

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL CENTRAL NORTE
PETROLEOS MEXICANOS

**CORRELACION ENTRE ESCALA DE MASLACH Y ESCALA DE
ZUNG PARA DETERMINAR EL SINDROME DE BURNOUT Y SU
RELACION CON LA DEPRESION EN TRABAJADORES DEL
SERVICIO MEDICO DEL HOSPITAL CENTRAL NORTE DE
PETROLEOS MEXICANOS**

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:

MEDICINA INTERNA

PRESENTA:

DRA CELIA ISABEL SANTOS VICHIDO

ASESORES DE TESIS
DR. FERNANDO ROGELIO ESPINOSA LOPEZ
DR. LUIS JAVIER CASTRO D'FRANCHIS
DRA. LAURA CRUZ ISLAS



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.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco.

Al Dr. Rogelio Espinosa López por darme la oportunidad de iniciar este reto, así como la confianza de trabajar a su lado.

Al Dr. Luis Castro por sus reglas de la vida y todos sus conocimientos que me ayudaron tanto en lo profesional como en lo personal.

Al Dr. Miguel Labastida por su gran corazón por que además de sus enseñanzas me alentó en los momentos difíciles y festejo mis triunfos.

Al Dr. Carlos Narváez Pichardo por todo su apoyo y por hacerme sentir que todo el esfuerzo realizado es valorado.

Al Dr. Miguel Mendiola por su experiencia.

Al Dr. Eduardo Ruiz por su cariño y sus consejos.

A Oscar Sevchovious y Víctor Vázquez por que juntos emprendimos este sueño y durante el transcurso de estos cuatro años crecimos y unidos enfrentamos triunfos y fracasos.

A Marcelino Morales por tu amistad y protección, por ayudarme a levantarme en los momentos difíciles.

A Antonio Rodríguez, Julio Castañón y Cesar Urtiz por su amistad.

Al resto de mis compañeros por que cada uno influyo en mi crecimiento como residente y como persona.

A mi Madre por su fortaleza, por que gracias a su esfuerzo he podido cumplir todos mis sueños y por el ejemplo de entereza que siempre me ha brindado.

A mi Padre por que desde donde este siempre he tenido su protección.

A mi Hermana por todo su amor, por su gran corazón

A mis tíos Rafael, Miguel Ángel, José Manuel, Maria de Jesús, Fernando por todo el apoyo brindado en toda circunstancia, por que han sido ejemplos a seguir en mi vida.

Al resto de mi familia por que siempre han estado a mi lado alentándome y me han dado el honor de ser la guía de todos mis hermanos.

A Ismael González por la gran persona que eres, por estar siempre a mi lado sin importar las circunstancias y a pesar de los tiempos difíciles; y a tu familia por abrirme las puertas de su casa y de sus corazones.

A Blanquita y Leti que se preocuparon por mi, por que me cuidaron y se convirtieron en dos grandes amigas.

A Felipe Páez por que a pesar de la distancia y el tiempo sigues a mi lado, por ser la columna que nunca me deja caer.

A Fernando Flores, Ivette Buendía, Karina Malagón y a Jorge Herrera por la amistad y por que siempre me han protegido y ayudado en todo.

PENSAMIENTO

**“El Mundo está en las manos de aquellos que tienen el coraje
de soñar y correr el riesgo de vivir sus sueños.”
Paulo Coelho.**

**“Si no puedes ser fuerte, pero tampoco sabes ser débil serás derrotado.”
Sun Tzu Filósofo Chino**

Índice	Página
INTRODUCCION	07
MARCO TEORICO	09
JUSTIFICACION	18
OBJETIVOS	19
HIPOTESIS	20
DISEÑO DE ESTUDIO	21
METODOLOGIA	24
RESULTADOS	25
DISCUSIÓN	37
CONCLUSIONES	39
BIBLIOGRAFIA	40
ANEXOS	42

INTRODUCCION

Como todo profesionista, el personal de la salud suele ser idealista al inicio de su carrera, en un principio se mantiene el entusiasmo de cambiar el mundo con los conocimientos adquiridos, pero empieza a enfrentarse a la realidad confrontando agotadoras jornadas laborales, sacrificando no solamente actividades recreativas sino también comprometiendo su vida social y personal.

Aunado a esto los salarios muchas veces no son lo esperado para el grado de responsabilidad y las posibilidades de ascensos cercanos u otro tipo de gratificaciones son escasas.

El enfrentarse continuamente al dolor y al sufrimiento humano, de ser los encargados de dar diagnósticos y pronósticos negativos y hacerle frente a la muerte de pacientes y además informarle al familiar este suceso lo conduce al agotamiento emocional.

Todas estas “malas” experiencias llegan a convertirse en una carga emocional que termina por agotar de forma crónica a los profesionales de la salud.

El Síndrome de Burnout es un trastorno de estrés crónico que se presenta por el trato directo o indirecto con la gente, agotando emocionalmente al trabajador.

Como consecuencia de estos hechos el entusiasmo por la profesión empieza a disminuir llevándolos a frustraciones y finalmente fracaso tanto profesional como personal.

Esto se traduce por el enojo persistente, el mal trato con compañeros y pacientes provocando un ambiente hostil y amenazador.

El síndrome se compone por 3 principales características: Cansancio profesional que se presenta con agotamiento físico y psíquico, Despersonalización, causando un cambio negativo en las actitudes del profesional volviéndolo irritable en contra del paciente y sus compañeros y finalmente la falta de Realización Personal produciendo sentimientos de frustración en el trabajo traduciéndose como falta de motivación, iniciativa y ausencia de retos personales.

Todo esto lleva al trabajador de la salud a caer en un cuadro de baja autoestima, depresión, llanto fácil, labilidad emocional, ansiedad y en casos extremos a ideación suicida. Este síndrome no solo produce problemas laborales, también se refleja en el ámbito familiar y de pareja.

La identificación del síndrome es muy importante, por lo que se ha creado una escala denominada Maslach Burnout Inventory, aceptada de forma internacional para evaluar los 3 principales puntos del síndrome de Burnout. Identificando al personal que ha desarrollado el síndrome, así como a las personas susceptibles. Es necesario tomar en cuenta algunos factores que predisponen al trabajador al desarrollo de Burn Out, como son: profesionistas recién egresados o aquellos con mas de 10 años de trabajo, mujeres que además de cumplir con la jornada laboral son amas de casa, sobrecarga excesiva de trabajo, personas sin pareja estable.

Una vez identificado el síndrome es necesario iniciar el tratamiento, sin embargo lo más importante es buscar la forma de prevenirlo. Esto mediante educación del personal de salud para evitar el exceso de trabajo, búsqueda de actividades recreativas, mejorar el ambiente de trabajo lo que ayudará a mejorar la calidad de servicio al paciente y la satisfacción laboral y personal.

MARCO TEORICO

El síndrome de Burnout se ha reportado desde hace varios años en personal de la salud expuesto a gran tensión o estrés intenso.

El concepto Burn Out fue desarrollado de un campo observacional y no de una teoría. Su primera enunciación fue en 1974 por Herbert Freudenberger y desde entonces ha sido un concepto ampliamente utilizado para referirse al estrés laboral. En 1998 Schaufeli y Enzmann realizaron una revisión que incluía al Síndrome de Burn Out enfatizando que no se trataba de un fenómeno nuevo. La única constelación de varios factores asociados a estrés ocupacional fue descubierta cerca de los años 70s como un tipo de estrés prolongado que aparecía predominantemente entre los profesionales de los servicios humanos. Por este motivo se iniciaron las investigaciones en este campo a mediados de los años 70s. De 1980 a la mitad de 1990 se realizaron varios estudios para describir la historia de estos casos. Un meta análisis incluye estudios que muestran problemas de trabajo emocional asociado con altos niveles de Burnout.

Desde la mitad de los 90s, se ha observado un incremento en el número de estudios prospectivos para determinar este fenómeno. La mayoría de estos estudios involucran participantes de grupos una sola especialidad, de lo cual resulta poca diferencia entre las especialidades y limita los resultados, a diferencia de los estudios en los que se pueden comparar varios grupos y determinar otras variantes que predispongan al síndrome.

El síndrome de Burnout o “estar quemado” es el resultado de la combinación de tres elementos: El ambiente y los sucesos, los pensamientos negativos y la activación del organismo como una respuesta psicológica y física, y esto finalmente da como resultado la angustia, que termina con el desequilibrio psicológico del médico que se traduce en tensión, enojo, agresividad asociado a sensación de negación, trabajo excesivo, miedo, aislamiento, soledad, martirio, resentimiento, desaliento y frustración.

Es un trastorno adaptativo crónico, que daña la calidad de vida profesional y la calidad asistencial, lo que genera mala atención médica, ausentismo, traducándose en incremento de los gastos hospitalarios. Los elementos que se revelan como más característicos en el Burn Out de acuerdo a Maslach son: Agotamiento emocional, de una

persona exhausta por el trabajo y con sobrecarga anímica por los requerimientos de trabajo que le imponen otros. Despersonalización, una respuesta impersonal y fría hacia los que realizan las tareas profesionales. Realización personal disminuida, sentimientos de escasa competencia y fracaso profesional.

Existen algunas cualidades en la personalidad del médico que actúan como factores de riesgo para padecer el síndrome; tales como dedicación, responsabilidad, altruismo extremo, independencia y perfeccionismo. Otros factores predisponentes que deben ser tomados en cuenta son el sexo, la edad, estado civil y el horario de trabajo.

Las consecuencias del síndrome afectan dos niveles fundamentales:

Nivel profesional: Afecta la calidad de atención que otorga a los pacientes, incrementa el riesgo de cometer errores graves con implicaciones legales, afecta la relación médico-paciente y la interrelación en el equipo de trabajo.

Nivel personal y familiar: Es el primer nivel en el que se manifiesta, alejándose de la familia, amigos y posteriormente evitando asistir a actividades sociales hasta aislarse por completo.

El cuadro puede llevar la siguiente secuencia:

Etapa 1. Se percibe un desequilibrio entre demandas laborales y recursos materiales y humanos de forma que los primeros exceden a los segundos, lo que provoca una situación de estrés agudo.

Etapa 2. El individuo realiza un sobreesfuerzo para adaptarse a las demandas. Esto solo funciona de manera transitoria. (Etapa reversible).

Etapa 3. Aparece el Síndrome de Burn Out con los componentes antes descritos.

Etapa 4. El individuo presenta un deterioro físico y psicológico, convirtiéndose en un riesgo para la atención médica.

Para poder realizar una medición objetiva de este fenómeno se han realizado cuestionarios de los cuales el más utilizado es Maslach Burnout Inventory (MBI) desarrollado por Maslach y Jackson, pero también otros instrumentos son frecuentemente usados tales como Burnout Measure (BM), creado por Pines y Aronson considerando que el Burnout se deriva del tedio ocupacional y de sus consecuencias emocionales secundarias a características internas del trabajo metódico, como son falta autonomía y significación del éxito; y externas como el ambiente de trabajo, relaciones laborales y falta apoyo familiar; a Bernardo Moreno se debe otra solución instrumental para evaluar el Burn Out denominado Cuestionario breve de Burn Out, este autor también identifica 3 componentes que coinciden con los descritos por Maslach pero también incluye variables para identificar las causas del Síndrome entre las que aparecen el tedio, las características de la tarea y la organización del trabajo.

Se han revisado diversos trabajos tanto teóricos como empíricos resumiendo que el mejor instrumento para la medición del Síndrome de Burn Out es Maslach Burnout Inventory. Existe otra escala creada por Danish y utilizada en su estudio para la medición de Burn out la cual se denomina Copenhagen Burnout Inventory (CBI), sin embargo no se observaron diferencias importantes en cuanto al resto de escalas.

Maslach Burnout Inventory (MBI), es un cuestionario que evalúa 3 dimensiones del síndrome; este consta 22 preguntas las cuales se enfocan a los tres puntos característicos del síndrome encontrando: 9 preguntas para cansancio emocional (1,2,3,6,8,13,14,16,20); 5 preguntas para evaluar la despersonalización (5,10,11,15,22), y 8 preguntas para realización personal (4,7,9,12,17,18,19,21).

Para calificar cada aseveración se utilizan 6 grados del 0-6 con los siguientes parámetros de respuesta: 0=nunca, 1= pocas veces al año, 2=una vez al mes o menos, 3= unas pocas veces al mes o menos, 4=una vez a la semana, 5= pocas veces a la semana, 6=todos los días.

El síndrome de Burnout se determina cuando se obtienen puntuación altas en Cansancio emocional y despersonalización y puntuaciones bajas en realización persona. El grado se define dependiendo la puntuación obteniendo tres grados: alto, intermedio y bajo. Para el cansancio emocional las puntuaciones de 27 o superiores indican alto grado, intervalo de 19-26 corresponden a grado intermedio y menores de 19 indican grado bajo. Para la

despersonalización puntuaciones superiores a 10 son alto grado, grado intermedio de 6-9 y bajo grado menor de 6. A diferencia de la escala de realización personal funciona en sentido opuesto 0-33 indica alto grado, 34-39 intermedio y mas de 40 bajo grado.

BURN OUT	ALTO	INTERMEDIO	BAJO
CANSANCIO EMOCIONAL	Mayor de 27	19-26	Menor de 19
DESPERZONALIZACION	Mayor de 10	6-9	Menor de 6
REALIZACION PROFESIONAL	0-33	34-39	Mas 40

MASLACH BURNOUT INVENTORY

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
2. Me siento cansado al final de la jornada
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes
5. Trato a algunos pacientes como si fueran objetos
6. Trabaja todo el día con mucha gente es un esfuerzo
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes
8. Me siento harto de mi trabajo
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas
10. Me he vuelto mas insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente
12. Me siento muy activo
13. Me siento frustrado en mi trabajo
14. Creo que estoy trabajando demasiado
15. Realmente no me preocupa lo que ocurre con mis pacientes

16. Trabajar directamente con personas me produce estrés
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes
18. Me siento estimulado de trabajar con mis pacientes
19. He conseguido muchas cosas útiles de mi profesión
20. Me siento acabado
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma
22. Siento que mis pacientes me culpan por algunos de sus problemas

En un estudio en el cual se incluyeron 293 residentes se encontró que la interferencia del trabajo con el hogar se asocia con el grado de Burnout.

El medico residente que se encuentra en formación se enfrenta con una realidad que suele resultar contradictoria y difícil, este fenómeno explicado por Kay como una “desidealización traumática”. Refiriéndose al impacto del cambio de vida, que genera frustración, desilusión, malos entendidos e irritaciones que el estudiante de medicina vive de forma cotidiana en los hospitales durante su práctica clínica; así como la disminución en el aprendizaje, autoestima, expectativas de convertirse en especialista, factores que en conjunto lo conducen a desilusión y menosprecio hacia sus maestros e incluso a su profesión.

Otros autores mencionan el efecto de la exposición de los médicos a eventos antiéticos realizados por los médicos de mayor jerarquía, en los que incluso tuvieron que participar, pueden influir en la formación o deformación de los sistemas de valores y en la creación de sus códigos de ética, con lo cual se genera una lucha interna que los confronta como personas y profesionales con el medio hospitalario.

El ambiente hospitalario se ha definido por Lyoid como un ambiente hostil con una creciente carencia de modelos médicos a seguir. Por este motivo el médico residente se convierte en un objeto susceptible para el desarrollo de Síndrome de Burnout.

El objetivo de conocer la existencia del síndrome de Burnout es identificar al personal de la salud con factores de riesgo para su desarrollo y así realizar acciones preventivas.

En los estudios realizados solo se presentan datos estadísticos del síndrome, por lo que grupos médicos han realizado trabajos enfocados en el aspecto psicosocial para buscar medidas preventivas principalmente en personal involucrado con pacientes oncológicos, sin embargo estas medidas han sido útiles en todo tipo de pacientes.

Las recomendaciones principales van dirigidas hacia: Modificar los aspectos nocivos del ambiente de trabajo y modificar los aspectos del propio comportamiento que predispone al Burnout.

Modificación del ambiente de trabajo. La presencia de un líder afectivo y cuidadoso con la influencia directa de la atención es el factor primordial para la prevención.

Tener una misión común, objetivos y metas en conjunto mejoran el funcionamiento del equipo de trabajo.

Factores personales. Aprender a ubicar los límites personales tanto de tiempo como de energía, evitar sobre-involucramiento, participar en eventos sociales cuando sea posible, mantener una adecuada comunicación con sus colegas y arreglar cualquier diferencia en cuanto surja.

Como se comento previamente la escala de Maslach es la que ha reportado mejores resultados para la medición del Síndrome de Burn Out, sin embargo es necesario buscar la asociación con otras escalas asociadas a depresión que es el resultado final del Síndrome de Burnout.

La depresión clínica es un diagnóstico sindromático basado en la historia del paciente.

La conceptualización y los criterios para definir la depresión mayor, así como de otros trastornos mentales, ha cambiado de forma significativa durante las últimas décadas. Sin embargo la escala de Zung se sigue utilizando como un instrumento de tamización o diagnóstico en diferentes poblaciones.

Los síntomas de depresión son evaluados por la intensidad, duración e impacto en la actividad diaria. Según *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder 4ª Edición (DSM-IV)* el diagnóstico de depresión se realiza según los siguientes criterios:

Categoría	Criterios de DSM-IV	Duración
Depresión Mayor	Mas de 5 síntomas de depresión incluyendo, humor deprimido, anhedonia, alteración social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento	Mas 2 semanas

	personal	
Depresión Menor	2 o 4 síntomas depresivos incluyendo humor deprimido, anhedonia, alteración social, ocupacional o que afecte otras áreas del funcionamiento personal	Mas 2 semanas
Distimia	3-4 Síntomas distímicos, incluye humor deprimido, pobre apetito o apetito incrementado, insomnio o hipersomnia, energía baja, pobre concentración o indecisión, desesperanza	2 años

Existen múltiples escalas para evaluar la depresión, en este caso utilizaremos la escala de Zung (Self-Rating Depresión Scale, SDS), realizada en 1965; utilizada para determinar el grado de depresión. Es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada de cierta forma de la escala de depresión de Hamilton, que al igual que esta da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. En un inicio esta escala se creó para la identificación del síndrome depresivo severo en pacientes hospitalizados, sin embargo ha servido para evaluar personas con enfermedades médicas y en la población general. Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Ocho de las preguntas se refieren a los síntomas somáticos y ocho a los cognitivos y las otras cuatro preguntas referentes al estado de ánimo y síntomas psicomotores. En este caso se cuantifica la frecuencia.

ESCALA DE ZUNG

1. Me siento abatido y melancólico
2. En las mañanas es cuando me siento mejor
3. Tengo accesos de llanto o deseo de llorar
4. Me cuesta trabajo dormir en la noche
5. Como igual que antes
6. Mantengo mi deseo, interés sexual y-o disfruto de las relaciones sexuales.
7. Noto que estoy perdiendo peso.
8. Tengo molestias de estreñimiento

9. El corazón me late mas deprisa
10. Me canso aunque no haga nada
11. Tengo la mente tan clara como antes
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.
14. Tengo esperanza en el futuro
15. Estoy mas irritable de lo usual
16. Me resulta fácil tomar decisiones
17. Siento que soy útil y necesario
18. Mi vida tiene bastante interés
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera
20. Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba.

La interpretación de la escala de cada pregunta de 1-4 para los de sentido negativo, o de 4-1 para los de sentido positivo con un rango de puntuación de 20-80 puntos.

No depresión	Menos de 35 puntos
Depresión leve	36-51 puntos
Depresión moderada	52-67 puntos
Depresión grave	Mayor de 68 puntos

Finalmente se han encontrado fuentes de estrés identificables como la necesidad de actualización de la información para mantener la competencia profesional, conflictos con los superiores, sentir máxima responsabilidad en los resultados de atención a los pacientes, bajo reconocimiento por parte de la población asistida, incertidumbre en el manejo de la información a los pacientes y familiares y cuidar las necesidades emocionales del paciente.

Además de la identificación de Síndrome de Burn Out el punto mas importante es la prevención de este, los principios generales son aplicables en cualquier centro de trabajo y son los siguientes:

a. Formas de modificar el ambiente de trabajo.

La presencia de un líder que además de la carga laboral se preocupe por las necesidades de cada miembro de su equipo es un factor básico para la prevención. Un buen líder comprometerá a su grupo a definir y redefinir con cierta regularidad sus metas, implicando al grupo a la toma de decisiones. Involucrando a cada miembro en tareas que despierten su instinto de superación.

b. Factores personales

Un trabajador debe tomar medidas en relación a su trabajo: Aprender a limitar tanto el tiempo como la energía. Evitar el sobreinvolucramiento. Hacer conocer sus necesidades a sus superiores, participar en eventos sociales en el trabajo. Mantener la comunicación entre sus compañeros.

En resumen, el personal de salud debe reconocer en su equipo de trabajo los estadios para el desarrollo de Burnout, entender las causas de este y adoptar medidas para prevenirlo y aceptar los métodos para el tratamiento.

JUSTIFICACION

El síndrome de Burn Out es una patología común encontrada en personal de la salud, en estudios se ha determinado una frecuencia alta en los médicos en formación (Médicos Residentes), Médicos Adscritos, Enfermeras y en todos aquellos que tienen contacto con enfermos; causando problemas tanto en la relación Medico-Paciente así como en errores en la práctica médica que pueden repercutir en el tratamiento de los pacientes.

El resultado del Síndrome de Burnout es un episodio depresivo por lo que además de definir su presencia es necesario buscar la correlación con el grado de depresión.

Por este motivo estamos obligados conocer la frecuencia del Síndrome de Burnout y el grado de depresión en nuestro Sistema Médico así como determinar y identificar la correlación con los factores de riesgo relacionados, así como buscar opciones de medidas preventivas en los trabajadores con mayor susceptibilidad para este.

OBJETIVOS

GENERAL

Correlacionar la escala de Maslach y la escala de Zung para determinar el Síndrome de Burnout y su relación con el grado de depresión en los trabajadores del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos (PEMEX).

ESPECIFICOS

Conocer la frecuencia de Síndrome de Burnout y Depresión en trabajadores del Hospital Central Norte de PEMEX.

Determinar los grados de depresión en las distintas áreas de trabajo del Hospital Central de PEMEX.

Conocer la correlación con otras variables como edad, sexo, estado civil, área de trabajo.

Identificar las áreas de trabajo con mayor frecuencia del Síndrome de Burnout.

HIPOTESIS

HIPOTESIS

Existe correlación entre la escala de Maslach y la escala de Zung para determinar el Síndrome de Burnout y su relación con la depresión en los Trabajadores del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos.

HIPOTESIS NULA

No existe correlación entre la escala de Maslach y la escala de Zung para determinar el Síndrome de Burnout y su relación con la depresión en los Trabajadores del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos.

DISEÑO

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal

UNIVERSO DE ESTUDIO.

1. Muestra.

Personal del Hospital Central Norte de PEMEX que tenga relación directa con pacientes.

1.1 Tamaño de Muestra.

El tamaño de la muestra se calculó con la formula sobre proporciones en dos grupos.

$$n = \left[\frac{Z\alpha \sqrt{2\pi_1(1-\pi_1)} - Z\beta \sqrt{(1-\pi_1) + (1-\pi_2)}}{\pi_1 - \pi_2} \right]^2$$

Donde:

n= Número de tamaño de muestra

$Z\alpha$ = El valor de dos colas de Z relacionado con alfa

$Z\beta$ = El valor de dos colas de Z relacionado con beta

π_1 = Proporción del grupo 1 (Escala de Maslach)

π_2 = Proporción del grupo 2 (Escala de Zung) .

Alfa= 0.05
Beta 0.90.
 $Z_{\alpha} = +1.96$
 $Z_{\beta} = -1.645$
 $\pi_1 = 0.30$.
 $\pi_2 = 0.49$.

Calculo de Tamaño de muestra = 151.53 encuestas

1.2 Análisis estadístico.

Correlación de Pearson.

Se utilizará para determinar la correlación entre las escalas de Maslach y Zung.
Se utilizar para determinar la correlación entre el Síndrome de Burnout y las variables determinadas como factores de riesgo.

Se determinara la frecuencia del Síndrome de Burnout y del grado de depresión.

1.3 Criterios de Selección

Criterios de Inclusión.

Se incluirá al Personal Trabajador del Hospital Central Norte de PEMEX que tengan contacto con pacientes.

Criterios de no Inclusión.

Personal trabajador del Hospital Central Norte de PEMEX que no tenga contacto con pacientes.

Criterios de exclusión.

Personal que no conteste de forma adecuada alguna de las encuestas o que no incluya todos los datos solicitados.

VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICION

Variables de tipo cualitativo ordinales para el grado de depresión.

Variables de tipo nominal para la presencia de Síndrome de Burnout.

METODOLOGIA

Se aplicaron las encuestas al personal del Hospital Central Norte de PEMEX que mantengan contacto con pacientes, esto se realizara en las áreas de hospitalización, trabajo social, recepción de pacientes, personal de laboratorio , consulta externa, terapia de lenguaje, radiología, vigilancia, intendencia y dietología.

PROCEDIMIENTO PARA CAPTURA DE DATOS

- A. Definición operacional de las variables.
- B. Instrumentos para la captura de la información

Se utilizara un formato de encuesta con las dos escalas mencionadas realizadas en archivos de Word, los datos se recabaran en archivo de Exel para obtener el nivel de los rubros del Síndrome de Burn Out así como el grado de depresión de la escala de Zung

RECURSOS HUMANOS

Humanos. Personal Medico y de trabajo social que apoyo en la realización de las encuestas.

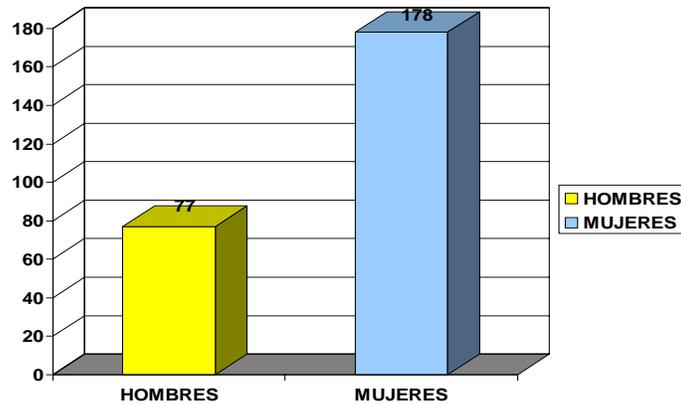
Materiales. Encuestas

Financieros. Ninguno

RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 255 encuestas, se realizaron 178 (69.8%) a mujeres y 77 (30.2%) y a hombres (Grafica 1).

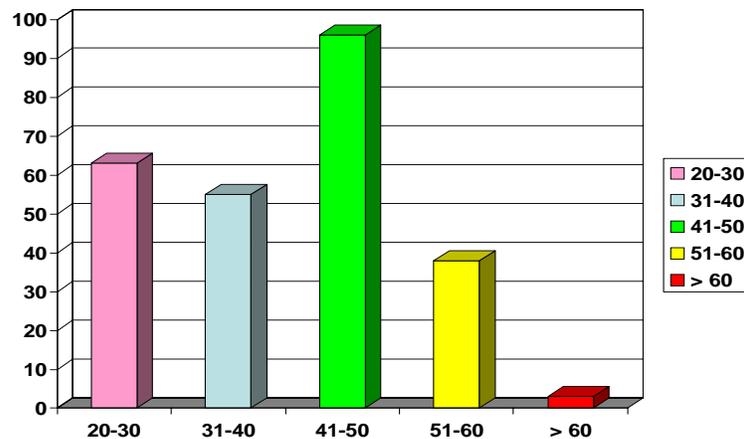
DISTRIBUCION POR SEXO



Grafica 1.

Los rangos de edades de los encuestados fueron entre 20-30 años 63 (25%), entre 31-40 años 55 (22%), de 41-50 años a 96 (37%), de 51 a 60 años 30 (15%) y más de 60 años a 3 (1%) (Gráfica 2).

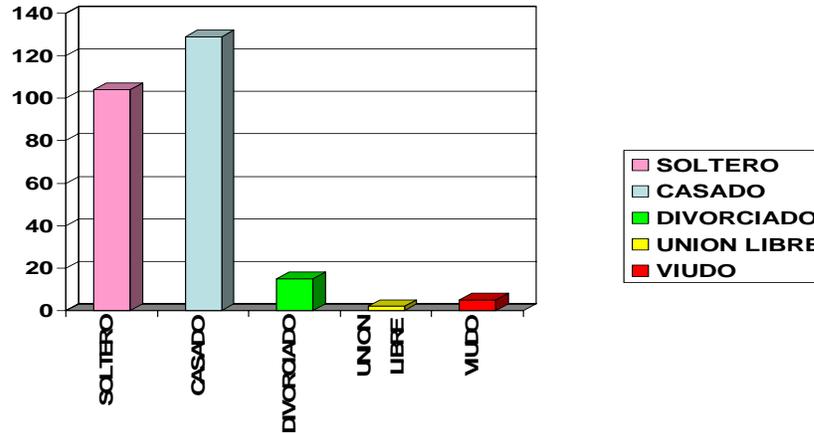
DISTRIBUCION POR EDAD



Grafica 2.

Estado civil, se encuestaron 104 solteros (40.7%), 129 (50.6%) casados, 15 (5.9%) divorciados o separados, 2 (0.8%) en unión libre y 5 (2%) viudos (Grafica 3).

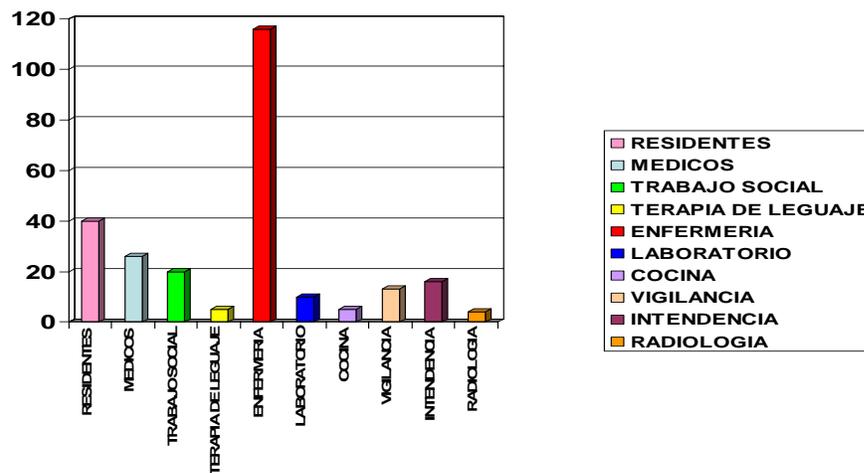
ESTADO CIVIL



Grafica 3.

En el área de trabajo se realizaron 40 (16%) en residentes, 26 (10.2%) a médicos adscritos, 20 (7.8%) trabajo social y recepcionistas, 5 (2%) a terapia de lenguaje, 116 (45.5%) personal de enfermería y asistentes, 10 (3.9%) en banco de sangre o laboratorio, 5 (2%) en cocina y dietología, 13 (5.1%) vigilancia, 16 (6.3%) intendencia y 4 (1.6%) al servicio de radiología (Grafica 4).

DISTRIBUCION DEL AREA DE TRABAJO



Grafica 4.

Tabla 1. CARACTERISTICAS DE LA POBLACION ESTUDIADA

SEXO	
FEMENINO	178
MASCULINO	77
EDAD	
20-30	63
31-40	55
41-50	96
51-60	38
Mas de 60	3
ESTADO CIVIL	
SOLTERO	104
CASADO	129
DIVORCIADO O SEPARADO	15
UNION LIBRE	2
VIUDO	5
AREA DE TRABAJO	
RESIDENTES	40
MEDICOS	26
TRABAJO SOCIAL Y RECEPCION	20
TERAPIA DE LENGUAJE	5
ENFERMERIA Y ASISTENTES	116
LABORATORIO Y BANCO DE SANGRE	10
COCINA Y DIETOLOGIA	5
VIGILANCIA	13
INTENDENCIA	16
RADIOLOGIA	4

Para la Correlación entre la Escala de Maslach y la Escala de Zung para determinar el Síndrome de Burnout y su relación con la depresión se obtuvieron los siguientes resultados: Una correlación de 0.51 con una significancia estadística de 0.418 la cual no es significativa. ($p < 0.01$ para Hipótesis de 2 colas).

En la correlación entre el Síndrome de Burnout y los factores de riesgo no se encontró significancia estadística (Tabla2).

CORRELACION DE BURNOUT Y FACTORES DE RIESGO.

	SEXO	EDAD	ESPECIALIDAD	ESTADO CIVIL
BURNOUT	-.007 (0.918)*	-.029 (0.649)*	-.032 (0.616)*	-.034 (0.587)*

Tabla 2.

- Correlación significativa de 0.01 para 2 colas.
- * = al valor de p.

En la correlación entre grados de depresión y los factores de riesgo no se encontró significancia estadística (Tabla 3).

CORRELACION DE DEPRESION Y FACTORES DE RIESGO

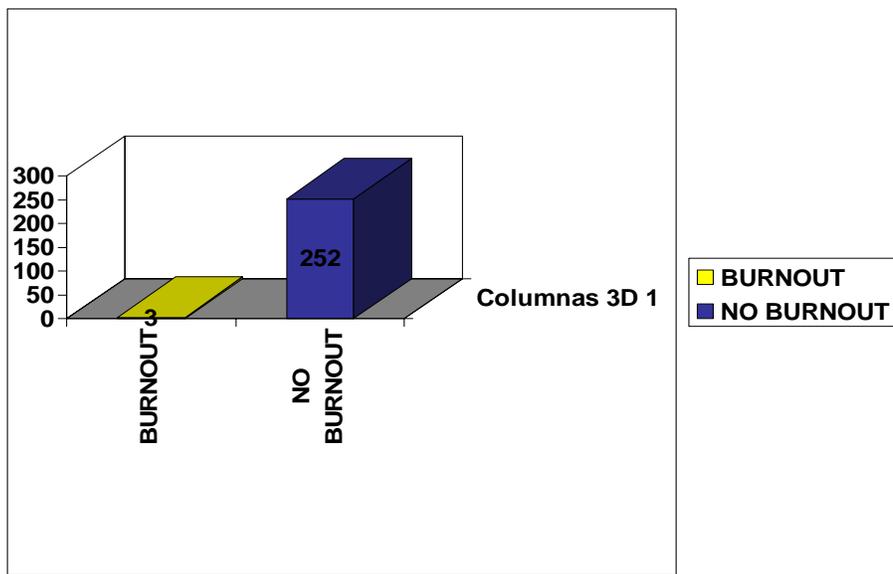
	SEXO	EDAD	ESPECIALIDAD	ESTADO CIVIL
DEPRESION	-.038 (0.548)*	.086 (0.171)*	.091 (0.147)*	.084 (0.180)*

Tabla 3.

- Correlación significativa de 0.01 para 2 colas.
- * = al valor de p.

La frecuencia de Síndrome de Burnout en los trabajadores del Hospital Central Norte de PEMEX es de 1% con la presencia de 3 casos de 255 encuestados (Grafica 5).

FRECUENCIA DE BURNOUT



Grafica 5.

Los servicios involucrados en esta patología son Enfermería con 2 casos e Intendencia con 1 caso.

En la distribución de sexo se encontraron 2 femeninos y 1 masculino.

En el estado civil 2 de los encuestadas son solteras y 1 divorciado.

El rango de edad en el que se detecto el Síndrome de Burnout fue de 38-51 años con una media de edad de 43 años.

La frecuencia de los componentes del Síndrome de Burnout es la siguiente.

Tabla 4. NIVEL DE CANSANCIO EMOCIONAL.

GRADO DE RIESGO	FRECUENCIA (PORCENTAJE)
Alto	40 (15.7%)
Bajo	164 (64.3%)
Intermedio	51 (20.0%)

Tabla 5. NIVEL DE REALIZACION PERSONAL

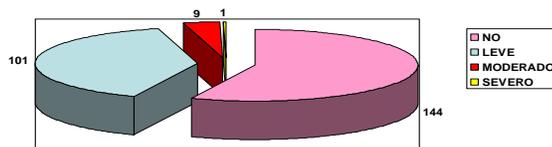
GRADO DE RIESGO	FRECUENCIA (PORCENTAJE)
Alto	43 (16.9%)
Bajo	160 (62.7%)
Intermedio	52 (20.4%)

Tabla 6. NIVEL DE DESPERSONALIZACION

GRADO DE RIESGO	FRECUENCIA (PORCENTAJE)
Alto	35 (13.7%)
Bajo	143 (56.1%)
Intermedio	77 (30.2%)

La frecuencia de Depresión es de 111 (43.5%), los grados de depresión fueron: depresión leve 101 (39.6%) encuestados, depresión moderada 9 (3.5%) encuestados, depresión severa 1 (.4%) encuestados (Gráfica 6).

FRECUENCIA DE DEPRESION

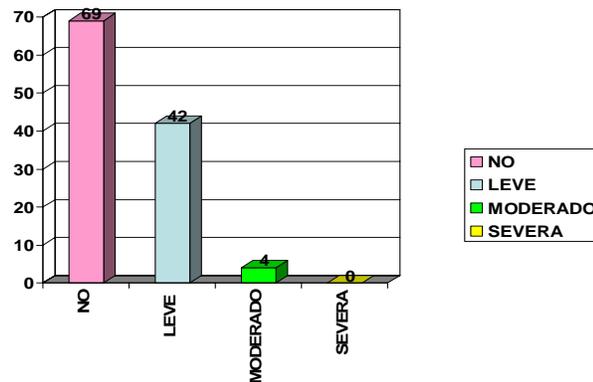


Gráfica 6.

En el área de trabajo se encontraron los siguientes datos:

Los porcentajes de depresión en el personal de enfermería sin depresión 59.4%, leve 36.2%, moderada 3.4% (Gráfica 7) (Las frecuencias se determinan en cada gráfica).

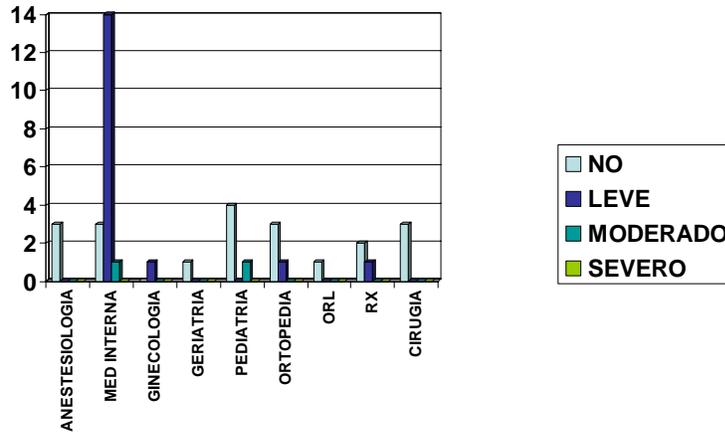
Enfermeras



Gráfica 7 .

La depresión en residentes fue: sin depresión 50%, leve 45%, moderada 5% (Gráfica 8).

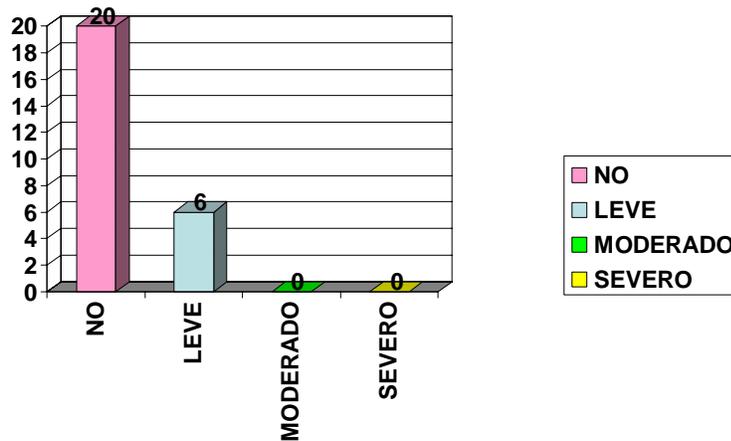
Residentes



Gráfica 8.

Los porcentajes de depresión en Médicos son: sin depresión 76% (Gráfica 9).

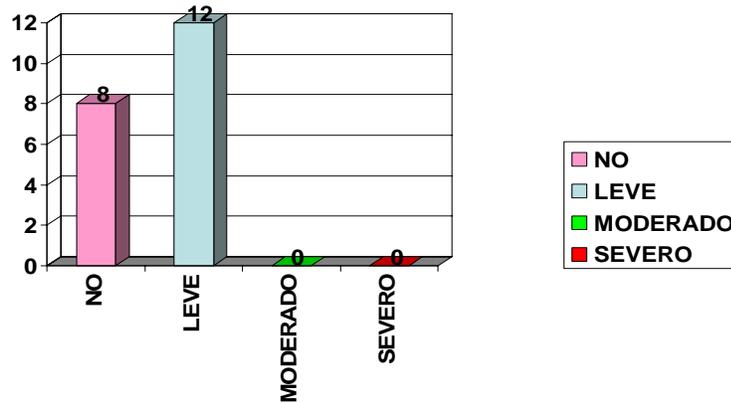
Medicos



Gráfica 9.

El servicio de trabajo social mostró: sin depresión 40% depresión leve 60% (Gráfica 10).

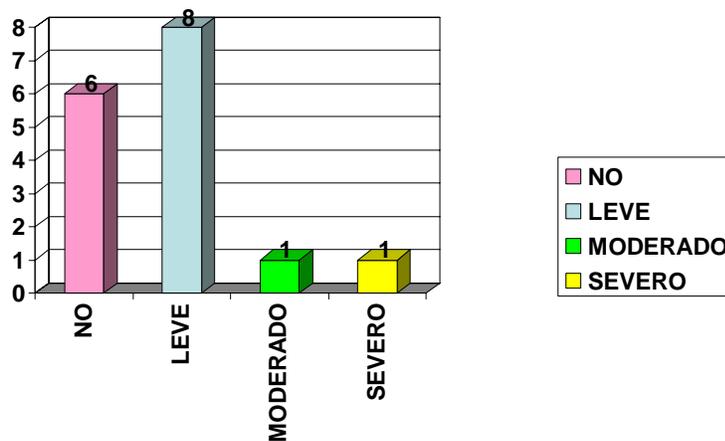
Trabajo Social y Recepción



Gráfica 10.

En el servicio de intendencia se encontró: 37.5% sin depresión, 50% de depresión leve, 6.25% de depresión moderada y severa (Gráfica 11).

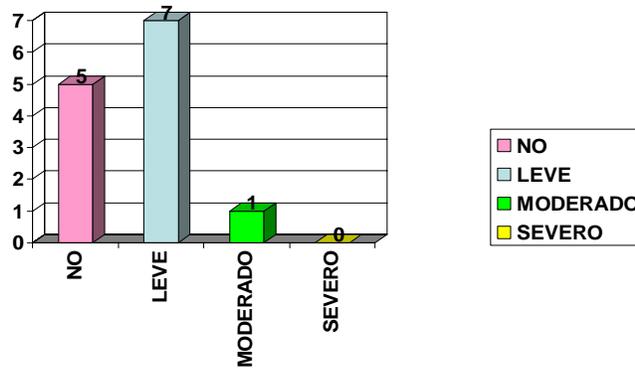
Intendencia



Gráfica 11.

Vigilancia mostró: 38.5% sin depresión, 53.8 de depresión leve y 7.6% de depresión moderada (Gráfica 12).

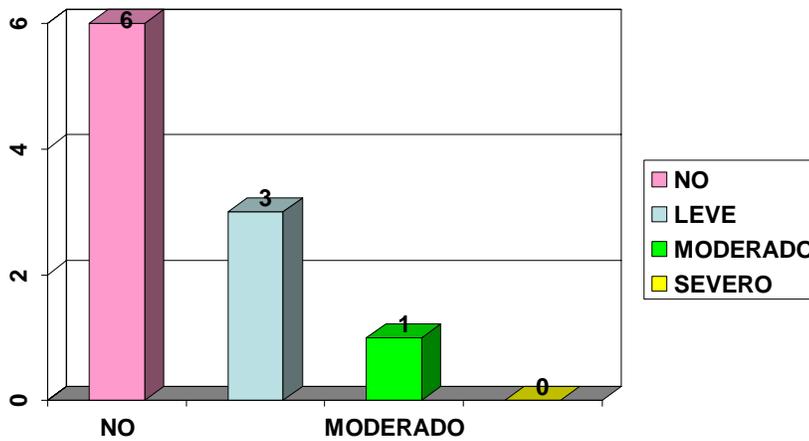
Vigilancia



Gráfica 12.

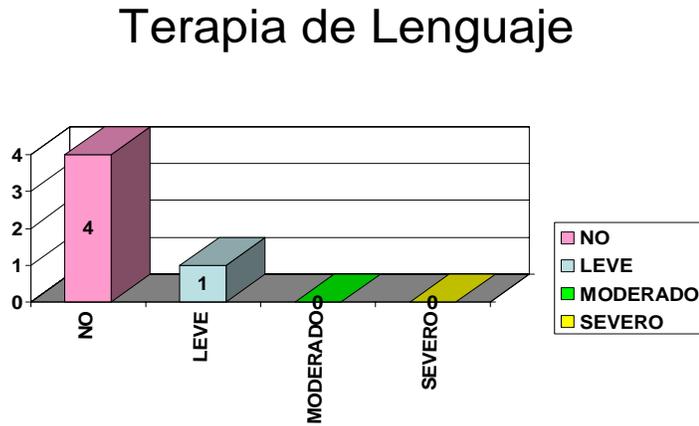
En el departamento de laboratorio encontramos: 60% sin depresión, 30% de depresión leve y 10 % de depresión moderada (Gráfica 13).

Laboratorio



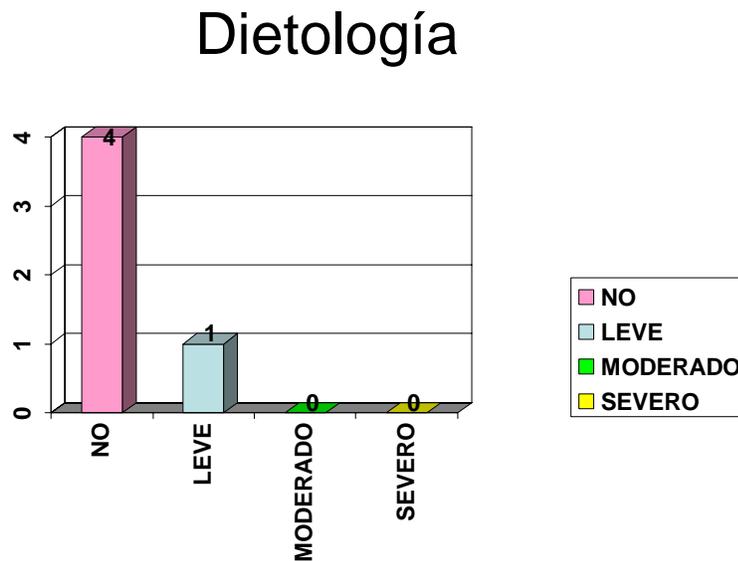
Gráfica 13.

En el servicio de Terapia de Lenguaje el 80% no presentó depresión y el 20 % mostró depresión leve (Gráfica 14).



Gráfica 14.

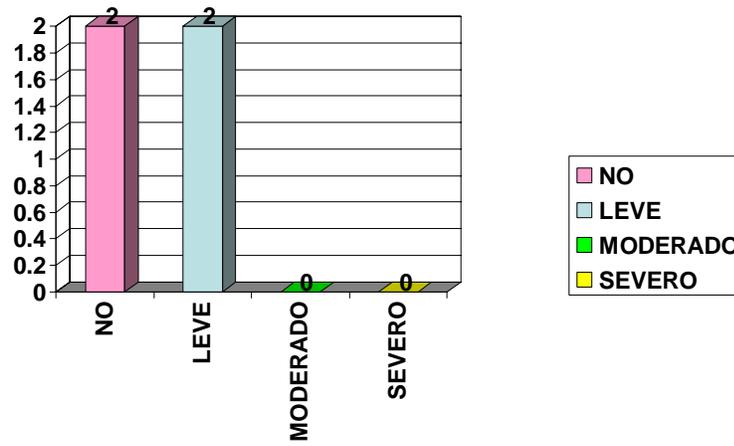
En Dietología se encontró sin depresión 80% y 20 con depresión leve (Gráfica 15).



Gráfica 15.

Radiología mostró 50% sin depresión y 50% con depresión leve (Gráfica 16).

Radiologia



Gráfica 16.

DISCUSION

En este estudio no se encontró correlación entre las escalas para la valoración de Síndrome de Burnout y su relación con los estados depresivos, tanto la escala de Maslach y la escala de Zung son excelentes herramientas validadas para determinar el Síndrome de Burnout y Depresión respectivamente, por lo que se determina que en los trabajadores del servicio Médico de Petróleos Mexicanos la causa del estado depresivo no esta en relación con el estrés laboral y por lo tanto debemos investigar otras causas de depresión ya que su frecuencia es alta.

Los resultados de este estudio demuestran que el Síndrome de Burnout es una patología con baja frecuencia en nuestro medio, sin embargo se encuentran datos que predisponen al desarrollo de este. Separando cada componente del Síndrome de Burnout encontramos algunos datos que nos indican alta susceptibilidad para la presencia del síndrome, llama la atención el alto porcentaje de trabajadores que presenta nivel bajo de realización personal, esto se traduce como disminución de la iniciativa, falta de competencia y tendencia al fracaso profesional por falta de retos a nivel laboral. En segundo lugar se encuentra el cansancio emocional, en estos trabajadores se detecta agotamiento anímico, fatiga, pérdida progresiva de la energía secundario al contacto con emociones de familiares y pacientes. Y finalmente la despersonalización, presentándose con una respuesta fría hacia el paciente, perdida del interés por sus tareas laborales, así como irritabilidad y conflictos con los compañeros de trabajo. Comparando con el trabajo realizado por Atence y cols. donde se determinan los aspectos epidemiológicos del síndrome así como la frecuencia de cada uno de sus elementos, el cansancio emocional y la despersonalización fueron los componentes con mayor porcentaje a diferencia de nuestros resultados.

En la literatura se determina un perfil que muestra mayor susceptibilidad para el síndrome de Burnout, sexo femenino, edad entre 40-50 años, tiempo de trabajo mayor de 10 años, turno vespertino y nocturno, ya que en este estudio es muy baja la frecuencia de Burnout es difícil determinar los factores de riesgo en nuestra institución.

Llama la atención la frecuencia del síndrome depresivo en sus diferentes grados, confrontando nuestros resultados con otros estudios donde la escala de Zung es el método para determinar la frecuencia de depresión los resultados son similares a los encontrados en nuestro trabajo.

A lo esperado, se encontró mayor frecuencia de depresión en los servicios de trabajo social, intendencia y vigilancia donde aparentemente la carga emocional de trabajo es menor por lo que es importante enfocarnos en estos grupos de trabajadores para determinar las posibles causas así como dar el tratamiento y las medidas preventivas para evitar que la depresión evolucione a un grado mayor.

CONCLUSIONES

- ✚ No existe correlación entre el Síndrome de Burnout y el Grado de depresión, quizá el Síndrome de Burnout pueda establecerse como un grado mayor de depresión.
- ✚ La frecuencia del Síndrome de Burnout entre los trabajadores del servicio Médico de Petróleos Mexicanos es muy baja en relación a otras Instituciones.
- ✚ Existe una frecuencia alta de depresión en los trabajadores del Servicio Médico de Petróleos Mexicanos por lo que es necesario dirigir otros estudios para determinar las causas de esta.
- ✚ A pesar de la baja frecuencia de Síndrome de Burnout es necesario establecer medidas preventivas ya que en relación a los componentes de síndrome existe alta predisposición para el desarrollo de éste.
- ✚ Las medidas preventivas deben ser enfocadas a la realización personal de los trabajadores y esto depende principalmente del líder de cada área.
- ✚ Es necesaria la intervención de los servicios de Psicología y Psiquiatría para el manejo de los trabajadores con depresión, principalmente de aquellos que se encuentran en grado moderado y severo.
- ✚ Se concluye que la depresión en los trabajadores del servicio Médico de Petróleos Mexicanos es secundaria a otros factores externos y no al estrés laboral.

BIBLIOGRAFIA

1. Rocha-Luna JM, Síndrome de "Burnout" ¿El Médico de urgencias Incansable? *Revista Mexicana de Medicina de Urgencias*. 2002; 1(2): 48-56.
2. Yao D, Wright S, National Survey of Internal Medicine Residency Program Directors Regarding Problem Residents. *JAMA*. 2000; 284: 1099-1104.
3. Martínez-López C, López Solache G, Características del Síndrome de Burn Out en un grupo de Enfermeras Mexicanas. *Archivos de Medicina Familiar*. 2005; 7 (1): 6-9.
4. Atance-Martínez J, Aspectos Epidemiológicos del Síndrome de Burn Out en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública*. 1997; 71: 293-303.
5. Bourbonnais R, Brisson C, Vinet A, Vézina M, Abdous B, Gaudet M, Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factor to prevent mental health problems in a hospital setting. *Occup Environ Med* 2006; 63: 335-342.
6. King H, Physician Burn Out. *Annals of Internal Medicine*. 2001; 135 (2): 145-148.
7. Campos-Arias A, Pareja- Angel J, Una forma sencilla y rápida de identificar la depresión en la práctica médica cotidiana. Facultad de Medicina Cartagena Colombia, Sección Neurología.
8. Bohle A, Baumgartel M, Gota M, Muler E, Jocham D, Bur Out of Urologists in the county of Schleswig-Holstein, Germany: A comparison of Hospital and Private Practice Urologists. *The Journal of Urology*. 2001; 165:1158-1161.
9. Consejo-Chapela C, Viesca-Treviño C, *Rev Med IMSS*. 2005; 43 (1): 1-3.
10. Borrita M, Bultmann U, Rugulies R, Christensen K, Villadsen E, Kristensen T, Psychosocial Work Characteristics as Predictors for Burn Out: Findings From 3-Year Follow Up of the PUMA Study. *J Occup Environ Med*. 2005; 47 (10): 1015-1025.
11. Shanafelt T, Sloan J, Habermann T, The Well-Being of Physicians. *The American Journal of Medicine*. 2005; 114: 513-519.

12. Shanafelt T, Bradley K, Wipf J, Back A, Burn Out and Self-Reported Patient Care in an Internal Medicine Residency Program. *Annals of Internal Medicine*. 2002; 136 (5): 358- 367.
13. Wieclaw J, Agerbo E, Mortensen B, Bonde J, Risk of affective and stress related disorders among employees in human service professions. *Occup Environ Med*. 2006; 63: 314-319.
14. Pérez-Jáuregui M, El Síndrome de Burn Out en los profesionales de la Salud. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL 2001; 2 (5).
15. Ruiz-Cruz L, El agotamiento profesional o síndrome de Burn Out. *Revista Mexicana de Alología*. 15-17.

ANEXOS
HOJA DE TRABAJO

EDAD _____ SEXO _____

ESPECIALIDAD _____ AÑO _____

ESTADO CIVIL _____

Escala de Maslach

	1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
	2. Me siento cansado al final de la jornada
	3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar
	4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes
	5. Trato a algunos pacientes como si fueran objetos
	6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo
	7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes
	8. Me siento harto de mi trabajo
	9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas
	10. Me he vuelto mas insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión
	11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente
	12. Me siento muy activo
	13. Me siento frustrado en mi trabajo
	14. Creo que estoy trabajando demasiado
	15. Realmente no me preocupa lo que ocurre con mis pacientes
	16. Trabajar directamente con personas me produce estrés
	17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes
	18. Me siento estimulado de trabajar con mis pacientes
	19. He conseguido muchas cosas útiles de mi profesión
	20. Me siento acabado
	21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma
	22. Siento que mis pacientes me culpan por algunos de sus problemas

ESCALA DE ZUNG

a. Nunca o muy pocas veces, b. Algunas veces, c. Frecuentemente, d. La mayoría del tiempo

1. Me siento abatido y melancólico a.1 b.2 c. 3 d.4

2. En las mañanas es cuando me siento mejor a.4 b.3 c. 2 d.1

3. Tengo accesos de llanto o deseo de llorar a.1 b.2 c. 3 d.4

4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche a.1 b.2 c. 3 d.4

5. Como igual que antes a.4 b.3 c. 2 d.1

6. Mantengo mi deseo, interés sexual y-o disfruto de las relaciones sexuales. a.4 b.3 c. 2 d.1

7. Noto que estoy perdiendo peso. a.1 b.2 c. 3 d.4

8. Tengo molestias de estreñimiento a.1 b.2 c. 3 d.4

9. El corazón me late mas deprisa a.1 b.2 c. 3 d.4

10. Me canso aunque no haga nada a.1 b.2 c. 3 d.4

11. Tengo la mente tan clara como antes a.4 b.3 c. 2 d.1

12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer a.4 b.3 c. 2 d.1

13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto. a.1 b.2 c. 3 d.4

14. Tengo esperanza en el futuro a.4 b.3 c. 2 d.1

15. Estoy mas irritable de lo usual a.1 b.2 c. 3 d.4

16. Me resulta fácil tomar decisiones a.4 b.3 c. 2 d.1

17. Siento que soy útil y necesario a.4 b.3 c. 2 d.1

18. Mi vida tiene bastante interés a.4 b.3 c. 2 d.1

19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera a.1 b.2 c. 3 d.4

20. Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba. a.4 b.3 c. 2 d.1