, la desesperanza y la ideación suicida fueron factores de riesgo para el eventual suicidio. La ideación suicida y el trastorno depresivo mayor fueron factores de riesgo importantes e independientes de otras variables. Un puntaje de 3 o mayor en la escala de ideación suicida de Beck hizo 7 veces más probable el suicidio. Los pacientes que puntuaron 9 o más en la escala de desesperanza de Beck (BHS) fueron 4 veces más propensos al suicidio dentro del siguiente año (Brown, Beck, Steer, & Grisham, 2000). Otras investigaciones también han revelado que niveles estables de desesperanza con remisión de depresión son mejores predictores que niveles altos en una sola de estas condiciones (Young et al., 1996).

Beck, Steer, Kovacs & Garrison (1985) realizaron un estudio con 207 pacientes hospitalizados por depresión e ideación suicida (sin intento suicida previo) a los cuales evaluaron con la escala EBIS y BHS con un seguimiento de 5 a 10 años. Los resultados señalaron que un puntaje de 10 o más en la escala de desesperanza, identificó el 91% de los eventuales suicidios y 14 de los pacientes cometieron suicidio (6.9%). La gravedad de la depresión no diferenció significativamente entre las personas con ideación suicida y quienes lo llevaron a cabo, esto hace suponer

que la depresión no está significativamente relacionada al intento suicida cuando la variable desesperanza se incluye en el análisis.

Ya que el anterior estudio solo se realizó con pacientes hospitalizados Beck, Brown, Berchick, Stewart & Steer (1990) realizaron un estudio prospectivo a siete años (1978 a 1985) con 1,958 pacientes no hospitalizados. Los resultados señalaron que la desesperanza estuvo significativamente relacionada al evento suicida. Un puntaje de 9 o mayor en la escala de desesperanza de Beck identificó al 94.2% (16) de las personas que cometieron suicidio (17). El grupo de pacientes con puntaje de 9 o más fue 11 veces más propenso al suicidio que los demás pacientes. En esta investigación también se encontró que un puntaje de 23 o más en la escala de depresión de Beck identificó al 76.5% de los pacientes que cometieron suicidio, este grupo de pacientes tiene el doble de probabilidad de cometer suicidio en comparación con el grupo de alto riesgo identificado por la escala de depresión de Beck.

### *Suicidio, intento suicida e ideación suicida en personal de salud.*

El suicidio en personal del área de la salud es un tema de gran importancia ya que se ha demostrado que la tasa de suicidios es más alta en los médicos que en la población general. En efecto, un metaanálisis realizado por Schernhammer y Colditz (2004) con 25 estudios publicados entre 1960 y 2003 realizados en países de Europa del norte y de EUA sobre suicidio en médicos reveló que la tasa agregada de suicidio para los médicos hombres fue de 1.41 y para las mujeres médicos fue 2.27 comparada con la población general. Este aumento en el riesgo es alto a pesar de que probablemente estos suicidios están sub-reportados ya que también se pueden codificar como “sobredosis accidental con droga recreacional”.

Además del acto suicida diversos estudios han evaluado la prevalencia de los pensamientos suicidas o de la ideación suicida. Shanafelt et al. (2011) evaluaron a 7,905 cirujanos estadounidenses que completaron cuestionarios que se les enviaron. Los datos arrojaron una prevalencia de ideación suicida del 6.3% (501) durante los 12 meses previos. La ideación suicida fue evaluada únicamente mediante 2 reactivos tomados del inventario Meehan.

Hem, Gronvold, Aasland, & Ekeberg (2000) realizaron un estudio enviando cuestionarios a 1476 médicos activos en Noruega de los 1,063 que respondieron 51% de ellos presentaron pensamientos suicidas referidos como que una o algunas veces habían pensado que “la vida no valía nada”, el 24.4% había tenido esos pensamientos con cierta frecuencia, el 10.4% había pensado seriamente en el suicidio y el 1.6% lo había intentado por lo menos una vez. Los pensamientos suicidas fueron evaluados mediante el cuestionario de pensamientos suicidas de Paykel (Paykel, Myers, Lindenthal, & Tanner, 1974) que consta de 5 reactivos.

Sterud, Hem, Lau, & Ekeberg (2008) investigaron la prevalencia de los pensamientos suicidas y de los intentos suicidas en personal de ambulancias de Noruega, con la participación de 1,180 operadores representativos a nivel nacional. Un 28% de ellos respondió haber tenido sentimientos de que la vida no valía nada, 10.4% habían considerado seriamente el suicidio y 3.1% había realizado un intento suicida. La ideación suicida fue igualmente evaluada mediante el cuestionario de pensamientos suicidas de Paykel. Siu, Yuen & Cheung (2012) eligieron de manera aleatoria a mil médicos de Hong Kong a los cuales se les enviaron cuestionarios autoadministrados para evaluar diversas variables. Sus resultados señalan que el 10% de ellos presentó ideación suicida pero ésta se evaluó únicamente con un reactivo.

Devi (2011) y Riveros, González & Mazón (2012) mencionan que los altos niveles de estrés comienzan desde los estudios en medicina, Dyrbye et al. (2008) enviaron cuestionarios a 4,287 estudiantes de medicina de siete escuelas diferentes. De los 2,248 que respondieron el 11.2% presentó ideación suicida refiriendo haber considerado el suicidio en los 12 meses previos y el 1.9 % llegó a intentar el suicidio. La ideación suicida fue evaluada con 2 reactivos tomados del inventario Meehan.

Las investigaciones indican que la prevalencia de ideas suicidas puede variar del 6.4% al 51% esto probablemente debido a las diferentes formas de evaluación y a las diferentes poblaciones. Aunque en la población general la tasa de intentos suicidas es más alta que la de suicidios consumados en el estudio de Hem et al. (2000) el porcentaje de intentos suicidas es de 1.6% mientras que otros datos señalan que el 4.3% de muertes de médicos en Noruega se deben al suicidio. Esto es de alarmar ya que implica que esta población no está buscando la ayuda necesaria y en cambio lleva a cabo el acto suicida.

Los índices de tratamiento psicológico o psiquiátrico en esta población son bajos. Esto último puede deberse a que los médicos se muestran reticentes al tratamiento. Shanafelt y colaboradores (2011) han señalado que sólo 25% (130) de los cirujanos con ideación suicida buscaron ayuda profesional y que 60% (301) mencionó que si tuvieran un problema de salud mental dudarían en acudir a un especialista debido a preocupaciones sobre su licencia médica. Es de notarse que el 80% de las asociaciones médicas preguntan sobre el estado de salud mental como parte del proceso para otorgar licencias médicas. Sterud et al. (2008) también encuentra que el 51% del personal que tenía serios pensamientos suicidas no había buscado ayuda profesional, 40% no reconocía tener problemas y 11% reporta no buscar ayuda aunque saben que la necesitan (véase la Tabla 1).

## *Burnout y desesperanza*

El burnout ha sido asociado a la ideación y a los pensamientos suicidas, mientras que la desesperanza se ha asociado al burnout. Estos tres factores en conjunto ponen en riesgo de suicidio a la comunidad médica, en especial al área de urgencias. Shanafelt et al., (2011) encontraron una correlación positiva y fuerte entre los tres factores del burnout y la ideación suicida. Por cada punto sumado en la escala de agotamiento emocional y desesperanza y por cada punto restado en la satisfacción de logro los cirujanos tuvieron de 5.7% a 10.9% más de probabilidad presentar ideación suicida. La prevalencia de IS aumentó en relación a la gravedad del burnout independientemente de la variable depresión (véase la Tabla 1).

El estudio de Hem y colaboradores (2000) no encuentra asociación entre la satisfacción laboral y los pensamientos suicidas, aunque es importante aclarar que no está midiendo el burnout. La evaluación que realizan es mediante la “Escala de satisfacción laboral” donde se evalúan áreas como colaboración, áreas de trabajo, salario etc, variables diferentes al burnout y más parecidas a las del clima organizacional (véase la Tabla 1).

Sterud et al. (2008) encuentran asociación entre el desgaste emocional y los pensamientos suicidas (OR 1.5, 95% CI 1.1-2.0) pero encuentra que solo el 1.8% del personal reporta a los problemas de trabajo como fuentes de la ideación suicida. Los autores proponen que el burnout podría estar causando deterioro en otras áreas personales y familiares que terminarían generando los pensamientos o la ideación suicida. Se utilizó la escala de burnout de Maslach (MBI) (véase la Tabla 1).

Siu, Yuen & Cheung (2012) informan que el 31.4% de los médicos chinos presentan burnout y 10% de ellos tuvo ideación suicida contra sólo 2.6% de los médicos que no presentaron burnout, lo cual fue una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ). “Sentir que el trabajo no era valorado por otros” y “estrés excesivo debido a la carga de trabajo” estuvo asociado al burnout. El 52% de los médicos con burnout estaba insatisfecho o muy insatisfecho con su trabajo. El burnout se evaluó mediante el MBI (véase la Tabla 1).

Al parecer esta relación entre burnout e ideación suicida se presenta tempranamente, desde los estudios en medicina. Dyrbye et al., (2008) encuentran que el 49.6% de los estudiantes de medicina sufren burnout lo cual les confiere entre el doble y el triple de probabilidades de presentar ideación suicida, independientemente de la depresión. Este estudio fue de tipo longitudinal y transversal y encuentra una fuerte relación dosis-respuesta entre el burnout en sus tres factores en línea base y la ideación suicida en el siguiente año ( $p < 0.001$ ) En un análisis multivariado el burnout y la baja calidad de vida psicológica fueron predictores independientes de la ideación suicida al año siguiente. De 370 estudiantes que cumplieron con el criterio de burnout en 2006, 99 (26.8%) se recuperó al siguiente año lo que estuvo asociado con un marcado decremento de la ideación suicida. Aunque la investigación no puede confirmar la causalidad entre el burnout y la ideación suicida se cumplen algunos requisitos para suponerla. Se utilizó el MBI para evaluar el burnout (véase la Tabla 1).

Pompili et al., (2010) analizaron a 133 médicos generales de Italia, además del burnout evaluaron su relación con la desesperanza la cual, como ya se mencionó, está fuertemente asociada al suicidio. Para evaluar el burnout utilizaron el inventario de burnout de Oldenburg (OLBI) el cual mide el desgaste y la retirada. Para evaluar la desesperanza utilizaron la escala de desesperanza de Beck (BHS). Los autores documen-

tan que el 12.8% obtiene altos niveles de desesperanza. Los médicos con alta desesperanza tiene puntuaciones más altas de retirada ( $2.61 \pm 0.47$  vs  $2.14 \pm 0.41$ ;  $t_{131} = -4.37$ ;  $p < 0.001$ ; Cohen D = 1.07) y desgaste ( $2.68 \pm 0.65$  vs  $2.19 \pm 0.54$ ;  $t_{131} = -3.39$ ;  $p < 0.001$ ; Cohen D = 0.82) que indican altos niveles de burnout. El burnout estuvo asociado a la desesperanza y explicó el 13% de la varianza de ésta ( $F_{2,130}$  [F change] = 11.01; 0.001; *adjusted* R<sup>2</sup> = 0.13) (véase la Tabla 1).

En cuanto a los médicos del área de urgencias específicamente, en una revisión sistemática de Arora, Asha, Shinnappa, & Diwain, (2013) en la que se revisaron 7 artículos de investigación se concluyó que los médicos de urgencias presentan mayor prevalencia de burnout (60%) que los médicos en general (38%). A pesar de esto más del 60% decía sentirse a gusto con su trabajo. (véase la Tabla 1). De manera breve, los hallazgos más importantes de los estudios tomados en la revisión sistemática son:

Lloyd et al., 1994, en un estudio con 238 médicos de emergencia Canadienses encontró que el 61% de ellos estuvieron satisfechos con su vida y 76% satisfechos con su trabajo, a pesar de esto el 46% tuvo desgaste emocional de medio a alto mientras que el 93% presentó despersonalización de media a alta. En otro estudio realizado por Shanafelt et al, 2012 se encontró que el 65% de los médicos de emergencias presentaron burnout comparados con médicos en general. Este último estudio concordó con otro previo de Goldberg et al. 1996 en el que se encuentra que el 60% de los médicos de emergencias presentaron burnout de medio a alto.

En el caso del personal de enfermería Pompili et al., (2006) evalúa a 120 enfermeras generales, de urgencias y de psiquiatría. Para evaluar el burnout utiliza el MBI y para evaluar la desesperanza el BHS. Los resultados indicaron que las enfermeras generales y de psiquiatría tenían

mayores niveles de burnout que las de urgencias. El factor de satisfacción de logro fue el único que no tuvo diferencias entre los tres grupos. El 13% del personal presentó niveles altos de desesperanza la cual se predecía por la despersonalización y el desgaste emocional (véase la Tabla 1).

**Tabla 1. Antecedentes de estudios en el mundo sobre burnout, desesperanza e ideación suicida en personal de salud.**

Autor y País	Población	Resultados
<b>Gold et al. (2013). EUA</b>	203 Médicos	Factores asociados a suicidio: Mayor edad, casados, con enfermedad mental conocida, y con problemas de trabajo
<b>Shanafelt et al. (2011) EUA</b>	7,905 Cirujanos	6.3% de ideación suicida, 25% de ellos buscaron ayuda profesional, 60% fueron reticentes a buscar ayuda. Burnout fuertemente asociado a la ideación suicida.
<b>Hem et al. (2000) Noruega</b>	1,063 Médicos	51.1% de pensamientos suicidas y 1.6 de intento suicida. Factores de riesgo: ser mujer y estar soltero. Tasas altas de suicidio y bajas de intento. Satisfacción Laboral no fue un predictor de PS.

---

<b>Sterud et al. (2008)</b> Noruega	1,180 Personal de ambulancias	28% de pensamientos suicidas, 10% de serios pensamientos suicidas y 3.1% de intento suicida. Factores asociados a serios pensamientos suicidas: menor edad, soltería, bullying y desgaste emocional.
<b>Dyrbye et al. (2008)</b> EUA	4,287 Estudiantes de medicina	11.2 % de ideación suicida, 49.6% de burnout, asociado y predice la ideación suicida. Recuperación del burnout asociada a disminución de la ideación suicida.
<b>Pompili et al. (2006)</b> Italia	120 Enfermeras	Niveles altos y medios de Burnout en enfermeras. 13% reportaron altos niveles de desesperanza. Despersonalización y desgaste emocional predijeron la desesperanza.
<b>FY Siu et al. (2012)</b> China	226 Médicos	31.4% de prevalencia de Burnout principalmente en médicos jóvenes. 10% de ellos presentó ideación suicida. 52% estaban insatisfechos con su trabajo.
<b>Pompili et al. (2010)</b> Italia	133 Médicos	12.8% presentan desesperanza, asociada a burnout. La puntuación media de burnout mostró niveles altos de éste.

---

<b>Arora et al. (2013)</b> <b>Australia</b>	7 Artículos en revisión	Los médicos de urgencias presentan mayor prevalencia de burnout (60%) que los médicos de otras áreas (38%).
--	-------------------------	---

### *Otros factores asociados*

Gold y colaboradores, en 2013 evaluaron diversas variables relacionadas al suicidio. De 31,636 personas fallecidas por suicidio en EUA, 203 eran médicos. Entre los datos se destaca que los médicos de mayor edad, casados y que pertenecían a alguna raza minoritaria eran más propensos al suicidio. Tener un problema laboral y padecer alguna enfermedad mental también fue un factor de riesgo en comparación con la población en general. Por el contrario la muerte de un familiar o amigo o alguna crisis con ideación suicida en las últimas dos semanas fue un factor de riesgo en la población general pero no en los médicos. En cuanto al método de suicidio más utilizado entre los médicos es el uso de armas de fuego seguido por envenenamiento (al menos en población estadounidense). Aunque se han encontrado altos niveles de benzodiazepinas y barbitúricos en sangre post-mortem esto se puede deber a los altos índices de automedicación o medicación por algún compañero de trabajo.

Así, existen muchos factores asociados al riesgo suicida entre los médicos, aunque la mayoría de los estudios presenta inconsistencias.

En cuanto a la edad Gold, etl al., 2013 y Shanafelt et al., 2011, han documentado que a mayor edad mayor riesgo suicida mientras que Sterud et al., 2008 reportan lo contrario. En cuanto a estado civil; (Shana-

felt et al., 2011; Hem et al., 2000; Sterud et al., 2008) informan que estar casado disminuye el riesgo suicida mientras que los datos de Gold et al. (2013) indican lo contrario. En cuanto a la especialidad médica y el número de horas de trabajo, Hem et al., (2000) reportan diferencias entre especialidad mientras que Shanafelt et al., (2011) informan que el número de horas y la especialidad médica no influyen. Adicionalmente Hem et al (2000) también documentan que el ser mujer es un factor de riesgo. Dyrbye et al., (2008) encuentran que variables sociodemográficas como el sexo, la edad y el estatus civil no fueron predictoras de ideación suicida a un año.

Shanafelt et al., (2011) reportan que el haber cometido un error médico grave incrementa tres veces la probabilidad de la ideación suicida; el 16.2% de los cirujanos que reportaron tener un error médico grave en los 3 meses previos presentaron IS en comparación con el 5.4% que no reportó error ( $p < .001$ ). Arora et al., (2013) sugieren para futuras investigaciones buscar diferencias entre los médicos que aún tienen actividades académicas y los que no y seguir estudiando las variables sociodemográficas asociadas ya que generalmente presentan inconsistencias.

### *La situación en México*

En México también se han realizado estudios sobre burnout en personal de salud pero a diferencia de otros países ninguno de ellos ha evaluado también la ideación suicida. Únicamente se encontró una investigación sobre médicos del área de urgencias. Castellanos y Guzmán, (2006), evaluaron a 90 médicos del servicio de urgencias del Hospital General Regional 25 del IMSS. Los resultados mostraron que el 35% presentaba niveles de intermedios a altos de burnout, el 50% mostró niveles altos e intermedios de agotamiento, 40% de despersonalización y el 25% altos niveles de realización personal. Para la evaluación se utilizó el instrumento Maslach.

Las siguientes investigaciones evalúan el burnout en otras áreas médicas diferentes a la de urgencias. Gutiérrez y colaboradores (2005), estudiaron a 236 enfermeras seleccionadas de una muestra aleatoria en Guanajuato. Para la evaluación del burnout y de otras variables Sociodemográficas se utilizó el cuestionario de Syberia Shink. Encontraron que 39% (92) mostraban burnout, 40% desgaste emocional, 32% despersonalización, 63% pérdida de interés en el trabajo y 50% desgaste general (véase la Tabla 2).

Beltrán et al. (2005) reportó que de 835 médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS. El 42.3% presentaron burnout, además el 64.8% dijo sentirse enfermo y el desgaste emocional se asoció con esta situación. El 16% presentó agotamiento emocional, el 84.7% baja realización personal y el 1.8% despersonalización. Estar soltero y tener estudios superiores o inferiores al nivel del puesto fueron un factor de riesgo. Se utilizó el MBI para evaluar burnout (véase la Tabla 2).

Bontempo (1999) analizó 450 médicos, enfermeras y paramédicos de varias instituciones, documentando que 18.5 % presentan burnout de nivel intermedio. El 10.99% presentó alto agotamiento emocional, el 19.6% alta despersonalización y el 74.9% baja realización personal. Las enfermeras tienen menor logro personal, los médicos generales mayor agotamiento emocional y los oncólogos mayor despersonalización, los factores protectores fueron mayor edad y tener hijos. Se utilizó el MBI para evaluar burnout (véase la Tabla 2).

García y Aguilera (2010) en un estudio con 240 médicos de 24 unidades médicas del IMSS de Guadalajara encontraron que el 41.6% muestra burnout. Ser mujer, mayor de 40 años, tener hijos, y tener 10 años o

más de antigüedad fueron factores de riesgo. Este estudio utilizó el MBI para evaluar burnout (vease la Tabla 2).

**Tabla 2. Antecedentes de estudios en México sobre burnout, desesperanza e ideación suicida en personal de salud.**

<b>Autor</b>	<b>Población</b>	<b>Resultados</b>
<b>Gutierrez et al. (2005)</b>	236 Enfermeras	39% mostraron burnout
<b>Beltrán et al. (2005)</b>	835 Médicos familiares	42.3% de burnout. 64.8% manifestó sentirse enfermo (generalmente de enfermedades respiratorias).
<b>Bontempo et al. (1999)</b>	450 Médicos, enfermeras y paramédicos	18.5% con burnout de nivel medio.
<b>Aguilera y Garcia (2010)</b>	240 Médicos	41.6% presentó burnout. Ser mujer, mayor de 40 años, tener hijos, y tener 10 años o más de antigüedad, asociados.
<b>Castellanos y Guzmán (2006)</b>	90 Médicos de urgencias	35% con burnout

### *Fundamentación del estudio*

El problema del suicidio en México ha estado en aumento desde los años 60 del siglo pasado y continúa creciendo hasta los últimos registros epidemiológicos y el factor del aumento poblacional no es suficiente para explicarlo. También se ha documentado que la ideación suicida es un fuerte predictor del acto suicida. A nivel mundial está también documentado que el personal de salud presenta tasas más altas de suicidio e ideación suicida que la población general y también se conocen algunos factores de riesgo para ellos siendo el burnout, la desesperanza y los factores sociodemográficos como algunos de los más importantes.

A pesar de lo anterior, una búsqueda en diversas bases de datos como Pubmed, PsycINFO, Redalyc, Tridatabase, Cochrane y Cinahl no reveló investigaciones que evaluaran, como en otros países, la ideación suicida o la desesperanza en personal de salud del servicio de urgencias, aunque las investigaciones sobre burnout en personal de salud en México reportan una prevalencia del 18.5% al 49.6%, niveles muy parecidos a los de otros países.

Es importante considerar que dadas las diferencias culturales entre los países en los que se han realizado investigaciones sobre la ideación, intento suicida y suicidio en personal médico y nuestro país es posible que las frecuencias y las asociaciones entre variables sean diferentes.

Estos datos apuntan hacia la necesidad de evaluar la ideación suicida y su posible asociación con el burnout y la desesperanza en personal de salud de urgencias, para servir de base para el diseño de intervenciones y contribuir al tratamiento de ambos problemas.

### ***Objetivo General***

- Identificar la relación existente entre el burnout, la desesperanza y la ideación suicida en el personal de salud de urgencias del Hospital General *Manuel Gea González*.

### ***Objetivos Específicos***

- Describir el nivel de burnout, desesperanza, ideación suicida e intento suicida en el personal de salud de urgencias del hospital general Manuel Gea González.

- Identificar la relación entre diversos factores sociodemográficos, en especial los relacionados con la religión, y la ideación y el intento suicida.

## Método

### *Participantes*

Participaron en el presente estudio 74 trabajadores de personal de salud de los tres turnos laborales; matutino, vespertino y nocturno del servicio de urgencias del Hospital General *Dr. Manuel Gea González*, seleccionados como muestra no probabilística accidental. La media de edad de los participantes fue de 38.2 años (D.E=9.3) y el 45.9% (34 participantes) fueron hombres mientras que el 54.1% (40 participantes) fueron mujeres. El 42.3 % correspondió a personal de enfermería y el 54% a personal médico. El 62% refirió tener una buena relación laboral, el 36% regular y el 1% mala, el 64% dijo tener alguna religión mientras que el 33% dijo no tener ninguna (véase la Tabla 3).

**Tabla 3.** Datos sociodemográficos.

<b>Personal de Salud</b>	
	<b>M (DE)</b>
<b>Edad</b>	32.8 (DE=9.3)
	<b>N (%)</b>
<b>Sexo</b>	
Hombres	34 (45.9%)
Mujeres	40 (54.1%)
<b>Estado Civil</b>	
Con pareja	20 (27%)
Casado	17 (23%)
Soltero	29 (39.2%)

Divorciado	7 (9.50%)
Viudo	1 (1.35%)
<b>Escolaridad</b>	
Bachillerato	2 (2.7%)
Licenciatura	37 (50%)
Posgrado	25 (33.80%)
Otro	10 (13.5%)
<b>Personal</b>	
Enfermería	32 (43.24%)
Médicos	40 (54.05%)
No respondieron	2 (2.71%)

## **Tipo de Puesto**

### **Enfermería**

Jefe de servicio	4 (12.50%)
Adscrito	12 (37.50%)
Estudiante	1 (3.10%)
Otro	15 (46.90%)

### **Medicina**

Adscrito	12 (30%)
Residente	12 (30%)
Interno	16 (40%)

## **Satisfacción económica**

Sí	21 (28.4%)
No	53 (71.6%)

## **Relación laboral**

Buena	46 (62.20%)
Regular	27 (36.50%)
Mala	1 (1.35%)

## **Personal a cargo**

Sí	35 (47.3%)
No	39 (52.7%)

## **Religión**

Sí	48 (64.9%)
No	25 (33.8%)

---

**Diseño:** El estudio se basó en un esquema de tipo no experimental, correlacional y transversal y contó con la aprobación del comité de ética del Hospital General *Manuel Gea González* con el número de registro 27-78-2014.

## Medición

**Variables:** Burnout, Desesperanza e Ideación Suicida.

### **Burnout.**

**Definición Conceptual:** La definición clásica lo conceptualiza como “un síndrome de desgaste emocional y cinismo que ocurre frecuentemente entre individuos que trabajan de alguna manera con otras personas”. (Maslach y Jackson, 1981). Posteriormente el concepto ha evolucionado y se define como las consecuencias negativas conductuales, emocionales y fisiológicas que se generan en los trabajadores y que se van desarrollando progresivamente. Se trata de una respuesta subjetiva compuesta de cogniciones, emociones y actitudes hacia las personas con que se trabaja, especialmente hacia los usuarios atendidos (Gil-Monte, 2005, pág. 44).

**Definición Operacional:** El burnout se midió mediante dos instrumentos: 1) Inventario de burnout de Maslach el cual se divide en 3 factores; agotamiento emocional, desesperanza y realización personal (Meda, Moreno, Rodríguez, Morante y Ortiz, 2008). 2) Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional que se compone de 3 factores, agotamiento, desesperanza e insatisfacción de logro (Uribe, 2007).

## *Desesperanza.*

**Definición Conceptual:** La desesperanza según la define Osnaya, 2005, es “un sentimiento de pérdida de ánimo, la imposibilidad de pensar que algo mejor pudiera ocurrir”. A pesar de ser una definición actual se prefiere la definición conceptual clásica de Beck, Weissman, Lester y Trextler, 1974, la cual refiere que son “las manifestaciones afectivas, motivacionales y cognitivas de las expectativas negativas”.

**Definición Operacional:** La desesperanza se midió a través de la escala de desesperanza de Osnaya la cual evalúa la desesperanza en tres factores: igualdad entre presente y futuro, autoconcepto negativo y expectativas negativas. Por cuestiones de antecedentes y estadísticas se usó solo un puntaje general de desesperanza.

## *Ideación Suicida.*

**Definición Conceptual:** De acuerdo con Beck (1979) la ideación suicida o pensamientos suicidas se refieren a los pensamientos, deseos, intenciones, actitudes, amenazas y planes para cometer el suicidio. La ideación suicida se refiere a todo el rango de conductas relacionadas al suicidio que se llevan a cabo generalmente antes de que se genere el intento suicida o el suicidio consumado, pueden ser desde ideas de poca valoración de la vida hasta planes detallados para quitarse la vida.

**Definición Operacional:** La ideación suicida se evaluó mediante la escala de Ideación suicida de Beck, la cual se compone de cuatro factores y un puntaje total de ideación suicida (Beck, et al., 1979). El cuestionario consta de 19 reactivos que evalúan la intensidad de las actitudes, conductas y planes para suicidarse. La escala se compone de cuatro factores:

1. características de las actitudes hacia la vida y la muerte.
2. características de los pensamientos de suicidio.
3. características del intento suicida.
4. actualización del intento suicida.

### *Instrumentos*

La evaluación de la *ideación suicida* se realizó mediante la Escala de Ideación Suicida de Beck (EBIS), el instrumento se ha aplicado en población Mexicana mostrando características psicométricas apropiadas; una consistencia interna alta (alpha de Cronbach de .90). La escala tiene alta concordancia diagnóstica de 98.1%. De 23 estudiantes que un psicólogo clínico experimentado detectó con ideación suicida 22 fueron identificados por la escala. La estructura factorial fue idéntica a la original. Es importante notar la diferencia entre el puntaje de ideación suicida y la categoría de ideación suicida; únicamente los reactivos 4 y 5 son los que determinan si existe o no ideación suicida, aunque se puede tener un puntaje de ideación suicida debido a los reactivos 1-3 esto no genera necesariamente la categoría de ideación suicida (González et al., 2000).

La evaluación de la *desesperanza* se realizó mediante la escala de Osnaya, Pérez, y Romo (2005), la cual consta de quince reactivos agrupados en tres factores:

- a) igualdad entre presente y futuro
- b) autoconcepto negativo
- c) expectativas negativas.

Los reactivos tienen una estructura tipo likert con cinco opciones de respuesta. Se seleccionó esta escala en virtud de que Osnaya et al. (2005) mostraron que la escala de desesperanza de Beck (BHS) obtiene

índices relativamente bajos de confiabilidad, superposición de factores, y problemas en la traducción y adecuación idiomática al castellano. La escala de Osnaya tiene una confiabilidad de 0.84 obtenida mediante una división por mitades con correlación de Pearson. Para la validez de criterio se usó la escala de desesperanza de Beck con la cual se obtuvo una correlación de Pearson de 0.44 resultando estadísticamente significativa. Posee una correlación reactivo/total de 0.60.

Dado que el instrumento de Osnaya se encuentra en fase avanzada de pilotaje se eliminaron los reactivos 13 y 2 que obtuvieron correlaciones bajas reactivo/total conservando un total de 13 reactivos. Los resultados de esta escala se interpretaron en un solo factor (desesperanza) sin incluir las tres subescalas o factores ya que diversas investigaciones que asocian desesperanza con suicidio o ideación suicida lo han hecho con un solo factor (Beck, 1985; Beck, 1990; Brown, 2000) y la eliminación de dos reactivos podría afectar la confiabilidad de subescalas específicas.

Para evaluar el agobio y agotamiento extremos (*burnout*) se utilizó el *Inventario de Burnout de Maslach- Encuesta para servicios humanos (MBI-HSS)*, Maslach & Jackson (1981, 1982) el cual valora esta dimensión en 22 reactivos que se distribuyen en 3 escalas denominadas:

- a) Agotamiento emocional (9 reactivos)
- b) Realización personal en el trabajo (8 reactivos)
- c) Despersonalización (5 reactivos).

Los reactivos requieren respuestas en escalas tipo Likert con seis opciones. La escala está adaptada y validada al castellano con una muestra de profesionales mexicanos. Sus propiedades psicométricas se determinaron mediante un análisis factorial en el que el modelo de 3 factores correlacionados entre sí y con el total de reactivos mostró un buen

ajuste (*Índice comparativo de ajuste CFI, 0.94*). Los coeficientes alfa de Cronbach para los factores fueron; agotamiento emocional 0.86, realización personal 0.81 y despersonalización 0.53. Estos resultados indican que la validación del MBI-HSS en la población mexicana muestra propiedades psicométricas satisfactorias y constituye una medida válida y confiable para realizar evaluaciones para estudios como el presente (Meda, Moreno, Rodríguez, Morante y Ortiz, 2008).

Finalmente, se utilizó la *Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional* (EMEDO) que consta de 110 reactivos, 30 de ellos evalúan el burnout dividido en 3 factores, con sus respectivos valores de consistencia interna:

- Agotamiento 9 reactivos y alfa de Cronbach de .78
- Despersonalización 9 reactivos y alfa de Cronbach de .77
- Insatisfacción de logro 12 reactivos y alfa de Cronbach de .86

Se incluyó el análisis de otros 40 reactivos que evalúan síntomas psicosomáticos tales como:

- Trastornos del dueño
- Trastornos del dolor
- Trastornos gástricos
- Trastornos neuróticos
- Indicador de ansiedad
- Indicador de depresión
- Trastornos psicosexuales

Debido a un error de captura en el instrumento se perdieron 5 reactivos de los 30 que miden burnout y otros 5 se presentaron duplicados. Debido a este problema se realizó un nuevo análisis de confiabilidad de consistencia interna de los dos factores afectados por la pérdida de

reactivos (1 de agotamiento y 4 de insatisfacción de logro) obteniendo coeficientes alpha de Cronbach de .76 para el primero y de .82 para el segundo. Con respecto a los 5 reactivos repetidos se utilizaron los que se presentaron primero. A pesar de este fallo este análisis permitió proseguir con el uso del instrumento.

#### Reactivos perdidos (factor insatisfacción de logro)

- 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.*

#### (Factor agotamiento):

- 14. *Las situaciones a las que me enfrento en mi trabajo no me provocan tensión alguna.*

#### Reactivos repetidos:

- 23. *Aunque un usuario de mi trabajo sea descortés conmigo, lo trato bien.*  
(Despersonalización) (en lugar de la 10)
- 24. *Mi trabajo es tan poco interesante que me es difícil realizarlo bien.* (Insatisfacción) (En lugar de la 11)
- 25. *Mis actividades de trabajo han dejado de parecerme importantes.*  
(Insatisfacción) (En lugar de la 12)
- 26. *Siento que la energía que ocupo en mi trabajo, no la puedo reponer.*  
(Agotamiento) (En lugar de la 13)
- 27. *Mis horas de descanso son suficientes para reponer la energía que gasto al realizar mi trabajo.* (Agotamiento) (En lugar de la 14)

Finalmente, se incluyó el análisis de 40 reactivos sobre variables sociodemográficas. La escala posee un alfa de Cronbach de 0.89 y está adaptada en población mexicana (Uribe, 2007).

El *cuestionario sociodemográfico* de la escala EMEDO se adaptó a la población estudiada generando un total de 43 reactivos. También se incluyó una hoja de los datos de los investigadores al final de los cuestionarios con la finalidad de que ellos los conservaran y pudieran contactarlos para hacer llegar comentarios o expresar dudas que se pudieran generar.

## *Procedimiento*

Una vez que el documento conteniendo el protocolo de investigación recibió la aprobación de los comités de investigación y ética del hospital, se contactó con el Médico Jefe del área de urgencias del hospital y con las jefaturas de enfermería para que facilitaran el acceso a su personal y promovieran su participación en el estudio. También se habló con los responsables de los espacios donde se aplicarían los instrumentos para facilitar el acceso.

Los cuestionarios fueron aplicados por tres estudiantes avanzados y especialmente capacitados de la licenciatura en Psicología de la UNAM; *I. Reyes Saavedra, A. Vidal Velasco, R. González Álvarez*, y por tres maestros en psicología; *E. Landa Ramírez, N. Rangel y el M. Villavicencio*.

Se realizó una aplicación piloto a seis miembros del área de cuidados paliativos y tratamiento del dolor del hospital con objeto de recibir retroalimentación sobre la estructura y la inteligibilidad de los reactivos. En esta aplicación se ubicaron diversos detalles a corregir en la batería y se evaluó el tiempo aproximado necesario para el llenado de los cuestionarios. El tiempo aproximado que tomó a los participantes completar la batería de instrumentos fue de 30 a 60 minutos con un promedio de 45 minutos. La mayoría de los participantes refirieron que a pesar de que el conjunto de instrumentos era largo no pensaban que fuera necesario dividirlo en dos sesiones.

Una vez hechos los ajustes a los instrumentos a partir de la retroalimentación de los participantes en las aplicaciones piloto se realizaron las aplicaciones a los médicos. Los ajustes sugeridos fueron menores y generalmente relativos a estilo o redacción.

La primera sesión de aplicación se realizó durante una de los cursos que los médicos toman dentro de un aula del hospital, en esta sesión se recolectaron los datos de aproximadamente 35 médicos. En dicha ocasión el profesor suspendió la clase a fin de que los participantes pudieran contestar sin presiones de tiempo. Al principio de la sesión se les entregó un consentimiento informado y se les explicó que sus respuestas serían completamente anónimas. Se les dieron las seguridades de que su nombre y su firma se anotarían únicamente en el consentimiento el cual se pondría en una sección aparte de los cuestionarios. Con objeto de no sesgar sus respuestas se les explicó el propósito del estudio de manera muy general diciéndoles que en ocasiones por la carga de trabajo las condiciones laborales los médicos y el personal de enfermería pueden presentar diversas afectaciones que se busca evaluar y se les describió la importancia de la investigación para generar futuros tratamientos. Se les explicó que tenían la posibilidad de abandonar el llenado del cuestionario en el momento que lo desearan sin consecuencia alguna, se hizo énfasis que el estudio sería completamente anónimo y que lo que respondieran no sería visto ni utilizado de ninguna manera por la institución, de modo que era importante que contestaran con toda veracidad y confianza.

A continuación se les entregaba el conjunto de cuestionarios y se les instruía sobre la forma de contestarlos. Se respondían dudas durante la aplicación poniendo especial cuidado en no hacer comentarios que pudieran sesgar las respuestas de los participantes, los estudiantes y maestros estuvieron monitoreando el llenado de los cuestionarios. Cuando terminaban de contestar los entregaban a alguno de los aplicadores, quienes revisaban de manera rápida que se hubieran completado la totalidad de los reactivos. Al finalizar se les agradecía su participación y se les otorgaba la última hoja de los cuestionarios que contenía la información de contacto de algunos de los responsables del estudio.

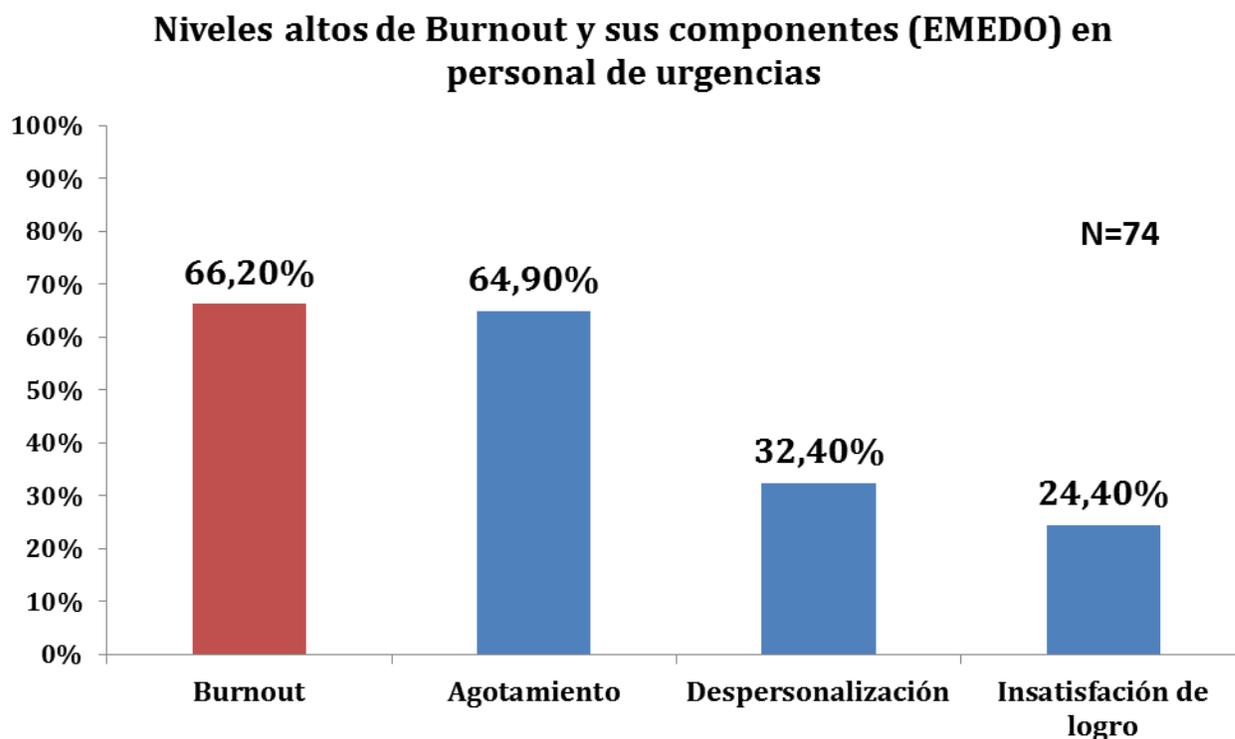
A los médicos y personal de enfermería que por alguna razón no participaron en dicha sesión se les localizó posteriormente en el área de urgencias del hospital y se les condujo a una de las aulas para contestar los cuestionarios. Estas evaluaciones se realizaron a distintas horas del día (según los turnos de mañana, tarde y noche) y a lo largo de algunas semanas hasta que prácticamente todo el personal médico y de enfermería de urgencias completaran la batería.

### *Análisis Estadísticos*

Inicialmente se realizó un análisis descriptivo de los niveles de burnout, desesperanza, ideación suicida e intento suicida que se reportan en forma de gráficas. Debido a la estructura tipo Likert de las escalas se optó por tratarlas como de nivel intervalar. Se realizó un análisis mediante el coeficiente de correlación de Pearson entre las diversas variables de Burnout y la desesperanza y la ideación suicida. Para identificar el nivel de predicción de diversas variables (agotamiento, despersonalización, insatisfacción de logro, total de burnout (EMEDO), agotamiento emocional, despersonalización, realización personal (MBI), desesperanza, edad y horas de trabajo) con respecto a los puntajes de la variable dependiente ideación suicida se computó una regresión lineal. Para la correlación entre el intento suicida y diversas variables sociodemográficas de tipo ordinales se realizó una correlación por tabla de contingencias. Por último se realizaron diferencias de medias con t de Student para identificar la influencia de variables sociodemográficas de tipo cuantitativo sobre la ideación suicida. Se consideró un dato estadísticamente significativo cuando la probabilidad asociada fuera  $\leq .05$ .

## Resultados

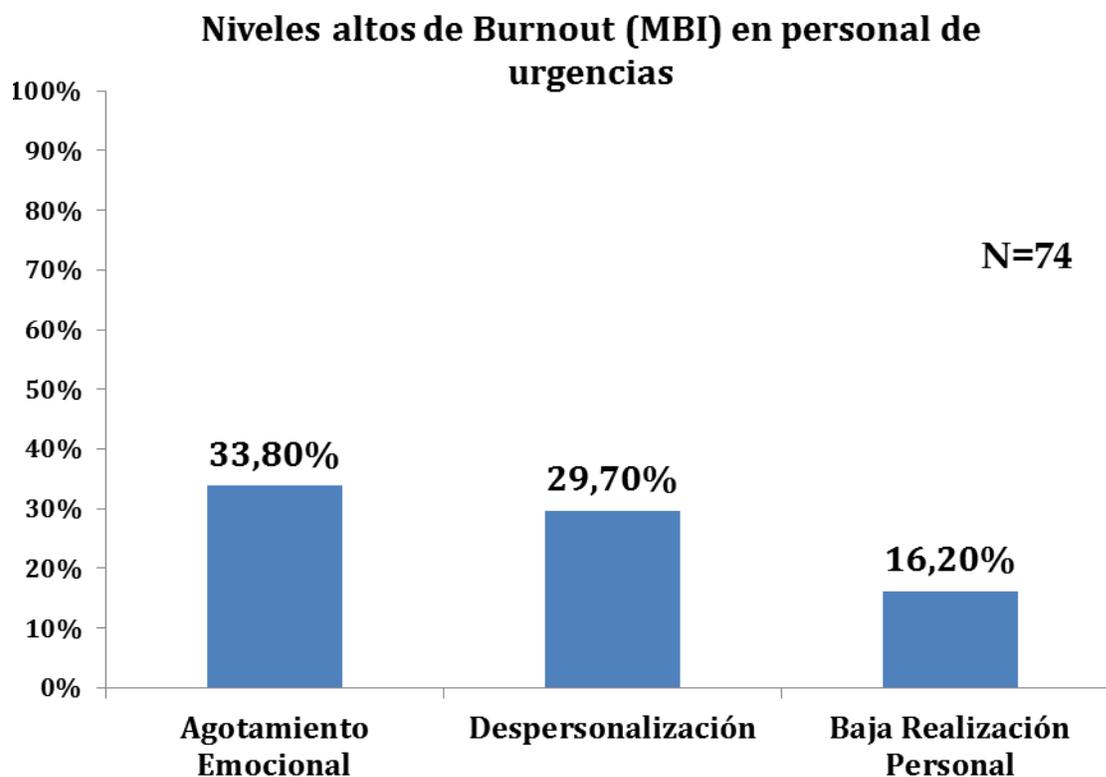
*Análisis Descriptivo.* Los análisis descriptivos mostraron que al evaluar el burnout y sus componente 66.2% del personal de urgencias presentó niveles altos de burnout. Niveles altos de agotamiento, despersonalización e insatisfacción de logro también se presentaron aunque en menor porcentaje (véase la Figura 1).



**Figura 1.** Porcentaje de personal de salud que mostró niveles altos de burnout y sus componentes.

Los resultados obtenidos con el MBI mostraron porcentajes de niveles altos de despersonalización en el 29.7% del personal, niveles muy parecidos a los encontrados con la escala EMEDO (32.4%). Esto mismo sucedió con la baja satisfacción personal (16.2%) que es la categoría equivalente a la insatisfacción de logro (24,4%) medida por la EMEDO. En cuanto al agotamiento emocional se encontró un porcentaje de (33.8%) mientras que la EMEDO mostró un porcentaje de (64.9%) esta

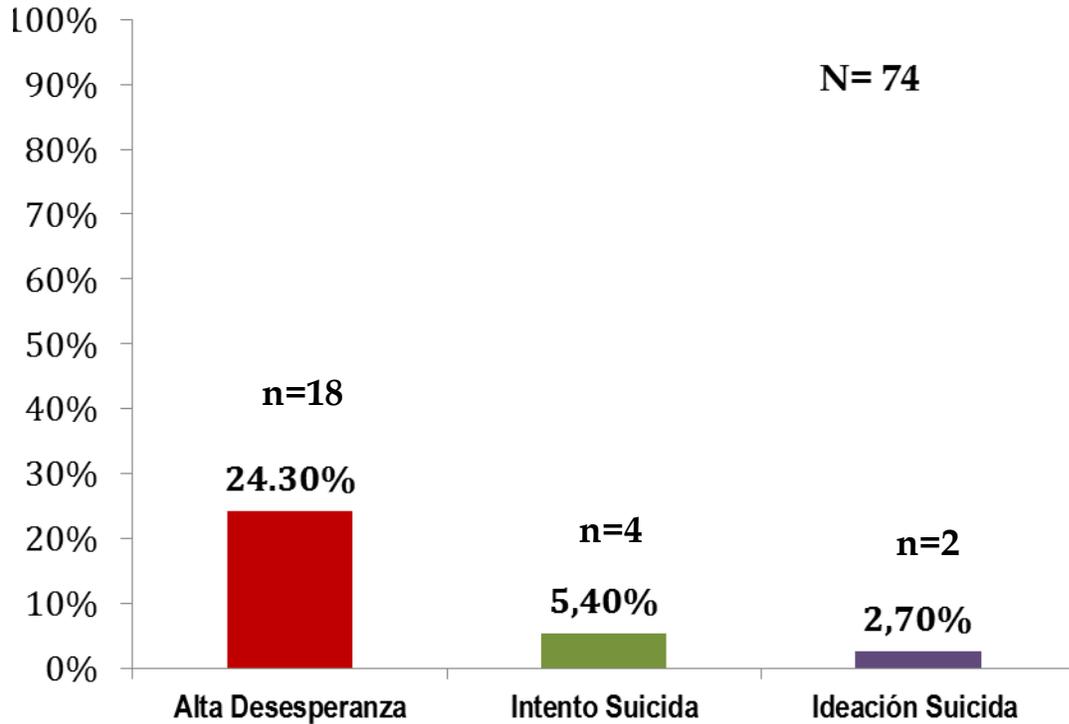
diferencia puede deberse a que esta última escala evalúa el agotamiento físico además del emocional (véase la Figura 2).



**Figura 2.** Porcentaje de personal de salud que mostró niveles altos de los componentes de burnout.

Se encontraron niveles altos de desesperanza en 18 participantes (uno de ellos también con ideación suicida), intento suicida en otros 4, e ideación suicida en 2 (1 de ellos el que tenía alta desesperanza). Lo anterior da un total 23 participantes (31%) con indicadores de riesgo suicida (véase la Figura 3).

### Desesperanza, ideación e Intento Suicida



**Figura 3.** Porcentaje de personal de salud que mostró intento suicida, ideación suicida y niveles altos de desesperanza.

**Análisis de correlación.** Los coeficientes de correlación de Pearson mostraron una correlación estadísticamente *significativa, fuerte* (Durlak, 2009) y positiva entre la insatisfacción de logro y la desesperanza ( $r=.402$   $p<0.01$ ) y una correlación aún mas alta entre la ideación suicida e insatisfacción de logro ( $r=.494$   $p<0.01$ ). Se encontró correlacion de fuerza media (Durlak, 2009) entre la desesperanza y el total de burn-out y entre la desesperanza y la ideación suicida (véase la Tabla 4).

**Tabla 4.** Correlaciones entre factores de la escala EMEDO, desesperanza e ideación suicida

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

	Agotamiento	Desperso- nalización	Insatis- facción de Logro	Total Burnout	Deses- peranza
<b>Deses- peranza</b>	.271*	.262*	<u>.402**</u>	<u>.320**</u>	-
<b>Ideación Suicida</b>	.334**	.156	<u>.494**</u>	.290*	<u>.315**</u>

También se encontró una correlación *significativa media* (Durlak, 2009) y negativa entre la ideación suicida y la realización personal ( $r=-.394$   $p<0.01$ ) y entre la desesperanza y la ideación suicida ( $r=.315$   $p<0.01$ ) (véase la Tabla 5)

**Tabla 5.** Correlaciones entre factores de la escala MBI, desesperanza e ideación suicida

	Agotamiento Emocional	Desperso- nalización	Realización Personal	Desespe- ranza
<b>Desesperanza</b>	.394**	.304**	-.297*	-
<b>Ideación Suicida</b>	.266**	.188	<u>-.394**</u>	<u>.315**</u>

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

**Regresión Lineal.** Se computó una regresión lineal para identificar la contribución y el grado de explicación de varianza que generan diversas variables: agotamiento, despersonalización, insatisfacción de logro, total de burnout (EMEDO), agotamiento emocional, despersonalización, realización personal (MBI), desesperanza, edad y horas de trabajo con respecto a los puntajes de la variable dependiente ideación suicida. La regresión lineal se hizo por pasos y únicamente resultó significativa la insatisfacción de logro (Beta 1= 0.30, t=4.824, p<0.1, R=.494, R<sup>2</sup>=.244). Este resultado permite confirmar la importancia de la variable insatisfacción de logro sobre la ideación suicida.

**Correlaciones por tabla de contingencias.** Con el objetivo de identificar la posible relación entre el intento suicida y diversas variables sociodemográficas de tipo categoricas se utilizó una tabla cruzada de contingencias. La variable error médico obtuvo un coeficiente de contingencia de .309 lo cual resultó significativo (p<0.01) (véanse tablas 6 y 7).

**Tabla 6.** Intento Suicida con variables sociodemográficas

Intento Suicida x	N.	Coeficiente de Contingencia	probabilidad asociada
<b>Error Médico</b>	<b>73</b>	<b>.309</b>	<b>.006</b>
Relación Laboral	74	.70	.831
Devoción	52	.219	.269
Sexo	74	.190	.867
Satisfacción Económica	74	.149	.196
Religión	73	.080	.495
Tipo de Religión	48	.043	.965

**Tabla 7.** Tabla cruzada de contingencias

		Error médico		Total
		Sí	No	
Intento Suicida	Sí	3	1	4
	No	12	57	69
Total		15	58	73

*Análisis de diferencias de medias.* Por último, con el objetivo de analizar la posible influencia de diversas variables Sociodemográficas categóricas sobre la ideación suicida se calcularon *t* de student comparando las medias. La variables sexo, religión, error médico grave y relación laboral no mostraron diferencias significativas, sin embargo la variable *relación laboral* mostró una diferencia marginal, es probable que si se aumentara la N del grupo estudiado la diferencia podría haber llegado a tener una probabilidad asociada menor que .05. Aunque la variable relación laboral se compone de tres opciones de respuesta (buena, regular y mala) únicamente se usaron en el análisis las primeras dos ya que la ultima estaba representada únicamente por un participante (véase la Tabla 8).

**Tabla 8.** Diferencia de medias- Ideación suicida y variables sociodemográficas

		N	M (DE)	T	p
Sexo	Hombre	34	.12 (.327)	-1.104	.274
	Mujer	40	.25 (.670)		
Religión	Si	48	.13 (.393)	-1.218	.232
	No	25	.32 (.748)		
Error médico grave	Si	15	.40(.828)	1.184	.254
	No	58	.14 (.437)		
Relación Laboral	Buena	46	.07 (.250)	-1.882	.069
	Regular	27	.30 (.609)		

## Discusión

El objetivo del presente estudio consistió en identificar la posible relación entre el burnout, la desesperanza, la ideación suicida y el intento suicida en personal de urgencias de un hospital general público de la ciudad de México. El objetivo se derivó no sólo de las implicaciones de estas dimensiones para el funcionamiento personal y profesional de los participantes sino a la escasez de estudios de esta naturaleza en nuestro medio.

Dentro de las categorías de burnout se encontró una clara asociación entre la insatisfacción de logro (EMEDO) y su equivalente en la escala MBI (realización personal) y la ideación suicida. Esta relación se confirmó con la regresión lineal que se realizó en la que la insatisfacción de logro predijo el 24 % de la varianza de los puntajes en ideación suicida. En comparación con los antecedentes de investigación internacionales (Shanafelt et al., 2011; Siu et al, 2012; Sterud et al., 2008; Dyrbye et al., 2008; Pompili., 2010) se encontró una diferencia importante ya que a pesar de que el total de burnout obtuvo una relación con la ideación suicida ésta no fue tan fuerte como con la insatisfacción de logro. Así como en el estudio de Sterud (2008) se encontró únicamente asociación entre el desgaste emocional y la ideación suicida en nuestra población sólo se asoció la insatisfacción de logro con la ideación suicida. Diversos factores personales o culturales podrían explicar que en nuestro país la insatisfacción de logro predomine sobre los demás factores del burnout al asociarse con la ideación suicida.

Este hallazgo es importante ya que el 24.4% del personal presentó altos niveles de insatisfacción de logro lo cual les confiere una mayor susceptibilidad a la ideación suicida. De acuerdo con las investigaciones la ideación suicida está consistente y fuertemente asociada con el acto suicida (Brown et al, 2000) lo que colocaría a una importante parte del equipo médico en riesgo. Lo anterior resulta relevante en al menos dos contextos. Por una parte parece apuntar hacia una condición que probablemente caracteriza no sólo a la institución hospitalaria en que se realizó el estudio sino a otras instituciones públicas de salud con con-

diciones similares. En segundo lugar, señala componentes del funcionamiento cotidiano del personal de salud que merecen atención en cuanto que los presentes resultados pueden, en efecto, facilitar el diseño y puesta en práctica de intervenciones preventivas. Estas estrategias se enfocan desde la óptica de detección precoz de riesgo para mejorar el logro profesional y su percepción por el personal. Esto puede lograrse mediante intervenciones individuales, grupales o modificaciones de políticas institucionales.

Los resultados también confirman la relación entre la desesperanza y la ideación suicida y entre la insatisfacción de logro y la desesperanza. Cabe destacar que, a diferencia de las anteriores investigaciones, la medición de desesperanza en el presente estudio sí se fundó en el uso de pruebas expresamente adaptadas y calibradas para población mexicana lo cual le confiere mayor validez a los presentes hallazgos.

Los presentes resultados confirman los hallazgos de otros estudios en el sentido de que la desesperanza se asocia al acto suicida (Beck et al, 1985; Beck et al, 1990; Brown et al, 2000). Nuevamente, la insatisfacción de logro volvió a ser el factor de *burnout* más importante, lo cual confirma la necesidad de diseñar intervenciones bien fundamentadas y ecológicamente válidas, es decir, que se ajusten a y se deriven del examen sistemático de las condiciones específicas prevalentes en los escenarios clínicos en que trabaja el personal.

Es de destacarse que el personal de salud participante en el presente estudio mostró niveles ligeramente más altos de *burnout* (66.2%) que el 60% reportado en las áreas de urgencias a nivel internacional (Arora et al, 2013). Esto puede deberse a condiciones comparativamente más difíciles prevalentes en las instituciones de salud en nuestro país (Healy & Tyrrell, 2011).

Comparando con otras investigaciones anteriores (Gutiérrez et al., 2005; Beltrán et al., 2005; Bontempo et al., 1999; García et al., 2010) en nuestro país, se puede notar que el área de urgencias muestra un porcentaje mayor de médicos con *burnout* que otras áreas como las de

enfermería (39%), medicina familiar (42.3%) y de paramédicos (18.5%). Estas diferencias pueden deberse a las condiciones de trabajo que se viven en el área de urgencias como la muerte repentina, la violencia y el sobrecupo entre otras. Otra diferencia importante es que, evaluando los componentes del burnout por separado, el presente estudio reveló un menor número de personal hospitalario con insatisfacción de logro en el personal de urgencias (24.4%) en contraste con bajos niveles de realización personal en otras investigaciones 84.7% (Beltrán et al, 2005), 74.9% (Bontempo et al, 1999).

Estas comparaciones permiten concluir que el área de urgencias, si bien es el área más vulnerable en cuanto a *burnout*, la insatisfacción de logro no se presenta tan notoria. Sin duda resulta necesario generar intervenciones dirigidas a este sector para reducir los niveles de *burnout*, por su vital importancia debido a sus múltiples consecuencias negativas entre las que destacan: ausentismo laboral, abandono del trabajo, rotación laboral excesiva, conflictos entre el personal, sintomatología depresiva, alcoholismo, tabaquismo, otras adicciones, problemas de pareja y familiares (Maslach y Jackson, 1981; Uribe, 2007). De la misma manera es esperable que intervenciones cuidadosas diseñadas para reducir el *burnout* contribuyan a revertir la intensidad de la ideación suicida (Dyrbye et al, 2008).

Si se combinan las cifras del número de participantes que presentaron altos niveles de desesperanza, los que presentaron ideación suicida y los que presentaron intento suicida se obtiene, para el presente estudio, un total de 23 personas (31%) con al menos un factor de riesgo definido para el acto suicida. Es claro que el área de urgencias no sólo requiere intervención para mitigar el *burnout* y sus efectos a fin de prevenir ideación y posibles actos suicidas sino las posibilidades de disfunción seria que afecte a los usuarios de los servicios.

En un contexto más optimista, los niveles de ideación suicida específicamente alcanzaron menos de un 3% (sólo dos participantes) lo cual se ubica muy por debajo de los encontrados en otros países 6.3% (Shanafelt et al, 2011) 28% (Sterud et al, 2008), 11% (Dyrbye et al, 2008) 51.1%

(Hem et al., 2000). Varias razones pueden explicar este hallazgo. En sentido metodológico aquellos estudios únicamente utilizaron cuestionarios muy cortos (en ocasiones sólo dos reactivos) y relativamente inespecíficos. En contraste, en la presente investigación se utilizó un instrumento de 21 reactivos que presenta mejores posibilidades de discriminar niveles más finamente.

En cuanto a dimensiones sociales, muy probablemente existe una contribución importante basada en diferencias culturales. En general se ha documentado, por ejemplo, que los países de América Latina tienden a ser más religiosos y por ende a estigmatizar más el suicidio (Hernández-Bringas et al., 2011) aunque también existe la posibilidad de que esto lleve a reportarlo menos. En concordancia con la investigación de Hem et al., (2000), el porcentaje de personal con intento suicida es mayor al porcentaje de personal con ideación (contrario a lo que sucede en la población general). Esto puede ocurrir por temor de los miembros del personal a que se den represalias laborales o interpersonales por parte del Hospital. En este sentido resulta indispensable que el personal de salud que labora en escenarios hospitalarios pueda recibir ayuda sin ningún tipo de consecuencia negativa.

Es interesante señalar que en el presente estudio ni la relación laboral, ni la devoción, ni el tipo de religión, ni la satisfacción económica prácticamente mostraron una relación con el intento suicida. El tener religión o no tampoco mostró significancia en cuanto a los puntajes de ideación suicida. Estos hallazgos se contraponen a la idea de la religión como factor protector del suicido, esto podría deberse a la notoria pérdida de importancia que la religión ha tenido como reguladora de la conducta social. Únicamente el haber cometido un error médico grave se asoció con una mayor probabilidad de presentar intento suicida, resultado congruente con otros hallazgos (Shanafelt et al., 2011).

Por último cabe señalar que mayor número de médicos mostraron índices altos de burnout tanto en la escala EMEDO como en el Maslach. Este hallazgo se corresponde con investigaciones como la de Gutierrez et al., (2005) y Bontempo et al., (1999). A pesar de que las

enfermeras tienen un contacto más directo con los pacientes, la responsabilidad de las decisiones recae sobre los médicos.

Para futuras investigaciones se recomienda que los instrumentos de medición psicométrica incluyan reactivos más directos sobre ideación suicida que permitan identificar de manera más clara la importancia de la insatisfacción de logro con esta ideación. También desde el sentido metodológico se recomienda, para futuros estudios, el uso de un instrumento que permita generar puntajes de corte en población mexicana para la evaluación de la desesperanza. Una exploración más a fondo tanto de factores culturales como de destrezas psicológicas, por ejemplo, las estrategias de afrontamiento del estrés serían útiles ya que muy probablemente permitirán identificar factores protectores de la ideación suicida en esta población.

A pesar de las limitaciones metodológicas relativas a instrumentos y el número de participantes, se tienen ventajas metodológicas por el uso de instrumentos adaptados a la población mexicana, por el control experimental derivado de cuestionarios respondidos con supervisión y no cuestionarios enviados a los domicilios de los participantes.

Si bien los alcances metodológicos del presente estudio, en principio no permiten suponer causalidad definitiva entre los factores abordados, sí permiten fundar una recomendación aplicable a su mejoría. Dada la asociación que la insatisfacción de logro tiene con la ideación suicida y la alta prevalencia de burnout que existe más los niveles de desesperanza parece claro que existe una importante necesidad de tratamiento preventivo y remedial en esta población.

## Referencias

- Aguilera E.C., y Garcia, J.E. (2010), Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39 (1), 67-84.
- 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
- Armelagos, G. J., Brown, P.J., Turner, B., (2005). Evolutionary, historical and political economic perspectives on health and disease. *Social Science & Medicine*, 61, 755-765.
- Arora, M., Asha, S., Chinnappa, J., & Diwan, A.D. (2013). Review article: Burnout in emergency medicine physicians. *Emergency Medicine Australasia*, 25, 491-495
- Balch, C.M., & Shanafelt, T., (2011). Combating Stress and Burnout in Surgical Practice: A Review. *Thoracic Surgery Clinics*, 21, 417-430
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865. <http://dx.doi.org/10.1037/h0037562>
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>
- Beck, A.T., Steer, R.A., Kovacks, M., & Garrison, B., (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10 years prospective study of patients hospitalized with suicide ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142 (5), 559-563.
- Beck, A.T., Brown, G., Berchick, R.J., Stewart, B.L., & Steer, R.A. (1990). Relationship, between hopelessness and ultimate suicide; a replication with psychiatric outpatients. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 4 (2) 291-296

Beltrán, C.A., Moreno, M.P., Estrada J.G., López, T.M., Rodríguez, M.G. & Reyes, M.B. (2005). Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31(2)

Bontempo, F. (1999). Nivel de síndrome de agotamiento en médicos, enfermeras y paramédicos. *Revista Mexicana de Puericultura y Pediatría*, 6(34)

Brown, G. K., Beck, A. T., Steer, R. A. & Orham, J. R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-years prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (68), 371-377.

Castellanos, J.L y Guzmán, L.E. (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 de emergencias*, 5(3), 432-443.

Corpas, N.J. (2011). Aproximación social y cultural al fenómeno del suicidio. Comunidades étnicas amerindias. *Gazeta de Antropología*, 27(2), 1-15.

Devi, S., (2011). Doctors in distress. *The Lancet*, 377(9764): 454-455 doi: 10.1016/S0140-6736(11)60145-1.

Durkheim, E. (1897). *El suicidio*. México: Editorial Prima.

Durlak, J. A. (2009). How to select, calculate, and interpret effect sizes. *Journal of Pediatric psychology*, 34(9): 917-928.

Dyrbye, L.N., Thomas, M. R., Massie, F.S., Power D.V., Eacker, A., Harper, W., Durning, S., Moutier, C., Szydlo, D.W., Novotny, P.J., Sloan, J.A., Shanafelt T.D. (2008). Burnout and Suicidal Ideation among U.S. Medical Students. *Annals of Internal Medicine*, 149, 334-341.

Engel, G.L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science, New Series*, 196(4286), 129-136.

Frenk, J., Frejka, T., Bobadilla, J. L., Stern, C., Lozano, R., Sepúlveda, J. & Marco, J. (1991). La transición epidemiológica en América Latina. *Boletín de la Organización Panamericana de la Salud*, 111(6), 485-496.

Gold, K.J., Sen, A. & Schwenk, T. (2013). Details on suicide among U.S. physicians: Data from the National Violent Death Reporting System. *General Hospital Psychiatry*, 35(1): 45-49. doi:10.1016/j.genhosppsych.2012.08.005

González, S., Díaz, A., Ortiz, S., González, C. & González, J.J. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (EISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23(2), 21-30.

Gutiérrez, A.G., Contreras, C.M. & Orozco, R.C. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29(5), 66-74.

Gutiérrez, L.S., Rojas, P.L., Tovar, S.S., Tirado, J.G., Cotoñieto, I.A., García, L.H. (2005). Burnout syndrome among Mexican hospital nursery staff. *Revista Médica del IMSS*, 43(1), 11-15.

Healy, S., & Tyrrell M. (2011). Stress in emergency departments: experiences of nurses and doctors. *Emergency Nurse*, 19(4), 31-37

Hem, E., Grønvold, N.T., Aasland, O.G., Ekeberg Ø. (2000). The prevalence of suicidal ideation and suicidal attempts among Norwegian physicians. Results from across-sectional survey of a nationwide sample. *European Psychiatry*, 15, 183-9.

Hernández-Bringas, H. H., y Flores-Arenales, R. (2011). El suicidio en México. *Papeles de Población*, 17(68), 69-101.

INEGI. (2012). *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios*, cuaderno núm. 6, Recuperado de [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx), México

Lalonde, M., (1974). *A new perspective on the health of Canadians*, Ottawa: Government of Canada.

Maslach, C., & Jackson S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behavior*, 2, 99-113.

Matarazzo, J., (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine. *American Psychologist*, 35 (9), 807-817.

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

Omran, A. R. (1971). The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quartely*, 49, 509-538.  
doi:10.2307/4349375

Organización Mundial de la Salud, (2000). Prevención del suicidio, un instrumento para médicos generales, trastornos mentales y cerebrales, en OMS, 2014, Estadísticas sanitarias mundiales. Departamento de salud mental y toxicomanías. Recuperado de <http://www.who.int>.

Organización Mundial de la Salud (2006). Constitución de la organización mundial de la salud, 45° edición. Recuperado de [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)

Organización Mundial de la Salud (1978). Declaración Alma-Ata. Salud para todos. Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud, URSS. Recuperado de <http://www.almamata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html>

Osnaya, M.C., Pérez, J.C., Romo, L.E. (2005). La didáctica constructiva de una escala de desesperanza. *Enseñanza e investigación en psicología*, 10 (2) 311-324.

Paykel ES, Myers JK, Lindenthal JJ, Tanner J., (1974). Suicidal feelings in the general population. *British of Journal Psychiatry*, 124 , 460-9.

Polanco-González, C., Castañón-González, J., Buhse, T., Samaniego-Mendoza, J., Arreguín-Nava, R., Villanueva-Martínez, S., (2013). Índice de saturación modificado en el servicio de urgencias médicas. *Gaceta Médica de México*, 149, 417-424.

Pompili, M., Rinaldi, G., Lester, D., Girardi, P., Ruberto, A., Tatarelli R. (2006). Hopelessness and Suicide Risk Emerge in Psychiatric Nurses Suffering From

Burnout and Using Specific Defense Mechanisms, *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(3), 135-143.

Pompili, M., Innamorati, M., Narciso, V., Kotzalidis, G.D, Dominici, G., Talamo, A., Girardi, P., Lester, D., Tatarelli R. (2010). Burnout, hopelessness and suicide risk in medical doctors. *Clinical Teraphy*, 161(6) 511- 514.

Riveros, A., Gonzalez, Q. E. & Mazón, J. J. (2012). Caracterización psicológica en alumnos de medicina de una macro universidad pública. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 5(1), 55-70.

Sánchez-Sosa, J.J. and Palacios, J. (1990). Biofeedback in Mexico: origins, development and current research and applications. *Biofeedback & Self-Regulation*, 15(1), 83-84; and AAPB (Eds.). *Proceedings of the 21st Annual Meeting*. p. 169-172.

Schernhammer, E.S & Colditz, G. A., (2004). Suicide Rates Among Physicians: A Quantitative and Gender Assessment (Meta-Analysis). *American Journal of Psychiatry*, 161, 2295–2302

Schwartz, G. E. (1980). Stress Management in Occupational Settings. *Health Promotion at the Worksite*, 95(2), 99-108.

Shanafelt, T.D., Balch, C.M., Dyrbye, L., Bechamps, G., Russell, T., Satele D., Rummans, T., Swartz, K., Novotny P.J., Sloan, J., Oreskovich, M.R.(2011), Suicidal Ideation Among American Surgeons. *Archives of Surgery*, 146(1), 54-62.

Shira Barzilay-Levkowitz & Apter A. (2014). Psychological models of suicide. *Archives of Suicide Research*, DOI: 10.1080/13811118.2013.824825

Siu, F.Y., Yuen S.K., & Cheun A. (2012). Burnout among public médicos in Hong Kong: Cross-sectional survey. *Hong Kong Medical Journal*, 18, 186-92.

Sterud, T., Hem, E., Lau, B., Ekeberg, O. (2008). Suicidal ideation and suicide attempts in a nationwide sample of operational Norwegian Ambulance Personnel. *Journal of Occupational Health*, 50, 406-414.

Uribe, 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.

Varnik, P. (2012). Suicide in the World. *International Journal of Environmental Research. Public Health*, 9, 760-771. DOI: 10.3390/ijerph9030760.

Wenzel, A., & Beck, A. T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, 12(4), 189-201.

Young, M. A., Fogg, L. F., Scheftner, W., Fawcett, J., Akiskal, H., & Maser, J. (1996). Stable trait components of hopelessness: Baseline and sensitivity to depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 155-165.

## Anexos

### 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 de el servicio de esta institución

Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá 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.

## 2. Cuestionario Sociodemográfico



### 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 \_\_\_\_\_

### 3. Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO)

Cuestionario 1

#### ¿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		SIEMPRE			
	x				

frecuencia...?

¿Con qué

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.

Hoja de respuestas F02

NUNCA

SIEMPRE

	TD					TA	31.-							
1.-							32.-							
2.-							33.-							
3.-							34.-							
4.-							35.-							
5.-							36.-							
6.-							37.-							
7.-							38.-							
8.-							39.-							
9.-							40.-							
10.-							41.-							
11.-							42.-							
12.-							43.-							
13.-							44.-							
14.-							45.-							
15.-							46.-							
16.-							47.-							
17.-							48.-							
18.-							49.-							
19.-							50.-							
20.-							51.-							
21.-							52.-							
22.-							53.-							
23.-							54.-							
24.-							55.-							
25.-							56.-							
26.-							57.-							
27.-							58.-							
28.-							59.-							
29.-							60.-							
30.-							61.-							
							62.-							
							63.-							
							64.-							
							65.-							H
							66.-							H
							67.-							H
							68.-							M
							69.-							M
							70.-							M

TD= total desacuerdo

TA= total acuerdo

H= solo hombres

M= solo mujere

#### 4. Inventario de burnout de Maslach (MBI)

##### 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.	

## 5. Escala de desesperanza de Osnaya

### E.D

- 1- Pienso que mi futuro mejorará en comparación con mi situación presente.

Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

- 2- Pienso que las situaciones o condiciones que viviré en el futuro serán muy prometedoras.

Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

- 3- Pienso que si en el futuro cambian las cosas será para empeorar.

Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

- 4- Pienso que alcanzaré todas las metas que me he propuesto.

Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

- 5- Pienso que tengo un gran futuro por delante.

Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

- 6- Pienso que no tengo la capacidad o habilidad para formarme un buen futuro.

Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

- 7- Estoy convencido(a) del refrán: "Cada quién es arquitecto de su propio destino o futuro".

Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

- 8- Siento desesperación debido a que el futuro me parece incierto.

Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

9- Siento desesperación porque creo que las cosas no van a cambiar con el paso del tiempo.

Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

10- Tengo grandes ilusiones.

Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

11- Mis ilusiones decaen cuando pienso en el futuro.

Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

12- Siento decepción al no percibir un futuro prometedor.

Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

13- La decepción me asalta cuando me doy cuenta de que por más que me esfuerce "el que nace para maceta no pasa del corredor".

Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

## 6. Inventario de Ideación suicida de Beck (ISB)

### EBIS

Por favor, lea cuidadosamente cada uno de los grupos de frases que aparecen debajo. Marque con un círculo el número de la frase de cada grupo que **mejor** describa cómo se ha sentido en los **últimos siete días, incluyendo el día de hoy**. Asegúrese de leer todas las frases de cada grupo antes de escoger alguna.

- |   |   |
|---|---|
| <p>1. a. Tengo muchos deseos de vivir<br/>b. Mis deseos de vivir son medianos o moderados<br/>c. No tengo deseos de vivir</p> <p>2. a. No tengo deseos de morir<br/>b. Tengo pocos deseos de morir<br/>c. Tengo muchos deseos de morir</p> <p>3. a. Tengo más razones para vivir que para morir<br/>b. Tengo tantas razones para vivir como para morir<br/>c. Tengo más razones para morir que para vivir</p> <p>4. a. No tengo deseos de suicidarme<br/>b. Tengo pocos deseos de suicidarme<br/>c. Tengo de moderados a fuertes deseos a suicidarme</p> <p>5. a. Si estuviera en una situación de vida o muerte, haría todo lo posible por salvar mi vida<br/>b. Si estuviera en una situación de vida o muerte, me la jugaría entre las dos opciones<br/>c. Si me encontrara en una situación de vida o muerte, no trataría de salvar mi vida</p> | <p>7. a. Rara vez o sólo muy de vez en cuando pienso en suicidarme<br/>b. Frecuentemente pienso en suicidarme<br/>c. Casi todo el tiempo estoy pensando en suicidarme</p> <p>8. a. No acepto la idea de suicidarme<br/>b. Ni acepto ni rechazo la idea de suicidarme<br/>c. Acepto la idea de suicidarme</p> <p>9. a. Me puedo controlar para evitar suicidarme<br/>b. No estoy seguro de que me puedo controlar para evitar suicidarme<br/>c. No me puedo controlar para evitar suicidarme</p> <p>10. a. Mi familia, mis amigos, mi religión, el daño si fracasara en el intento, etc. Son razones por las que no me suicidaría<br/>b. Mi familia, mis amigos, mi religión, el daño si fracasara en el intento, etc., me preocupan un poco cuando pienso en suicidarme<br/>c. Mi familia, mis amigos, mi religión, el daño si fracasara en el intento, etc. no me preocupan cuando pienso en suicidarme</p> <p>11. a. Mis razones para suicidarme tienen que ver con la gente, como desquitarme de alguien, hacer feliz a alguien, hacer que me pongan atención, etc.<br/>b. Mis razones para suicidarme no sólo tienen que ver con la gente, sino que también son una forma de resolver mis problemas<br/>c. Mis razones para suicidarme tiene que ver principalmente para escapar de mis problemas</p> |
|---|---|

<p><b>¡ATENCIÓN! Lea estas instrucciones:</b> - Si en el grupo 4 y 5 marco la <b>a</b>, sáltese hasta el 20 - Si en el grupo 4 o en el 5 marco ya sea <b>b</b> o <b>c</b>, continúe con el 6.</p>
---

12. a. No tengo ningún plan específico para suicidarme  
 b. He pensado en formas para suicidarme pero no he considerado los detalles  
 c. Tengo listo un plan concreto para suicidarme
13. a. No tengo a la mano la forma ni la oportunidad para suicidarme  
 b. La forma en la que me suicidaría es complicada, además de que no tengo una buena oportunidad para llevarla a cabo  
 c. Tengo a la mano o espero tenerla, la forma de suicidarme y también tengo o tendré la oportunidad de llevarla a cabo
14. a. No tengo el valor o la habilidad para suicidarme  
 b. No estoy seguro de tener el valor o la habilidad para suicidarme  
 c. Tengo el valor y la habilidad para suicidarme
15. a. Pienso que no intentaré suicidarme  
 b. No sé si intentaré suicidarme o no  
 c. estoy seguro de que intentaré suicidarme
16. a. No he hecho preparativos para suicidarme  
 b. He hecho algunos preparativos para suicidarme  
 c. Casi he terminado o ya terminé los preparativos para suicidarme
17. a. No he hecho una nota o carta para que la encuentren si me suicido  
 b. He pensado en escribir una carta o nota para que la encuentren si me suicido, o he empezado a escribir una, pero no la he terminado  
 c. He terminado de escribir una carta o nota para que la encuentren después de suicidarme
18. a. No he hecho ningún arreglo con respecto a lo que pasará después de suicidarme  
 b. He pensado en hacer algunos arreglos con respecto a lo que pasará después de suicidarme  
 c. He hecho arreglos concretos con respecto a lo que pasará después de suicidarme

19. a. No he ocultado a la gente que me quiero suicidar  
 b. He evitado decirle a la gente que me quiero suicidar  
 c. He mentido o le he ocultado a la gente que me quiero suicidar
20. a. Nunca he intentado suicidarme  
 b. Intenté suicidarme una vez  
 c. Intenté suicidarme dos o más veces

**¡ATENCIÓN! Lea estas instrucciones:**

Si usted ha intentado suicidarse alguna vez, por favor conteste la siguiente pregunta

21. a. La última vez que intenté suicidarme, mis ganas de morir eran pocas  
 b. La última vez que intenté suicidarme, mis ganas de morir eran medianas  
 c. La última vez que intenté suicidarme, mis ganas de morir eran muchas

**¡MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACIÓN Y PACIENCIA!**

## 7. Hoja de Datos

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

Psic. María Isabel Reyes Saavedra: [isabel.rs.psi@gmail.com](mailto:isabel.rs.psi@gmail.com)

Psic. Víctor Rodrigo González Álvarez: [vrodrigogonzalez@outlook.es](mailto:vrodrigogonzalez@outlook.es)

Psic. Eduardo Abraham Vidal Velazco: [lalovidal\\_vela@hotmail.com](mailto:lalovidal_vela@hotmail.com)

Mtro. Edgar Landa Ramírez: [edgar\\_landa\\_ramirez@yahoo.com.mx](mailto:edgar_landa_ramirez@yahoo.com.mx)

**¡Muchas gracias por su participación!**