

11241



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA DEPTO. DE PSICOLOGÍA MEDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ

“PRESENCIA DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL EN RESIDENTES
DEL PRIMER AÑO DE PSIQUIATRIA EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY
BERNARDINO ALVAREZ”

T E S I S PARA OBTENER EL DIPLOMA DE: P S I Q U I A T R I A

PRESENTA:
DR. GENARO REYNA OLIVERA

ASESORES:
DR. MIGUEL HERRERA ESTRELLA
DR. JESÚS GUTIERREZ AGUILAR

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA
DEPTO. DE PSICOLOGIA MEDICA,
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ

MÉXICO, D.F.

ENERO 2004

2005

034005



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

DEDICATORIA:

A mi padre, Gilberto Reyna Soto, quien siempre me ha apoyado para el logro de todas mis metas.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Severo Reyna Olvera

FECHA: 01/09/05

FIRMA: 

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco a todos aquellos que de alguna manera cooperaron para la realización de este proyecto. A la Dra. Osiris Ceceña y el Dr. Fernando Corona con cuyas pláticas ayudaron a la concepción de la Tesis, a la Dra. Gabriela Garza y el Dr. Andrés Borbón quienes facilitaron escalas con las que se trabajaron.

Al Departamento de Psicología, Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad Nacional Autónoma de México y el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez donde me he formado como Psiquiatra pero principalmente a los Directivos, al Departamento de Enseñanza y al Comité de Ética del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez quienes permitieron la realización de la investigación.

A mis compañeros residentes principalmente a la generación 2002 – 2006, a mis maestros pero de manera muy especial a mis tutores el Dr. Miguel Herrera Estrella y el Dr. Jesús Gutiérrez Aguilar quienes con su guía, consejo, paciencia y compromiso lograron que esta investigación fuera posible.

INDICE:

Dedicatoria.....	1
Agradecimientos.....	2
Antecedentes.....	3
Justificación.....	5
Hipótesis.....	6
Objetivo.....	6
Clasificación del estudio.....	6
Material y métodos.....	6
a. población de estudio.....	6
b. criterios de inclusión.....	6
c. escalas a utilizarse.....	7
d. criterios de exclusión.....	6
e. tiempo de estudio.....	8
f. método.....	8
g. modelo estadístico.....	8
Resultados.....	8
Estudio estadístico.....	11
1. correlaciones paramétricas.....	12
2. correlaciones no paramétricas.....	13
Discusión.....	14
Conclusiones.....	16
Bibliografía.....	17

Apéndices.....	20
1. Tablas y gráficas.....	20
2. Escalas aplicadas.....	32
Índice.....	43

ANTECEDENTES:

En la actualidad los términos Desgaste Profesional y Síndrome de Burnout han sido continuamente mencionados en base a la importancia implícita en los mismos.

De nadie en el medio médico es desconocida la cantidad de alteraciones físicas y psicológicas que se presentan a tan solo iniciar la carrera, posteriormente la atención directa al paciente y la interacción con el medio médico logra cambiar en ocasiones diametralmente la mentalidad del entonces Galeno. Así mismo, es observable como al encontrarse bajo una situación de estrés sostenido presenta con mayor frecuencia problemas que si bien se inician en el medio laboral terminan involucrando en gran medida las demás esferas de la vida del médico. El hecho de la gran cantidad de infartos, alto índice de suicidios, divorcios, disfunciones de pareja y consumo de sustancias no puede pasar desapercibido. (3,8,15, 18,22, 30, 36, 39).

En 1974, Herbert Freudenberger, psiquiatra que trabajaba como voluntario en la Clínica Libre de Nueva York para Toxicómanos, notó que con el paso del tiempo la mayoría de aquellos que ofrecían su trabajo presentaban una pérdida progresiva de la energía hasta el agotamiento, desmotivación para el trabajo y síntomas de ansiedad y depresión, así mismo observó que estas personas otrora idealistas se volvían menos sensibles, poco comprensivas y aun agresivas en relación a los pacientes, mostrando un distanciamiento y cinismo para con los demás. Llamó a esto Síndrome de Burnout (Síndrome de Quemado). (4,8,24, 38,39).

Dos años después Cristina Maslach, psicóloga social, estudiando las respuestas emocionales de los empleados de profesiones de ayuda a personas, eligió el mismo término que casualmente era usado entre abogados de forma coloquial, dando junto con Jackson en 1986, la definición mas conocida del proceso, puntualizando que el Síndrome de Burnout (cuya traducción mas clara al español a sido considerada Síndrome de Desgaste Profesional) “ es un Síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”. (3,7,8, 24,39).

Múltiples investigadores se han ocupado del tema contándose entre ellos a los mismos Freudenberger, Maslach y Jackson y otros como Belcastro, Pinez y Florez Lozano llegando a esclarecer de forma importante datos que, sin embargo, hasta la fecha continúan siendo objeto de debate. (24).

En base a divas investigaciones se ha logrado dar un modelo teórico de la fisiopatología del Síndrome de Desgaste Profesional, refiriendo que el mismo proviene de un desequilibrio entre las expectativas individuales del profesional y la realidad del trabajo diario, del excesivo grado de exigencias así como de la escases de los recursos físicos, psicológicos y laborales para el enfrentamiento adecuado del estrés que se mantiene causando problemas al individuo en múltiples niveles, siendo la aparición del Síndrome el paso final en la progresión de las tentativas de confrontación frustradas. (18,24,38,43).

Múltiples factores para la aparición del Síndrome han sido identificadas, entre ellas la

prevalencia en personalidades que presentan patrones de conducta tipo A caracterizadas por la presencia de competitividad, impaciencia y hostilidad, manifestándose a si mismas como autoexigentes, valoran las situaciones como retos personales y se sienten constantemente presionadas por el tiempo; Por otro lado se refiere que el nivel de responsabilidad, frustración, el sexo, apoyo social, tiempo de desempeño y condiciones de trabajo, el continuo y sostenido contacto con el sufrimiento, el dolor y la muerte. La caída del valor social de las profesiones asistenciales, la sobrecarga laboral (excesivo número de pacientes, patologías menos reversibles, carencia de recursos, presión horaria), la merma en las retribuciones y estímulos (no solamente materiales), la amenaza de juicios por mala praxis, el resolver dilemas éticos, lo inherente a la tarea realizada y variables agregadas individuales, interpersonales e incluso institucionales, producen en gran medida la aparición de la sintomatología. (3,4,7, 18,24,28, 35,36,39).

Las alteraciones son entonces descritas presentándose síntomas físicos entre los que se refieren fatiga o agotamiento, alteraciones del sueño y dolores y malestares inespecíficos, llegando incluso a mencionarse en algunos estudios la predisposición para problemas de salud física mas severos entre los que se consideran las úlceras intestinales; síntomas emocionales relacionados con el desgaste emocional, irritabilidad, ansiedad, culpa, depresión y sentimientos de requerir ayuda; síntomas conductuales refiriéndose presencia de rigidez referente a reglas, ausentismo laboral, consumo de sustancias de inicio o aumento del mismo e incluso abandono total del trabajo. Se mencionan a su vez la presencia de alteraciones interpersonales que llegan a afectar a nivel familiar y social al paciente, observándose continuo mal humor, pesimismo y maltrato hacia los demás que llega a alejarlos de aquellos que en otras circunstancias los apoyarían, y síntomas de actitud entre los que se encuentra el cinismo, el mostrarse continuamente a la defensiva, presentando racionalización y pensamiento en términos estereotipados, perdida de disfrute laboral y resistencia a acudir al mismo. (4,8,15, 24,29, 34,39).

Los síntomas para fines prácticos y de estudio se han agrupado en tres categorías principales manifestándose que su presencia sería observada al menos 6 meses después de iniciar el periodo desadaptativo. Se vería entonces la presencia de agotamiento emocional (descrito como la perdida o desgaste de los recursos emocionales los cuales se inician cuando el profesional se involucra emocionalmente demasiado, se satura de trabajo y se siente abrumado por las demandas emocionales impuestas por otras personas. El profesional se siente entonces desgastado físicamente sin energía para enfrentar otro día sintiendo incapacidad para dar mas de si mismo. Para evitarlo el profesional reduce el contacto con la gente); Despersonalización (también descrita como deshumanización, se relaciona con el desarrollo de actitudes cínicas, negativas, insensibles hacia los receptores de su labor, lo que llega a producir angustia o culpa) y Falta de Realización Personal (el individuo percibe que los logros personales y profesionales quedan bajo las expectativas propias del profesional, lo que conlleva sentimientos de minusvalía, fracaso y baja autoestima así como rechazo de si mismo). (3,29,32,33).

En base a lo anterior se basa el principal método de cuantificación del Síndrome, el inventario de Burnout de Maslach (por sus siglas en ingles MBI), el cual consta de 22 puntos en 3 subescalas considerando el Síndrome una variable continua y que tiene una consistencia interna y fiabilidad cercana a los 0.9. (3,4,8,18,38).

Los diagnósticos diferenciales involucran depresión (con el cual es comórbida en muchos de los casos), ansiedad, trastorno por estrés crónico e incluso trastornos de adaptación por lo cual el descartar los mismos se hace prioritario en la investigación. (3,6, 7, 9,14, 15, 18, 23, 24, 25, 26, 28, 31, 32, 42, 43, 44, 45, 46).

En médicos el estudio del Síndrome de Burnout ha sido cuantioso, sin embargo este ha sido en muchos de estos estudios un corte transversal único no observándose la evolución del mismo, se ha encontrado mayor prevalencia del Síndrome en oncólogos, neumólogos, médicos generales, médicos encargados de medicina del trabajo y en Psiquiatras de quienes aquellos que trabajan con niños muestran un grado aun mayor. (18,39,43).

En vista de lo anterior y ante la propuesta de que la prevención de los factores de producción del Síndrome ayudan a disminuir la prevalencia del mismo consideramos realizar un estudio identificando la presencia del mismo en nuestra población, así como la evolución y factores predisponentes que se presenten permitan incidir sobre las mismas de manera que se de un mejoramiento integral de las expectativas individuales del profesional que redunde a su vez en la mejoría de la calidad y calidez de la atención del usuario psiquiátrico.

JUSTIFICACIÓN:

El Síndrome de Desgaste Profesional desencadena una serie de alteraciones emocionales, interpersonales y de displacer profesional que conducen a síntomas físicos (cefaleas, dolores osteomusculares, síntomas gastrointestinales, sensación crónica de cansancio, insomnio, hipertensión arterial, asma, alteraciones menstruales), conductuales (ausentismo laboral, dependencia a sustancias, problemas conyugales, conductas violentas y de riesgo e incluso embarazos no deseados), emocionales (distanciamiento afectivo con las personas a atender, irritabilidad, impaciencia y recelo, ansiedad, disminución de la concentración y rendimiento en el trabajo) y defensivos (negación de la sintomatología, desplazamiento de los síntomas, intelectualización de los mismos o dando atención parcial a lo que le resulta menos agresivo) (7), si bien, la presencia del mismo ya había sido demostrada en estudios previos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, no se había estudiado la evolución del mismo en una muestra específica, por lo que consideramos necesaria la realización de este estudio, de manera que se identificaran los factores predisponentes y posiblemente causales en nuestra muestra, de forma que de manera posterior se pueda incidir en los mismos mejorando el desempeño y estado psicológico del residente lo que redundara en una optimización en la atención integral de los pacientes.

HIPÓTESIS:

El realizar el primer año de Psiquiatría lleva a algunos residentes a la aparición de síntomas del Síndrome de Desgaste Profesional el cual muestra una evolución progresiva hasta niveles moderados o graves siendo causado y modificado por factores sociodemográficos, institucionales, de personalidad, afectivos y por eventos vitales.

OBJETIVO:

Observar la presencia y características del Síndrome de Desgaste Profesional en residentes de primer año de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

CLASIFICACIÓN DEL ESTUDIO:

Estudio prospectivo, longitudinal y descriptivo.

MATERIAL Y MÉTODO:

a) POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Residentes del primer año y recién ingreso a la especialidad de Psiquiatría en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (Generación 2002 – 2006). N=20.

b) CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Ser residente de primer año de Psiquiatría generación 2002 – 2006 en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
Aceptar participar en el estudio.

c) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

No formar parte de la generación 2002 – 2006 de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico

Fray Bernardino Álvarez.

No aceptar participar en el estudio.

d) ESCALAS A UTILIZARSE:

1. Cuestionario Sociodemográfico: Realizado en base a factores relacionados con la aparición del Síndrome de Desgaste Profesional (Sexo, estado civil, número de hijos, relación de pareja, con quien vive y las relaciones con los mismos, si es o no proveedor de recursos, si existe gente que la cual dependa económicamente, si convive con enfermos crónicos, si practica deportes, problemas económicos, labor en el hogar uso de sustancias, comidas y horas de sueño, uso de psicofármacos, diagnósticos médicos en los últimos 6 meses, automedicación, años de ejercicio profesional, horas de jornada, guardias a la semana, tiempo de transporte casa hospital, faltas o retardos y horas de esparcimiento).
2. Cuestionario de eventos de la vida: Muestra los eventos importantes en la vida del residente durante los 6 meses previos a iniciar el estudio y aquellos que se presenten durante la realización del mismo.
3. Escala de Auto evaluación de Zung para Depresión: Comprende 20 rubros que comprenden tanto las alteraciones del afecto como los síntomas cognitivos y fisiológicos mas comunes de la Depresión. Da como resultado un índice que muestra a su vez la severidad del Trastorno Depresivo. (45,46).
4. Escala de Sheehan para Ansiedad: Ayuda a detectar en base a su modelo autoaplicable la presencia de sintomatología ansiosa, siendo esta escala medible en dos rubros, ansiedad endógena de 35 preguntas y exógena con 11 dando valores que clasifican los síntomas en ansiedad media, moderada, marcada y severa.(45,46).
5. Escala de Maslach para Burnout (MBI): Creada en 1986 por Maslach y Jackson permite la identificación de Síndrome de Desgaste Profesional en la población estudiada. (3,4, 8, 18, 38).
6. Cuestionario Abierto de Causas Aparentes de Burnout: Ayuda a definir cuales factores considera el residente, de presentar Síndrome de Burnout, como las causas de su Desgaste Profesional en base a la pregunta abierta de las mismas.
7. Escala de personalidad de Eynseck: Es un cuestionario estandarizado en Inglaterra, basado en un modelo de tres dimensiones siendo calificados los niveles de psicoticismo, neuroticismo y extraversión, y una escala asociada que mide deseabilidad social y mentiras, en México fue traducido y validado en el Instituto Nacional de Psiquiatría encontrando sus coeficientes de confiabilidad de 0.68 a 0.87. (27).

e) TIEMPO DE ESTUDIO:

12 meses.

f) METODO:

Se aplicó durante el primer mes de ingreso a la Institución el cuestionario sociodemográfico, la escala de Eynseck de personalidad, la escala de Zung para depresión, la escala de Shehaan para ansiedad, el cuestionario de eventos de la vida y la escala de Maslach para Burnout obteniendo valores básales y exploratorios en los residentes de primer año de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

De forma posterior se aplicaron nuevamente a los 6 y 12 meses la escala de Maslach y el cuestionario de eventos de la vida, la escala de Zung y la de Shehaan así como el cuestionario de causas aparentes de Burnout y si llevaban o no manejo psicoterapéutico o psicofarmacológico.

Se realizó de forma posterior la descripción de los hallazgos y medidas estadísticas comparativas.

g) MODELO ESTADISTICO:

Análisis e varianza de 1 vía para las escalas aplicadas en tres tiempos con análisis Post-Hoc de la mínima diferencia significativa.

Correlación de Spearman y Pearson de acuerdo a la naturaleza de los datos.

RESULTADOS:

Durante el mes de marzo de 2002 se realizó el planteamiento del estudio a los residentes de primer año de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez mostrándose estos dispuestos a participar en el mismo, dando de manera posterior su autorización escrita. Tras plantear el protocolo de estudio se solicitó a las autoridades Hospitalarias así como al Comité de Ética su apoyo para el mismo siendo la realización de la investigación aceptada. Se aplicaron y recabaron en tiempo adecuado las escalas programadas excepto las de una residente debido a no haberlas contestado dentro del tiempo límite del estudio, circunscribiéndose nuestro universo a 19 residentes (11 mujeres y 8 hombres). Las escalas obtenidas como basales fueron las descritas en el rubro metodológico (Zung para depresión, Shehaan para ansiedad, Maslach para Burnout, Eynseck de personalidad, eventos de la vida y el cuestionario sociodemográfico), cuyos resultados generales fueron:

1.- Escala de Zung para depresión: 13 residentes (9 mujeres y 4 hombres) mostraron depresión leve, 5 residentes (2 mujeres y 3 hombres) presentaron moderada, no observándose severa, siendo un solo residente (hombre) quien no presentó sintomatología.

e) TIEMPO DE ESTUDIO:

12 meses.

f) METODO:

Se aplicó durante el primer mes de ingreso a la Institución el cuestionario sociodemográfico, la escala de Eynseck de personalidad, la escala de Zung para depresión, la escala de Shehaan para ansiedad, el cuestionario de eventos de la vida y la escala de Maslach para Burnout obteniendo valores básales y exploratorios en los residentes de primer año de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

De forma posterior se aplicaron nuevamente a los 6 y 12 meses la escala de Maslach y el cuestionario de eventos de la vida, la escala de Zung y la de Shehaan así como el cuestionario de causas aparentes de Burnout y si llevaban o no manejo psicoterapéutico o psicofarmacológico.

Se realizó de forma posterior la descripción de los hallazgos y medidas estadísticas comparativas.

g) MODELO ESTADISTICO:

Análisis e varianza de 1 vía para las escalas aplicadas en tres tiempos con análisis Post-Hoc de la mínima diferencia significativa.

Correlación de Spearman y Pearson de acuerdo a la naturaleza de los datos.

RESULTADOS:

Durante el mes de marzo de 2002 se realizó el planteamiento del estudio a los residentes de primer año de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez mostrándose estos dispuestos a participar en el mismo, dando de manera posterior su autorización escrita. Tras plantear el protocolo de estudio se solicitó a las autoridades Hospitalarias así como al Comité de Ética su apoyo para el mismo siendo la realización de la investigación aceptada. Se aplicaron y recabaron en tiempo adecuado las escalas programadas excepto las de una residente debido a no haberlas contestado dentro del tiempo límite del estudio, circunscribiéndose nuestro universo a 19 residentes (11 mujeres y 8 hombres). Las escalas obtenidas como basales fueron las descritas en el rubro metodológico (Zung para depresión, Shehaan para ansiedad, Maslach para Burnout, Eynseck de personalidad, eventos de la vida y el cuestionario sociodemográfico), cuyos resultados generales fueron:

1.- Escala de Zung para depresión: 13 residentes (9 mujeres y 4 hombres) mostraron depresión leve, 5 residentes (2 mujeres y 3 hombres) presentaron moderada, no observándose severa, siendo un solo residente (hombre) quien no presentó sintomatología.

2.- Escala de Shehaan para ansiedad:

a) Endógena: 2 residentes (1 mujer y 1 hombre) no presentaron datos de ansiedad, 10 mujeres y 6 hombres mostraron datos de ansiedad media y un hombre de moderada.

b) Exógena: 2 mujeres y 2 hombres presentaron nula ansiedad, 8 mujeres y 4 hombres ansiedad media y 1 mujer y 2 hombres moderada.

3.- Cuestionario de Eventos de la Vida: El promedio general presentado fue de 58.57 puntos, 56.45 para las mujeres y 61.5 para los hombres. Siendo los eventos vitales mas presentados el cambio de actividad social, logro personal notable, cambio de residencia, cambio de colegio o universidad, cambio de número de personas con las que vive en la misma casa, muerte de un pariente, ruptura de amistad y cambio financiero en los padres.

4.-Cuestionario Sociodemográfico: Se tomo como universo 19 residentes, 11 mujeres y 8 hombres; solo un residente varón refirió ser casado. La edad de los hombres variaba de 25 a 30 años mientras que las mujeres se encontraban entre los 23 y 26 años. 5 hombres tenían relaciones de pareja de mas de 2 años, 2 de menos de 2 años y 1 no tenía pareja, de las mujeres solo 6 la tenían, 4 de las cuales tenían mas de 2 años de duración. Todos los que refirieron tener pareja la calificaron como "buena". Solo dos residentes (hombres) refirieron tener hijos. Todas las mujeres vivían con familiares, mientras 5 de los hombres lo hacían lejos de sus familias; en el caso de las mujeres el proveedor principal era el padre, mientras los hombres en general eran proveedores propios. Solo dos mujeres aceptaron convivencia con pacientes crónicos, ningún residente con alcohólicos. 2 mujeres y 2 hombres aceptaron problemas económicos. 6 mujeres y 6 hombres consumen ocasionalmente alcohol. Las horas de sueño promediaron entre 3 y 8 horas, las de jornada diaria alrededor de 8 y las horas de estudio agregadas un promedio de 4, siendo las horas de esparcimiento entre 1 y 3 en general. Nadie usaba psicofármacos al inicio del estudio, aceptando automedicación 11 de los residentes. 11 de los residentes tenían entre 1 y 2 años de ejercicio profesional, 2 de 3 a 4 y 6 no refirieron experiencia laboral agregada. 8 residentes utilizan de 1 a 2 horas de viaje de su casa al hospital.

5.- Escala de Personalidad de Eynseck: Se encontró que 13 personas de las 19 en estudio con datos de neuroticismo, 5 calificaron con extroversión y 1 residente no entregó en tiempo este cuestionario, aquellos que contestaron presentaron en su mayoría datos de deseabilidad social.

6.- Escala de Maslach para Burnout: El 31.5% mostró no tener valores para el Síndrome, 57.9% calificaron como moderado y 10.6% para severo. Por sexos los hombres no mostraron valores para Burnout en 37.5%, 50.0% dieron moderado y 12.5% severo; las mujeres no presentaron Síndrome de Desgaste Profesional en 27.3%, 63.9% manifestaron moderado y 9.1% severo.

Se aplicó nuevamente la escala de Zung y Shehaan a todos los residentes a los 6 meses de realizado el estudio, así mismo las escalas de Maslach, eventos de la vida y el cuestionario Abierto de Causas Aparentes de Burnout (motivantes y desmotivantes) y si llevaban manejo psicoterapéutico o farmacológico.

Cabe referir que durante la fase 2 del estudio el universo estudiado se observó reducido a 18 individuos dado que un residente renunció a la residencia (quien no había entregado escala de Eynseck en el rubro anterior) no participando en el estudio de manera subsecuente. Los resultados observados fueron los siguientes:

1.- Escala de Zung para Depresión: La calificación del cuestionario a los 6 meses de iniciada la residencia mostró que un 52.9% de los residentes presentaron Depresión leve, 17.64% moderada y 5.88% severa, denotándose que el 23.52% no presentaron datos de Depresión. Se encontró 2 mujeres y 1 hombre con moderada y 1 hombre con severa.

2.- Escala de Shehaan para ansiedad:

a) Endógena: El 11.7% no presento datos de la misma, el 64.7% presento ansiedad media, el 5.8% moderada y el 17.6% marcada.

b) Exógena: Se encontraron valores de 35.2% en nula, 47.05% en media, 11.7% en moderada y 5.88% en marcada.

3.- Cuestionario de Eventos de la Vida: Los valores promedio general fueron de 52.94, en mujeres 53.81 y en hombres 51.57, siendo los principales eventos observados el cambio de actividades sociales, la ruptura con algún amigo, el cambio de colegio o universidad, cambio del número de familiares en casa y logro personal notable.

4.- Escala de Maslach para Burnout: Se observo que el 22.2% calificaron sin desgaste profesional, 11.1% con leve, 44.4% con moderado y 23.3% con severo. Por sexos, los hombres no presentaron Burnout en un 28.57%, con 42.85% en moderado y 28.6% severo no mostrando Burnout leve. Las mujeres no presentaron en 27.27%, leve 18.18%, 36.4% moderado y 18.1% severo.

5.- Uso de Psicoterapia o Psicofármacos: 3 residentes usaron medicamentos, 2 mujeres y 1 hombre, siendo los medicamentos antidepresivos. 8 fueron pacientes de psicoterapia., 4 mujeres y 4 hombres , no especificándose el corte de las mismas.

6.- Cuestionario Abierto de Causas Aparentes de Burnout: Los entrevistados refirieron causas variadas las cuales fueron comparadas y clasificadas encontrando que las principales causas subjetivas motivantes eran: 1)La beca, 2) Saber que se hacia lo correcto, 3) La amistad con los compañeros y el pasar a 2do año de residencia, 4) El atender padecimientos interesantes, y 5) El agradecimiento obtenido del paciente y familiares.

Las causas desmotivantes fueron: 1) El sentirse desprotegidos por las autoridades hospitalarias, 2) Las clases y exámenes de la Universidad Nacional Autónoma de México, 3) Cansancio, 4) La relación con médicos adscritos y/o jefes de piso, la falta de tiempo de estudio, la falta de enseñanza, considerar a la beca modesta y el tener que realizar el 4to año de residencia, y 5) La crítica destructiva, la burocracia, las guardias extenuantes y la carga de trabajo en general.

Posterior a obtener los resultados explicados se esperó el 3er tiempo del estudio a los 12

meses aplicándose de nueva cuenta la escala de Maslach, la escala de Zung, la escala de Shehaan, los cuestionarios Abierto para Causas Aparentes de Burnout y eventos de la vida así como se preguntó nuevamente el uso de psicoterapia o psicofármacos, encontrando lo siguiente:

1.- Escala de Zung para Depresión: El 72.2% presento un nivel de Depresión leve, el 22.2% moderada y el 5.5% severa denotándose la presencias de niveles mas altos en mujeres.

2.- Escala de Shehaan para ansiedad:

a) Endógena: Se presentó en el 77.7% media, 11.1% moderada y 11.1% marcada siendo esta última predominantemente en mujeres.

b) Exógena: 38.8% no presentó, el 27.7% dio valores medios, el 22.2% moderada y el 11.1% marcada.

3.- Cuestionario de Eventos de la Vida: Tuvieron un nivel total promedio de 49.27, siendo para mujeres de 48.27 y para hombres de 50.8 siendo los principales eventos observados el cambio de actividades sociales, el cambio de aceptación por los semejantes y la presencia de logros personales.

4.- Escala de Maslach para Burnout: El 22.2% no codificó para presencia de Burnout, 11.1% presentó valores para Desgaste Profesional leve, el 44.4% moderado y 22.3% severo encontrando los mismos niveles que en la medición de los 6 meses sin embargo llamando la atención que los individuos que presentaron niveles de Desgaste previo se vieron modificados aumentando o disminuyendo.

5.- Uso de psicoterapia o psicofármacos: En la tercera intervención se encontró que 6 personas llevaban psicoterapia de las cuales 5 eran hombres y 1 mujer, respecto a la toma de fármacos se observaron 6 personas, todas con antidepresivos, 3 mujeres y 3 hombres.

6.- Cuestionario Abierto de Causas Aparentes de Burnout: Se encontraron como causas motivantes: 1) El concluir el primer año de la especialidad, 2) El tener amigos y apoyo familiar, 3) Una adecuada proyección a futuro, y 4) Adquirir mas conocimientos, el tener pacientes interesantes y la misma especialidad.

Las causas desmotivantes referidas fueron: 1) La impuntualidad, poca responsabilidad y trabajo de algunos adscritos, 2) el burocratismo hospitalario, 3) La critica severa y con agresión, la falta reconocimiento, el cansancio, la presencia de exámenes departamentales y el periodo de entrenamiento de los residentes de primer año.

ESTUDIO ESTADISTICO:

Se sacó un promedio general de cada medición de la escala de Burnout encontrando: Para Maslach basal un agotamiento emocional de 18.7 (moderado), despersonalización de 4.8 (bajo) y una realización personal de 31.36 (moderado).

En la segunda medición el agotamiento emocional promedio fue de 22.88 (moderado), la despersonalización de 7.7 (moderada) y la realización personal 36.11 (moderada).

Al cumplir los 12 meses el nivel de agotamiento emocional promedio fue de 48.83 (alto), despersonalización 7.27 (moderado) y un nivel de realización personal de 35.27 (moderado).

Se realizaron estudios de correlaciones encontrando:

CORRELACIONES PARAMÉTRICAS:

1.- Niveles basales de agotamiento emocional en Maslach con un aumento posterior en la despersonalización, realización personal y agotamiento emocional incrementado a los 6 meses, siendo un factor predisponente encontrado las pocas horas de esparcimiento.

2.- El agotamiento emocional se correlacionó significativamente con el desarrollo de despersonalización tanto a los 6 y como a los 12 meses, con la toma de medicamentos psicotrópicos, así como a la presencia de problemas de pareja y pocas horas de esparcimiento.

3.- El agotamiento emocional a los 12 meses se correlacionó significativamente como en las valoraciones previas con las pocas horas de esparcimiento, así mismo con un estado basal y a los 6 meses de agotamiento emocional, la despersonalización y el consumo de medicamentos psicotrópicos.

4.- La despersonalización basal se correlaciono con disminución en las horas de sueño y aumento en las de trabajo, así mismo con un nivel mayor de consumo de alcohol y realización personal basal.

5.- A los 6 meses se asoció con pocas horas de esparcimiento, un aumento en el agotamiento emocional a los 6 meses, menos tiempo de ejercicio profesional así como la presencia de disfunción de pareja, el ser hombre, y a la toma de medicamentos psicotrópicos al año.

6.- Al año se asoció con la presencia de ansiedad endógena para la última medición, el provenir de provincia, el ser hombre, se asoció con un aumento en la realización personal en la medición final y la toma de medicamentos al año, llamando la atención el asociarse al piso médico.

7.- La realización personal basal se asoció con un mayor número de años de ejercicio profesional y la presentación de ansiedad exógena en la medición a los 6 meses, la presencia de problemas económicos y la realización profesional a los 12 meses.

8.- A los 6 meses la realización personal se correlacionó con la presencia de despersonalización y agotamiento emocional basal, un aumento de Depresión en todas las

mediciones, la disminución en horas de sueño y comidas realizadas al día así como a la presencia de ansiedad exógena a los 6 y 12 meses.

9.- La tercera medición de realización personal se asoció a un aumento en las horas de esparcimiento, la presencia de agotamiento emocional en la segunda y tercer medición y una disminución en la despersonalización en la tercera.

10.- La escala de Shehaan endógena basal se correlacionó con la toma de medicamentos psicotrópicos a los 6 y 12 meses, así mismo la endógena basal con el hecho de provenir de provincia, comer y dormir mas.

11.- La escala de Shehaan a los 6 meses se correlacionó en endógena con aumento de la ansiedad exógena en la medición a los 6 y 12 meses, siendo mayor en aquellos individuos que practicaban deportes.

12.- La medición de Shehaan a los 12 meses presentó para endógena correlación con ansiedad exógena en la medición a los 6 y 12 meses y pocas horas de jornada diaria. La exógena se correlacionó con tener diagnósticos médicos, valores altos de Zung y ansiedad exógena a los 6 meses.

13.- El nivel alto de Zung para Depresión basal se correlacionó con la presencia de niveles de Depresión en la medición a los 12 meses, así como ala presencia de diagnósticos médicos.

14.- Se encontró en Zung a los 6 meses que no acudían a psicoterapia y persistía en aquellos que tenían diagnósticos médicos presentes.

15.- La correlación de Zung a los 12 meses fue similar a la basal.

CORRELACIONES NO PARAMÉTRICAS:

- a. Niveles de extroversión se asociaron a provenir de la capital y niveles mayores de consumo de tabaco.
- b. El uso de psicoterapia a los 6 meses se observó en aquellos con problemas económicos y asociada a la toma de medicamentos a los 6 meses.
- c. El uso de psicoterapia a los 12 meses con la toma de medicamentos psicotrópicos a los 6 y 12 meses.
- d. La pertenencia a pisos superiores se correlacionó con el consumo de medicamentos a los 12 meses.

DISCUSION:

Nuestro estudio se centro en la observación de factores, características y evolución del Síndrome de Desgaste Profesional (Burnout) en los residentes de la generación 2002 – 2006 de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez encontrando resultados similares a los de estudios previos.

Las características sociodemográficas de la muestra descubrieron una generación en su mayoría de mujeres, solteros, originarios de la capital, quienes vivían en las casas paternas lo que nos señaló la presencia de factores predisponentes para Desgaste Profesional.

La escala de Eynseck para personalidad mostró que la mayoría de los individuos estudiados presentaron un alto grado de neuroticismo lo que coincide con lo señalado en estudios previos de personalidad en residentes, así como la determinación previa de factores de riesgo para presencia de Síndrome de Desgaste Profesional. (Maslach y col. 2001 –20-).

Cabe destacar que dos residentes dejaron el estudio, uno por no entregar las escalas en el tiempo reglamentario y uno por abandonar la residencia antes de la segunda recolección de datos.

Llamó la atención que desde la medición basal se encontraron niveles de ansiedad exógena, endógena y depresión hasta en mas del 50% de la muestra lo que fue asociado a los eventos de la vida siendo en general el inicio de una nueva etapa de formación profesional de los residentes; estos niveles se vieron modificados primero hacia la disminución a los 6 meses con un incremento posterior al año asociado ala adaptación y posterior inadaptación en relación a las demandas de la residencia así como a la aparición de nuevos eventos vitales.

Por su parte la escala de Maslach ofreció la imagen de un grupo afectado de inicio por datos de agotamiento emocional, despersonalización y alteraciones de la realización personal observándose de forma basal incluso niveles severos; si bien se observó mayormente en mujeres, los niveles de despersonalización fueron mayores en hombres lo que consideramos asociado en nuestra muestra a la disminución de factores protectores en los mismos, siendo en general solteros, provenientes de provincia y con dependencia por parte de uno o mas familiares hacia su persona coincidente con otros estudios y revisiones (Maslach y cols 2001 –20-; Livianos, y col. 2002 –18-) pero difiriendo de otros donde no se encontró efecto del sexo y otros factores sociodemográficos sobre la aparición del Síndrome de Desgaste Profesional (De las Cuevas y col. 1995 –8-). Si bien los valores se redistribuyeron, los niveles mas altos de afectación fueron observados a los 6 y 12 meses siendo esto lo esperado.

La generación mostró un promedio de Desgaste Profesional moderado (siendo lo esperado en relación a estudios y revisiones previas como las de Snibbe y col. 1998 –38-, Sánchez Rdz y col. 2001 –34-, De las Cuevas y col. 1995 –8- y Chacón y col. 1997 –4-) que vió un incremento asociado a causas subjetivas varias y diferentes a los 6 y 12 meses, siendo denotado que las causas de motivación (protectoras) coincidieron con estudios previos siendo el sueldo, el saber hacer lo correcto, el apoyo comunitario, el cumplimiento de metas y la recompensa social; mientras que los factores desmotivantes subjetivos

(predisponentes) pudieron ser circunscritos a sentir desprotección por parte de las autoridades y médicos adscritos, a la importante carga de trabajo tanto por la institución como por la UNAM, el agotamiento global, la presencia de burocracia, la falta de recompensa y aislamiento social a los 6 meses, y a los 12 meses proseguir con sentimiento de falta de apoyo por parte de algunos adscritos, nuevamente el burocratismo, la falta de recompensa, la crítica agresiva y el agotamiento, datos que, en estudios coincidentes, han llevado a la realización de teorías integristas tales como la de “desigualdad” en la que se asocian los factores propios del individuo con las alteraciones por la carga de trabajo, la falta de justicia en el mismo y conflictos de valores (Maslach y col. 2001 –20-).

Las correlaciones permitieron denotar que las personas afectadas de inicio por Desgaste Profesional continuaron su escalada hacia un nivel severo aunque no todos presentaron dicho comportamiento, habiendo incluso aquellos que si bien presentaron de inicio el Desgaste, a los 6 meses aumentaron o disminuyeron volviendo a los valores basales a los 12 meses.

El agotamiento emocional se vio asociado a un aumento en la despersonalización y su propia permanencia siendo asociado a personas que prestaban pocas horas al esparcimiento, con problemas de pareja y que llevo a la toma de psicoterapia o psicofármacos.

La despersonalización por su parte se asoció de inicio con personas que dormían poco, trabajaban poco y consumían alcohol, así como con realización personal basal. Las horas de esparcimiento mostraron su importancia desde los 6 meses correlacionándose de manera importante con el agotamiento emocional (coincidiendo este resultado con lo encontrado por Da Silva y col. en 1999 -7-) así como el tiempo de ejercicio profesional, las disfunciones de pareja y el ser hombre como en otros estudios, asociándose a su vez a la toma de psicofármacos. Al año, se agregó ansiedad endógena, el provenir de provincia y ser hombre, así como la toma de psicofármacos.

La realización personal se asoció con un mayor número de años de ejercicio profesional y la presentación de ansiedad exógena a los 6 meses. Las personas que la presentaban de inicio volvían a presentarla siendo los que dedicaban mas tiempo a su trabajo y menos al sueño, que por otro lado causaban agotamiento emocional y despersonalización también a los 6 meses, dando esto pie a una consideración cultural en que agobiarse de trabajo y ser responsable del mismo es considerado un valor, asociado a su vez a los rasgos de personalidad tipo A y niveles altos de neuroticismo, denotándose que al año a mayor realización personal menor despersonalización a los 12 meses, similar a lo referido en revisiones previas (Maslach y col. 2001 –20-).

Por su parte la aparición de ansiedad se correlacionó con la toma de medicamentos y psicoterapia, denotándose esta mayor en personas provenientes de provincia siendo clara la afectación ante un medio extraño y por momentos agresivo.

La Depresión se asoció a la no toma de psicofármacos o psicoterapia, y a una realización personal mayor.

Las correlaciones no paramétricas mostraron que los extrovertidos provenían en su mayor parte de la capital, el uso de psicoterapia se asoció con la toma de medicamentos y en su momento con alteraciones emotivas, llamando la atención que algunos pisos médicos al

termino del año se correlacionaban con toma de medicamentos lo que nos habla de un nivel de estrés diferente en los mismos.

Los datos recabados coinciden con otros estudios observando los factores que se asocian con la aparición del Desgaste Profesional, recordando entre ellos la descripción de factores individuales y situacionales.

Respecto a los individuales la edad y el tiempo de ejercicio profesional (a menores mayor presencia de Desgaste Profesional), el sexo (mayor en mujeres aunque la despersonalización es mayor en los hombres y el agotamiento emocional en mujeres), el estado civil (mayor en solteros), factores de personalidad (mayor en valores altos de neuroticismo y personalidades tipo A), fueron observados.

En relación a los factores situacionales, estos se observaron de manera subjetiva en base al cuestionario abierto ya descrito, siendo coincidentes con otros estudios la presencia de demandas excesivas de trabajo, la presión horaria, conflictos de rol y ambigüedad del mismo, la ausencia de recompensas y el pobre soporte de los supervisores. Así mismo la falta de retroalimentación, control y pobre autonomía, denotándose peticiones veladas de mas tiempo personal, confort, recompensas y flexibilidad, coincidentes con otros estudios y revisiones previas (Maslach y col. 2001 --20-).

CONCLUSIONES:

Citando a Andreas Gehmeyr “ La ironía del Burnout es que sucede ala misma persona que previamente era un profesional con mucho entusiasmo, ideas y despliegue de energía” (13) observándose esto como gran parte de la importancia de seguir investigando el tema para planear de manera posterior medidas aplicables para el mejoramiento de las condiciones individuales y situacionales descritas.

En nuestro estudio fue clara la presencia de Síndrome de Desgaste Profesional siendo descritas las características observadas así como las causas aparentes, si bien no todas son modificables debemos buscar aquellas sobre las que sencillas intervenciones lograrán disminuir la presencia de signos y síntomas y mejorar el desempeño del Psiquiatra en formación para y por sus pacientes, de tal manera que sean aplicables para mejoramiento global.

termino del año se correlacionaban con toma de medicamentos lo que nos habla de un nivel de estrés diferente en los mismos.

Los datos recabados coinciden con otros estudios observando los factores que se asocian con la aparición del Desgaste Profesional, recordando entre ellos la descripción de factores individuales y situacionales.

Respecto a los individuales la edad y el tiempo de ejercicio profesional (a menores mayor presencia de Desgaste Profesional), el sexo (mayor en mujeres aunque la despersonalización es mayor en los hombres y el agotamiento emocional en mujeres), el estado civil (mayor en solteros), factores de personalidad (mayor en valores altos de neuroticismo y personalidades tipo A), fueron observados.

En relación a los factores situacionales, estos se observaron de manera subjetiva en base al cuestionario abierto ya descrito, siendo coincidentes con otros estudios la presencia de demandas excesivas de trabajo, la presión horaria, conflictos de rol y ambigüedad del mismo, la ausencia de recompensas y el pobre soporte de los supervisores. Así mismo la falta de retroalimentación, control y pobre autonomía, denotándose peticiones veladas de mas tiempo personal, confort, recompensas y flexibilidad, coincidentes con otros estudios y revisiones previas (Maslach y col. 2001 --20-).

CONCLUSIONES:

Citando a Andreas Gehmeyr “ La ironía del Burnout es que sucede ala misma persona que previamente era un profesional con mucho entusiasmo, ideas y despliegue de energía” (13) observándose esto como gran parte de la importancia de seguir investigando el tema para planear de manera posterior medidas aplicables para el mejoramiento de las condiciones individuales y situacionales descritas.

En nuestro estudio fue clara la presencia de Síndrome de Desgaste Profesional siendo descritas las características observadas así como las causas aparentes, si bien no todas son modificables debemos buscar aquellas sobre las que sencillas intervenciones lograrán disminuir la presencia de signos y síntomas y mejorar el desempeño del Psiquiatra en formación para y por sus pacientes, de tal manera que sean aplicables para mejoramiento global.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brickman ,P; Rawinowitz,V; Varruza,J y cols; MODELS OF HELPING AND COPING; en American Psychologist, Abril, 1997, vol. 37 no. 4, 368-384.
2. Burke, R; Greenglass, E; WORK STRESS, ROLE CONFLICT, SOCIAL SUPPOT AND PSYCHOLOGICAL BURNOUT AMONG TEACHERS; en Psychological reports, 1993, 73, 371-380.
3. Capilla Pueyo, R; EL SINDROME DE BURNOUT O DE DESGASTE PROFESIONAL; en DOYMA, vol. 58, no. 1334, 56-58, sitio web.
4. Chacon, M; Grau,J; BOURNOUT EN ENFERMEROS QUE BRINDAN ATENCIÓN A PACIENTES ONCOLÓGICOS; en Revista cubana de oncología, 1997, 13 (2) 118-125.
5. Chavez, E; TRANSTORNOS DEPRESIVOS; ed. Intersistemas, México, 1998, 71 págs.
6. Claxton,A; Chawla,A; Kennedy, S y cols; ABSENTEASM AMONG EMPLOYES TREATED FOR DEPRESIÓN; en JOEM, vol. 41, no.7 , Julio 1997.
7. Da Silva, H; Vega, D; Urdaniz, P; ESTUDIO DEL SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL ENTRE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE UN HOSPITAL GENERAL; en Actas españolas siquiátricas, 1999, 27 (5) 310-320.
8. De la Cuevas , J; De la Fuente, M; Ruiz Benitez; DESGASTE PROFESIONAL Y CLIMA LABORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA; en Boletín de la Universidad de Tenerife, España, 1995 No. 8-9.
9. Gaensbauer, T; Minzner,G; DEVELOPMENTAL STRESSES IN MEDICAL EDUCATION, en Psychiatry, vol 43, febrero, 1980.
10. Gannon,L; Bancks, J; Shelton, D; THE MEDIATING EFFECTS OF PSYCHOPHYSIOLOGICAL REACTIVITY AND RECOVERY EN RELATIONSHIP BETWEEN ENVIRONMENTAL STRESS AND ILLNESS; en Journal of psychosomatic research, vol. 33, no.2, 1999, 167-175.
11. Gilmonte, Pedro; VALIDEZ FACTORIAL DE LA ADAPTACIÓN AL ESPAÑOL DEL MBI-GENERAL SURVEY; Salud publica de México;vol 44; enero-febrero 2002; Págs. 33-40.
12. Goldman, H; PSIQUIATRIA GENERAL, Ed Manual Moderno, México, 1995, 313-359.
13. Grajales, G. Tevni; ESTUDIO DE VALIDEZ FACTORIAL DEL MASLACH BURNOUT INVENTORY VERSIÓN ESPAÑOLA EN UNA POBLACIÓN DE PROFESIONALES MEXICANOS; Instrumentos de medición; enero-mayo 2000, 10 Págs.
14. Hirigoyen, M; EL ACOSO MORAL; ED. Paidos, España, 1998, 179 Págs.
15. Kahill, S; SYMPTOMS OF PROFESIONAL BURNOUT, A REVIEW OF THE EMPIRICAL EVIDENCE; en Canadian psychology/ psychologie canadienne, 29:3 1998, 284-297
16. Kuautamau, Michael, PHSYSICIAN BURNOUT PART I ; Ontario medical physician health; review Nov 2001; 2 pags.

17. Lara, Ma. Asunción y Verduzco, Ma. Angélica; MANUAL PARA EL USO DEL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE EYNSECK EN MÉXICO, REPORTE INTERNO; INP, México, 1990.
18. Livianos, Cuevas, Rojo; EL DESGASTE PROFESIONAL DEL PSIQUIATRA: RESULTADO DE UNA ENCUESTA ENTRE PROFESIONALES; Actas españolas de Psiquiatría 1999, 27, 5 , 305-309.
19. Lobo, F; Rdz, D; ESCALA DE CLIMA SOCIAL NO TRABALHO VALIDACAO EM ORGANIZACOES PORTUGUESAS; en sitio web de la Facultad de Filosofia de Braga, Universidad Católica Portuguesa, Portugal.
20. Maslach, Cristina; Schaufel, Wilmar B; Lester, Michael P; JOB BURNOUT; En Anual Rewiew, vol 52, 2001, pags 397-422.
21. McMurray, J; Linzer, M; Konrad, T; THE WORK LIVES OF WOMAN PSYICIAN RESULTS FROM THE PHYSICIAN WORK LIFE STUDY, THE SGI CARRER SATISFACTION STUDY GROUP; en Journal of general internal medicine, Junio, 2000, 15(6) 372-380.
22. Menninger, K; EL HOMBRE CONTRA SI MISMO; Ed Península, España, 1972, 452 Págs.
23. Miller, P; Surtees, P; Kreitman, T; MALADAPTATIVE COPING REACTIONS TO STRESS A STUDY OF ILLNESS INCEPTION; en Journal of nervous and mental disease, vol. 173, no.12, diciembre 1985, 707-716.
24. Mingote, J; SINDROME DE BURNOUT O SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL; en Boletín del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España, sitio web.
25. Moore, D; HANDBOOK OF MEDICAL PSYCHIATRY; Ed. Mosby, Estados Unidos, 1996, 69-84.
26. Moss, R; Swindle, R; STRESSFUL LIFE CIRCUNSTANCES, CONCEPTS AND MEASURES; en Stress medicine, vol. 6, 171-178, 1990.
27. Niccolini, H; Fresan, A; PSICOPATOLOGIA, ED Janssen, Mexico, 2000, 61-75.
28. Perez, M; EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD, en Psicología y psicopedagogía, publicación virtual de la facultad de psicología y psicopedagogía de la USAL, año 2, no.5, marzo 2001.
29. Pruessner, I; Hellhammer, P; Knschbaum, C; BURNOUT PERCEIVED STRESS AND CORTISOL RESPONDE; 1999 61(19).
30. Rebolledo Mota, F; SINDROME DE ANIQUILAMIENTO; Ponencia, evento académico XXXV aniversario hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.
31. Sadock, J; Kaplan, H; COMPENDIO DE PSIQUIATRIA; ED. SALVAT, 2ª ED, España, 1994, 328-366.
32. Sadock, J; Kaplan, H; TRATADO DE PSIQUIATRIA; ED. Salvat, 6ª Edición, 1995, Colombia.
33. Salin, R; BASES BIOQUÍMICAS Y FARMACOLÓGICAS DE LA NEUROPSIQUIATRIA, ED. McGraw Hill- Interamericana, México, 1997.
34. Sánchez, A; De Lucas, N; Garcia-Ochoa, J y cols; ESTRÉS LABORAL EN EL PERSONAL DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS PREHOSPITALARIO; en Emergencias, 2001, 13, 170-175.

- 35.Savicki, V; COMPARASONS OF CULTURE Y BURNOUT IN ENGLISH Y SCOTTISH CHILD Y YOUTH CARE WORKERS; sitio web www.childrenand youthpeople
- 36.Serra, R; Faura, T; Roige,M; LA DESMORALIZACION (BURNOUT) EN EL PERSONAL SANITARIO; en La interconsulta siquiátrica, ED. Masson, España, pag. 581-590.
- 37.Spickar, Anderson; Gable; M; MIDD-CARRER BURNOUT IN GENERAL AND SPECIALIST PHSYCIAN; JAMA; Vol 288 (12) 25 sep 2002 , pags 1447 – 1450.
- 38.Snibbe, J; Radcliffe,T; Weisberger,C; BURNOUT AMONG PRIMARE CARE PSYSICIAN AND MENTAL HEALTH PROFESSIONALS IN A MANAGED HEALTH CARE SETTING; en Psychological reports 1989, 65 775-780.
- 39.Teran;D; Molina,D; Michaca,G y cols; SINDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS DEL HOSPITAL ANGELES DEL PEDREGAL, en Psiquis (Mexico) Vol, 9, no.5, 2000, 105-112.
- 40.Truchot, D; Keirsebilk,L; COMUNAL ORIENTATION MAY NO BUFFER BURNOUT; en Psychological reports, 2000, 86, 872-878.
- 41.Van Dierendonk, D; Schaufeli, W; Bunck,P y cols; THE EVALUATION OF AN INDIVIDUAL BURNOUT INTERVENTION PROGRAM; THE ROLE OF INEQUITY AND SOCIAL SUPPORT; en Journal of applied psychology, 1998, vol.83, no.3, 392-407.
- 42.Varios; CIE 10: TRANSTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO; ED. Meditor, 1992, España, 424 Págs.
- 43.Varios; CUANDO EL ESTRÉS LABORAL SE LLAMA BURNOUT (QUEMARSE EN EL TRABAJO); sitio web www.iespana.
- 44.Varios; EL ACOSO MORAL; sitio web www.rima.
- 45.Varios; GUIA PRACTICA MANEJO DEL ESPECTRO DEPRESIÓN-ANSIEDAD; ED. UNAM; 1998, 90 Págs.
- 46.Varios; GUIA PRACTICA MANEJO DEL ESPECTRO DEPRESIÓN-ANSIEDAD, REVISIÓN; ED. UNAM; 2000, 128 Págs.

APENDICES:

1. TABLAS Y GRAFICAS:

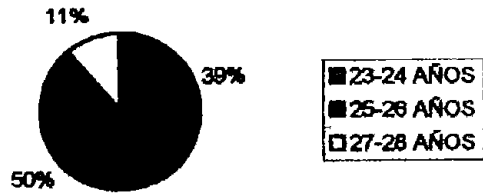
Factor	variable	cantidad	%
Sexo	masculino	7	39
	femenino	11	61
Estado civil	soltero	17	94
	casado	1	6
Edad	23-24	7	38.8
	25-26	9	50.0
	27-28	2	11.2
No. de hijos	0	17	94
	1-2	1	6
Años de Ejercicio Prof.	0	6	33.3
	1-2	11	61.1
	3-4	1	5.6
Pareja (solteros)	si	11	64.7
	no	6	35.3
Relacion de pareja (solo los que tienen).	estable	17	100
	No estable	0	0
Proveedor	Padre	10	55.5
	Madre	3	16.8
	Residente	5	27.7
Familiares con quien vive	0	5	27.7
	1-2	5	27.7
	3-4	6	33.3
	5-6	2	11.3
Familiares que dependen del residente	0	16	88.7
	1-2	2	11.3
Convivencia con pacientes cronicos	si	2	11.3
	no	16	88.7
Convivencia con alcoholicos	si	0	0
	no	18	100
Practican deporte	si	10	55.5
	no	8	45.5
Tienen problemas economicos	si	3	16.7
	no	15	83.3
Consumen tabaco	si	6	35.3
	no	12	74.7
Consumen alcohol	si	11	61.1
	no	7	38.9
Hrs de sueño	3-4	3	16.7
	5-6	11	61.1
	7-8	4	22.2
Numero de comidas al dia	1-2	10	55.5
	3-4	8	45.5
Diagnosticos medicos	si	2	11.3
	no	16	88.7

Usan psicofarmacos (solo inicio)	si	0	0
	no	18	100
Horas de esparcimiento	0	1	5.6
	1-2	12	66.7
	3-4	5	27.7
Horas de estudio y trabajo	7-8	4	22.2
	9-10	3	16.8
	11-12	4	22.2
	13-14	3	16.8
	15-16	2	11.3
	17-18	1	5.6
	19-20	1	5.6

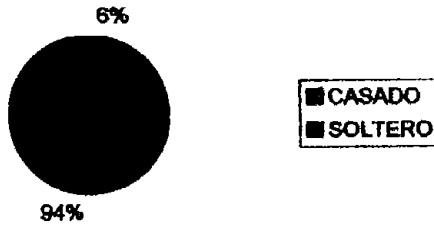
SEXO



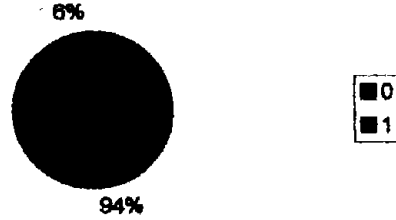
EDAD



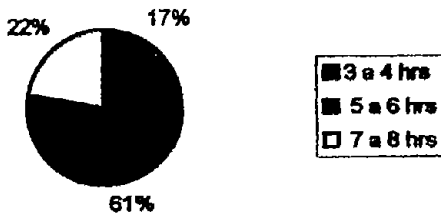
EDO CIVIL



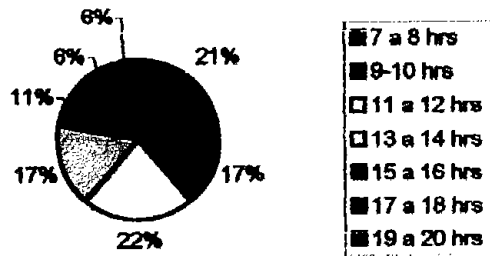
NO_HIJOS



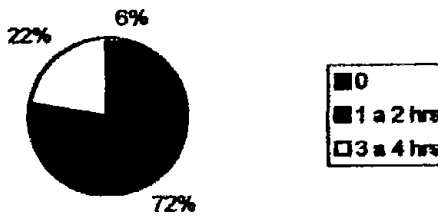
HRS DE SUEÑO



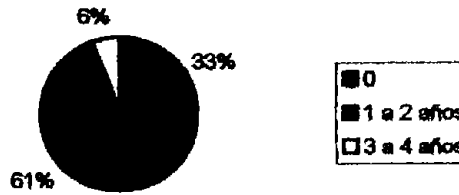
HRS DE TRABAJO



HRS DE ESPARCIMIENTO



AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL



Variables Pearson Sig(2-t)

MBIRP3 vs Eynseck	.603	.008
MBIRP1 vs SEC	.570	.014
MBIRP1 vs pbs economicos	.481	.044
MBIRP2 vs comidas	-.520	.027
MBIRP2 vs hrs de sueño	-.620*	.006
MBIRP3 vs hrs de jornada	.582	.015
MBIRP1 vs años de EP	.560	.018
MBIRP3 vs hrs de esparcimiento	.562	.015
MBIRP2 vs ZB	.537	.021
MBIRP1 vs SEB	.517	.028
MBIRP1 vs MBIRP3	.472	.048

MBIDP3 vs hrs de esparcimiento	-.550	.018
MBIDP1 vs sexo	-.519	.027
MBIDP1 vs consumo de alcohol	.571	.013
MBIDP3 vs deportes	.512	.030
MBIDP1 vs hrs de sueño	-.643	.004
MBIDP1 vs hrs de jornada	.501	.034
MBIDP2 vs hrs de esparcimiento	-.576	.012
MBIDP2 vs años de EP	-.690*	.002
MBIDP3 vs piso medico	.562	.018
MBIDP3 vs SENC	.545	.019
MBIDP3 vs origen	.485	.041
MBIDP2 vs medicamentos 3	.505	.033
MBIDP3 vs medicamentos 3	.562	.015
MBIDP2 vs MBIDP3	.507	.032
MBIDP1 vs MBIRP2	.567	.014
MBIDP3 vs MBIRP3	-.524	.024
MBIDP2 vs MBIRP3	-.524	.026

No. de hijos vs problemas econ.	.542	.020
No. de hijos vs fumar	.551	.018
No. de hijos vs hrs de jornada	.576	.030
EVENA vs relacion de pareja	.520	.027
EVENC vs proveedor	.534	.012

SENA vs medicamentos2	-.702	.001
SEA vs hrs de sueño	.484	.042
SEC vs diagnosticos medicos	.474	.047
SEA vs origen	.474	.047
SEB vs SENB	.645*	.004
SEC vs SEB	.801*	.000
SENC vs SENB	.870	.000
SENB vs deportes	.502	.032
SENC vs SEB	.616*	.006
SEA vs comidas	.474	.047
SENC vs hrs de jornada	-.512	.030

MBIAE1 vs hrs esparcimiento	-.576	.012
MBIAE2 vs hrs esparcimiento	-.534*	.023
MBIAE3 vs hrs esparcimiento	-.664	.003
MBIAE2 vs relacion de pareja	.524	.028
MBIAE2 vs MBIAE1	.693*	.001
MBIAE3 vs MBIAE1	.753*	.000
MBIAE3 vs MBIAE2	.801*	.000
MBIAE2 vs medicamentos 3	.670	.002
MBIAE3 vs medicamentos 3	.539	.021
MBIAE1 vs MBIDP2	.645*	.004
MBIAE2 vs MBIDP2	.754	.000
MBIAE3 vs MBIDP2	.541	.020
MBIAE1 vs MBIDP3	.674*	.002
MBIAE2 vs MBIDP3	.809*	.000
MBIAE3 vs MBIDP3	.719*	.001
MBIAE1 vs MBIRP2	-.513	.030
MBIAE2 vs MBIRP3	-.588	.003
MBIAE3 vs MBIRP3	-.658*	.042

ZC vs ZA	.577	.012
ZB vs SEC	-.474	.047
ZB vs Psicoterapia 3	-.479	.044
ZC vs diagnosticos medicos	.516	.028
ZA vs ZC	.577	.012
ZA vs SEA	.471	.048
ZC vs SEA	.612*	.007

Variables	Coefficiente De Correlacion	Sig(2-t)
sexo vs proveedor	.492	.038
sexo vs practica de deportes	-.484	.042
Edo civil vs diagnosticos medicos	.542	.020
Psicoterapia 2 vs medicamentos 2	.500	.035
Psicoterapia 3 vs medicamentos 2	.561	.016
Psicoterapia 3 vs medicamentos 3	.645	.004
Psicoterapia 2 vs problemas econom.	.500	.035
Piso medico vs medicamentos 3	.541	.021
Eynseck vs origen	-.632	.005
Eynseck vs fumar	.546	.019
Consumo de alcohol vs rel. de par.	.500	.035
Consumo de alcohol vs enf. cronicas	-.500	.035

MBIAE = Maslach Burnout Inventory subescala agotamiento emocional; MBIRP = Maslach Burnout Inventory subescala realización personal; MBIDP = Maslach Burnout Inventory subescala despersonalización (los números 1,2,3 corresponden al tiempo de toma de datos: basal, 6 y 12 meses respectivamente).

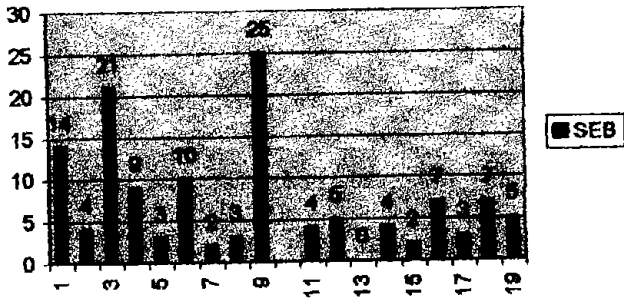
Z = Escala de Zung; SE = Escala de Shehann subescala exògena; SEN =Escala de Shehann subescala endògena (las letras A,B,C, corresponden al tiempo de toma de datos: basal, 6 y 12 meses respectivamente).

Medicamentos y Psicoterapia: Los números 1,2,3, corresponden al tiempo de toma de datos: basal, 6 y 12 meses respectivamente.

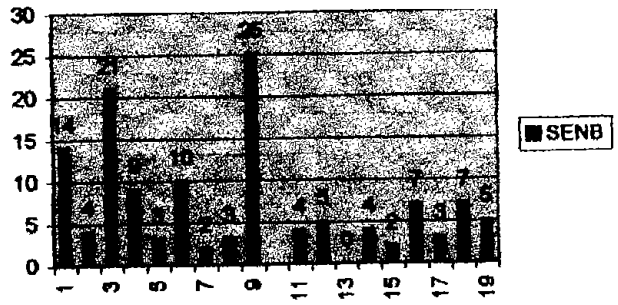
Años de EP = Años de ejercicio profesional. Pbs econòmicos = Problemas econ. = Problemas econòmicos. Rel. de par. = Relación de pareja. Enf. crònicas = Convivencia con enfermos crónicos.

NOTA: Las abreviaturas en Zung, Shehaan, Maslach Burnout Inventory (con cada una de sus subescalas) son las mismas utilizadas en las gráficas correspondientes a paciente contra el valor obtenido que se muestra mas adelante en este mismo apèndice.

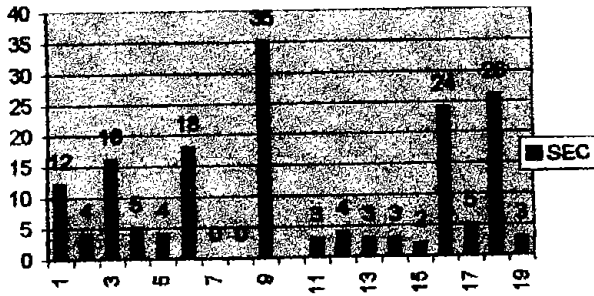
SEB



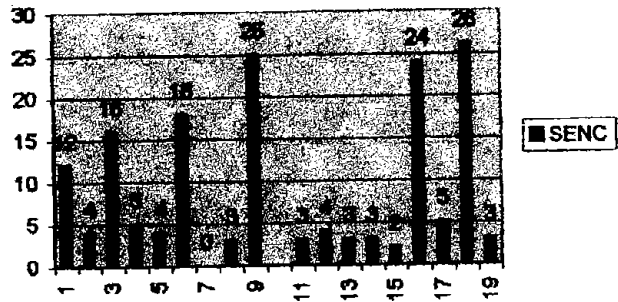
SENB



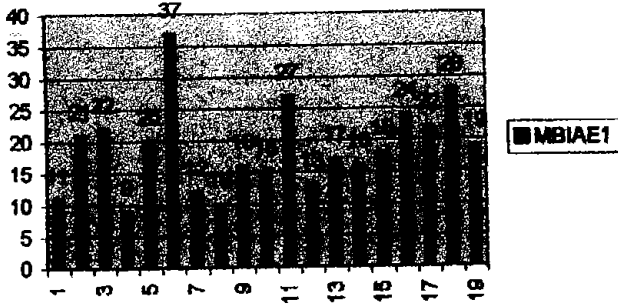
SEC



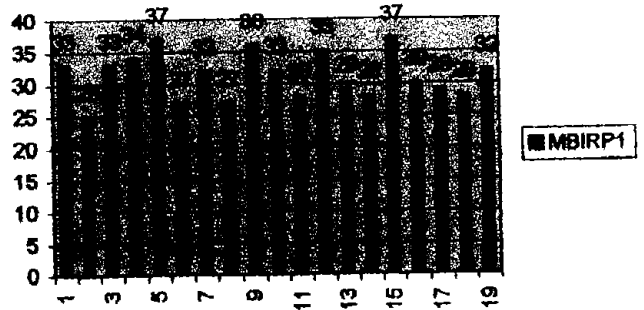
SENC



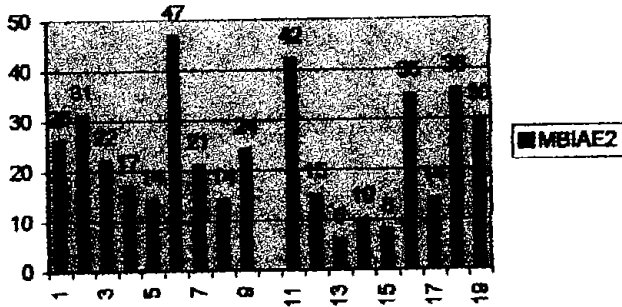
MBIAE1



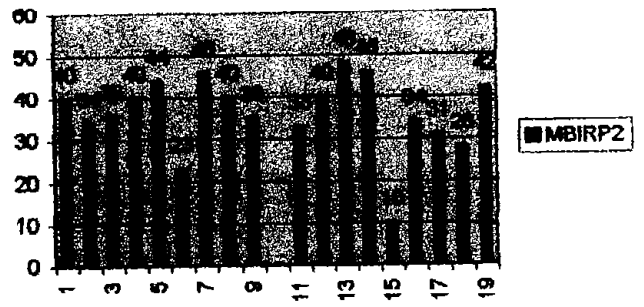
MBIRP1



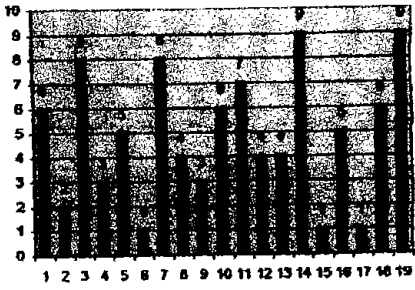
MBIAE2



MBIRP2

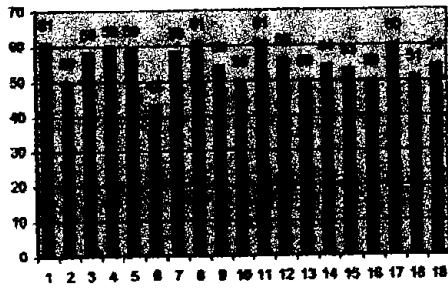


MBDP1



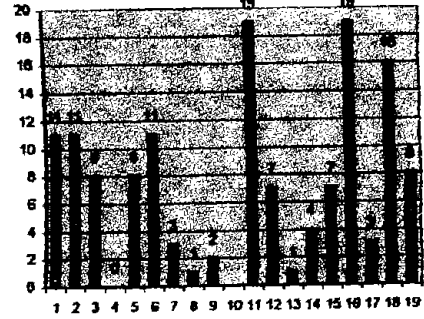
MBDP1

ZA



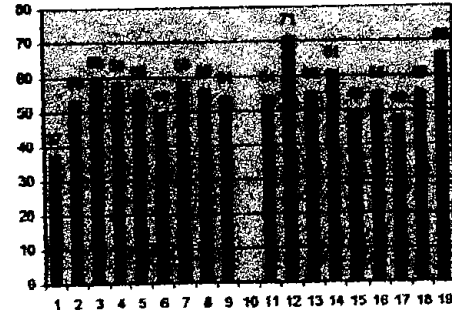
ZA

MBDP2



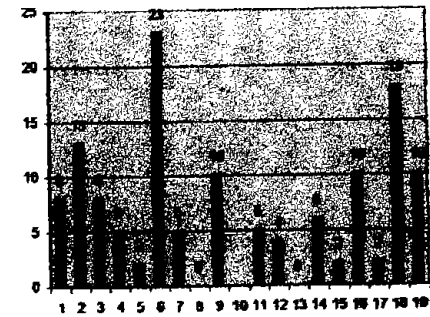
MBDP2

ZB



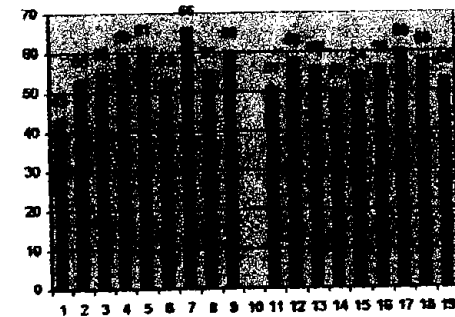
ZB

MBDP3



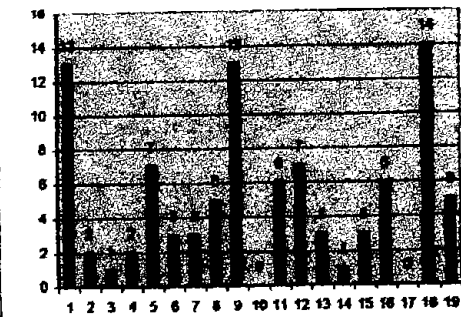
MBDP3

ZC



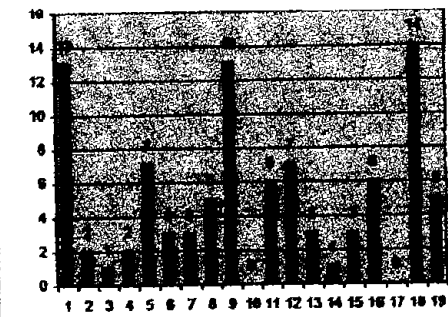
ZC

SEA



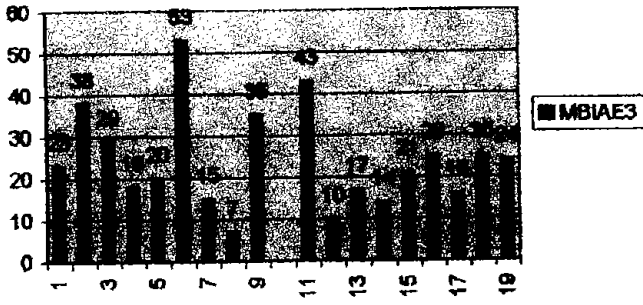
SEA

SENA

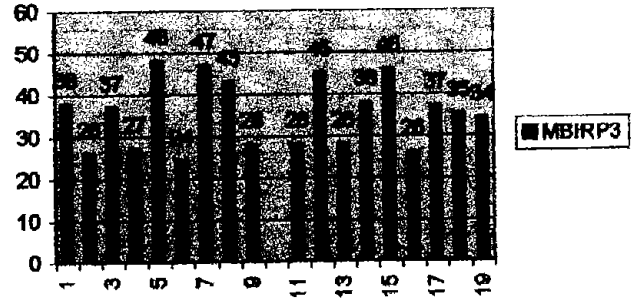


SENA

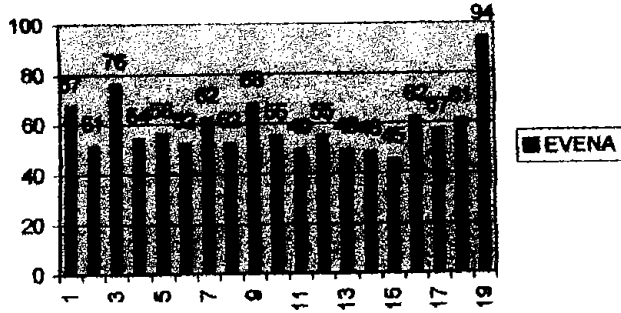
MBIAE3



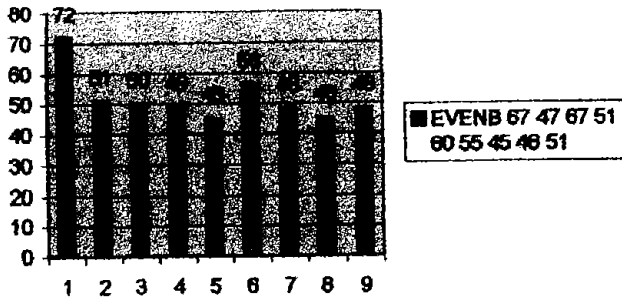
MBIRP3



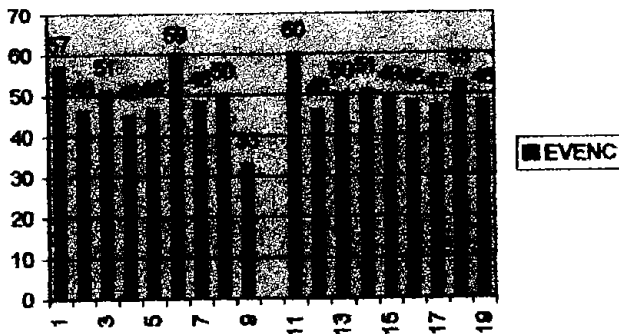
EVENA

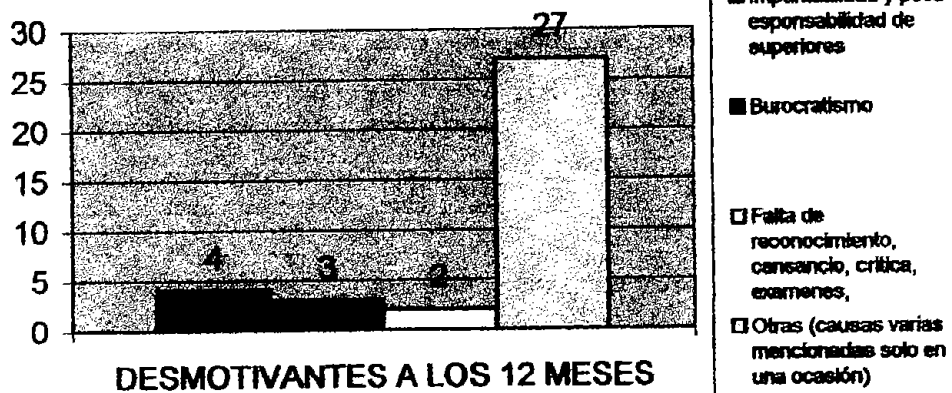
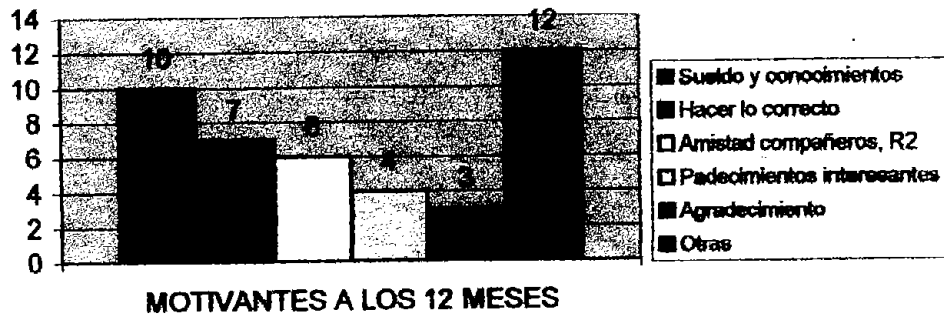
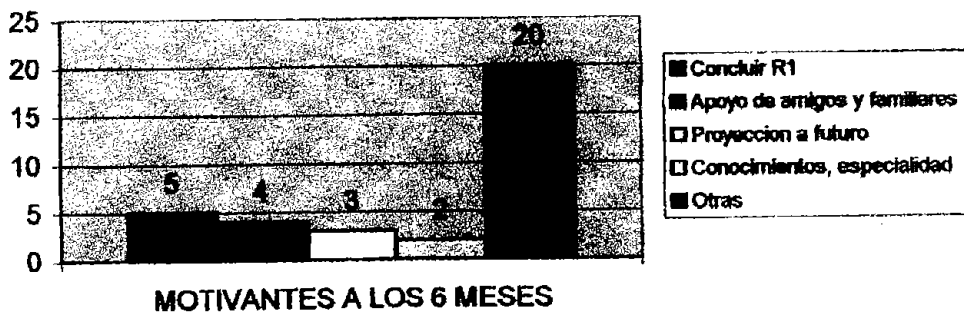


EVENB 67 47 67 51 60 55 45 48 51



EVENC





2. ESCALAS APLICADAS:

Questionario Sociodemografico

Instrucciones: Conteste lo solicitado.

1. Sexo _____
2. Edad _____
3. Edo Civil _____
 - 3.1. Si es casado, desde cuando _____
 - 3.2. Si es divorciado, desde cuando _____
 - 3.3. Si es soltero, especifique si tiene pareja estable _____ desde cuando _____
4. Numero de hijos _____
5. Como describe su relacion de pareja? _____
6. Numero de familiares con quien vive _____
7. Quien es el proveedor principal de su casa? _____
8. Numero de personas que dependen de usted _____
9. Convive con enfermos cronicos en casa? _____
10. Convive con alcoholicos en casa? _____
11. Practica deporte? _____
12. Tiene problemas economicos? _____
13. Que actividades realiza en su hogar? _____
14. Fuma? _____ si lo hace explique patron de consumo _____
15. Bebe alcohol o sus derivados? _____ explique patron de consumo _____
16. Cuantas comidas ha e al dia? _____
17. Cuantas horas duerme? _____
18. Cuantas horas dedica al esparcimiento? _____
19. Cuantas horas dedica al estudio y trabajo? _____
20. Utiliza psicofarmacos? _____
21. Tiene algun diagnostico medico en los ultimos 6 meses? _____ de ser positivo especifique _____
22. Se automedica? _____
23. Años de ejercicio profesional _____
24. Horas de jornada diaria de trabajo _____
25. Turno _____
26. Guardias por semana _____
27. Tiempo que gasta de su casa al Hospital _____
28. Faltas desde su ingreso a la unidad _____
29. Retardos desde su ingreso ala unidad _____
30. Piso medico Hospitalario al cual pertenece _____
31. Guardia medica a la que pertenece _____

Eventos de la vida

Instrucciones:

En la siguiente lista, usted encontrará una serie de eventos que le ocurren a muchas personas. Por favor indique si estos eventos le ocurrieron en los últimos seis meses, y el nivel de tensión que usted considera que le ocasionó cada evento.

La situación no le ocurrió	Le ocurrió y esto le ocasionó tensión...			
	Nula 2	Leve 3	Moderada 4	Severa 5
1				
1. Ser despedido del trabajo o expulsado de la escuela				
2. Muerte de un amigo cercano				
3. Violaciones menores de la ley (ejemplo: perturbar la paz) que implicaron intervención de policía				
4. Hermano (a) que dejan la casa (boda, asistencia a la escuela, etc.)				
5. Pérdida del trabajo de alguno de sus parientes				
6. Embarazo (sin estar casada) fuera de matrimonio				
7. Cambio de planes vocacionales				
8. Cambio en el número de miembros de una familia que viven juntos (a más o menos de lo usual)				
9. Divorcio de padres				
10. Separación marital de padres				
11. Adquisición de una deformidad visible				
12. Verse implicado con drogas o alcohol				
13. Sentencia judicial o encarcelamiento de un pariente, por un año o más				
14. Cambios en actividades sociales (clubes, baile, cine, visitas, etc.)				
15. Cambios de residencia (cambiarse a una nueva dirección)				
16. Procreación fuera del matrimonio, si usted es hombre				
17. Muerte de un hermano o hermana				
18. Cambio en la aceptación por sus semejantes				
19. Descubrir que fuiste un niño adoptado				
20. Matrimonio de uno de los padres con un padrastro				
21. Nacimiento de un hermano o hermana				
22. Ser encarcelado o internado en otra institución				
23. Su madre empezó a trabajar				
24. Tener una deformidad física de nacimiento la cual es visible a otros				
25. Muerte de un pariente				

26. Casarse..... _____
 27. Embarazo de esposa (si está casado), o de usted misma (s es una mujer casada)..... _____
 28. Enfermedad seria que requiere hospitalización..... _____
 29. Sentencia judicial de un pariente de 30 días o menos..... _____
 30. Romper con una relación estable con un amigo o amiga..... _____
 31. Cambio en el estado financiero de los padres..... _____
 32. Embarazo de una hermana adolescente soltera..... _____
 33. Cambio a un nuevo colegio o universidad..... _____
 34. Aumento en número de discusiones con los padres..... _____
 35. Aumento en número de discusiones entre los padres..... _____
 36. Muerte de un abuelo..... _____
 37. Logro personal notable..... _____
 38. Problemas o dificultades sexuales..... _____
 39. Enfermedad seria que requiere hospitalización de un hermano o hermana..... _____
 40. Cambio de la ocupación del padre que requiere mayor ausencia del hogar..... _____
 41. Disminución del número de discusiones con los padres..... _____
 42. Aumento en el tamaño de la familia por adicción de un tercer adulto (abuelo, etc.)..... _____
 43. Disminución del número de discusiones con los padres..... _____
 44. Disminución del número de discusiones entre los padres..... _____
 45. Reprobar un curso en la escuela..... _____
 46. ¿Le ha(n) incurrido otro(s) evento(s) que le ha(n) ocasionado una tensión, leve, moderada o intensa?
¿Cuáles?
-

Por favor indique cuál(es) evento(s) ocurrieron en el último mes. Marque el (los) números de el(los) evento(s):

a) Ninguno: _____

b) Evento(s) número(s): _____

Tabla 1.3. Escala de Zung

Señale una respuesta en cada uno de los 20 rubros	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	La mayoría de las veces
1. Me siento abatido, desanimado y triste				
2. Por la mañana es cuando mejor me siento				
3. Tengo ataque de llanto o deseo llorar				
4. Tengo problemas de sueño durante la noche				
5. Como igual que antes				
6. Disfruto al mirar, conversar y estar con mujeres/hombres atractivos				
7. Noto que estoy perdiendo peso				
8. Tengo problemas de estreñimiento				
9. Mi corazón late más rápido de lo acostumbrado.				
10. Me canso sin motivo.				
11. Mi mente está tan despejada como siempre				
12. Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer				

21

Señale una respuesta en cada uno de los 20 rubros	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	La mayoría de las veces
13. Me encuentro intranquilo y no puedo estarme quieto.				
14. Tengo esperanzas en el futuro				
15. Soy más irritable que de costumbre				
16. Tomo las decisiones fácilmente				
17. Siento que soy útil y necesario				
18. Siento que mi vida está llena				
19. Siento que los demás estarían mejor sin mí, si estuviese muerto				
20. Sigo disfrutando con lo que hacía				

F) ESCALA DE AUTOEVALUACION DE ANSIEDAD DE SHEEHAN (PARTE I)

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una lista de problemas y quejas que la gente tiene a veces. Marque el número de la derecha que mejor describa el problema que le molestó o distrajo durante la semana pasada, incluyendo el día de hoy. Marque solamente un número para cada problema y no deje ningún punto sin marcar.

0 = En absoluto 1 = Un poco 2 = Moderadamente 3 = Bastante 4 = Extremadamente

¿CUANTO LE MOLESTO?

1. Aturdimiento, desmayo o periodos de vértigo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Sensación de debilidad o flojera	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Sentir falta de equilibrio o inestabilidad como si fuera a caerse	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Dificultad para respirar o respiración agitada	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Brincos o latidos rápidos de corazón	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Dolor o presión torácicos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. Sensación de sofoco o ahogo, o de un nudo en la garganta	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Hormigueo o entumecimiento en partes del cuerpo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9. Periodos de calor o escalofríos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10. Náuseas o alteraciones estomacales	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11. Episodios de diarrea	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12. Dolor de cabeza o dolores en el cuello o cabeza	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13. Sentirse cansado, débil, fácilmente fatigado	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
14. Periodos de sensibilidad aumentada al sonido, luz o tacto	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
15. Excesiva sudoración	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
16. Sentir que las cosas a su alrededor son extrañas, irreales, nebulosas, desligadas de usted	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
17. Sentirse fuera o desligado de una parte o de todo su cuerpo o sentirse flotar en el aire	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

18. Demasiada preocupación por la salud	0	1	2	3	4
19. Sentir que está perdiendo el control o se está volviendo loco	0	1	2	3	4
20. Tener miedo a estarse muriendo o que algo terrible va a pasar	0	1	2	3	4
21. Sacudidas o temblores	0	1	2	3	4
22. Oleadas inesperadas de depresión con poca o ninguna provocación	0	1	2	3	4
23. Grandes altibajos de emociones y humor (cambiable) en respuesta a cambios a su alrededor	0	1	2	3	4
24. Dependiente de otros	0	1	2	3	4
25. Tener que repetir la misma acción como un rito, p.ej. comprobar, lavar, contar repetidas veces, cuando no es realmente necesario.	0	1	2	3	4
26. Palabras o pensamientos constantes que persistentemente se inmiscuyen en su mente y que son difíciles de desechar, p.ej. pensamientos sexuales, agresivos, indeseables y constantes pensamientos sobre un control deficiente de impulsos	0	1	2	3	4
27. Dificultad para quedarme dormido	0	1	2	3	4
28. Despertarse en medio de la noche o sueño intranquilo	0	1	2	3	4
29. Evitar situaciones porque le asustan	0	1	2	3	4
30. Tensión e incapacidad para relajarse	0	1	2	3	4
31. Ansiedad, nerviosismo, inquietud	0	1	2	3	4
32. Periodos súbitos e inesperados de angustia que ocurren con poco o ningún estímulo, p. ej. crisis de ansiedad con 3 ó más síntomas de los arriba indicados que aparecen juntos.	0	1	2	3	4
33. Periodos súbitos e inesperados de síntomas como los arriba mencionados sin angustia plena (total) que ocurren con poco o ningún estímulo, p. ej. crisis asociadas con solamente uno o dos síntomas	0	1	2	3	4
34. Episodios de ansiedad que se amontonan antes (con antelación a) de hacer algo y que son más intensos que los experimentados por la mayoría de la gente en esas situaciones.	0	1	2	3	4
35. Oleadas de crisis de angustia que ocurren mientras se encuentra en la situación fóbica.	0	1	2	3	4

ESCALA DE AUTOEVALUACION DE ANSIEDAD DE SHEEHAN (PARTE II)

INSTRUCCIONES: Marque el número de la derecha de cada pregunta que describa como se siente usted en este momento.

0 = En absoluto 1 = Un poco 2 = Moderadamente 3 = Bastante 4 = Extremadamente

1. Boca más seca de lo usual	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Apurado, preocupado	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Nervioso, inquieto, ansioso, intranquilo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Temeroso, miedoso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Tenso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Temblores internos o externos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. Sensación de aleteo en el estómago	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Sensación de calor	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9. Palmas de las manos sudorosas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10. Latidos cardiacos rápidos o fuertes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11. Temblor de manos o piernas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Maslach Burnout Inventory.

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

1.	Me siento emocionalmente defraudado de mi trabajo.			
2.	Cuando termina mi jornada de trabajo me siento agotado.			
3.	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.			
4.	Siento que puedo entender fácilmente a las personas con las que trabajo.			
5.	Siento que estoy tratando a algunas personas como si fueran objetos impersonales.			
6.	Siento que trabajar todos los días con la gente me cansa.			
7.	Siento que enfrento con mucha efectividad los problemas que los demás me traen al trabajo.			
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 desde que tengo éste trabajo.			
11.	Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.			
12.	Me siento con mucha energía			
13.	Me siento frustrado por mi trabajo.			
14.	Siento que trabajo demasiado duro.			
15.	Siento que realmente no me importa lo que les ocurre a algunas personas con las que trabajo.			
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 los demás en mi trabajo.			
19.	Creo que consigo muchas cosas valiosas en éste trabajo.			
20.	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.			
21.	En mi trabajo, afronto los problemas emocionales de forma adecuada.			
22.	Siento que en mi trabajo los demás me culpan de algunos de sus problemas.			

ANEXO XI.6

ESCALAS DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD POR PSIQUIATRAS

Questionario de la Personalidad de Eysenck

Nombre: _____

Fecha: _____

41

Instrucciones

Por favor conteste cada pregunta tachando "SI" o "NO" según su caso. No hay contestaciones correctas ni incorrectas, y no hay preguntas engañosas. Trabaje con rapidez y no piense demasiado en el significado de las preguntas.

	SI	NO
1. ¿Tiene usted muchos pasatiempos o entretenimientos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Se detiene a pensar cualquier cosa antes de hacerla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tiene a menudo alibajos en su estado de ánimo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Se ha atribuido alguna vez el mérito de algo que sabla le correspondía a otra persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Es usted una persona platicadora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Le preocuparía tener deudas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Continuación)

46. Cuando está con otras personas, ¿permanece generalmente callado?	
47. ¿Considera que el matrimonio es anticuado y debería eliminarse?	
48. ¿Siente algunas veces lástima por usted mismo?	
49. ¿Es usted de los que a veces tienden a presumir?	
50. ¿Le resulta fácil animar una fiesta que esté aburrida?	
51. ¿Le molestan las personas que manejan con cuidado?	
52. ¿Se preocupa por su salud?	
53. ¿Ha dicho alguna vez algo malo o desagradable acerca de alguien?	
54. ¿Le gusta contar chistes y anécdotas a sus amigos?	
55. ¿Le saben igual la mayoría de las cosas?	
56. ¿De vez en cuando se siente malhumorado?	
57. ¿De niño, fue alguna vez grosero con sus padres?	
58. ¿Le gusta estar con la gente?	
59. ¿Se preocupa mucho si sabe que ha cometido errores en su trabajo?	
60. ¿Sufre de insomnio?	
61. ¿Se lava siempre las manos antes de comer?	
62. Cuando la gente le platica, ¿tiene usted casi siempre lista una respuesta?	
63. ¿Le gusta llegar a sus citas con tiempo de sobra?	
64. ¿Se ha sentido a menudo desanimado y cansado sin ninguna razón?	
65. ¿Ha hecho alguna vez trampa en un juego?	
66. ¿Le gusta hacer cosas en las que tenga que actuar con rapidez?	

(Continuación)

67. ¿Es (o fue) su madre una buena mujer?	
68. ¿Siente a menudo que la vida es aburrida?	
69. ¿Se ha aprovechado alguna vez de alguien?	
70. ¿Se compromete a menudo con más actividades de las que tiene tiempo?	
71. ¿Hay varias personas que tratan de evitarlo?	
72. ¿Se preocupa mucho por su apariencia?	
73. ¿Es usted siempre cortés, aun con gente grosera?	
74. ¿Piensa usted que la gente pierde demasiado tiempo asegurando su futuro con ahorros y seguros?	
75. ¿Ha deseado alguna vez estar muerto?	
76. ¿Dejaría de pagar sus impuestos si supiera que nunca lo iban a descubrir?	
77. ¿Es usted capaz de poner ambiente en una fiesta?	
78. ¿Trata usted de no ser grosero con la gente?	
79. ¿Se preocupa demasiado después de una experiencia vergonzosa?	
80. ¿Ha insistido alguna vez en salirse con la suya?	
81. Cuando viaja por autobús, tren o avión ¿llega a menudo en el último minuto?	
82. ¿Sufre usted de los "nervios"?	
83. ¿Ha dicho alguna vez algo a propósito para ofender a alguien?	
84. ¿Odia estar en un grupo en el que se hacen bromas ligeras?	
85. ¿Terminan fácilmente sus amistades sin que usted tenga la culpa?	
86. ¿Se siente a menudo solo?	
87. ¿Practica usted siempre lo que predica?	