



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA

“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ”

**RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS LABORAL Y LA SEVERIDAD DE LA PSICOPATOLOGÍA EN EL
PERSONAL DE SALUD MENTAL DE UN TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.**

TESIS PARA OBTENER LA

ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA PRESENTA:

KARLA VANESSA GARCÍA MEJORADO

**TUTOR TEORICO
TUTOR METODOLOGICO**

**DANELIA MENDIETA CABRERA
MARIA EUGENIA HERNANDEZ GUTIERREZ**

MÉXICO, D.F. Junio 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mi hija Sofía Valeria.

Gracias a las dos personas en mi vida que me han dado su apoyo incondicional, que han creído en mí y me demuestran su amor día a día: a mi esposo Alberto y mi madre Lucy. Sin ellos no concibo el tener este logro en mis manos, ni la felicidad que me inunda.

A mis tutoras Danelia y María Eugenia por haberme guiado y enseñado pacientemente en este camino de la investigación, así como lograr juntas resultados exitosos.

A mis amigos Sandra, Maribel y Jorge que por 15 años hemos crecido juntos y compartido logros que hemos saboreado tomados de las manos.

A mi familia que con cada reunión me reconforta con su cariño y apoyo para el logro de mis metas, y a mi nueva familia, mis suegros Hilda y Jorge quienes han sido incondicionales, que quienes con su cariño y apoyo nunca han dejado de creer en mis metas.

RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS LABORAL Y LA SEVERIDAD DE LA PSICOPATOLOGÍA EN PERSONAL DE LA SALUD MENTAL EN UN TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.

INDICE

Marco Teórico

Capítulo 1. Estrés ----- -4
1.1 Definición de Estrés ----- 4
1.2 Definición de Estrés laboral ----- 6
1.3 Epidemiología del estrés laboral ----- 7
1.4 Estrés laboral en profesionales de la salud ----- 8

Capítulo 2. Consecuencias del estrés laboral en la salud general ----- 9

2.1 Relación entre estrés laboral y psicopatología ----- 10
2.2 Relación entre estrés laboral y rendimiento laboral ----- 12

Planteamiento del problema ----- 13

Justificación ----- 13

Objetivos ----- 13

- Objetivos generales
- Objetivos específicos

Material y método ----- 14

1. Diseño del estudio ----- 14
2. Criterios de inclusión y exclusión. ----- 14
3. Variables y tipos de variables ----- 15
4. Instrumentos de medición ----- 16

Procedimiento ----- 18

Flujograma ----- 19

Consideraciones éticas ----- 19

Análisis estadístico ----- 19

Resultados ----- 20

Discusión ----- 21

Conclusión ----- 26

Bibliografía ----- 26

Anexos ----- 29

Capítulo 1. Estrés

I.I Definición de estrés

Clásicamente, el estrés se define como cualquier estímulo físico o psicológico que perturba la homeostasis del individuo. No obstante, el concepto de estrés presenta una mayor complejidad, por lo que su interpretación requiere de algunas consideraciones importantes. En primer lugar, para que una situación se considere estresante para un individuo, éste debe percibirla como una experiencia alarmante o fuera de lo común. Sin embargo, este primer requerimiento puede ser también un componente de experiencias placenteras. Por lo que la segunda condición refiere a que el individuo considere a la circunstancia de un modo hostil y, por ende, trate de modificar o evitar ese estado. El tercer componente a tener en cuenta es la capacidad del individuo para controlar la situación de estrés. De este modo, los sujetos capaces de mantener el control durante experiencias adversas, logran atenuar las consecuencias perjudiciales del estrés en mayor medida que los individuos que no logran reaccionar favorablemente ante el mismo estímulo. El estrés entonces, puede definirse como una condición en la que el individuo es alertado por una situación desfavorable, como por ejemplo experiencias de maltrato familiar o laboral en el caso del hombre o la amenaza de un predador para un animal. La magnitud de la respuesta al estrés, con sus consiguientes efectos fisiológicos, será afectada en gran medida por la percepción del individuo y su capacidad para controlar la situación conflictiva. ¹

La exposición a situaciones de estrés severas o por largos períodos de tiempo puede afectar negativamente al organismo comprometiendo la salud del individuo. En 1936, Hans Selye presenta en un trabajo pionero en este área, las primeras evidencias experimentales de las consecuencias fisiológicas del estrés, donde se refiere al mismo como “un síndrome producido por diversos agentes nocivos”.² Una gran cantidad de investigaciones le sucedieron a este trabajo, demostrando que la respuesta al estrés produce varios efectos perjudiciales en la fisiología de mamíferos incluyendo al hombre, como la hipertrofia adrenal, la atrofia del timo y nódulos linfáticos, supresión del sistema inmune y ulceraciones.³ Asimismo, investigaciones neurobiológicas han demostrado que el estrés crónico o severo es también capaz de producir un amplio rango de efectos adversos en el sistema nervioso central (SNC), incluyendo un deterioro en la capacidad de aprendizaje y memoria.⁴ De tal forma que estas alteraciones

posiblemente sean el resultado de una activación exacerbada de los sistemas neuronales y hormonales específicos de la respuesta al estrés.

En 1974, Hans Selye indicó que la respuesta al estrés está constituida por el Síndrome General de Adaptación que dividió en tres fases: reacción de alarma, estado de resistencia y estado de agotamiento. En la actualidad, el estudio del estrés abarca desde la redefinición de su concepto –dependiendo del área de estudio-, hasta la investigación especializada en el área científica y psicosocial que ha permitido entender al estrés no sólo como un inductor de procesos patológicos sino como inductor de los procesos de adaptación. De tal manera que estrés se refiere a cualquier condición que perturba seriamente la homeostasis o alostasis (equilibrio dinámico del organismo). El concepto de estrés presenta tres componentes principales: el estresor, la respuesta del organismo al estresor y los estados fisiológicos intermedios entre el estresor y la reacción corporal o los procesos de evaluación cognoscitiva y emocional.

Estrés: homeostasis y alostasis

El término de homeostasis (del griego *homoios*, similar y *status*, posición) es el conjunto de fenómenos de autorregulación que conducen al mantenimiento en la composición y propiedades del medio interno de un organismo. Los sistemas homeostáticos presentan mecanismos de retroalimentación (*feedback*) y puntos de estabilización (*set points*) que son críticos para la supervivencia.⁵ A la luz de los continuos cambios intrínsecos y extrínsecos de los sistemas biológicos con su medio ambiente interno y externo, se requiere de una variabilidad dinámica necesaria para la flexibilidad y adaptación a los ambientes con cambio. De esta manera se formuló el concepto de alostasis para referirse al nivel de actividad requerido por el organismo para mantener la estabilidad a través de situaciones de cambio, es decir, la alostasis sirve para mantener la homeostasis.⁶

En la respuesta al estrés se presentan periodos de actividad (producción de respuesta) y período de recuperación (cesación de actividad). Pero cuando los organismos son forzados a adaptarse a situaciones adversas entonces no se presenta el período de recuperación y los mediadores de la alostasis se desregulan y se establece la carga alostática. Esta carga también puede presentarse cuando varios sistemas generan una hiperactividad compensatoria de otros sistemas para responder a la situación crítica.

Se han propuesto cuatro situaciones en las que se podría generar la carga alostática: a) afrontamiento permanente de situaciones adversas, b) situación estresante con una respuesta de estrés no adaptada,

c) respuesta de estrés prolongada, hiperactiva, no frenada, en la cual no hay un periodo de recuperación y d) establecimiento de actividades compensatorias ante una respuesta de estrés inefectiva. Esta visión dinámica de los procesos de respuesta al estrés y la capacidad de adaptación de los individuos a las demandas intrínsecas y extrínsecas de su medio han permitido elaborar los conceptos de alostasis y carga alostática en la respuesta al estrés. De tal forma que se plantean dos tipos de estrés:

- Eustrés: es la respuesta positiva que el organismo tiene ante un estresor, como un indicador de un estado fisiológicamente positivo, es decir, la alostasis es moderada y permite la adaptación a las condiciones estresantes.
- Diestrés: es la respuesta negativa que el organismo tiene ante un estresor, como un indicador de la presencia de un estado fisiológicamente adverso.

Mientras que el eustrés y diestrés son respuestas verdaderas directamente ligadas a cualquier estresor, no todos los aspectos de la respuesta al estrés reflejan una respuesta actual ante el estresor. El diestrés no es una respuesta saludable establecida, ya que condiciona respuesta como un ataque al corazón, embolias, cáncer, asma, diabetes, hipertensión entre otras. Hay reportes donde se documenta que la presencia de tensión laboral está asociada a un incremento en los reportes por síntomas médicos y daños a la salud. Sin embargo también es de sorprenderse que el eustrés no sea sinónimo de salud; el eustrés puede ayudar a inducir de manera directa o indirecta cambios fisiológicos contrarrestando el efecto del diestrés.⁷

1.2 Estrés laboral

Actualmente podemos nombrar al estrés laboral como una problemática mundial que va en crecimiento, debido a la naturaleza cambiante del trabajo del mundo moderno, principalmente en los países en vías de desarrollo.⁸

Según Soltillo se conceptualiza como el conjunto de los agentes estresantes lesivos derivados directamente del trabajo que impactan en la salud del trabajador. Los principales agentes generadores de este estrés involucran aspectos de organización en el área de trabajo, los sistemas de administración, jerarquías de trabajo y calidad de las relaciones humanas que condicionan una gran demanda de atención y responsabilidad de los trabajadores. Asimismo, existen otras fuentes de estrés vinculadas al trabajo mismo, como son amenazas de demandas laborales, liderazgo inadecuado, rotación de turnos, jornadas de trabajos excesivos, actividades

físicas corporales excesivas que influyen negativamente en el rendimiento laboral y bienestar del individuo.

La exposición a situaciones de estrés no es en sí misma algo malo o que conlleve a efectos negativos; sólo cuando las respuestas al estrés son excesivamente intensas, frecuentes y duraderas pueden producir una variedad de trastornos fisiológicos en el organismo. Cuando la respuesta al estrés tiende a ser excesivamente frecuente, se agota la energía y el proceso de resistencia y los mecanismos adaptativos dejan al cuerpo más vulnerable. El estrés crónico significa estar continuamente bajo dichas circunstancias lo cual llega a ser emocional y físicamente extenuante propiciando un riesgo significativo de desarrollar enfermedades y manifestaciones relacionadas con el estrés.⁹ El estrés y las enfermedades psicosomáticas son hoy en día más frecuentes, y afectan la salud de los individuos produciendo una disminución en su rendimiento profesional.¹⁰

I.3 Epidemiología del Estrés Laboral

La Organización Internacional del Trabajo indica que en América Latina no se han dado suficientes investigaciones sobre estrés laboral, lo cual sería adecuado para analizar las diferencias culturales como conductuales que varían de un país a otro e identificar las causas, efectos y consecuencias del estrés laboral; lo anterior principalmente para poder identificar las oportunidades de mejorar la organización laboral.⁸

El estrés laboral según un estudio elaborado por la OIT podría suponer pérdidas entre el 0.5% y 3.5% del PIB de los países; aún no existen datos estadísticos duros de las pérdidas en México, pero se estima un aproximado entre 5000 y 40000 millones de dólares. Según un estudio elaborado por la compañía Regus; en México, el 75% de las personas que padecen estrés señalan el entorno laboral como origen, cifra que baja hasta el 73% en el caso de China, quien antes era el líder mundial y quien en los últimos años ha sido rebasado por México, seguido de Estados Unidos de América con un 59%.¹³

De 18.4 millones de empleados mexicanos, aproximadamente un 40% padece las consecuencias del estrés laboral y con ello la pérdida económica por ausentismo laboral o baja productividad

que surge y deben afrontar los empleadores. Las estadísticas señalan que los varones tiene mayor probabilidad de sufrir estrés laboral, comprendido el rango de edad entre 18 y 30 años, destacando como principales factores desencadenantes las presiones por parte de superiores y clientes, falta de estabilidad laboral o miedo a ser despedidos, excesiva carga de trabajo y presiones financieras.¹³

Los estudios de estrés laboral en trabajadores de la salud en México y Perú se observó una prevalencia entre el 30 al 45% con un rango de edad de 30 a 39 años y del género femenino; siendo los de estado civil casado los de mayor prevalencia.⁸

Entre los profesionales que tienen más propensión al estrés, se encuentra el personal sanitario, meseros, profesores, contadores, personal administrativo, vendedores o mineros, como tal no se descarta la ausencia del estrés laboral en alguna otra profesión.¹³

El diario *La Nación* informó el 30 de Abril de 2001 que de acuerdo a la OIT los problemas psicológicos causados por el trabajo se han incrementado, uno de cada diez trabajadores sufre depresión, ansiedad, estrés y cansancio.¹⁴

1.4 Estrés laboral en profesionales de la salud

El personal médico, paramédico y relacionado con la salud no es la excepción al estrés laboral, ya que están sometidos a un estrés continuo por la atención médica a pacientes en situaciones vulnerables, lo cual repercute en la calidad de los servicios que ofrecen.

El profesional de la salud no debe presentar insatisfacción profesional y familiar, ya que esto se puede ver reflejado en actitudes agresivas, relaciones interpersonales inadecuadas en el ámbito laboral y familiar, lo cual influirá en su rendimiento laboral.¹¹

El contacto estrecho con los pacientes y la sobrecarga de trabajo son los principales causantes de estrés. En México la sobrecarga de trabajo juega un papel sumamente importante, en conjunto con la ineficacia en los servicios de salud públicos. Los médicos residentes de diferentes especialidades tienen un papel aún más importante debido a que ellos están

sometidos no sólo a una excesiva carga de trabajo, sino a la presión académica, competencia entre compañeros, y en muchas ocasiones a discriminación por sexo, edad y rango.¹⁰

Los médicos residentes quienes están en formación, bajo un sistema educativo cuya condición académica y laboral son difíciles, pueden afectar su estado de ánimo y de salud mental. En estas instituciones la parte académica es generalmente relegada por exigencias y demandas del servicio a pacientes, produciendo falta de interés y apatía; este ambiente resulta desfavorable por lo que el médico tiene que buscar su identidad como profesional. Ante esta situación los residentes desarrollan procesos adaptativos, en ocasiones esta adaptación no se presenta de manera adecuada por lo que se hacen evidentes trastornos del estado del ánimo, y otros problemas psiquiátricos.¹²

El personal de enfermería, es otra ocupación en el área de la salud, que está sometido a niveles de estrés elevados, ya sea trabajando con enfermos terminales, con riesgo de contagio o en salas de urgencias, donde el tiempo es importante.¹¹

Capítulo 2. Consecuencias del estrés laboral en la salud general

El estrés es causa directa e indirecta en la producción de accidentes de trabajo, así como efectos negativos para la salud y en la organización laboral, contexto social y familiar del sujeto sometido a estrés.¹¹

Es uno de los diez problemas principales de salud relacionados con el trabajo, a menudo con repercusiones serias en la salud general y mental. Cualquier evento exige más demanda y aumenta las causas de estrés, pero sólo las personas que no pueden lidiar con dichos factores estresantes tienen consecuencias y potencian los efectos adversos del estrés en el organismo. Estas alteraciones fisiológicas son llamadas enfermedades de adaptación, siendo las más comunes en la población general: a) la úlcera péptica, b) la hipertensión arterial sistémica, c) las cardiopatías y d) los trastornos en el sistema nervioso.

El ser humano cuenta con herramientas o elementos protectores, que en ciertos momentos actúan minimizando o evitando la presencia del desgaste emocional, estos elementos o factores son la personalidad y la situación vital favorable; estos mismos factores protectores pueden

volverse factores condicionantes del desgaste emocional del individuo como experiencias negativas, tal es el caso de una pobre red familiar, sexo, edad, antigüedad en el puesto y presión social e interpersonal. Los síntomas de un desgaste emocional llevado por estrés laboral se pueden englobar en 4 grupos: psicósomáticos, de conducta, emocionales y laborales.¹⁵

2.1 Relación entre estrés laboral y psicopatología

Los trastornos mentales ocurren al existir problemas en el funcionamiento cognitivo, emocional o perceptual de una persona causando disfunción significativa en una o más áreas del desempeño social u ocupacional. Cuando los trastornos mentales no se tratan médicamente se conlleva un riesgo de discapacidad e incluso la muerte. La frecuencia de los trastornos mentales es alta y provoca más discapacidad que cualquier otra condición. Un padecimiento emocional, principalmente asociado al estrés laboral es la ansiedad, que puede ser cursada desde un proceso adaptativo hasta una enfermedad como los trastornos afectivos de tipo depresivo, trastornos del sueño, síntomas de malestar gastrointestinal, cefalalgias, entre otros.¹⁶

A nivel mundial los datos sobre las enfermedades mentales va en aumento y su relación con el estrés laboral es indiscutible. Por ejemplo datos obtenidos en Canadá reportan que un 8.4% de la población que labora experimentará un trastorno relacionado con depresión, ansiedad o abuso de sustancias en un periodo de 30 días.¹⁷ Por su parte en Estados Unidos de América el número de trabajadores que reporta ausentismo laboral por enfermedades mentales es mayor a los que se ausenta por enfermedades o lesiones físicas. La depresión está clasificada como tercer problema mundial relacionado con el trabajo, seguida de crisis familiares y estrés.¹⁷

Por otra parte hay estudios que establecen otro tipo de afectaciones por el estrés laboral como son los trastornos (sueño reparador, el insomnio, los despertares frecuentes, pesadillas, ronquidos y dificultad para despertar); ¹⁸fatiga mental, principalmente ocasionada por la disminución de la calidad de sueño por interrupciones (despertares continuos y ronquidos)¹⁹ e incluso se ha reportado una relación positiva entre neuroticismo y problemas relacionados con el sueño.²⁰

En cuanto a datos de abuso de sustancias en el personal de salud expuestos a estrés laboral, se reportó que entre los residentes de especialidades médicas, el índice de consumo de alcohol es del 65%, donde el 74.5% pertenece al sexo masculino. Una tercera parte de ellos presenta alteraciones del sueño, el 14% tienen elevados niveles de estrés, el 47.5% presenta síntomas depresivos y aproximadamente el 14% presenta depresión, recordando que supera la cifras en la población general. En un estudio realizado en el estado de Nayarit donde el objetivo era evaluar la salud mental de los residentes de distintas especialidades (ginecología, medicina interna, medicina integrada, anestesiología, cirugía general, ginecología y pediatría se determinó la prevalencia de 59.1% de ansiedad y de 32.3% de depresión, con el 29.6% en comorbilidad de ambos trastornos.¹²

Por último, en un estudio de corte transversal realizado por Virtanen y colaboradores en Finlandia basados en el modelo de Demanda-Control, como una teoría principal en los problemas de salud y psicosociales, plantea que la combinación de altas demandas de empleo y bajo control del mismo lleva a problemas de la salud ligando principalmente problemas cardiovasculares y problemas mentales. Se encontró una asociación curvilínea entre hombres y mujeres respecto a la asociación entre las demandas de trabajo y trastornos mentales con una $p=0.04$. En las mujeres sólo los trabajos con altas demandas fueron asociadas a un trastorno mental y en los hombres se encontró un efecto significativo entre el grado ocupacional y las demandas de trabajo con algún trastorno mental. Lo anterior concluyendo que la asociación entre elevados niveles de estrés que se indican en el modelo de tensión de trabajo están asociados con el diagnóstico de depresión o ansiedad. En los hombres las altas demandas de trabajo incrementaba el riesgo de la toma de antidepresivos. La tensión laboral sostenida durante 12 meses se asociaba a la incidencia de trastornos de ansiedad y depresión.²¹

2.2 Relación entre estrés laboral y rendimiento laboral

Las compañías reconocen que los trabajadores que son mentalmente saludables son trabajadores más productivos. Los problemas de salud en el trabajo, principalmente los mentales, se manifiestan como problemas de desempeño: mayor ausentismo, menor productividad, mayor renovación de empleados, aumento en el número de días de discapacidad

a corto y largo plazo y mayores demandas por discapacidad¹⁷. Respecto a factores ambientales a pesar de que haya adecuada adaptación como cambios climáticos, horarios nocturnos, etc. pueden causar trastornos en el ritmo cardiaco, cambios en el patrón de sueño, regulación de la temperatura corporal, en funciones intestinales causando efectos como trastornos en la actividad de vida social, mal humor, somnolencia , problemas familiares entre otros.³⁵ No se han realizado estudios determinando costos exactos pero en el año 2000 se tenía un estimado de que los enfermos mentales representaban el 3 y 4% del producto interno bruto en los 15 estados de la Unión Europea; una tercera parte relacionado directamente con la perdida de la productividad.

Existen múltiples factores que afectan el equilibrio de vida y el desempeño del profesional produciendo diversos síntomas físicos y psíquicos, siendo la depresión y la ansiedad dos trastornos mentales que pueden presentarse en el personal médico, enfermeras y residentes de especialidades, y con ello incidir en la calidad de los servicios prestados a los pacientes en su área de trabajo. ¹⁷

Planteamiento del problema

¿Cuál es la relación entre el estrés laboral y la severidad de la psicopatología en el personal de salud mental en un tercer nivel de atención?

Justificación

El estrés laboral es un factor de riesgo psicosocial para la salud de los individuos, donde se han observado importantes repercusiones en el ámbito económico y social. Los profesionales de salud son trabajadores que presentan una significativa probabilidad de desarrollar estrés laboral por diversos factores (sobrecarga de trabajo, ambiente físico inadecuado, exceso de responsabilidades, falta de incentivos, administración burocrática y rivalidad entre los mismos médicos) e incidir en la calidad del servicio que ofrecen en las instituciones de salud pública. El presente estudio tiene como finalidad evaluar la presencia de estrés laboral en el personal de salud de una institución de tercer nivel de atención psiquiátrica (Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente) y detectar la presencia de alguna psicopatología, lo anterior con el objetivo de mejorar la calidad de vida del trabajador así como la prestación de sus servicios en la atención psiquiátrica que ofrece en nuestra institución y con ello contribuir a los estudios sobre estrés laboral a nivel nacional que son necesarios para evaluar su impacto en la salud de la población mexicana y sus implicaciones socioeconómicas.

Objetivos

Objetivos generales

Determinar si existe una *RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS LABORAL Y LA SEVERIDAD DE LA PSICOPATOLOGÍA EN EL PERSONAL DE SALUD MENTAL EN UN TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.*

Objetivos específicos

- Determinar si el personal de salud mental de un tercer nivel de atención presenta estrés laboral.
- Determinar el grado de severidad del estrés laboral en el personal detectado.
- Evaluar el nivel de severidad de la psicopatología en el personal de salud mental de un tercer nivel de atención.

- Determinar si existen diferencias entre la severidad de la psicopatología entre el personal de salud mental de un tercer nivel de atención.
- Determinar si existen diferencias en el grado de estrés laboral entre médicos residentes, médicos adscritos y personal de enfermería.

Material y método

1. Diseño del estudio

Se trata de un estudio transversal, descriptivo y homodémico.²²

Población y Tamaño de la Muestra

En este estudio se incluyó personal de salud mental que labore en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”. La muestra incluyó 40 médicos especialistas en psiquiatría, 40 residentes de la especialidad en psiquiatría y 40 enfermeras.

2. Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Hombres o mujeres
- Mayores de 18 años
- Profesionales de la salud que laboren en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” (Residentes de la especialidad de psiquiatría. Médicos especialistas en psiquiatría y enfermería).
- Que acepten y firmen el consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Residentes de otras sedes que roten en el INPRF

Criterios de eliminación

- Que contesten de manera incompleta los instrumentos aplicados
- Que retiren su consentimiento informado

3. Variables y tipos de variables

Variables principales

Variable	Tipo de variable	Instrumento de medición
Presencia de estrés laboral	Ordinal / Cuasi dimensional	Inventario de estrés laboral para médicos mexicanos
Severidad de la Psicopatología	Cuasi dimensional	SCL-90
Severidad de la depresión	Cuasi dimensional	IDB
Severidad de la ansiedad	Cuasi dimensional	IAB

Variables descriptivas

Variable	Tipo de variable	Instrumentos de medición
Edad en años	Dimensional	Hoja de datos demográficos
Sexo	Categórica	Hoja de datos demográficos
Estado Civil	Categórica	Hoja de datos demográficos
Religión	Categórica	Hoja de datos demográficos
Escolaridad en años	Dimensional	Hoja de datos demográficos
Tipo de personal de INPRFM	Categórica -Residente -Médico especialista -Enfermera	Hoja de datos demográficos
Tipo nombramiento	Categórica	Hoja de datos demográficos

4. Instrumentos de medición

SCL-90

La lista de 90 síntomas (Symptom Check List) desarrollada por Derogatis es uno de los instrumentos más empleados para la evaluación multidimensional y se compone de 90 reactivos que se califican en una escala de 0 a 4. En el SCL 90R se sustituyeron dos reactivos y se modificaron ligeramente otros siete, sin embargo la estructura de las nueve subescalas ha permanecido sin cambios. Además de las 9 sub escalas hay 7 reactivos extra que contribuyen a la construcción de las puntuaciones globales y que evalúan las alteraciones del apetito y del sueño. Fue diseñada como una medida general de los síntomas psiquiátricos en pacientes externos, tanto para uso clínico como para investigación. En promedio tarda alrededor de 20 a 25 minutos en responderla y es autoaplicable.

En un estudio realizado en la población femenina mexicana en el año 2005 se observó una elevada consistencia interna de las nueve subescalas del instrumento. A excepción de la subescala de síntomas paranoides en las mujeres deprimidas y en las de comunidad, los coeficientes de alpha de cronbach de todas las subescalas fueron superiores a 0.8. En cuanto a la validez convergente la subescala de depresión fue mayor. En el análisis factorial, 87 reactivos tuvieron cargas factoriales superiores a 0.40 en un primer factor que explicó el 46.77% de la varianza total del cuestionario.²³

Inventario de Beck

El BDI-II es un auto informe que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. Con una validez de contenido de 4, validez de constructo de

tamaño de muestra 5, correlación del test con test similares 5, calidad de los test empleados como criterio o marcador 4, validez predictiva de 4. En un estudio se pudieron identificar unas cifras de fiabilidad altas en términos de consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.87, como de estabilidad temporal correlaciones test-retest entre 0.60 y 0.72, los índices de validez convergente con respecto a la escala de depresión de Zung fueron de 0.68 a 0.89 y la validez discriminante con correlaciones relativamente bajas entre 0.11 y 0.45. No se encontraron diferencias entre sexos ni entre grupos de edad.

Consta de 21 ítems para evaluar intensidad de depresión, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida, tarda en promedio 15 minutos en contestar.²⁴

Inventario de Ansiedad de Beck

Es un autoinforme elaborado por Aaron Beck y Robert Steer, con la adaptación española de Jesús Saz, Frédérique Vallar en el año 2011 con la finalidad de medir la ansiedad clínica. Aplicable a población mayor de 13 años de edad. Es uno de las escalas más aplicadas según Piotrowsky y Gallant. Los puntos de corte para clasificar el nivel de ansiedad como mínima, leve, moderada o grave son los mismos de la versión original. Es un formato tipo Likert de 21 ítems, la puntuación es la suma de las respuestas de la persona evaluada a cada uno de los ítems; cada uno se puntúa en una escala de 0 a 3, siendo 63 la máxima puntuación. Tiene un área bajo la curva de 0.80 que refleja un resultado bueno, un coeficiente alfa superior a 0.8 y validez entre 0.4 y 0.5.²⁵

Instrumento de estrés laboral para médicos

Se validó esta escala en enero de 2012 en la población mexicana, donde se tuvieron cuatro factores válidos: desgaste emocional, insatisfacción laboral, equidad entre esfuerzo y retribución y valoración sobre las exigencias del medio. Se construyó el instrumento a partir de información cualitativa de dos grupos focales de médicos. El instrumento consta de 40 reactivos con una escala tipo Likert en la que se indica la frecuencia en que la situación descrita en el reactivo provoca estrés. La escala de frecuencia tiene cuatro opciones que van de 0 (nunca) a 3 (frecuentemente) donde 0 indicia una situación inocua y 3 una situación altamente estresante. El cuestionario tarda aproximadamente 20 minutos en contestar.

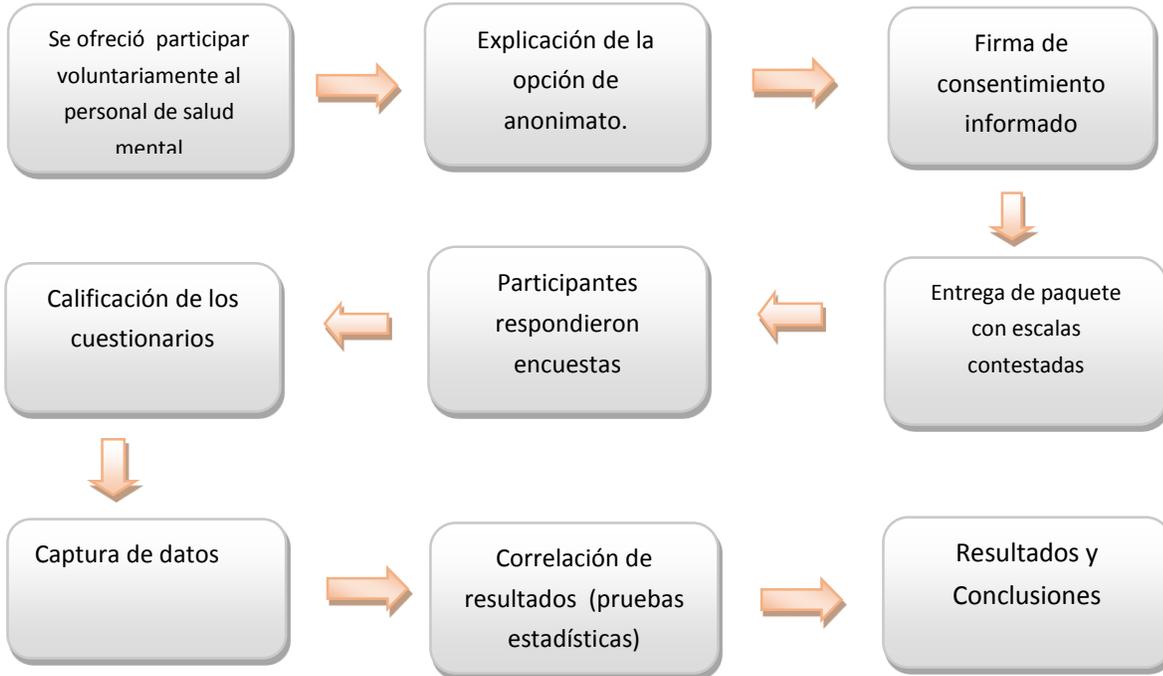
Se realizó el análisis factorial arrojando seis factores válidos que explican 55.6% de la varianza total con 38 reactivos válidos. La consistencia interna de la escala con un coeficiente de alfa de Cronbach fue de 0.937. Evalúa desde el modelo Desequilibrio esfuerzo-recompensa lo cual le da dos dimensiones: extrínseca (esfuerzo-recompensa) e intrínseca (sobre-implicación) develando tres factores: estima, estatus financiero y seguridad en el trabajo cuyos valores de confiabilidad de alfa de Cronbach son moderadamente altos 0.74 a 0.85.²⁶

Procedimiento

Se ofreció participar en este proyecto de manera individualizada y previamente aprobado por el Comité de Ética; al personal del Instituto Nacional Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, a médicos adscritos, residentes de la especialidad y personal de enfermería en salud mental. Se dio la opción de contestar el cuestionario de manera anónima, lo cual fue indicado desde el inicio de la invitación a los voluntarios. Se otorgó una carta de consentimiento informado la cual firmaron junto con un testigo de estar de acuerdo en la participación del proyecto.

Se otorgó un paquete de los cuestionarios, los cuatro cuestionarios (inventario de depresión Beck, inventario de ansiedad de Beck, instrumento de estrés laboral para médicos mexicanos y SCL-90), se dio la opción a los participantes de contestarlo tranquilamente si tenían actividades pendientes en ese día. Los cuestionarios fueron contestados en un tiempo promedio de 25 a 50 minutos. Se recuperó el paquete de los cuestionarios y fue calificado por el encuestador en una base de datos.

Flujograma de Procedimiento



Consideraciones éticas

Se elaboró una carta de consentimiento informado en el que se explicó las condiciones en las que se invitó a participar al personal de salud mental a contestar el paquete de encuestas, se indicó que la información que se obtendría sería de manera anónima, únicamente se clasificó desde un inicio los tres grandes tipos de trabajadores de la institución (residentes, médicos de base y enfermeras). La carta de consentimiento fue aprobada previamente por el Comité de Ética de la institución.

Análisis estadístico.

Los datos se capturaron en hoja de cálculo de Excel y el análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 15.

Para este estudio se utilizaron frecuencias y porcentajes para la descripción de las variables categóricas, así como el promedio y la desviación estándar para las variables dimensionales y cuasi dimensionales. Para el análisis de la relación entre el estrés laboral y la severidad de la psicopatología se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.

Para determinar las diferencias entre grupos para las variables dimensionales y cuasi dimensionales, la prueba t de student se aplicó para los factores del instrumento (SCL-90) y la prueba de ANOVA de una vía para los reactivos del instrumento de medición del estrés laboral, los cuales se agruparon en 6 factores: 1) desgaste emocional, 2) insatisfacción por retribución, 3) insatisfacción del ejercicio profesional, 4) falta de motivación, 5) exceso de demanda laboral y 6) demérito profesional; y el contraste de la media entre los grupos del personal de salud del tercer nivel de salud del estudio se realizó con la prueba Tukey.

Resultados.

Se ofreció participar a 100 voluntarios, de los cuales 91 en total aceptaron participar, un elemento fue excluido por no completar las escalas, dando un total de 90 voluntarios. De las cuales fueron 52 (57.7%) fueron mujeres con una edad promedio de 36 ± 9 años y un promedio de 20 ± 4 años de escolaridad en años. 38(42.2%) fueron hombres, con una edad promedio de 36 ± 8 años, y una escolaridad promedio de 22 ± 4 años. El 70% de los voluntarios reportaron tener religión, y 61.1% ser solteros. Lo anterior se puede observar en la Tabla 1.

La participación fue de un total de 33 médicos residentes, 28 médicos adscritos y 29 participantes del personal de enfermería, los datos de edad, distribución por género, religión, adscripción, escolaridad y estado civil se pueden observar en las Tablas 1 y 2.

Resultados de Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck

Los resultados de los inventarios de depresión y ansiedad de Beck mostraron un puntaje menor de 13 y 21, que son los puntos de corte respectivamente, lo que muestra que no hay depresión y ansiedad en ninguno de los participantes. Ver Tabla 3.

Resultados del Instrumento de Estrés Laboral para Médicos Mexicanos.

En la aplicación del instrumento de estrés laboral para médicos mexicanos se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de médicos residentes vs personal de enfermería, y el grupo de médicos adscritos vs personal de enfermería. No se encontró diferencia significativamente estadística entre los grupos de médicos residentes y médicos adscritos. Se realizó el desglose de cada uno de los 6 factores del instrumento de estrés laboral y su comparación entre los tres grupos. El instrumento consta de 6 factores: Desgaste emocional, insatisfacción por retribución, insatisfacción del ejercicio profesional, falta de motivación, exceso de demanda laboral y demérito profesional. Se encontró una mayor

diferencia en el puntaje del factor insatisfacción por retribución entre los médicos residentes y médicos adscritos vs personal de enfermería, siguiendo con menor diferencia entre ambos grupos de médicos vs el personal de enfermería en los factores demerito profesional y exceso de demanda laboral. La diferencia en el puntaje entre médicos residentes vs personal de enfermería se vio reflejada en los 6 factores. Lo anterior se puede observar en las Figuras 1 a 6 del anexo.

SCL-90

Los resultados del SCL-90 mostraron puntuación elevada en distintos síntomas, siendo el síntoma más elevado el obsesivo, seguido de síntomas depresivos y ansiosos en la población de médicos residentes y con menor severidad en médicos adscritos. En cuanto a los síntomas adicionales del SCL-90 se registró un puntaje elevado en trastornos del sueño pm, sueño no reparador con importantes síntomas positivos generales en el grupo de médicos residentes, seguido de puntajes menores, pero con la misma tendencia en el grupo de médicos adscritos. En cuanto al personal de enfermería resultaron solo los síntomas positivos generales y de trastorno de sueño pm elevados como se observa en las gráficas 1, 2 y 3.

Discusión

El estrés laboral no es necesariamente un fenómeno negativo, pero si se presenta de manera intensa, continua o repetida lo puede ser.²⁷ Se estima que los problemas asociados a este causan pérdidas estimadas en 200 billones de dólares por año en relación a baja productividad, ausentismo, conflictos laborales, elevación en costos del cuidado de salud y mayor tipo de compensaciones y exigencias de trabajadores; incluso en encuestas generales las personas manifiesta el trabajo como principal fuente de estrés⁷. Es importante considerar que para que una situación pueda ser estresante para un individuo debe ser percibida como una experiencia alarmante, perturbadora, fuera de lo común u hostil, y por ende el individuo trata de modificar el estado en el que se encuentra.¹ Lo anterior tiene relevancia en el área de salud debido que la salud general de los proveedores sanitarios puede afectar la calidad de la atención.

En este estudio hubo mayor aceptación y participación por parte de las mujeres, principalmente por parte del personal de enfermería, con mayor número de voluntarios médicos residentes y finalizando con médicos adscritos. Nuestros datos concuerdan con el estudio realizado por Virtanen y colaboradores en 2007²¹, donde la cifra de mujeres era mayor en un 10% en comparación de los hombres para la participación de un estudio con objetivos similares a este, el cual solo incluía población médica. En contraste con otros estudios^{26, 28, 29,30}, que hay mayor

participación de médicos hombres. En cuanto al estado civil más de la mitad en nuestro estudio reportaron ser solteros o sin pareja. De acuerdo a Mingote y colaboradores los años laborados y estado civil pueden ser factores de estrés o resiliencia para psicopatología y estrés laboral poniendo a las mujeres como más afectadas en síntomas provenientes del estrés en un 70% relacionado con los niveles de apoyo percibido de los compañeros, mientras que en los hombres el 42% de varianza se explica por el estilo de vida, la salud mental, el apoyo en momentos de estrés y al carga de trabajo.²⁸ En el estudio realizado por Esteva en 2006 se encontró una correlación directa respecto al aumento en la puntuación de factores de estrés laboral como cansancio emocional, despersonalización alta y baja realización personal con el estar casado o con pareja en el momento del estudio así como la relación de mayor estrés laboral en personal de base más que los interinos o de refuerzo.²⁹

En nuestro estudio, la edad promedio de los participantes fue de 36 años, solo cambió cifra casi 10 años menos con los médicos residentes; la mayor parte de los estudios que se enfocan a estrés laboral o incluso a síndrome de burnout son dirigidos a médicos de base, por lo tanto las cifras y datos antes reportados tienen un promedio de edad alrededor de 40 años, concordando de manera global con la población de nuestro estudio.^{26, 28, 29}

La religión fue reportada en más de un 70% de los participantes, predominando la religión católica; no hay estudios que reporten o relacionen de alguna manera la religión de los participantes con estrés laboral o psicopatología.³¹

Los tres grupos (médicos residentes, médicos adscritos y personal de enfermería) presentaron un promedio total en los puntajes de los inventarios de ansiedad y depresión de Beck que no demuestran patología. En contraste con otros estudios donde reportan la principal patología mental como depresión seguida de trastornos de ansiedad.^{26, 28}

Respecto al instrumento de estrés laboral en médicos mexicanos se observó una diferencia significativa en la puntuación global y por factores entre médicos residentes vs personal de enfermería y médicos adscritos vs personal de enfermería. El instrumento consta de 6 factores: Desgaste emocional, insatisfacción por retribución, insatisfacción del ejercicio profesional, falta de motivación, exceso de demanda laboral y demérito profesional.

Al desglosar el factor desgaste emocional en nuestro estudio existe una diferencia de casi un punto en el total de la subescala entre médicos residentes y personal de enfermería, con menor diferencia en puntaje con médicos adscritos; este factor fue evaluado en el estudio de Mingote al evaluar a médicos respecto al estrés laboral y psicopatología con SCL-90 donde se encontró mayor asociación de la dimensión de agotamiento emocional con problemas de salud mental como depresión, seguido de obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, ansiedad,

hostilidad e ideación paranoide; factores y síntomas que se relacionan con conductas de frialdad y distanciamiento. Está descrito que a mayor nivel de satisfacción por la carrera de medicina, menor neuroticismo habrá en los médicos.³¹

En el factor de insatisfacción por retribución hubo una diferencia significativa entre médicos residentes y adscritos en comparación con el personal de enfermería, rubro que como tal no había sido tocado en otros estudios, por lo que solo se había reportado en cuanto al tipo de puesto asignado y tiempo en el mismo, lo cual muestra un hallazgo en cuanto a la retribución económica que ambos grupos perciben. En el factor de insatisfacción profesional de nuestro estudio, los médicos residentes son quienes puntúan de manera alta, y continúan siendo quienes tiene una mayor diferencia en comparación con el grupo del personal de enfermería de la institución, no se obtuvo diferencia significativa en este factor para los médicos residentes vs médicos adscritos, pero si del personal de enfermería vs médicos adscritos. Lo anterior se traduce en una menor satisfacción ejercida o esperada de los médicos residentes en este tercer nivel, resultado que se repite como una constante en diferentes estudios.^{26, 28,29 y 32}

Incluso en estudios con enfoque a síndrome de burnout en Bosnia y Herzegovina realizado por Selmanovic y colaboradores encuentran que parte de los principales factores para estrés laboral en médicos es el poco tiempo que tienen para examinar adecuadamente a un paciente, lo cual lleva a una percepción de mal cumplimiento del deber. La presencia de expectativas inadecuadas de los pacientes y familiares, sobrecarga de trabajo, pobre comunicación con superiores, poca educación continua causan continua exposición a estrés en médicos.²⁷ En otro estudio realizado por Ortega Herrera y colaboradores encuentran predominantemente nivel medio de realización personal, siendo el rubro con mayor peso en la población de médicos y enfermeros clínicamente estresada, seguido de despersonalización y agotamiento emocional.⁹ En contraste Mingote y colaboradores mencionan que el rubro de realización personal presenta ausencia de relación significativa con psicopatología.²⁸

El factor de falta de motivación puede estar vinculado con los dos factores previos, resultado que en nuestro estudio continuó con diferencia significativa del personal de enfermería con respecto a médicos residentes y médicos adscritos. El factor de exceso de demanda laboral nos traduce una importante carga en médicos residentes y de manera similar con médicos adscritos pese a que no era lo esperado. Este dato que se reproduce de igual manera la mayor parte de los estudios donde a pesar de ser realizado en otro país con mejor infraestructura es algo que continua con un peso importante e incluso precipitante en el desarrollo del estrés laboral.^{29,30}

En demérito profesional tanto médicos residentes como médicos adscritos tuvieron el mismo puntaje traduciendo una importante falta de retroalimentación y retribución respecto al desempeño que estos dos grupos realizan en el tercer nivel.

Tanto en los inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck, y SCL-90 se reportan niveles bajos de depresión, ansiedad, y síntomas más notorios como trastorno de sueño pm, no reparador y síntomas obsesivos. De acuerdo a la revisión bibliográfica que realizó Buttelfield³² señala que en los médicos residentes la depresión y el incremento de la irritabilidad son frecuentes e incluso pueden aparecer signos de conductas obsesivo-compulsivas, problemas de aprendizaje, problemas emocionales y en los casos especiales el debut de un trastorno bipolar.

Particularmente en el caso de los psiquiatras aparece el “síndrome del psiquiatra principiante” lo que hace referencia al conjunto de síntomas neuróticos transitorios y psicósomáticos relacionados con una sobre implicación con los pacientes²⁸ datos esperados en el grupo de médicos residentes particularmente del primer y segundo año, los cuales puntuaron ligeramente más elevados en comparación el resto de su grupo. La ansiedad parece estar relacionada principalmente con el cansancio emocional y la despersonalización, mientras que la afabilidad, estabilidad y atrevimiento correlación con realización personal.³³

En cuanto a los trastornos del sueño encontrados en este estudio y síntomas positivos que incluyen la fatiga es importante describirlos como parte fundamental del inicio o continuación de una psicopatología; la fatiga ha sido un síntoma psicológico que se asocia como un componente central de una entidad llamada Síndrome de Fatiga Crónica y posteriormente al Síndrome de Burnout. Con una alta prevalencia en la población general, principalmente en edad laboral lo cual se ha encontrado relación en el aumento de enfermedades como cáncer, problemas vasculares y depresión; por lo que es uno de los principales motivos de búsqueda de atención médica. Hay estudios que establecen otro tipo de afectaciones por el estrés laboral como son los trastornos de sueño, principalmente relacionado con sueño no reparador, insomnio, los despertares frecuentes, pesadillas, ronquidos y dificultad para despertar¹⁸; vinculado con fatiga mental, principalmente ocasionada por la disminución de la calidad de sueño por interrupciones como despertares continuos y ronquidos.¹⁹ lo que coincide con la descripción en nuestro estudio principalmente en sueño no reparador.

Para integrar es necesario comentar que encontramos evidencia de niveles de estrés laboral mayores en médicos residentes con presencia de síntomas de psicopatología. En cuanto a las variables del instrumento de Estrés Laboral para Médicos Mexicanos fue interesante evidenciar cuales factores puntúan más que otros en médicos residentes y la comparación así como puntajes similares con los médicos adscritos. A pesar de ser niveles de estrés de bajos a medios

es importante recordar que la principal y menos deseable complicación es el Síndrome de Burnout; sin embargo existen diferentes estrategias que pueden llegar a disminuir los niveles de estrés laboral en médicos residentes y adscritos. Incluso autores describen que las características de personalidad narcisista de los médicos pueden llegar a naturalizar las situaciones percibidas de estrés laboral.³⁴

Una cierta cultura médica puede implicar pautas perfeccionistas y adicción al trabajo como normas rectoras de la rutina diaria e influir en los propios procesos de aprendizaje, de manera que se pueden desarrollar mecanismos de defensa que podrían normalizar o dificultar la petición de ayuda en los profesionales.

Es importante tomar en cuenta que este fue el primer ensayo de detección de estrés laboral y patología mental en esta población por lo que pueden haber más factores que podrían haber influido en los resultados como la presencia previa de patología psiquiátrica, consumo de sustancias no reportado, proceso de duelos o que ya se encuentren en tratamiento psiquiátrico. Así como puede influir principalmente para la población de médicos adscritos y personal de enfermería la cantidad de empleos que tengan. Otro riesgo es que la población a encuestar se encuentra familiarizada con instrumentos de medición clínica, lo cual puede llevar a un sesgo al contestar o no estar realmente interesados en contestar, o pensar en temor a ser juzgado.

Este estudio tiene las ventajas de ser el primero aplicado en el país en personal de salud mental y en tomar en cuenta más datos sociodemográficos como la religión y años de escolaridad, datos que relacionados y probablemente traspolados a mas poblaciones pueden llevar más hallazgos. Es necesario evaluar de manera integral al personal de salud mental para una atención de mejor calidad. Además se empleó Clinimetría validada para la población mexicana y los resultados coinciden con estudios de otros países lo cual brinda resultados altamente confiables.

Entre las debilidades del estudio podemos incluir el miedo a ser juzgado o reprimido laboralmente por participar en el estudio por parte del personal, no se evaluaron antecedentes médico-psiquiátricos y consumo de sustancias o síntomas que no fueron cubiertos con los instrumentos empleados. Los resultados obtenidos en este estudio no tienen por qué reflejar con exactitud lo que pudiera ocurrir en otros hospitales por lo tanto no puede ser generalizado.

Conclusiones

En este estudio se pudo determinar y comparar la presencia de estrés laboral en médicos residentes y médicos adscritos con una severidad de baja a media. No se detectó presencia de psicopatología o estrés laboral en el personal de enfermería, sin embargo se encontró una relación en el factor 6 del instrumento (demérito profesional) con puntuaciones del SCL-90 para los rubros de trastornos del sueño y el índice de síntomas generales en el personal de enfermería.

Los puntajes en las escalas de depresión y ansiedad de Beck no mostraron patología en ninguna de las tres poblaciones a diferencia de la puntuación de estas en SCL-90, lo que se puede explicar por un sesgo de información probablemente debido al conocimiento de las escalas por parte de los voluntarios, algunos externalizaron incertidumbre sobre el conocimiento de sus resultados a superiores, o temor a ser señalados, con la probabilidad de que la información vertida en las escalas de depresión y ansiedad de Beck haya sido poco verídica, principalmente por parte de médicos adscritos y médicos residentes. Sin embargo ambos rubros destacan en SCL-90 lo que coincide con los resultados de factores el instrumento de estrés laboral donde destacan desgaste emocional, insatisfacción por retribución y demérito profesional.

Se logró determinar las diferencias en la presencia y severidad de la psicopatología siendo más característica en médicos residentes en síntomas depresivos, obsesivos-compulsivos, ansiosos y de sueño. Existieron diferencias significativas en el grado de estrés laboral entre los tres grupos.

Si mantenemos al personal de salud bajo condiciones que deterioren su capacidad para brindar atención de calidad, se pierde eficiencia en la atención, y por ende, los recursos materiales y humanos empleados se gastan de manera inadecuada. Por lo anterior es importante evaluar la presencia de estrés laboral y de psicopatología y de esa manera evitar el síndrome de burnout. Si tenemos profesionales de salud mental en adecuadas condiciones las probabilidades de una atención mental con mayor calidad se incrementarán.

Bibliografía.

1. Kim JJ, Diamond DM (2002). The stressed hippocampus, synaptic plasticity and lost memories. *Nat Rev Neurosci* 3: 453-62.
2. Selye H. A síndrome produced by Diverse nocuous agentes. *Nature* Julio 1936: 32
3. Sapolsky RM Stress, the Aging Brain and the Mechanisms of Neuron Death. MIT Press: Cambridge. 1992.

4. Kim J, Yoon K. Stress: metaplastic effects in the hippocampus. *Trends in neurosciences* 1998; 21 (1): 505-509
5. McEwen B, Wingfield J. The concept of allostasis in biology and biomedicine. *Hormones and Behavior* 2003; 43(1): 2-15
6. McEwen B. The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance. *Brain Research* 2000; 886 (1-2): 172-189
7. Simmons B, Nelson D. Eustress at Work: The relationship between hope and health in Hospital Nurses . *Health Care Manage Rev*, 2001; 26(4): 7-18
8. Suárez A. Adaptación de la escala de estrés laboral de la OIT-OMS en trabajadores de 25 a 35 años de edad de un Contact Center de Lima. *PsiqueMag* 2013;2(1):33-50
9. Ortega M, Ortiz G, Coronel P. Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. *Psicología y Salud* 2007, 17(1): 5-16
10. Pereda-Torales L, Márquez G, Hoyos MT, Yáñez M. Síndrome de burnout en médicos y personal paramédicos. *Salud mental* 2009; 32: 399-404.
11. Mamani A, Obando R, Uribe AM, Vivanco M. Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencia. *Rev Per Obst Enf* 2007; 3 (1): 50-58.
12. Aguirre R, López J, Flores R. Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas. *Revista Fuente* 2011; 8 : 28-34.
13. Estrés laboral en México. [internet] disponible en: <http://www.estreslaboral.info/estres-laboral-en-mexico.html>
14. Aranda C, Pando M, Pérez MB. Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: una revisión. *Psicología y Salud*, enero-junio; 14(1):78-87.
15. Selye Hans. The best of basal facts: The nature of stress. [2CDROM]. 1985 7(1):3-11
16. Chanes H, Pérez MA, Castello L. Guía sobre el manejo y prevención del estrés laboral. Ciudad de México: Secretaría de Salud.; Primera edición, junio 2010. 22p
17. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Manejo de Trastornos Mentales y Cerebrales. Prevención del suicidio: un instrumento de trabajo. Ginebra 2006. 16p.
18. Akerstedt T, Knutsson A, Westerholm P, Theorell T, Alfredsson L, Kecklund G. Sleep disturbances, work stress and work hours. A cross sectional study. *Journal of Psychosomatic Research* 2002; 53: 741-748
19. Akersted T, Knutsson A, Westerholm P, Theorell T, Alfredsson L, Kecklund G. Mental fatigue, work and sleep. *Journal of Psychosomatic Research* 1004; 57: 427-433
20. Williams P, Moroz T. Personality vulnerability to stress-related sleep disruption: Pathways to adverse mental and physical health outcomes. *Personality and Individual Differences* 2009; 46: 598-603.
21. Virtanen M, Honkonen T, Kivimäki M, Ahola K, Vahtera J, Arpo A et al. Work stress, mental health and antidepressant medication findings from the Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders* 2007; 98: 189-197

22. Feinstein AR. Clinical epidemiology, the architecture of Clinical Research, W.B. Saunders Company. Library of Congress cataloging in publication data. 1985 :12-21.
23. Lara C, Espinosa de Santillana I, Cardenas M, Fócil M, Cavazos J. Confiabilidad y validez de la SCL-90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud Mental* 2005; 28 (3): 42-51
24. Jurado S, Villegas M, Méndez L, Rodríguez F, Loperena V, Varela R. La estandarización del inventario de Beck para los residentes del ciudad de México. *Salud mental* 1998; 21(3): 26-31
25. Consejo General de psicólogos. Evaluación del Inventario de Ansiedad de Beck. Madrid, España. 2009: 1-14.
26. Hernández A, Ortega R, Reidl L. Validación del instrumento de estrés laboral para médicos mexicanos. *En-claves del Pensamiento* 2012; 6(11); 113-129.
27. Senada S, Ramic E, Pranjic N, Brekalo-Lazarevic S, Pasic Z, Alic A. et al. Stress at work and burnout syndrome in hospital doctors. *Med Arh* 2011; 65(4): 221-224.
28. Mingote A, Moreno Jiménez B, Gálvez Herrera M. Desgaste profesional y la salud de los profesionales médicos, revisión y propuestas preventivas. *Medicina Clínica*, 123; 07:265-270.
29. Tenmat C. Work related stress and depressive disorders. *Journal of Psychosomatic Research*. 2001; 51:697-704.
30. Esteva M, Larraz C, Jiménez F. La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. *Rev Clin Esp*. 2006; 206 (2): 77-83.
31. McMannus IC, Keeling a, Paice E. Stress, burnout and doctor's attitudes to work are determined by personality and learning style: A twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Medicine*. 2004, 2:29.
32. Butterfield PS. The stress of residency: a review of the literature. *Arch Intern Med* 1988; 148:1428-1435.
33. Cebriá J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M y cols. Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Aten Primaria*. 2001; 27: 459-468.
34. Blandin J, Martínez D. Estrés laboral y mecanismos de afrontamiento: su relación con la aparición del síndrome de Burnout en médicos residentes del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo". *Archivos venezolanos de psiquiatría y neurología*. 2005. 51; 104:12-15
35. Holt, R., Goldenmbergg. Occupational Stress. En S. Breins & L. Hanbook of Stress. Nueva York: Price; 342-367.

Anexos

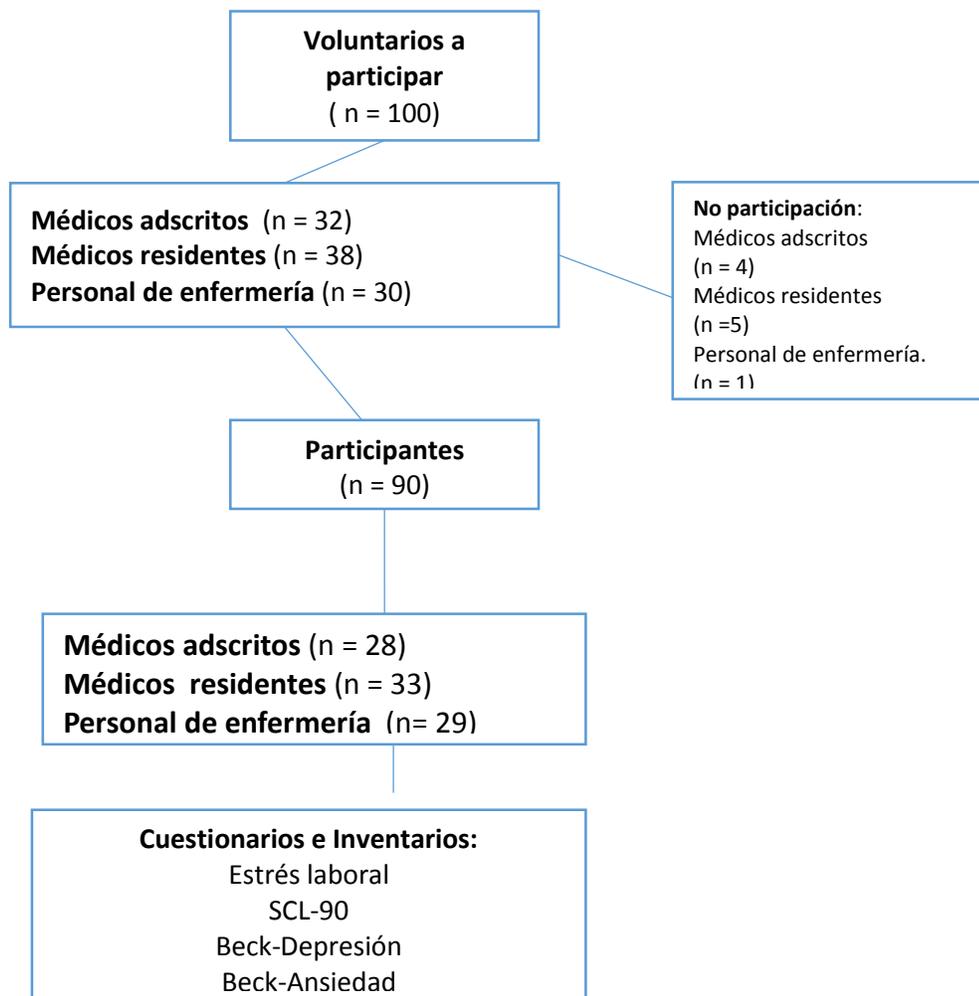


Figura 1 Diagrama de Flujo de la participación en el estudio de estrés laboral y severidad de la psicopatología del personal de salud mental de un tercer nivel de atención.

	EDAD (años)	EDUCACIÓN (años)	MÉDICO ADSCRITO	MÉDICO RESIDENTE	PERSONAL DE ENFERMERÍA
Mujer (n = 52)	36 ± 9	20 ± 4	11	18	23
Hombre (n= 38)	36 ± 8	22 ± 4	17	15	6

Tabla 1. Datos demográficos del personal de salud mental de un tercer nivel de atención. Educación se refiere a los años de escolaridad de los participantes.

	Edad (años)	Educación Promedio (años)	Soltero	Casado	Unión libre	Separado	Religión católica	Otra religión	Sin religión
Hombres (15) Médicos residentes	27.8±8.9	20.60±4.34	13 (39.39%)	1 (3.03%)	1 (3.03%)	0 (0%)	4 (12.12%)	3 (9.09%)	8 (24.24%)
Mujeres (18) Médicos residentes	27.61±7.9	22.05±4.2	15 (45.45%)	3 (9.09%)	0 (0%)	0 (0%)	15 (45.45%)	1 (3.03%)	2 (6.06%)
Hombres (17) Médicos adscritos	40.41±7.7	25.17±4.1	8 (28.57%)	7 (25.55%)	2 (7.14%)	0 (0%)	7 (25%)	2 (7.14%)	8 (28.57%)
Mujeres (11) Médicos adscritos	39.81±8.3	25.09±4.4	3 (10.71%)	6 (21.42%)	0 (0%)	2 (7.14%)	3 (10.71%)	2 (7.14%)	6 (21.42%)
Hombres (6) Personal enfermería	41.33±7.7	15.33±4.3	2 (6.89%)	4 (13.80)	0 0%	0 0%	5 (17.24%)	0 (0%)	1 (3.44%)
Mujeres (23) personal enfermería	41.21±8.8	17.34±4.34	10 (34.50%)	9 (31.00%)	3 (10.34%)	1 (3.44%)	19 (65.51%)	3 (10.34%)	1 (3.44%)

Tabla 2. Datos sociodemográficos del personal de salud mental de un tercer nivel de atención.

	Inventario IDB	Inventario IAB	Médico adscrito IDB	Médico adscrito IAB	Médico residente IDB	Médico residente IAB	Personal de enfermería IDB	Personal de enfermería IAB
<i>Mujeres (n = 52)</i>	4 ± 3	6 ± 5	3 ± 3	4±6	4±3	5±5	3± 5	5±6
<i>Hombres (n= 38)</i>	7 ± 6	7 ± 7	6 ±6	6 ±7	5 ±6	5±7	5 ±6	5 ±7

*IDB Inventario de Depresión de Beck, IAB Inventario de Ansiedad de Beck

Los datos son la media ± desviación estándar

Tabla 3. Promedios totales del inventario de Ansiedad y Depresión de Beck del personal de salud mental de un tercer nivel de atención.

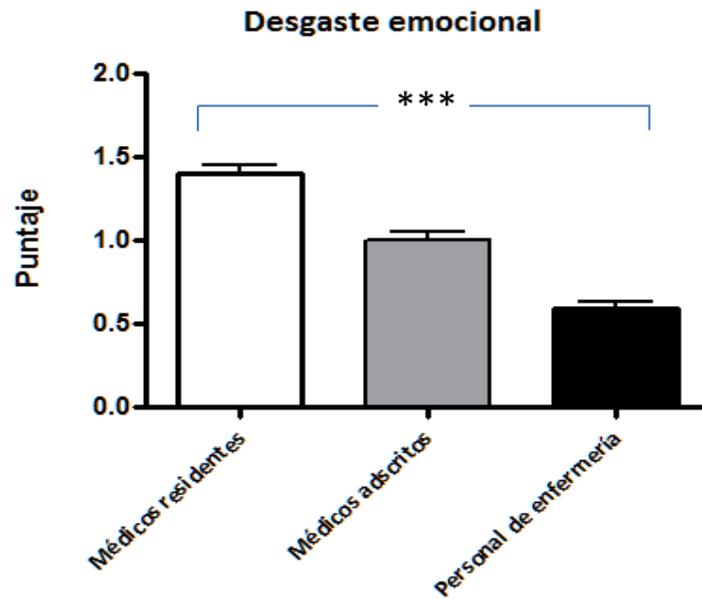


Figura 1. Desgaste emocional del personal de salud mental de un tercer nivel de atención.

Los datos son la media \pm error estándar y se agruparon en médicos residentes, médicos adscritos y personal de enfermería. El análisis estadístico de ANOVA de una vía mostró diferencias significativas entre los grupos ($F = 63$, $de = 2$, $p < 0.0001$). *** = $p < 0.001$ para Médicos residentes vs. Médicos adscritos, Médicos residentes vs. Personal de enfermería y Médicos adscritos vs. Personal de Enfermería.

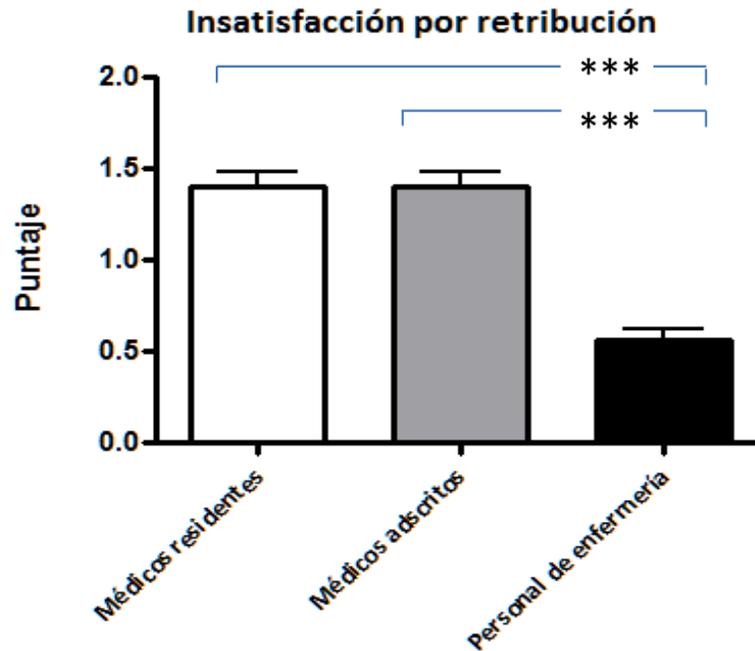


Figura 2. Insatisfacción por retribución del personal de salud mental de un tercer nivel de atención.

Los datos son la media \pm error estándar y se agruparon en médicos residentes, médicos adscritos y personal de enfermería. El análisis estadístico de ANOVA de una vía mostró diferencias significativas entre los grupos ($F = 41$, $de = 2$, $p < 0.0001$). *** = $p < 0.001$ para Médicos residentes vs. Personal de enfermería, Médicos adscritos vs. Personal de enfermería.

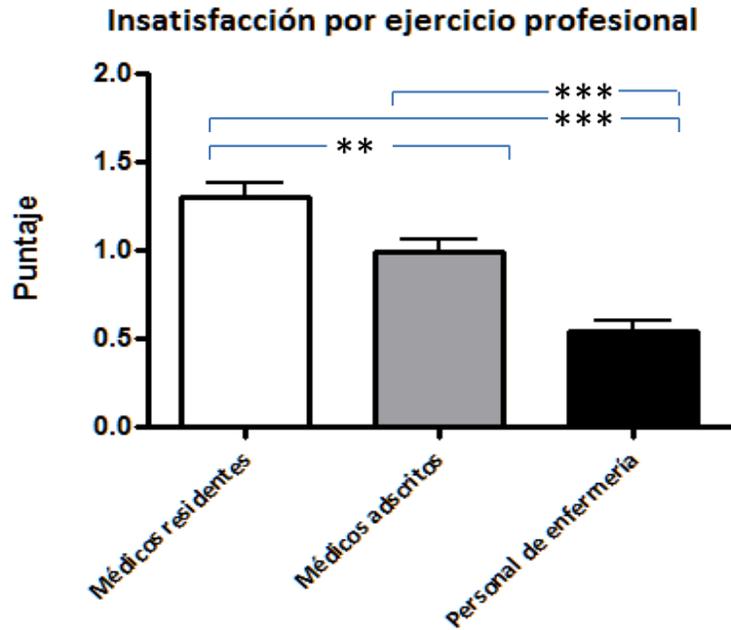


Figura 3. Insatisfacción por ejercicio profesional del personal de salud mental en un tercer nivel de atención.

Los datos son la media \pm error estándar y se agruparon en médicos residentes, médicos adscritos y personal de enfermería. El análisis estadístico de ANOVA de una vía mostró diferencias significativas entre los grupos ($F = 28$, $de = 2$, $p < 0.0001$). ** = $p < 0.01$ para Médicos residentes vs. Médicos adscritos; *** = $p < 0.001$ para Médicos residentes vs. Personal de enfermería y Médicos adscritos vs. Personal de enfermería.

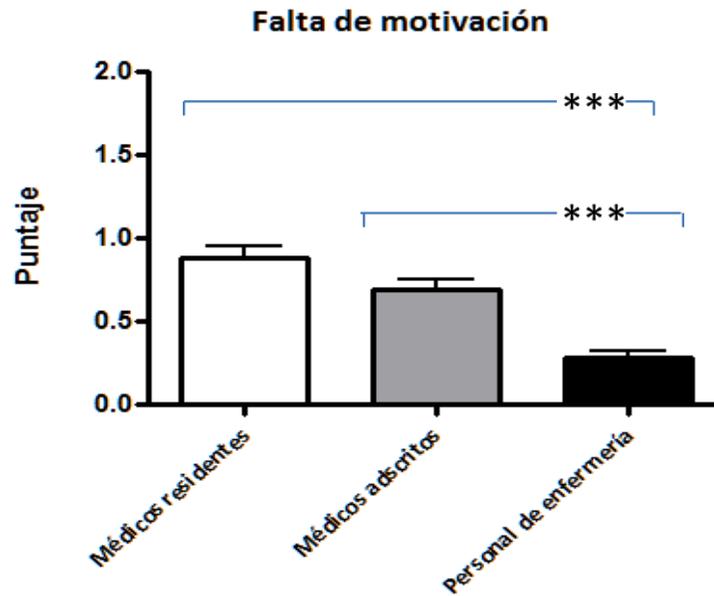


Figura 4. Falta de motivación del personal de salud mental de un tercer nivel de atención.

Los datos son la media \pm error estándar y se agruparon en médicos residentes, médicos adscritos y personal de enfermería. El análisis estadístico de ANOVA de una vía mostró diferencias significativas entre los grupos ($F = 27$, $de = 2$, $p < 0.0001$). *** = $p < 0.001$ para Médicos adscritos vs. Personal de enfermería y Médicos residentes vs. Personal de enfermería

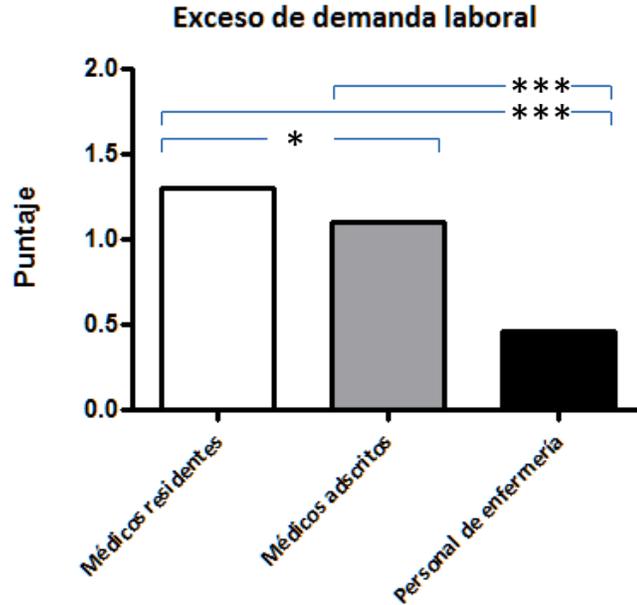


Figura 5. Exceso de demanda laboral del personal de salud mental de un tercer nivel de atención.

Los datos son la media \pm error estándar y se agruparon en médicos residentes, médicos adscritos y personal de enfermería. El análisis estadístico de ANOVA de una vía mostró diferencias significativas entre los grupos ($F = 45$, $de = 2$, $p < 0.0001$). $*$ = $p < 0.05$ para Médicos residentes vs. Médicos adscritos; $***$ = $p < 0.001$ para Médicos residentes vs. Personal de enfermería y Médicos adscritos vs. Personal de enfermería.

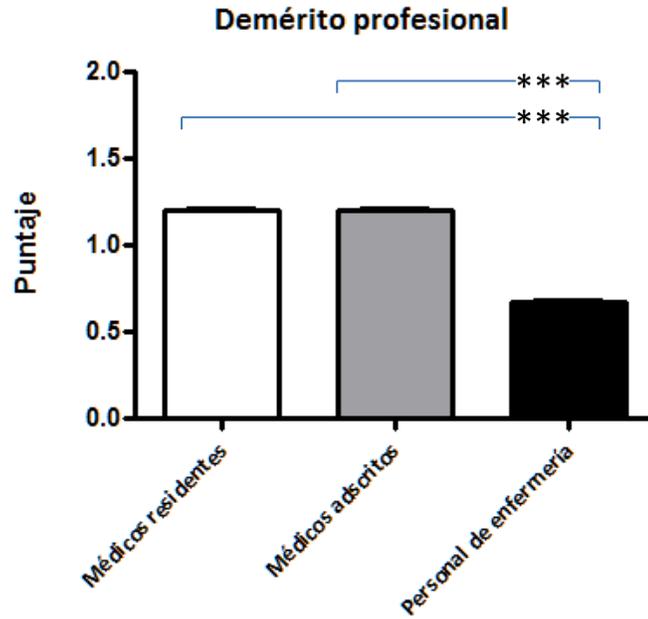
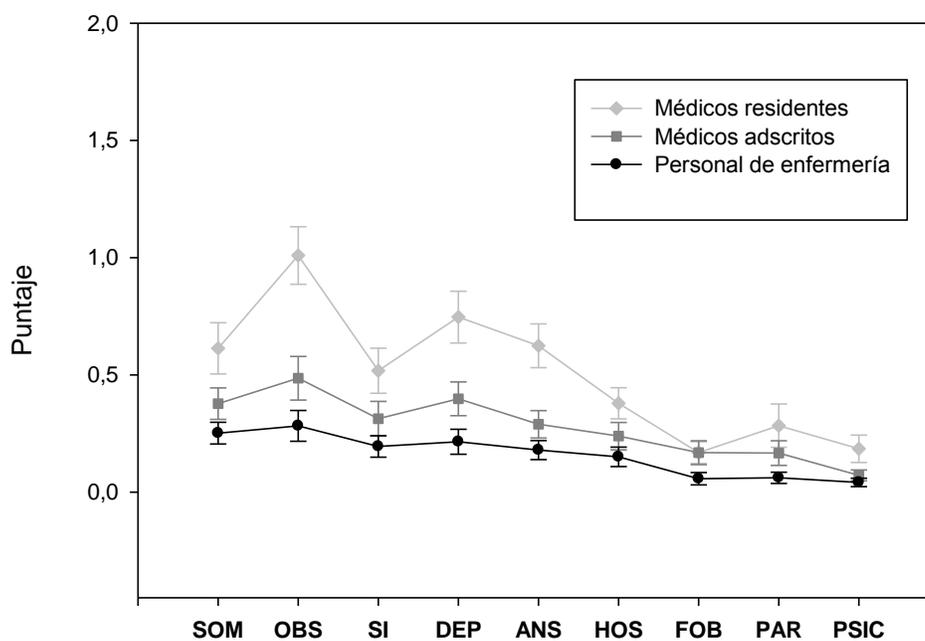


Figura 6. Demérito profesional del personal de salud mental de un tercer nivel de atención. Los datos son la media \pm error estándar y se agruparon en médicos residentes, médicos adscritos y personal de enfermería. El análisis estadístico de ANOVA de una vía mostró diferencias significativas entre los grupos ($F = 12,43$, $de = 2$, $p < 0.0001$). *** = $p < 0.001$ para Médicos residentes vs. Personal de enfermería y Médicos adscritos vs. Personal de enfermería.

Perfiles de los factores del instrumento SCL-90



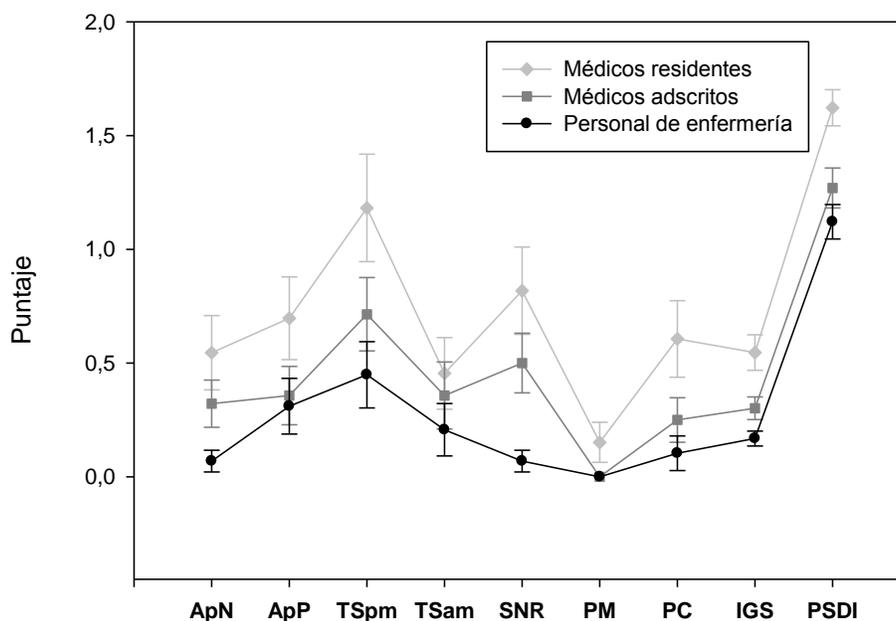
Gráfica 1. Perfil de factores de síntomas de SCL-90

Perfil de factores del instrumento SCL-90 para el personal de salud mental de un tercer nivel de atención. Los datos son la media \pm error estándar de los grupos de médicos residentes, médicos adscritos y personal de enfermería.

*SOM: somatizaciones, OBS: obsesiones y compulsiones, SI: Sensibilidad interpersonal, DEP: depresión, ANS: ansiedad, HOS: hostilidad, FOB: ansiedad fóbica, PAR: ideación paranoide, PSICO: psicoticismo.

Puntaje de 0= no distress; 0-1=bajo distress, poco frecuente y de baja intensidad. 1-2= distress regular de leve a moderado. 2-3= distress regular de moderado a intenso. 3-4= distress intenso con frecuencia e intensidad significativa.

Perfiles de los factores del instrumento SCL-90



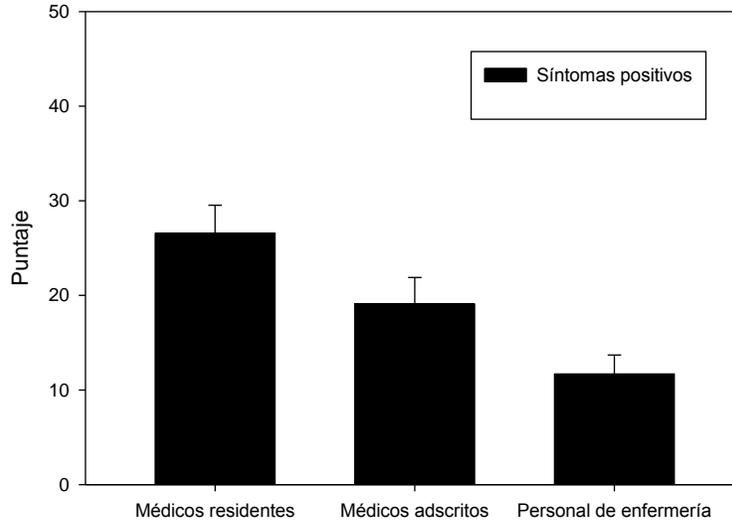
Gráfica 2. Perfiles de síntomas adicionales del instrumento SCL-90 del personal de la salud mental en un tercer nivel de atención.

Los datos son la media \pm error estándar de los grupos de médicos residentes, médicos adscritos y personal de enfermería.

*ApN: apetito negativo, ApP: apetito positivo, TSpm Trastorno de sueño pm, TSam: trastorno de sueño am, SNR: sueño no reparador, PM: pensamientos de muerte, PC: Pensamientos de culpa, IGS: índice global de severidad, PSDI: índice positivo de malestar.

Puntaje de 0= no distress; 0-1=bajo distress, poco frecuente y de baja intensidad. 1-2= distress regular de leve a moderado. 2-3= distress regular de moderado a intenso. 3-4= distress intenso con frecuencia e intensidad significativa.

Perfil del total de síntomas positivos del instrumento SCL-90



Gráfica 3. Gráfica de total de síntomas del SCL-90. Perfil de los factores del instrumento SCL-90 para el personal de salud mental de un tercer nivel de atención.

Los datos son la media \pm error estándar de los grupos de médicos residentes, médicos adscritos y personal de enfermería.

Puntaje de 0= no distress; 0-1=bajo distress, poco frecuente y de baja intensidad. 1-2= distress regular de leve a moderado. 2-3= distress regular de moderado a intenso. 3-4= distress intenso con frecuencia e intensidad significativa.

Factor de SCL-90	Médicos residentes vs. Médicos adscritos					Médicos residentes vs. Personal de enfermería					Médicos adscritos vs. Personal de enfermería				
	M	DS	T	g/l	P	M	DS	T	g/l	P	M	DS	T	g/l	P
Somatización	0.613/0.377	0.626/0.354	1.762	59	0.0832	0.613/0.251	0.626/0.249	2.906	60	0.005	0.377/0.251	0.354	1.554	55	0.125
Obsesivo-Compulsivo	1.009/0.485	0.704/0.491	4.302	59	0.00006	1.009/0.282	0.704/0.352	5.025	60	0.000	0.485/0.282	0.491	1.795	55	0.078
Interpersonal	0.517/0.313	0.552/0.491	0.236	59	0.814	0.517/0.194	0.552/0.244	2.905	60	0.005	0.313/0.194	0.491	1.373	55	0.175
Depresión	0.746/0.398	0.634/0.391	3.138	59	0.0026	0.746/0.214	0.634/0.287	0.285	60	0.776	0.398/0.214	0.391	2.055	55	0.044
Ansiedad	0.624/0.289	0.538/0.381	2.911	59	0.00506	0.624/0.179	0.538/0.219	4.157	60	0.000	0.289/0.179	0.381	1.555	55	0.125
Hostilidad	0.378/0.238	0.379/0.308	1.557	59	0.1246	0.378/0.150	0.379/0.224	2.826	60	0.006	0.238/0.150	0.308	1.235	55	0.221
Ansiedad fóbica	0.168/0.168	0.265/0.309	0.0039	59	0.996	0.168/0.057	0.265/0.142	2.013	60	0.048	0.168/0.057	0.309	1.954	55	0.055
Ideación paranoide	0.283/0.166	0.530/0.269	1.05	59	0.297	0.283/0.061	0.530/0.127	2.201	60	0.0315	0.166/0.061	0.269	1.843	55	0.070
Psicotismo	0.184/0.071	0.335/0.279	1.695	59	0.0952	0.184/0.041	0.335/0.098	2.218	60	0.030	0.071/0.041	0.279	1.029	55	0.307
Apetito negativo	0.545/0.321	0.938/0.548	1.111	59	0.270	0.545/0.00	0.938/0.00	2.645	60	0.010	0.321/0.00	0.548	2.238	55	0.029
Apetito positivo	0.697/0.357	1.045/0.678	1.475	59	0.145	0.697/0.00	1.045/0.00	1.713	60	0.091	0.357/0.00	0.678	0.263	55	0.792
Trastorno del Sueño pm	1.181/0.714	1.356/0.854	1.576	59	0.120	1.181/0.00	1.356/0.00	2.559	60	0.013	0.714/0.00	0.854	1.225	55	0.225
Trastorno del Sueño am	0.454/0.357	0.904/0.780	0.446	59	0.657	0.454/0.00	0.904/0.00	1.239	60	0.219	0.357/0.00	0.780	0.806	55	0.423
Sueño no reparador	0.818/0.500	1.102/0.693	1.320	59	0.191	0.818/0.00	1.102/0.00	3.570	60	0.0007	0.500/0.00	0.693	3.129	55	0.002
Pensamiento de muerte	0.151/0.000	0.507/0.000	1.577	59	0.119	0.151/0.00	0.507/0.00	1.606	60	0.113	0.000/0.00	0.000	N.D.	55	N.D.
Pensamiento de culpa	0.606/0.250	0.966/0.518	1.746	59	0.0858	0.606/0.00	0.966/0.00	2.601	60	0.011	0.250/0.00	0.518	1.187	55	0.240

Índice de síntomas generales	0.546/0.301	0.449/0.264	2.529	59	0.0141	0.546/0.020	0.449/0.220	4.237	60	0.000	0.301/0.020	0.264	2.241	55	0.029
Total de síntomas positivos	26.54/19.10	17.11/14.78	1.799	59	0.077	26.54/2.00	17.11/13.00	4.019	60	0.000	19.10/2.00	14.78	2.167	55	0.034
Nivel de malestar de síntomas positivos	1.622/1.269	0.458/0.464	2.98	59	0.00417	1.622/1.00	0.458/1.540	4.517	60	0.000	1.269/1.00	0.464	1.281	55	0.205

Tabla de T de student del instrumento SCL-90 de personal de salud mental en un tercer nivel de atención.

N.D.= no determinado porque la M=0.

	Media	Desviación típica	Correlación (r=)	Significancia (p=)
Factor 6	,6724	,82120		
TsPm	,4483	,78314	-0.41	0.026
IsG	,1683	,17756	-0.37	0.044
Tspositivos	11,6897	10,81039	-0.37	0.046

Tabla 4. Correlación de Factor 6 (demérito profesional) con síntomas de SCL-90 del personal de salud mental de un tercer nivel de atención.

TsPM= trastornos del sueño PM, IsG= índice de severidad global, Tspositivos= total de síntomas positivos.

Tabla de datos clínico-demográficos

No. Folio:				
Tipo de personal:				
Nombramiento:				
Edad:				
Sexo:	Mujer		Hombre	
Estado civil:	Soltero	Casado	Unión libre	Divorciado/Viudo
Religión:				
Escolaridad (años):				

Instrumento de estrés laboral para médicos mexicanos

Favor de leer cada oración y marcar la respuesta que mejor describa su situación.

1. Me siento rebasado por la dificultad de las tareas.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

2. Haga lo que haga, mi trabajo no es valorado.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

3. Siento impotencia ante la falta de resultados en ciertos casos.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

4. El reconocimiento que recibo me resulta insatisfactorio.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

5. Las tareas que realizo me implican demasiada responsabilidad.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

6. Hago el mínimo esfuerzo en lo que realizo.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

7. Las actividades que realizo me implican demasiado esfuerzo.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

8. Estoy insatisfecho con mi trabajo.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

9. Pienso que el esfuerzo que hago no mejora la retribución que obtengo.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

10. Tengo ganas de cambiar de trabajo.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

11. Me cuesta trabajo concentrarme en las exigencias de cada tarea.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

12. Siento que las demandas de mi trabajo exceden mi capacidad de respuesta.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

13. Me siento indiferente para hacer propuestas en mi trabajo.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

14. Pienso que es insuficiente la retribución que recibo por mi esfuerzo.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

15. Estoy anímicamente agotado de mi trabajo.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

16. Me enojo con facilidad en el trabajo.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

17. Mis jefes se muestran indiferentes ante lo que requiero para desempeñar mi trabajo.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

18. Considero inútil mi esfuerzo por proporcionar atención de calidad en esta institución.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

19. Pienso que son demasiadas actividades las que realizo.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

20. Pienso que de nada sirve lo que hago para mejorar mis condiciones laborales.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

21. Me siento sin ánimos de hacer mi trabajo.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

22. Por más que me esfuerzo no logro los resultados que espero.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

23. Estoy harto de mi trabajo.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

24. Son excesivas las tareas a realizar.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

25. Me siento indiferente por mejorar mi desempeño.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

26. Siento frustración respecto de mis expectativas de crecimiento laboral.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

27. Es insuficiente el pago que recibo.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

28. Pienso en el trabajo como un sacrificio necesario.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

29. Me siento sin ganas de ir a trabajar.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

30. Me siento tenso sólo de pensar en mi trabajo.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

31. Me agobia la idea de no cumplir con mi trabajo.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

32. Pienso que el tiempo en que debo dar respuesta a mis actividades es insuficiente.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

33. Me siento exhausto emocionalmente cuando llega mi día de descanso.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

34. Me siento desmotivado para realizar mi trabajo.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

35. Pienso que es imposible realizar la cantidad de actividades que se me solicitan.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

36. Prefiero ser indiferente ante lo que me desagrada de mi trabajo.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

37. Me es difícil dar resultado en las condiciones en que trabajo.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

38. Termino agotado emocionalmente al final de la jornada.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

39. Pienso que ascender en esta institución no depende de mi esfuerzo.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

40. Estoy fatigado emocionalmente debido a mi trabajo.

0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 Frecuentemente

5.3. Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo

- Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
- No me encuentro triste
- Me siento algo triste y deprimido
- Ya no puedo soportar esta pena
- Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar

2. Pesimismo

- Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
- Creo que nunca me recuperaré de mis penas
- No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
- No espero nada bueno de la vida
- No espero nada. Esto no tiene remedio

3. Sentimientos de fracaso

- He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
- He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
- Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
- No me considero fracasado
- Veo mi vida llena de fracasos

4. Insatisfacción

- Ya nada me llena
- Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
- Ya no me divierte lo que antes me divertía
- No estoy especialmente insatisfecho
- Estoy harto de todo

5. Sentimientos de culpa

- A veces me siento despreciable y mala persona
- Me siento bastante culpable
- Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
- Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
- No me siento culpable

6. Sentimientos de castigo

- Presiento que algo malo me puede suceder
- Siento que merezco ser castigado
- No pienso que esté siendo castigado
- Siento que me están castigando o me castigarán
- Quiero que me castiguen

7. Odio a sí mismo

- Estoy descontento conmigo mismo
- No me aprecio
- Me odio (me desprecio)
- Estoy asqueado de mí
- Estoy satisfecho de mí mismo

8. Autoacusación

- No creo ser peor que otros
- Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
- Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
- Siento que tengo muchos y muy graves defectos
- Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores

9. Impulsos suicidas

- Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
- Siento que estaría mejor muerto
- Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
- Tengo planes decididos de suicidarme
- Me mataría si pudiera
- No tengo pensamientos de hacerme daño

10. Períodos de llanto

- No lloro más de lo habitual
- Antes podía llorar; ahora no lloro ni aun queriéndolo
- Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
- Ahora lloro más de lo normal

11. Irritabilidad

- No estoy más irritable que normalmente
- Me irrito con más facilidad que antes
- Me siento irritado todo el tiempo
- Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba

12. Aislamiento social

- He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto
- Me intereso por la gente menos que antes
- No he perdido mi interés por los demás
- He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos

13. Indecisión

- Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
- Tomo mis decisiones como siempre
- Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
- Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda

14. Imagen corporal

- Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado
- Me siento feo y repulsivo
- No me siento con peor aspecto que antes
- Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)

15. Capacidad laboral

- Puedo trabajar tan bien como antes
- Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
- No puedo trabajar en nada
- Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
- No trabajo tan bien como lo hacía antes

16. Trastornos del sueño

- Duermo tan bien como antes
- Me despierto más cansado por la mañana
- Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir
- Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche
- Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme
- Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas
- Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas
- No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas

17. Cansancio

- Me canso más fácilmente que antes
- Cualquier cosa que hago me fatiga
- No me canso más de lo normal
- Me canso tanto que no puedo hacer nada

18. Pérdida de apetito

- He perdido totalmente el apetito
- Mi apetito no es tan bueno como antes
- Mi apetito es ahora mucho menor
- Tengo el mismo apetito de siempre

19. Pérdida de peso

- No he perdido peso últimamente
- He perdido más de 2,5 kg
- He perdido más de 5 kg
- He perdido más de 7,5 kg

20. Hipocondría

- Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas
- Estoy preocupado por dolores y trastornos
- No me preocupa mi salud más de lo normal

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1	Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11	Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21	Con sudores, frios o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EL INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90-R de L. Derogatis **María Martina Casullo. 1999/2004.**

Este inventario ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico.

Cada uno de los 90 ítemes que lo integran se responde sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico:

- 1) Somatizaciones (SOM)
- 2) Obsesiones y compulsiones (OBS)
- 3) Sensitividad interpersonal (SI)
- 4) Depresión (DEP)
- 5) Ansiedad (ANS)
- 6) Hostilidad (HOS)
- 7) Ansiedad fóbica (FOB)
- 8) Ideación paranoide (PAR)
- 9) Psicoticismo (PSIC).

- 1) Índice global de severidad (IGS)
- 2) Índice positivo de Malestar (PSDI)
- 3) Total de síntomas positivos (TP)

Estos tres indicadores reflejan aspectos diferenciales de los trastornos a ser evaluados.

En términos generales una persona que ha completado su escolaridad primaria lo puede responder sin mayores dificultades. En caso de que el sujeto evidencie dificultades lectoras es aconsejable que el examinador le lea cada uno de los ítemes en voz alta.

En circunstancias normales su administración no requiere más de quince minutos. Se le pide a la persona que está siendo evaluada que responda en función de cómo se ha sentido durante los últimos siete días, incluyendo el día de hoy (el de la administración del inventario). Los pacientes con retraso mental, ideas delirantes o trastorno psicótico son malos candidatos para responder el SCL-90. Es aplicable a personas entre 13 y 65 años de edad.

LAS NUEVE DIMENSIONES DE SÍNTOMAS.

Estas dimensiones se definieron sobre la base de criterios clínicos, racionales y empíricos.

SOMATIZACIONES

Evalúa la presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios).

OBSESIONES Y COMPULSIONES

Incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre:

Pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.

SENSITIVIDAD INTERPERSONAL

Se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes

DEPRESIÓN

Los ítemes que integran esta subescala representan una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.

ANSIEDAD

Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.

HOSTILIDAD

Esta dimensión hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo.

ANSIEDAD FÓBICA

Este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.

IDEACIÓN PARANOIDE

Evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.

PSICOTICISMO

Esta dimensión se ha construido con la intención que represente el constructo en tanto dimensión continua de la experiencia humana. Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

ITEMES ADICIONALES.

El SCL-90-R incluye siete ítems que no se incorporan a las nueve dimensiones ya mencionadas pero que tienen relevancia clínica:

- 19: Poco apetito
- 44: Problemas para dormir
- 59: Pensamientos acerca de la muerte o el morir
- 60: Comer en exceso
- 64: Despertarse muy temprano.
- 66: Sueño intranquilo.
- 89: Sentimientos de culpa.

INDICES GLOBALES.

1) Índice de Severidad Global: es un muy buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido. Se calcula sumando las puntuaciones obtenidas en las nueve dimensiones de síntomas y en los ítems adicionales, y dividiendo ese número por el total de respuestas dadas (90 si contestó a todas)

2) Total de síntomas positivos (STP): se estima contando el total de ítems que tienen una respuesta positiva (mayor que cero). En sujetos de población general, puntuaciones brutas iguales o inferiores a 3 en varones e iguales o inferiores a 4 en mujeres son consideradas como indicadoras de un intento consciente de mostrarse mejores de lo que realmente están. (imagen positiva).

Puntuaciones brutas superiores a 50 en varones y a 60 en mujeres indican lo contrario: tendencia a exagerar sus patologías.

3) Índice de Malestar Positivo (PSDI): pretende evaluar el estilo de respuesta indicando si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares que lo aquejan. Se calcula dividiendo la suma total de las respuestas dadas a los ítems por el valor obtenido en Síntomas Totales Positivos. (STP) Puntuaciones extremas en este índice también sugieren patrones de respuestas que deben analizarse en términos de actitudes de fingimiento.

En el Manual en el original inglés de la prueba se consignan estudios sobre su Validez Estructural y Convergente así como acerca de su consistencia interna y fiabilidad test-retest. (Derogatis, 1994. Minnesota. National Computer System).

Evaluación e interpretación del inventario.

- 1) Se calculan las puntuaciones directas o brutas para cada una de las nueve dimensiones y los tres índices.
- 2) Sumar los valores asignados a cada ítem y dividir ese total por el número de ítems respondidos.
- 3) Se convierten esas puntuaciones directas en puntuaciones T (Media = 50 y D.T. = 10).
- 4) Se considera indicativa de una persona EN RIESGO toda puntuación T igual o superior a 65.
- 5) Indica presencia de patología severa toda puntuación igual o superior a T 80.

1) SOMATIZACIONES:

1..... 4..... 12..... 27..... 40..... 42..... 48..... 49..... 52..... 53..... 56..... 58..... Total (dividir):.....

2) OBSESIONES Y COMPULSIONES:

3..... 9..... 10..... 28..... 38..... 45..... 46..... 51..... 55..... 65..... Total (dividir):.....

3) SENSITIVIDAD INTERPERSONAL:

6..... 21..... 34..... 36..... 37..... 41..... 61..... 69..... 73..... Total (dividir):.....

4) DEPRESIÓN:

5..... 14..... 15..... 20..... 22..... 26..... 29..... 30..... 31..... 32..... 54..... 71..... 79..... Total (dividir):.....

5) ANSIEDAD :

2..... 17..... 23..... 33..... 39..... 57..... 72..... 78..... 80..... 86..... Total (dividir):.....

6) HOSTILIDAD:

11..... 24..... 63..... 67..... 74..... 81..... Total (dividir):.....

7) ANSIEDAD FÓBICA:

13..... 25..... 47..... 50..... 75..... 82..... Total (dividir):.....

8) IDEACIÓN PARANOIDE:

8..... 18..... 43..... 68..... 76..... 83..... Total (dividir):.....

9) PSICOTICISMO:

7..... 16..... 35..... 62..... 77..... 84..... 85..... 87..... 88..... 90..... Total(dividir):.....

INDICE DE SEVERIDAD GLOBAL (IGS): Total:.....

TOTAL DE SINTOMAS POSITIVOS (SP) Total:.....

MALESTAR SINTOMATICO POSITIVO (PSDI) Total:.....

ITEMES ADICIONALES 19..... 44..... 59..... 60..... 64..... 66..... 89.....

PUNTAJES T SCL 90-R											
SOM	OBS	S.I.	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	PSDI	SP

SCL-90-R

L. R. Derogatis. Adaptación U.B.A. 1999.

Nombre..... **Edad**:..... **Fecha de hoy**:

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

Sexo:

Mujer Varón

Educación:

Primario incompleto Secundario incompleto Terciario incompleto
 Primario completo Secundario completo Terciario/universitario completo

Estado civil:

Soltero Divorciado Viudo/a
 Casado Separado En pareja

Ocupación:

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia actual:

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

1. Dolores de cabeza.
2. Nerviosismo.
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.
4. Sensación de mareo o desmayo.
5. Falta de interés en relaciones sexuales.
6. Criticar a los demás.

Nada	Muy POCO	POCO	Bastante	MUCHO

VALORES PROMEDIOS Y DE DISPERSIÓN OBTENIDOS EN EL ESTUDIO PILOTO

Buenos Aires. 1998. SCL-R- 90 Edad promedio: 15 años.

CATEGORIAS DE SINTOMAS	MUJERES (N:313)		VARONES (N:275)	
	M	d.t.	M	d.t.
Somatizaciones	0,92	0,69	0,47	0,47*
Obsesiones, compulsiones	1,28	0,78	0,98	0,70
Sens. Interpersonal	1,22	0,78	0,74	0,57*
Depresión	1,19	0,80	0,65	0,53*
Ansiedad	1,09	0,81	0,56	0,54*
Hostilidad	1,10	0,90	0,91	0,80
Ansiedad fóbica	0,52	0,60	0,27	0,44*
Ideaciones paranoides	1,07	0,89	0,75	0,71*
Psicoticismo	0,69	0,65	0,41	0,46*
I. Severidad Global	0,17	0,11	0,11	0,08*
Síntomas Positivos	43,23	18,8	30,53	16,6
P.S.T.	1,97	0,55	1,77	0,55

* Se han encontrado diferencias significativas según género $p < 0.01$

SCL-R- 90 Baremos Buenos Aires. 1998.

Adolescentes. N: 275. 13-17 años. VARONES.												
T	SOM	OBS	S.I.	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	PSDI	SP
35	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,94	5
50	0,47	0,98	0,75	0,65	0,55	0,90	0,27	0,75	0,40	0,10	1,77	30
65	1,15	2	1,60	1,40	1,35	2,10	0,95	1,85	1,10	0,23	2,60	55
80	1,83	3,02	2,45	2,15	2,15	3,30	1,63	2,95	2,80	0,36	3,43	80

Adolescentes N: 313 13-17 años MUJERES												
T	SOM	OBS	S.I.	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	PSDI	SP
35	0,40	0,16	0,10	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	1,14	23
50	0,90	1,28	1,22	1,20	1,10	1,10	0,50	1,07	0,70	0,17	1,97	43
65	1,60	2,50	2,40	2,40	2,20	2,40	1,40	2,40	1,70	0,33	2,80	63
80	2,30	3,72	3,60	3,60	3,40	3,70	2,30	3,70	2,70	0,49	3,60	83