



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACION DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

**PREVALENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT Y FACTORES ASOCIADOS
EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “DR. BERNARDO SEPÚLVEDA”
DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI DEL INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL.**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA**

PRESENTA:

CONTRERAS CASILLAS RAMON OCTAVIO FEDERICO

ASESORES:

DRA. ZACATE PALACIOS YAZMIN.

JEFA DE DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CMNSXXI

DRA. ELSA BERENICE OROZCO NÚÑEZ.

PSIQUIATRA HOSPITAL REGIONAL DE ZONA 1 DR. CARLOS MC GREGOR
SÁNCHEZ NAVARRO

CD. MX. FEBRERO 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Autorización de la Tesis

Vo. Bo.

Dr. Benjamín Acosta Cazares
Profesor Titular del Curso de Especialización en Epidemiología
Coordinación de Vigilancia Epidemiológica

Vo. Bo.

Dra. Yazmin Zacate Palacios
Asesor metodológico
Jefa de División de Epidemiología del Hospital de Especialidades
“Dr Bernardo Sepúlveda” CMNSXXI

Vo. Bo.

Dra. Elsa Berenice Orozco Nuñez
Asesor clínico
Médico Psiquiatra HGZ-1 Carlos McGregor Sanchez Navarro

Indice

Indice	3
Introducción:	4
Marco Teórico.	5
Justificación:	22
Planteamiento del problema:	23
Pregunta de Investigación:	24
Objetivo General :	25
Objetivos específicos:	25
Hipótesis:	26
Material y Métodos:	27
Criterios de Selección	28
Variables	29
Plan General:	38
Análisis Estadístico	39
Consideraciones Éticas:	40
Recursos para el estudio:	41
Resultados:	42
Discusión:	48
Conclusiones:	53
Bibliografía	55
Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación	58
Gráficos y Tablas:.....	60
Instrumento de Captura	76

Introducción:

El concepto de desgaste profesional proviene del anglicismo *Burnout*, surge en los Estados Unidos a mediados de los setenta, convirtiéndose actualmente en un problema de salud pública, debido a su repercusión en el absentismo laboral, generando más gasto económico a las empresas debido al movimiento y rotación de personal que se tiene que hacer para solucionar estas faltas. El estrés como factor de riesgo para desarrollar Síndrome de Burnout impacta en la unión europea generando alrededor del un 30% de sujetos estresados y en México con un 75%, así mismo los factores de riesgo relacionados con ellos, ya sean psicosociales, provenientes de otras patologías mentales que ya subyacen en el individuo, las condiciones de descanso o las situaciones biológicas e intrínsecas del sujeto como el sexo y percepción del estrés.

Aunque se puede desarrollar en todo tipo de profesionales el síndrome de Burnout es más frecuente en los profesionales de las organizaciones prestadoras de servicios, en aquellas que el servidor necesita interactuar con el usuario. El personal implicado con mayor frecuencia son aquellos que trabajan en la atención de la salud siendo los más afectados médicos, internos y residentes entre un 76- 85% severo en el 52%, médicos generales (48%), médicos familiares (59.7%), cirujanos generales (32%), anestesiólogos (44%) y enfermeras (30-39%).

Hoy en día los trabajadores tienen que hacer frente a numerosos cambios en la organización laboral, lo que los enfrenta a numerosas presiones internas y externas para satisfacer las exigencias laborales y la competitividad. A pesar de los esfuerzos de las instituciones de salud y los organismos reguladores laborales, estos pueden verse insuficientes debido a las condiciones de estrés laboral.

De esta manera las prevalencias reportadas pueden llegar a estar subestimadas y mal clasificadas, debido a las condiciones laborales, la interculturalidad y las percepciones del estrés de cada sujeto.

La violencia dentro del lugar de trabajo genera elevados niveles de estrés, este problema, además de generar inestabilidad personal y ambientes laborales no saludables genera pérdidas de 0.5 a 3.5% del PIB, derivadas de ausentismo laboral, incapacidades o baja productividad.

Marco Teórico.

Según los relatos de Víctor Frankl en su descripción de un campo de concentración”... ante una situación anormal, la reacción anormal constituye una conducta normal”(1). El concepto de normalidad, depende del contexto que se rodea y de la etapa cronológica donde se esté juzgando el hecho, generando percepciones de realidad diferentes para cada individuo y espacio.

El concepto de desgaste profesional proviene del anglicismo *Burnout* el cual ha tenido muchas traducciones como: apagarse, fundirse, agotarse, quedarse quemado, aparece como una analogía para describir una situación de agotamiento excesivo tras un periodo de esfuerzo, dedicación y altas demandas emocionales y utilizado en múltiples contextos desde el deportivo, laboral y asistencial. En su intento por una traducción adecuada se tienen alrededor de 19 diferentes denominaciones (2).

Inicialmente los trabajos sobre esta entidad fueron de carácter descriptivo casi intuitivo describiendo las características sintomáticas, incluso a la fecha mucha de la investigación realizada en nuestro país es escasa y continua siendo de carácter descriptivo, así mismo los datos de estas muestras son recolectadas bajo metodología cualitativa, en 1953 fue publicado en la revista *Psychiatry* el primer caso de un profesional asistencial afectado por esta entidad el cual fue una enfermera que estaba expuesta a la atención de enfermos crónicos y fue sometida a sesiones de asesoramiento para enfrentar dichas situaciones. Las características observadas de inicio en este sujeto eran: irritabilidad, indiferencia, insensibilidad principalmente con sus pacientes y agotamiento (Schwartz y Will, .1953).

El psiquiatra Herbert Freudenberger en 1974 define el síndrome de *Burnout* como...” estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo”. Señala la percepción de un fracaso en la búsqueda de un sentido existencial personal a través del trabajo, esto produce un desequilibrio prolongado entre una serie excesiva de exigencias laborales, aunada de una falta de refuerzos adecuados (3). Esto lo pudo observar en la mayoría de los voluntarios que trabajaban en una clínica de toxicómanos, estos sufrían una

pérdida progresiva de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, así como: desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes (4).

Un proceso explicativo plausible dentro de la literatura lo describe en 4 etapas:

- Etapa I: se percibe desequilibrio entre las demandas laborales, los recursos materiales y humanos; de forma que los primeros exceden a los segundos, lo que provoca una situación de estrés agudo.
- Etapa II: el individuo realiza un sobre-esfuerzo para adaptarse a las demandas. Pero esto solo funciona transitoriamente (hasta aquí el cuadro puede ser reversible).
- Etapa III: aparece el síndrome de *Burnout*.
- Etapa IV: el individuo deteriorado psicológica y físicamente se convierte en un peligro más que en una ayuda por los usuarios(3).

Desde los años ochenta un gran grupo de investigadores y clínicos han tratado de definir y explicar esta entidad, entre ellos Pines y colaboradores quienes lo definen como un síndrome conformado por: fatiga emocional física y mental, sentimiento de impotencia, desesperación y estar atrapado, pérdida del entusiasmo en el trabajo, la vida en general y baja autoestima (Pines y Aronson, 1988; Pines, Aronson y Kafry, 1981). Pero no es hasta 1982, la psicóloga Christina Maslach (1946) y su grupo de colaboradores, quienes lo consideran como un constructo, como una respuesta inadecuada al estrés laboral crónico, caracterizado por una sensación de agotamiento emocional, una actitud fría, cínica y desesperanzadora en la relación con los destinatarios de su trabajo y un sentimiento de inadecuación para las tareas que debe de realizar, con esto permite demostrar la asociación de este fenómeno con múltiples indicadores de calidad y funcionamiento laboral.

Para fines de investigación este síndrome es medido a partir del *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Maslach y Jackson, 1981 y 1986), propuesto por la misma Christina Maslach el cual se estratifica en tres conceptos básicos:

- Agotamiento o cansancio emocional
- Despersonalización
- Falta de realización personal.

Para Maslach y Jackson el síndrome de *Burnout* es una forma inadecuada de afrontar el estrés emocional crónico. Así pues el síndrome de *Burnout* puede definirse como el resultado del estrés crónico que es típico de la cotidianidad del trabajo, especialmente cuando en este se incrementan las presiones, conflictos, pocas recompensas emocionales y poco reconocimiento.

Schaufeli, Leiter y Maslach, en su última revisión a 35 años de investigación acerca del tema, concluyen que la definición de burnout varía en la literatura científica según el contexto, el alcance, la precisión, e incluso las intenciones de quien lo mida.(5)

Según Alvarez Gallego y Fernandez Rios (7) mencionan que los síntomas asociados al Burnout se pueden clasificar en 4 tipos:

Psicosomáticos: fatiga crónica, dolores de cabeza frecuentes, problemas de sueño, úlceras u otros desordenes gastrointestinales, pérdida de peso, hipertensión, asma, dolores musculares (espalda y cuello), en las mujeres pérdida de los ciclos menstruales o alteración de los mismos.

Conductuales: absentismo laboral, abuso de drogas, aumento de la conducta violenta, comportamiento de alto riesgo (conducta suicida, juegos de azar).

Emocionales: distanciamiento afectivo, irritabilidad, celos, incapacidad para concentrarse, baja autoestima y deseos de abandonar el trabajo, ideas suicidas.

Defensivos: negación de las emociones, atención selectiva, ironía, racionalización, desplazamiento de afectos.

Estos mismos autores resumen las tres teorías que explican esta entidad:

Teoría ecológica del desarrollo humano: se entiende como el desajuste ecológico de los distintos ambientes en los que de manera directa o indirecta, la persona participa (factores psicosociales).

Teoría cognitiva: el sujeto actúa como filtro de sus propias percepciones, porque los mismos hechos no son estresantes para todos los individuos y depende de la percepción de los mismos (estrés percibido).

Teoría social y las organizaciones: el *Burnout* es el resultado de una falta de acuerdo entre los intereses de la empresa y las necesidades de los (factores de riesgo psicosocial, *mobbing*).

A nivel mundial, según datos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), hay 71 millones de trabajadores en distintas ocupaciones del sector salud, el 82% de la fuerza laboral se encuentra insatisfecha con su trabajo, el 9% dice que continuará aún a pesar de que no le guste y se conformará con eso. Otros estudios señalan que el 30% de la población sufre de una forma grave y el 50% de una forma leve de *Burnout*. Por otro lado la frecuencia de este síndrome se ha incrementado en los últimos años, lo que ha incentivado a la OMS en el año 2000 a clasificar como un riesgo laboral (6). La prevalencia de síndrome de *Burnout* varía de un estudio otro obteniendo porcentajes de 30% y algunos otros más moderados de 11.4%, en Holanda utilizando criterios más conservadores se obtienen de 4 a 7%, otros países como Suecia pueden registrar hasta 7%, Finlandia estima prevalencias de 2%, España reporta prevalencias de 14.9%, Argentina 14.4%, Uruguay 7.9%. La encuesta anual laboral europea reporta para 2015 que alrededor de 40 millones de europeos que laboran tienen estrés representan el 30%, lo cual genera según esta misma encuesta su segundo problema de salud, originando el 25% de las bajas laborales, Alemania reporta una prevalencia de 7% encanto al síndrome de *Burnout* consecuente de este estrés laboral. El *Annals International Medicine* reporta que en Estados Unidos el 75% del personal médico tiene *Burnout*. La secretaria del trabajo y previsión social en México menciona que el 75% de los mexicanos viven con estrés colocándonos así como el país más estresado del mundo solo seguidos por China y Estados Unidos con un 73% y 59% respectivamente, la compañía Reus menciona que el 75% de las personas que padecen estrés en México mencionan al entorno laboral como origen del mismo. el estrés laboral como uno de los detonadores y consecuencias principales del síndrome de *Burnout* juega como un factor de riesgo para la explicación y génesis de la enfermedad.

A raíz de la descripción original de *Burnout* se han publicado un gran número de trabajos lo cuales intentan describir la frecuencia de la enfermedad, reportando que el personal implicado con mayor frecuencia son aquellos que trabajan en la atención de la salud siendo los más afectados médicos, de entre estos los internos y residentes con un 76-85%, siendo severo en el 52%, los médicos generales 48%, médicos familiares 59.7%, cirujanos generales 32% y anestesiólogos en un 44% enfermeras 30-39% donde el género más afectado es el masculino, odontólogos, aunque en ellos no se

cuenta con prevalencias reportadas, y psicólogos, sin embargo algunos autores mencionan que todos los médicos en algún momento de su vida presentan sintomatología de este síndrome (3).

Aunque este fenómeno puede desarrollarse en todo tipo de profesionales, es más probable en aquellos que en sus organizaciones, su trabajo es estar en contacto directo con los usuarios, por lo que desarrollan trabajos de tipo emocional, lo cual conlleva un constructo multidimensional con consecuencias para el prestador de servicios, debido a que este se ve en la necesidad de interactuar con el usuario cara-cara y mostrar las emociones del prestador de servicio, con la finalidad de ser impuesta y que fluyan a través de del usuario con la finalidad de que creen un impacto y generaren un cambio de conducta y mejorar las actitudes. Esto deja como personal susceptibles dentro de los prestadores de servicios de salud a los médicos, enfermeras, así mismo todas aquellas personas que en el sus roles como prestadores de servicios de salud están en contacto con los usuarios como son: asistentes médicas, trabajadoras sociales, personal de higiene y limpieza, los cuales tiene un contacto directo con los usuarios.

Dentro del abanico de posibilidades de presentación de la enfermedad podemos encontrar signos de alarma o en algunas ocasiones ya como parte del cuadro clínico: negación, aislamiento, ansiedad, miedo o temor, depresión, ira, fuga o anulación, adicciones, cambios de personalidad, culpabilidad y autoinmolación, cargas excesivas de trabajo.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) en su informe “Estrés del trabajo un reto colectivo”, en motivo del día internacional del trabajo emitido el 28 de Abril del 2017, refiere el estrés es utilizado en muchos sentidos desde un panorama negativo hasta un positivo, abordándose desde la perspectiva negativo esta seria uno de los posibles factores generadores de la enfermedad que tiene lugar en el ámbito laboral, así mismo no es un trastorno de salud sino un signo de respuesta a un daño físico y emocional. Hoy en día los trabajadores tienen que hacer frente a numerosos cambios en sus organizaciones laborales, lo que los enfrenta a numerosas presiones internas y externas para satisfacer las exigencias laborales y la competitividad. En las últimas décadas algunos estudios y revisiones en la línea de neurociencias han demostrado que las experiencias estresantes pueden repercutir de manera negativa en algunas

funciones cerebrales afectando el estado cognitivo del sujeto, mermando sus capacidades resolutorias y formando parte importante en la génesis del error humano.

El estrés relacionado con el trabajo está determinado por: la organización del trabajo, el diseño del trabajo y las relaciones laborales, y tienen lugar cuando las exigencias del trabajo no se corresponden o exceden de las capacidades, recursos o necesidades del trabajador, o cuando el conocimiento y las habilidades de un trabajador o de un grupo para enfrentar dichas exigencias no coinciden con las expectativas de la cultura organizativa de una empresa, dicho de otra manera no se empalman los intereses con las necesidades, las expectativas con remunerado y en el peor de los casos lo que se hace con que se estudió.

Así mismo, no todo el estrés negativo es secundario a las presiones sociales y laborales, y en cada individuo ejercerá un impacto diferente, así pues dependerá de cada sujeto como perciba o no y en que cantidad perciba a este estrés, dado que dependerá de la idiosincracia de cada sujeto, las percepciones que tenga del mismo, el entrenamiento escolar y las circunstancias laborales que se desenvuelva en ese momento, las circunstancias extra laborales y los roles que desempeñe en su hogar. De esta manera cambia el conocer como percibe el sujeto el estrés a su alrededor y generará la posibilidad de orientar lo adecuada y oportuna para el afrontamiento del mismo.

Con lo anterior mencionado tenemos que el estrés es un factor de riesgo para el síndrome de *Burnout* que se ve involucrado en los factores de génesis y pronóstico, así como las consecuencias derivadas de este, como el incremento en la posibilidad del error humano, el empeoramiento de las relaciones interpersonales y laborales de los sujetos, así mismo la creación de ambientes laborales no saludables. En México la CONAMED reporta que el desgaste profesional va del 25-60% y que sujetos que trabajan más de 24 horas incrementan 36% más la probabilidad de cometer errores graves, así mismo incrementa un 60% más la probabilidad de accidentes con material punzo cortante en aquellos que trabajan más de 16 horas continuas.

Un factor importante que se convierte de riesgo para los trabajadores son los aspectos psicosociales, dentro de las cuales incluimos la competencia, las altas expectativas de rendimiento y jornadas de trabajo más largas. La misma OIT define estos en 1984, en

términos de “las interacciones entre el medio ambiente de trabajo, el contenido del trabajo, las condiciones de organización y las capacidades, necesidades, cultura del trabajador y consideraciones personales externas al trabajo que pueden, en función de las percepciones y la experiencia, tener influencia en la salud, rendimiento del trabajo y satisfacción laboral”. Cox identifico 10 tipos de características estresantes del trabajo dividida en 2 grupos: (Cox et al, 2000)

- Contenido del trabajo
 - a) Medio ambiente de trabajo y equipo de trabajo
 - b) Diseño de las tareas
 - c) Carga de trabajo-ritmo de trabajo
 - d) Horario de trabajo
- Contexto de trabajo
 - a) Función y cultura organizativa
 - b) Función en la organización
 - c) Desarrollo profesional
 - d) Autonomía de toma de decisiones (latitud de decisión), control
 - e) Relaciones interpersonales en el trabajo
 - f) Interfaz casa-trabajo

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo en 1973 define los factores psicosociales como “aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del y la realización de la tarea, y tiene capacidad para afectar el bienestar y salud del trabajador, así como el desarrollo del trabajo”.

Por otro lado los factores psicosociales que son el resultado de la percepción cultural y condiciones de trabajo se adicionan a la génesis y repercusiones, por un lado para el desarrollo y presentación de *Burnout* y por otra la generación de ambientes hostiles, que pueden generar situaciones de violencia o *mobbing*.

La sexta encuesta de condiciones de trabajo en España elaborada por el Instituto Nacional de seguridad e higiene del trabajo refiere que los riesgos psicosociales en el trabajo son la principal causa de enfermedades y accidentes laborales el 79% señala que estado expuesto a riesgos de accidentes de trabajo, el 74.9% fue personal

sanitario prefiere las principales causas como falta de atención descuidos 45% trabajar muy rápido 19.4 % cansancio fatiga 17.8%. Esta misma encuesta refiere que el 8.7% tienen problemas de sueño el 7.8% problemas de asociados al trabajo. Entre las consecuencias de los riesgos psicosociales se encuentra el síndrome de *Burnout*, el cual ha incrementado su prevalencia en el sector salud y de sanidad

La violencia dentro del lugar de trabajo genera elevados niveles de estrés, el cual no solo es un riesgo, si no que se convierte en un generador de *Burnout*. La OIT ha hecho hincapié en la expresión de violencia en el trabajo referirse a ella en sus informes de 1998 y 2000 reportando que el 4 % de los trabajadores han sido objeto de violencia física, el 2 % de acoso sexual, y el 8 % de medidas de intimidación. En Francia en 2005, 8% de las mujeres y 7% de los hombres habían sufrido acoso moral, en Japón 2002 a marzo del 2003 se sometieron a los tribunales 625.572 casos de conflictos laborales de los cuales 32 000 casos estaban relacionados con acoso intimidación, en este mismo país en 2012 una encuesta representativa realizada a 4580 empresas obtuvo que el 42.2% de los trabajadores habían sido objeto de acoso jerárquico, en Chile la violencia psicológica ha aumentado del 3.5% durante la década de los 80's al 7% en la década del 90'. En Rwanda en 2007 a 2008 el abuso verbal fue la forma de violencia más citada 27% de todas las víctimas, intimidación 16%, acoso sexual 7% violencia física 4%. En Australia la prevalencia de mobbing en el 2012 fue de 33%. Las tecnologías han avanzado, si mismo las formas de acoso. En Reino Unido el ciber acoso por medio de correo electrónico mensajes de texto y contenido de web es tan común como el acoso ordinario 14% a 20% de las personas había sido objeto de intimidación al una vez por semana. De acuerdo con una encuesta de OCC Mundial realizada a más de 2,000 participantes 51% de los profesionistas mexicanos ha sufrido algún tipo de *bullying* laboral(8) .

La OIT reporta que el acoso de los trabajadores en las instituciones productoras de capital, generan pérdidas que van desde el 0.5% al 3.5% Producto Interno Bruto (PIB), causando 40 millones de víctimas que cuesta 20 millones de euros anualmente, y en América Latina se cree que este fenómeno afecta o ha afectado en algún momento hasta un 80% de las personas pertenecientes a la masa trabajadora (Delpino, 2006). En España donde el fenómeno es estudiado más ampliamente, se estima que

alrededor de 750 mil personas son víctimas del hostigamiento laboral, lo que se traduce en el 15% del total de los trabajadores en activo (González 2004) .

El *mobbing* se reconoce como una agresión sistemática y repetida por parte de una persona o grupo de personas hacia un compañero, subordinado o superior. En la mayoría de los estudios se recoge un fenómeno universal con tres huellas características:

- Repetición de actos negativos hacia una persona en su trabajo.
- Incapacidad de la víctima para defenderse
- Gravedad de las consecuencias indeseables sobre dicha víctima.

El *mobbing* asecha de forma agazapada y silenciosa, muchas veces confundida con otra clase de problemas, y diagnosticada erróneamente como estrés laboral, depresión, desajuste de personalidad, etc., o confundido con el *Burnout*, muchas características son comunes con las del síndrome de *Burnout*.

Se han identificado dos tipos de modelos causales, uno se enfoca en las características demográficas o de personalidad de las víctimas y otros ponen atención en las condiciones del ambiente de trabajo como predictores de esta entidad.

En las últimas décadas la globalización ha cambiado las organizaciones del trabajo, relaciones labores y modelos de empresas, sin embargo las presiones ejercidas de las nuevas cuestiones laborales pueden dar cabida a mayores exigencias laborales e inseguridad laboral, aumentando así potencialmente la probabilidad de desarrollar síndrome de *Burnout*. Los trabajadores pueden sentir que al estar conectados más tiempo al trabajo y responder rápidamente es un signo de buen rendimiento, continuando el trabajo en casa y fuera de los horarios de trabajo, esto hace complicado cumplir con las exigencias laborales y familiares, afectando de manera negativa, incrementando los factores de riesgo psicosocial, dado que comienza a menguar la tolerancia y los espacios recreativos que favorecen el desarrollo del sujeto. No obstante muchas empresas continúan considerando la salud laboral como un costo extra más que como una inversión. Con lo anterior queda implícito dos cuestiones, que el tener un trabajo no seguro, eventual, genera mas estrés en los sujetos, así mismo mas probabilidad para para desarrollar el *Burnout*, evaluando de esta manera el tipo de contratación como un factor de riesgo para la enfermedad. Por otro lado también el

mantenernos en contacto todo el tiempo o logrados al trabajo continua siendo un factor de riesgo para la enfermedad.

Vinculados al ámbito laboral sanitario y a los estresores laborales, se han señalado tres grupos principales de transformaciones socio-laborales como especialmente relevantes para la salud médica:

- a. Una mayor sobrecarga en la atención a pacientes, lo que ha derivado en el aumento de la carga emocional y mental.
- b. Mayores exigencias macroeconómicas, que han implicado un incremento de las exigencias de adaptación de los trabajadores sanitarios.
- c. Un empeoramiento de las condiciones laborales actuales, lo que ha supuesto incrementos en los turnos de trabajo, escasa promoción, movilidad descendente o forzosa, cambios de oficio o profesión, desempleo eventual y prejubilaciones sin causas relacionadas con la enfermedad.(9)

Los cambios mencionados anteriormente no hacen exentas a ninguna institución en nuestro país, dado que las demandas laborales incrementan, los presupuestos a instituciones públicas de salud se recortan, la exigencias de personal cada vez más capacitado aumentan y las posibilidades de empleo disminuyen, esto hace presa los trabajadores de luchas constantes por conservar y mejorar sus condiciones laborales y económicas. Por ende la especialización, entrenamiento y capacitación del personal, se vuelve un estresor más y un factor de riesgo mas para el desarrollo de *Burnout*.

Al investigar en la literatura nos encontramos con discrepancias al momento del reporte de la prevalencia de *Burnout* dado qué, dependiendo del método, la estratificación, el instrumento usado para medirlo y la población donde se mida, varia de una revisión a otra, de una profesión a otra, por lo cual existen necesidad cada vez mayor de información de calidad sobre los recursos humanos en los sistemas de salud para mejorar la toma de decisiones políticas a nivel nacional e internacional. Aunque en los países en desarrollo se han llevado a cabo investigaciones, particularmente en America latina, no existen suficientes estudios a profundidad que analicen por completo las diferencias culturales que varían entren país y otro, por lo que existen dificultades para controlar otros riegos laborales mejor conocidos y existe poca conciencia sobre el estrés laboral y los recursos para combatirlo.

Con respecto al personal de salud y las prevalencias en ellos encontradas, en los médicos puede ir de 30-50% y en las enfermeras del 17-39%. Otro dato a tomar en cuenta es que se ha observado un incremento paulatino en el reporte de los estudio desde 1981 en las diversas ramas de los profesionales de la salud, las cuales reportan prevalencias del 5% y las las discrepancias al momento del reporte que pueden ir hasta 50% (13).

Un estudio de revisión sistemática en México (13) mostró que las poblaciones estudiadas muestran equilibrio en cuanto al sexo con el 52% de mujeres, en cuanto a la edad se obtuvo una media de 36.87 años. De los 47 estudios 12 no especifican los criterios utilizados y los 35 en los que si se señala, se encuentran 10 distintos puntos de corte para ubicar el grado de afección en cada dimensión, en 46 de los estudios solo 33 reportan los criterios utilizados. Dentro de las variables asociadas más frecuentes se encuentran: La edad 20.31%, el sexo 20.31%, la antigüedad 17.18%, estado civil 14.06%, escolaridad 12.50%. Con respecto a las variables laborales, sobresale la especialidad médica 9.37%, jornada o número de horas de trabajo 7.8%, la sobre carga de trabajo 6.25%, las condiciones físicas con las que se realiza el trabajo 6.25%, la posibilidad de interacción social 6.25%, el contenido o naturaleza del trabajo 4.68%, el puesto 4.68%, los sistemas de trabajo 6.68%, el número de pacientes que se atiende 4.68%. Referente a otras variable el número de hijos 3.12%, relación con la pareja 3.12%, las exigencias del hogar 3.12%.

Este estudio reúne la evidencia de 64 artículos relacionados al Burnout, caracterizando los lugares, sectores, grupos estudiados, prevalencias y variables asociadas, así como el alcance de la metodología utilizada. Puede observarse que existe una creciente en las publicaciones no obstante lo que nos interesa es hacer hincapié es en el registro de la prevalencia de las mismas, así pues para el 2003 se reporta, en estudiantes de posgrado, una prevalencia de 56.79%, 2004 en médicos de primer nivel en Guadalajara 42%, 2005 médicos familiares 41.8%, 2005 Mexicali 44% en anesthesiólogos, 2005 personal de enfermería CDMX 46.6% 2007 19% médicos familiares 19%, 2007 CDMX médicos familiares 12%. Como podemos observar las prevalencias reportadas, aunque en algunos casos el grupo de estudio es muy parecido, puede cambiar considerablemente, esto se debe a fallas metodológicas al momento de medición,

selección y determinación del punto de corte que decidieron utilizar arbitrariamente. Por otro lado podemos ver un incremento y decrementos, variaciones considerables en la prevalencia de *Burnout*, esto aunado a los sesgos de clasificación y las variables confusoras, las cuales no son estratificadas de manera adecuada, por lo que no permiten la elaboración de modelos explicativos plausibles a las variables sugeridas como causales, otro de los puntos a tomar en cuenta es que selecciona solo a un grupo de participantes; solo enfermeras, solo médicos, y estos no son representativos de todos los trabajadores de la salud, dado que es diferente la exposición y los riesgos que puedan tener las asistentes medicas a las enfermeras y estos al resto de los prestadores de servicios del resto del unidad. Aún a pesar que en algunos las muestras son significativas, por otro lado muchos de ellos sólo son descriptivos, en algunas ocasiones pueden avanzar al análisis bivariado, lo que nos continua dejando inconclusos al momento de establecer un modelo matemático explicativo, ademas de no inmiscuir las variables como los factores de riesgo psicosocial.

El presente artículo logra poner al descubierto las inconsistencias y la heterogeneidad al momento de estudiar y clasificar el síndrome de *Burnout* por lo que se encuentran áreas de oportunidad para estos dentro de las que se destacan las siguientes:

- Caracterizar socio demográficamente la muestra en estudio.
- No alterar el MBI
- Al categorizar se sugiere una descripción adecuada de los sujetos
- Reportar y calcular la consistencia interna, fiabilidad de cada muestra, estimar el análisis factorial de la valides del constructo.
- Definir puntual y claramente que se ha realizado la recodificación de la escala de realización personal ya que esta es positiva, a menos realización implica mayor *Burnout*.(13)

La sobre carga laboral como fuente de estrés crónico en el personal asistencial, se ha intentado explicar mediante estudios empíricos cuantitativos donde han relacionado la sobrecarga de trabajo con el síndrome de *Burnout*, utilizando el MBI (1986). Bacharach y Conley, 1991; Jansse, Schaufeli, Houkes, 1999; Laiter,1991; Novack y Champpeil, 1996; Richardsen, Burker y Leiter,1992; Zellars, Perrewé y Hochwarter, 2000; Zohar,

199. Richardsen et al (1992) obteniendo que la carga de trabajo fue uno de los principales predictores de los sentimientos de agotamiento emocional.

Gil-Monte, Peiro y Valcárcel (1998) concluyeron que el estrés laboral crónico es un proceso que se inicia con el desarrollo de ideas de fallo profesional y con el desarrollo de las actitudes negativas hacia el rol profesional (14).

El ausentismo es un problema serio por la tasa relativamente alta que presenta colocándola así como una de las principales consecuencias del síndrome de *Burnout*. Iverson, Olekalns y Erwin (1998) obtuvieron mediante un modelo causal que la realización personal en el trabajo era un predictor significativo de la tasa de ausentismo evaluada 6 meses después ($\beta=-0.18$) (16). Lo cual no lleva a pensar en el ausentismo como uno de los resultados con repercusiones económicas para las empresas y el sujeto.

En un estudio meta-analítico Lee y Ashforth (1996) obtuvieron una correlaciones de 0.65 entre la sobrecarga laboral y agotamiento emocional, -0.09 entre el tipo de personal en el trabajo y el agotamiento emocional y 0.34 con despersonalización y sobrecarga laboral (15). Janssen et al. (2000) lograron obtener un modelo causal donde la sobrecarga es un predictor significativo de agotamiento emocional, pero no de realización personal en el trabajo y tampoco para despersonalización, este estudio fue solo realizado en personal de enfermería, con ello y dadas las características de la profesión y la feminización de la misma explican carece de los elementos para realizar inferencias a otros tipos de personal de salud o prestadores de servicios.

En los últimos años basando en las transiciones culturales, demográficas y económicas, el sexo femenino ha incursionado cada vez más en el ámbito laboral, así mismo desempeñan cargos cada vez más altos y complejos y el personal sanitario no es la excepción, dado lo anterior un estudio realizado en la ciudad de Santa Cruz de Tenerife España el cual, pretendía identificar que en función del sexo existe diferencia significativa en las dimensiones del MBI, como segundo objetivo fue explorar si con base en el género se establecen diferencias significativas en el patrón de desarrollo del proceso del síndrome de *Burnout*. La falta de reciprocidad percibida aparece como predictor de agotamiento emocional para ambos sexos, pero solo resultó predictor significativo de la realización personal en el trabajo para las mujeres, los resultados

pueden resultar no extrapolables a la población por: el tamaño de muestra pequeño el cual al momento de tratar de hacer la estratificación no pertinente el análisis adecuado ya que se pierden sujetos, por otro lado también al monto de la construcción de constructo de *Burnout* se clasifican erróneamente a los sujetos. (17)

Un estudio llevado a cabo en la zona metropolitana de Guadalajara (18) reportó una prevalencia de 41.8%, donde el agotamiento físico y mental es significativo para las mujeres, discrepando de otros estudios en los cuales las mujeres presenta un mayor puntaje para el “agotamiento emocional”.(19,20,21,22,23)

Hay estudios que muestran qué, cuando se exploran las diferencias entre géneros, parece que en el caso de las mujeres médicos, el mayor porcentaje de la sintomatología proveniente del estrés (70%) esto puede estar relacionado con los niveles de apoyo recibido de los compañeros, mientras que en hombres el 42% es explica por el estilo de vida, la salud mental, el apoyo en momentos de estrés y la carga de trabajo(24). La respuesta a esas situaciones crónicas de estrés puede llevar al desarrollo del desgaste profesional, esto alcanza una alta extensión en la profesión médica aunque existen diferencias en la bibliografía sobre los porcentajes de médicos afectados por el mismo. Algunas estimaciones oscilan entre el 30 a 40%(25), otras revisiones lo elevan al 50% de los médicos en algún momento de su carrera profesional (26). Estas circunstancias son el resultado de la clasificación y la selección inadecuada de la población de estudio, ya que como se comentaba anteriormente existen otros prestadores de servicio sanitario que están expuestos a factores de riesgo parecidos, por lo que la exclusión de estas poblaciones o grupos de riesgo para desarrollar el *Burnout* deja incompleto y un hueco para la generación de información y generar así un modelo que explique de mejor manera la enfermedad.

Con respecto a los factores psicosociales encontramos evidencia, este fue un estudio transversal realizado en la zona metropolitana de Guadalajara. La muestra fue de médicos de familia (n=197) que laboraban en dos instituciones de salud para población derechohabiente, refiere haber utilizado el MB-HSS para medir el *Burnout*. Reportan prevalencia de 41.8%. Dentro de las características de la población: el 62.9% hombres, casados 79.7%, el 54.8% laboran en el turno matutino, 54.6% refieren trabajar más de 30 hrs a la semana y el 27.6% 40 hrs a la semana, los puntajes más altos para las 3

esferas de *Burnout* se encuentran en el nivel bajo, dentro de las asociaciones significativas tenemos que el estado civil soltero tiene un $OR=2.17$ $IC_{95\%}=(1-4.70)$ para todas las escalas de *Burnout*, en la escolaridad: superior a la requerida al puesto representa un $OR=4.53$ $IC_{95\%}=(1.10-9.78)$ y en este mismo rubro para todas las escalas de *Burnout* un $OR=7.97$ $IC_{95\%}=(1.51-56.25)$.(26). Si bien es cierto este estudio va más allá de la descripción no propone modelos multivariados que respondan o expliquen la interacción de estas variables confusoras.

Se revisó otro estudio realizado en residentes que buscaba medir la calidad de vida y la presencia de desgaste profesional en los médicos residentes en el Hospital General Regional “Lazaro Cardenas” del IMSS en Guadalajara, la muestra fue de 45 residentes (marzo 2010-febrero 2011) incluyo a médicos residentes de primer año de 7 especialidades y se les aplicó el test al inicio a los 6 y 12 meses, la media de edad fue de 26.9 años, 60% masculinos, un hallazgo que resaltan los investigadores es que el deseo sexual disminuido aumento de un 7% a los tres meses a un 9% a los 12 meses así mismo se observa un incremento en el síndrome de *Burnout* paulatino en las tres mediciones, haciéndose más significativo en el servicio de medicina interna. (27). El presente estudio aporta información descriptiva interesante que corrobora que a mayor exposición al estrés laboral incrementa el *Burnout*, no obstante no mide de manera sistematizada el estrés si mismo este no mide el como se percibe el sino en general, con respecto a la muestra es pequeña, insuficiente y con sesgo de clasificación, sin la posibilidad de un análisis bivariado.

Una revisión bibliográfica en personal sanitario de emergencias de España (28), recopilo información basada en metodología PRISMA (*Preferred Reporting Items for systematic reviews and Meta-Analyses*) usando fuentes com: Google, Scholar, Scielo España y la revista “Emergencias” de la sociedad española de medicina Urgencias y Emergencias., bajo los siguientes criterios de inclusión: Estudios relacionados con el *Burnout*; específicos del área de emergencia pre hospitalario u hospitalario, índices de validez y fiabilidad adecuados y personal sanitario de emergencia de España. A los estudios se les asigno una letra en orden alfabético de los cuales se obtiene la siguiente información: los estudios a, c y f se realizaron con personal extra hospitalario.

Los estudios a, b y c se realizaron a médicos, enfermeros y celadores. Los estudios a, b, d y f muestran alto grado de síndrome de *Burnout* en personal sanitario de emergencias. En los estudios e y f muestra que a mayor experiencia tenga el personal sanitario de emergencia, más probable es que sufra síndrome de *Burnout*.

- A. **Estrés laboral en el profesional del servicio de emergencias pre hospitalario de Madrid:** este estudio fue el primero en realizarse entornos al síndrome de burnout en personal sanitario de emergencias (2001) la muestra consta de 73 profesionales asistenciales de los servicios SAMUR- Protección civil Madrid. Malestar con las condiciones laborales 51.7%, conflictos institucionales 31%; conflictos en relaciones personales 17.3%.
- B. **Prevalencia del síndrome de *Burnout* en personal sanitario militar:** La investigación evaluó la prevalencia de *Burnout* en 331 profesionales sanitario militares (63% tasa de respuesta) mediante el MBI, muestra que el 39% del personal sanitario militar presenta cansancio emocional y la despersonalización y el 39% tuvieron falta de realización personal. Finalmente reportan que el 59% del personal presenta Burnout.
- C. **Evolución del estrés laboral y *Burnout* en los servicios de urgencias extra hospitalarios del área 9 de Madrid:** 76 personas entre médicos, personal de enfermería y celadores. Se encontró que el personal interino por su situación de inestabilidad laboral ofrecen un nivel más elevado de estrés, los médicos muestran un nivel superior a los profesionales de enfermería y celadores, al comparar los grupos se encuentra que tiene niveles más puntuación en los niveles de despersonalización y cansancio emocional que en el de realización personal.
- D. ***Burnout* en residentes que realizan guardias en el servicio de urgencias del Hospital Virgen de las Nieves en Granada:** estudio descriptivo transversal con una muestra de 92 médicos de entre 25-28 años, solo el 63% entregaron los cuestionarios correctamente complementados. Los resultados mostraron un alto grado de síndrome de *Burnout* entre el personal médico residente de este hospital, con mayor cansancio emocional, mayor despersonalización y un menor grado de realización personal, no se encuentran diferencias entre sexos no obstante si entre

edades, debido al tamaño de la muestra estos resultados no se toman significativos.

E. El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y *Burnout*: Relacionó el burnout con la agresividad, enfocado desde dos perspectivas: la sufrida por el personal sanitario y la proporcionada por el mismo con sus actitudes influenciadas por el síndrome de *Burnout*. 60% refiere haber sufrido una agresión física, y el 45% fueron en el área de urgencias. La agresión sucede en determinados momentos de la estancia de los pacientes: en la hora de la visita, en los traslados del paciente cuando se ingresa o da de alta, cuando se le niega la asistencia.

Otro estudio realizado en Guadalajara Jalisco México (29) cuyo objetivo fue: analizar los riesgos psicosociales laborales negativos y el apoyo social como incidentes del síndrome de *Burnout* en los médicos de familia que laboran en tres instituciones públicas de salud. El tipo de estudio fue descriptivo analítico se incluyeron sujetos médicos de familia, de base que laboran en tres instituciones públicas de salud en la zona metropolitana de Guadalajara. Los factores de riesgo psicosociales fueron evaluados mediante la guía de identificación de factores psicosociales, elaborada por el IMSS, este los agrupa en 4 áreas 1.-factores dependientes de la tarea misma, 2.-factores relacionados con el sistema de trabajo 3.-factores dependientes de la interacción social 4.-factores relacionados con la organización. El apoyo social fue valorado con la escala o inventario de recursos sociales de Díaz Veiga, el Burnout fue medido con el MBI-HSS. Se evaluaron 410 sujetos para una prevalencia de *Burnout* de 43.5% y los factores psicosociales negativos fue de 33.64%. Para las tres instituciones el sexo masculino representa más de 50% así mismo el estado civil casado representa más de 70%. Los riesgos para burnout y depresión fueron más altos para la institución 1, así pues para una dependencia de tareas reportan OR 5.53 IC_{95%}=(2.46-12.59), en sistema de trabajo OR=6.12 IC_{95%}=(2.44-1563) , interacción social OR=2.63 IC_{95%}=(1.23-5.65) Organización OR=6.35 IC_{95%}=(2.05-20.47). No obstante y en discrepancia con otra literatura que reportan hasta un 80% de dichos factores de riesgo cifras muy por arriba de lo reportado en este artículo. (31)

Justificación:

Las enfermedades mentales ha ido en ascenso y aunadas a ellas el estrés laboral que es un detonante de entidades como el síndrome de *Burnout*, el cual mengua de manera importante la calidad de vida de los trabajadores y la calidad de atención hacia los usuarios, disminuyendo el estado cognitivo del prestador de servicio e incrementando así la probabilidad del error humano. Aunque los países en desarrollo se ha llevado a cabo investigaciones, particularmente en América latina, no existen suficientes estudios a profundidad que analicen por completo las diferencias culturales que varían entre países y otros, por lo que existen dificultades para controlar otros riesgos laborales mejor conocidos y existe poca conciencia sobre el estrés laboral y los recursos para combatirlo. Así mismo debido a los diferentes tipos de instrumentos diseñados para medir esta entidad, además de los diferentes puntos de corte utilizados, tenemos inconsistencias al momento de su reporte, por ende de su asociación con factores de riesgo como el *mobbing* y los factores psicosociales. El poder detectar y caracterizar esta entidad nos permitirá atender e identificar de manera oportuna a los sujetos afectados y darles un tratamiento oportuno. Así mismo el conocer la asociación con otros factores de riesgo permitirá incrementar el conocimiento con respecto a la enfermedad, tratando de crear modelos plausibles que puedan ser utilizados para la explicación de la enfermedad.

El presente estudio pretende aportar conocimiento con respecto a la prevalencia del síndrome de *Burnout* y los factores asociados, en los trabajadores de IMSS, lo cual permitirá una identificación y detección oportuna de estos sujetos con el fin de adecuar tratamiento y apoyo específico, reduciendo así consecuencias laborales y económicas, tanto para el sujeto como para la institución, debidas al absentismo, que finalmente permitan garantizar la seguridad laboral y propiciar ambientes laborales seguros y productivos.

Planteamiento del problema:

La globalización ha cambiado las organizaciones del trabajo, relaciones labores y modelos de empresas, aumentando el estrés laboral. A nivel mundial según datos de la OMS y la OIT cada 15 segundos un trabajador muere secundario a un accidente laboral, de la misma manera en el mismo tiempo 135 trabajadores tienen un accidente laboral, aproximadamente 313 millones de accidentes repercuten en el absentismo laboral, aproximadamente existen a nivel mundial 71 millones de trabajadores de la salud. México es el primer lugar con personas que sufren estrés laboral con un 75%, la OIT estima que las enfermedades laborales consumen el 4% del PIB, en Europa el 30% de la población reporta sufrir estrés laboral, esto causa el 25% de las bajas laborales, en 2015 se reportaron 75 000 infartos agudos al miocardio de los cuales el 25% son el resultado del estrés laboral.

La OIT en su reporte del estrés en el trabajo de este año refiere que el estrés varía de un individuo a otro, contribuyendo al deterioro de la salud, mental y del comportamiento... "el estrés varía entre individuos y contribuye al deterioro de la salud física, mental y el comportamiento, dando como resultado la aparición del síndrome de *Burnout*", según la Asociación Médica Americana ninguna especialidad evaluada está por debajo del 40% en los índices de *Burnout*.

Aunado a ello tenemos diferencias al momento reportar la prevalencia de síndrome de *Burnout*, ya que dependerá del instrumento utilizado para su medición y del punto de corte utilizado por el investigador al momento del reporte, así como fallas metodológicas al momento de su clasificación y estratificación. Con respecto a los factores de riesgo, se tienen también diferencias entre los reportes, precisión y magnitud de las mismas, respecto a la metodología estos son medidos con instrumentos no validados ni estandarizados.

Pregunta de Investigación:

- ¿Cuál es la prevalencia de síndrome de *Burnout* y su asociación con factores de riesgo psicosociales, *mobbing*, depresión, ansiedad y estrés en los trabajadores del Hospital de Especialidades “Dr Bernardo Sepúlveda” del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social?

Objetivo General :

- Determinar la prevalencia de síndrome de *Burnout* en los trabajadores del Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda” del Centro Médico Nacional SXXI del IMSS.

Objetivos específicos:

- Examinar la asociación entre el síndrome de *Burnout* y el estrés laboral.
- Examinar la asociación entre el síndrome de *Burnout* y el *Mobbing*.
- Examinar la asociación entre el síndrome de *Burnout* y la depresión.
- Examinar la asociación entre el síndrome de *Burnout* y la ansiedad.
- Examinar la asociación entre el síndrome de *Burnout* y factores de riesgo psicosocial.

Hipótesis:

- ❖ La prevalencia del síndrome de *Burnout* será mayor del 50% en los trabajadores del hospital “Dr Bernardo Sepulveda” del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social.

- ❖ Factores como estrés laboral, mobbing, factores de riesgo psicosocial, depresión, ansiedad y mala calidad del sueño, se asocian positivamente a síndrome de *Burnout* en trabajadores del hospital de especialidades “Dr Bernardo Sepulveda” del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Material y Métodos:

Tipo de estudio:

- Transversal analítico.

Población de estudio:

- Trabajadores IMSS del Hospital de especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda” del Centro Médico Nacional SXXI

Variables epidemiológicas:

- Tiempo: de marzo a noviembre 2017.
- Lugar: UMAE Hospital de especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda” del Centro Médico Nacional SXXI.
- Persona: sujetos que se encuentren laborando en esta unidad con un periodo de labores de más de 6 meses.

Nivel de confianza o seguridad (1- α) IC 95%

Precisión 0.05%.

Proporción 50%.

TAMAÑO MUESTRAL (n) 384.

Proporción esperada de pérdidas (R) 10%

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2}$$

MUESTRA AJUSTADA A LAS PÉRDIDAS 423

Criterios de Selección

Inclusión:

- Personal de salud que se encuentren laborando en el Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda” con un periodo de labores de más de 6 meses.

Exclusión:

- Personal de salud que se encuentren de vacaciones.
- Personal de salud que se encuentren de permiso.
- Personal de salud que se encuentren de incapacidad.
- Personal de salud con menos de 6 meses laborando en la institución, específicamente en la unidad.

Criterios de eliminación:

- Personal de salud con cuestionarios incompletos
- Personal de salud que no firmen consentimiento bajo información Sujetos que no acepten participar.

Variables

Variable dependiente:

Síndrome de *Burnout*:

Respuesta inadecuada a un estrés crónico y que se expresa en tres dimensiones: cansancio o agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización y falta o disminución de realización personal en el trabajo.

Escala: Cualitativa nominal.

Indicador: Presente / Ausente

Operacionalización:

Se realizó pendiente el MBI, con respecto a las puntuaciones se consideraran bajas por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y baja en la tercera permiten diagnosticar el trastorno.

- Subescala emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por la demanda del trabajo. Puntuación máxima 54.
- Subescala de despersonalización. Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.
- Subescala de realización personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de eficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48

Variables independientes:

Mobbing:

Cualitativa nominal

Indicador: Presente / Ausente

Es el continuado y deliberado maltrato verbal y moral que recibe un trabajador por parte de otro u otros, que se comportan con él cruelmente con el objeto de lograr su aniquilación o destrucción psicológica y obtener su salida de la organización o su sometimiento a través de diferentes procedimientos ilegales, ilícitos, o ajenos a un trato respetuoso o humanitario y que atentan contra la dignidad del trabajador

Operacionalización:

Medida mediante el Barómetro CISNEROS® (Cuestionario Individual sobre PSicoterror, Negación, Estigmatización y Rechazo en Organizaciones Sociales) el cual objetiva 43 conductas de acoso psicológico, integrado por una serie de escalas cuyo objetivo es sondear de manera periódica el estado, y las consecuencias, de la violencia en el entorno laboral de las organizaciones.

Los tres índices de acoso son:

- EL número total de estrategias de acoso es un recuento de las respuestas diferentes de 0, que nos informan el número total de estrategias de acoso sufridas.
- El índice global de acoso psicológico, este índice ofrece la misma información que obtendríamos de realizar la puntuación total en el test (en una escala de 0-258 puntos), con la ventaja de que dicha información se expresa ahora en la misma escala en la que se responden los ítems (0-6).
- El índice medio de la intensidad de las estrategias de acoso, este índice nos indica la intensidad promedio de las estrategias de acosos sufridas.

Estrés laboral:

Respuesta física y emocional a un daño causado por el desequilibrio entre las exigencias percibidas y los recursos y capacidades percibidos de un individuo para hacer frente a esas exigencias.

Escala: Cuantitativa ordinal

Indicador:

1. De vez en cuando esta estresado crecieron
2. A menudo estresado
3. Muy a menudo estresado

Operacionalización:

Medida por la escala de estrés percibido (PSS) la cual evalúa el estrés percibido durante el último mes consta de 14 ítems con formato de respuesta de 5 puntos. La puntuación total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13 y sumando entonces los 14 ítems. La puntuación directa obtenida indica que a mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido.

Depresión:

Un conjunto de síntomas de predominio afectivo, aunque en menos o mayor grado están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y sintomático, por lo que se habla de una afección global física y psíquica.

Escala: Cuantitativa Ordinal

Indicador:

1. Mínima depresión.
2. Depresión leve.
3. Depresión moderada.
4. Depresión grave.

Operacionalización:

Medida mediante el cuestionario de depresión de Beck compuesto por 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida del placer, sentimientos de fracaso y culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo; etc,

El formato de los ítem es de tipo Likert con 4 categorías de respuestas ordenadas que se codifican de 0-3 la puntuación es la suma de los 21 ítems si una persona ha elegido varias opciones en un ítem, se toma la opción con la puntuación mas alta, también se puntúa de 0-3 los ítems 16 y 18 que tiene 7 categorías. En estos ítems el manual recomienda registrar la categoría seleccionada, por su valor diagnóstico.

El rango de las puntuaciones va de 0-63 puntos cuanto más alta sea la puntuación mayor será la severidad de los síntomas depresivos. Se establecen 4 grupos en función de la puntuación total: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y de 29-63, depresión grave.

Ansiedad:

Miedo excesivo e impropio para los niveles de desarrollo del individuo.

Operacionalización:

Medido por el Inventario de ansiedad de Beck, el cual es una escala que mide el grado de ansiedad, está diseñada para medir los síntomas de la ansiedad menos compartidos con los de la depresión; en particular, los relativos a los trastornos de angustia o pánico y ansiedad generalizada.

Factores de riesgo psicosocial:

Conjunto de percepciones y experiencias del trabajador, consisten en interacciones en el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de organización, por una parte, y por otra, las capacidades del trabajador sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de las percepciones y experiencias, puede influir en la salud, en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo.

Operacionalización:

Medido mediante la versión corta del Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales en el Trabajo ISTAS21 (CoPsoQ) que está diseñado para identificar y medir la exposición a seis grandes grupos de factores de riesgo para la salud de naturaleza psicosocial en el trabajo.

Apartado	Dimensión psicosocial	Nivel de exposición psicosocial más favorable para la salud.	Nivel de exposición psicosocial intermedio	Nivel de exposición psicosocial más desfavorable para la salud.
1	Exigencias psicológicas	De 0 a 7	De 8 a 10	De 11 a 24
2	Trabajo activo y posibilidades de desarrollo	De 40 a 26	De 25 a 21	De 20 a 0
3	Inseguridad	De 0 a 1	De 2 a 5	De 6 a 16
4	Apoyo social y calidad de liderazgo	De 40 a 29	De 28 a 24	De 23 a 0
5	Doble presencia	De 0 a 3	De 4 a 6	De 7 a 16
6	Estima	De 16 a 13	De 12 a 11	De 10 a 0

Edad:

Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.

Operacionalización:

Preguntados y corroborados con documento oficial.

Escala de medición: Cuantitativa continua.

Indicador: edad en años

Sexo:

Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.

Operacionalización:

El percibido por fenotipo,

Escala de medición: cualitativa nominal dicotómica independiente

Indicador: 1=mujer 2= hombre

Estado civil:

Definición conceptual: Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas.

Operacionalización:

El reportados por el paciente al momento de la encuesta (soltero casado, viudo, divorciado en unión libre).

Escala de medición: cualitativa nominal politómica.

Indicador: 1= soltero (a) 2.=casado (a) 3.-Viudo (a) 4=divorciado (a) 5=unión libre

Antigüedad laboral:

Factor de gran trascendencia y se refiere a la duración del empleo o servicio prestado por parte de un trabajador.

Operacionalización:

Preguntado al sujeto los años laborados en la institución y se registrara en números enteros.

Escala de medición: Cuantitativa continua.

Indicador: Años laborados en la institución

Categoría:

Denominación de puestos listados en el tabulador de sueldos.

Operacionalización:

Pregunta directa:

Cualitativa nominal.

Indicador: Área hospitalaria a la que se encuentra asignado ese personal

Operacionalización

Pregunta directa.

Cualitativa nominal.

Indicador:

	Almacenista	<input type="checkbox"/>	Analista	<input type="checkbox"/>	AUD	<input type="checkbox"/>	Asistente Médica	<input type="checkbox"/>	Aux. Lab.	<input type="checkbox"/>	Camillero	<input type="checkbox"/>	Chofer	<input type="checkbox"/>
Enfermera:	Jefe	<input type="checkbox"/>	Citotecnólogo	<input type="checkbox"/>	Cocinero	<input type="checkbox"/>	Conservación	<input type="checkbox"/>	Divisionario	<input type="checkbox"/>				
Especialista	General	<input type="checkbox"/>	Histotecnólogo	<input type="checkbox"/>	Jefe de servicio	<input type="checkbox"/>	Laboratorista	<input type="checkbox"/>	Manejador de alimentos	<input type="checkbox"/>				
Auxiliar		<input type="checkbox"/>	Médico	<input type="checkbox"/>	Mensajero	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
			Nitición	<input type="checkbox"/>	TAOD	<input type="checkbox"/>	Residente	<input type="checkbox"/>						

Peso:

Es la masa del cuerpo expresada en kilogramos. Cantidad de materia que contiene una persona.

Operacionalización:

Autoreportada.

Cuantitativa continua de razón.

Indicador: Peso Corporal

Talla:

Es la estatura designada a la altura de un individuo.

Operacionalización:

Auto reportada.

Cuantitativa continua de razón.

Indicador: metros

Turno laboral:

Es el tiempo trabajado por el empleado a lo largo del día. La duración de la jornada de trabajo será la pactada en los convenios colectivos o en el contrato colectivo de trabajo.

Operacionalización:

Preguntando al sujeto teniendo los siguientes rubros:

Matutino, Vespertino, Nocturno, Jornada acumulada.

Cualitativa nominal.

Indicador: Matutino, Vespertino, Nocturno, Jornada acumulada.

Servicio:

Rama de una ciencia, arte o técnica a la que se dedica una persona.

Operacionalización:

Preguntada de manera directa al sujeto y se reportara mencionada.

Cualitativa nominal.

Indicador:

Amisión Continua <input type="checkbox"/>	Alergia e Inmunología <input type="checkbox"/>	Anatomía patológica <input type="checkbox"/>	Andrología <input type="checkbox"/>	Anestesiología <input type="checkbox"/>	Angiología <input type="checkbox"/>		
Cr. Cabeza y cuello <input type="checkbox"/>	Cirugía de Colon y recto <input type="checkbox"/>	Cirugía plástica y reconstructiva <input type="checkbox"/>	Dermatología <input type="checkbox"/>	Endocrinología <input type="checkbox"/>	Endoscopia <input type="checkbox"/>		
Epidemiología <input type="checkbox"/>	Gastrocirugía <input type="checkbox"/>	Gastroenterología <input type="checkbox"/>	Geriatría <input type="checkbox"/>	Hematología <input type="checkbox"/>	Hemodinámica <input type="checkbox"/>		
Imagenología <input type="checkbox"/>	Infectología <input type="checkbox"/>	Maxilofacial <input type="checkbox"/>	Medicina Interna <input type="checkbox"/>	Med. Nuclear <input type="checkbox"/>	Nefrología <input type="checkbox"/>		
Neurocirugía <input type="checkbox"/>	Neurología <input type="checkbox"/>	Oftalmología <input type="checkbox"/>	Otoneurología <input type="checkbox"/>	Psiquiatría <input type="checkbox"/>	Reumatología <input type="checkbox"/>		
SSPTIMSS <input type="checkbox"/>	TMO <input type="checkbox"/>	UCI <input type="checkbox"/>	Urología <input type="checkbox"/>	Otorrinolaringología <input type="checkbox"/>	UTR <input type="checkbox"/>	Abastos <input type="checkbox"/>	Archivo Clínico <input type="checkbox"/>
Biomédica <input type="checkbox"/>	Calidad <input type="checkbox"/>	Camillería <input type="checkbox"/>	Conservación <input type="checkbox"/>	Casa de Maquinas <input type="checkbox"/>	Farmacia <input type="checkbox"/>	Inhaloterapia <input type="checkbox"/>	
Nutrición <input type="checkbox"/>	Limpeza e Higiene <input type="checkbox"/>	Lab. Central <input type="checkbox"/>	Jurídico <input type="checkbox"/>	Rayos X <input type="checkbox"/>	Quejas <input type="checkbox"/>	Patología <input type="checkbox"/>	
Ropería <input type="checkbox"/>	Unidad Terapia Ambulatoria <input type="checkbox"/>	Unidad de Terapia Intensiva <input type="checkbox"/>					

Escolaridad:

Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.

Operacionalización:

Interrogatorio directo de años de estudio

Cuantitativa discreta de razón.

Indicador: Años de estudio

Número de Hijos:

Cantidad de hijos que tiene el sujeto:

Operacionalización:

Interrogatorio directo, ¿preguntando cuantos hijos tiene.

Cuantitativa discreta de razón.

Indicador: Número de hijos.

Guardias:

Actividad realizada por necesidades del servicio, comprendiendo actividades múltiples y/o diferenciadas de las realizadas en jornadas ordinarias.

Operacionalización:

Interrogatorio directo como variable dicotómica Sí o No.

Cualitativa nominal.

Indicador: SI, No.

Número de guardias:

Cantidad de actividad realizada por necesidades del servicio, comprendiendo actividades múltiples y/o diferenciadas de las realizadas en jornadas ordinarias.

Operacionalización:

Interrogatorio directo en cantidad de guardias a la semana.

Cuantitativa discreta de razón.

Indicador: Número de guardias a la semana.

Horas de sueño:

Sueño designa al acto de reposo de un organismo vivo y se contrapone a lo que se denomina como estado de vigilia o estar despierto.

Operacionalización:

Interrogatorio directo en cantidad de horas dormidas al día.

Cuantitativa razón.

Indicador: Número de Horas se sueño.

Calidad de Sueño:

Se refiere al hecho de dormir bien durante la noche y tener un buen funcionamiento durante el día importante como factor de salud y calidad de vida.

Operacionalización:

Medida partir del test de calidad de sueño de *Pittsburgh* (PSQI) el cual consta de 19 cuestiones agrupadas en 10 preguntas. Las 19 cuestiones se combinan para formar 7 áreas con una puntuación correspondiente, cada una de las cuales muestra un rango comprendido entre 0-3 puntos. En todos los casos una puntuación de "0" indica facilidad, mientras que una de "3" indica dificultad severa dentro de sus respectivas áreas. La puntuación de las 7 áreas se suma finalmente para dar una puntuación global, que oscila entre 0 y 21 puntos.

Escala cualitativa ordinal

Indicador: Muy buena =0 Bastante buena =1 Bastante mala=2 Muy mala=3

Plan General:

Una vez que se obtuvo el registro IMSS y la aceptación del trabajo por el comité de investigación y educación del Hospital de Especialidades de CMNSXXI “Dr Bernardo Sepúlveda” se procedió a la captura de los sujetos a estudiar, a los cuales se les invitó a participar del proyecto y se les entregó un cuestionario el cual fue contestado de manera confidencial. Se explicó que, en caso de que deseara ayuda y la necesite, con base en los resultados de la prueba se proporcionarán los resultados y envío a su unidad de medicina familiar para llevar tratamiento. Posterior a la aplicación del cuestionario se verificó que estuvieran correctamente rellenos y cumplieran con criterios de selección para posteriormente iniciar la captura de los mismos y su posterior análisis, generación de resultados y elaboración de informe final.

Análisis Estadístico

Análisis Univariado:

- ❖ Frecuencias simples y proporciones para las variables cualitativas, para las variables cuantitativas se aplicó de prueba de Kolmogorov-Smirnov para conocer el tipo de distribución que tuvieron y según esta se calcularon medidas de tendencia central y dispersión.

Análisis bivariado:

- ❖ Se realizaron pruebas de hipótesis con un nivel de confianza al 95%, para las variables cualitativa, se utilizó prueba de chi cuadrada según correspondió, para las cuantitativas dado que tuvieron distribución no normal se usó U de Mann & Whitney. Para la asociación entre las variables se realizó Razón de Prevalencia con IC 95% estableciendo Alfa de 0.05 como estadísticamente significativa.

Análisis multivariado:

- ❖ Se llevaron a cabo modelos de regresión logística con las variables estadísticamente significativas y con plausibilidad biológica.

Consideraciones Éticas:

Con base al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, Título segundo “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”, Capítulo I:

Durante este estudios se protegió la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándose solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

Esta investigación se consideró de “riesgo mayor al mínimo”, debido a que existió probabilidades de afectar a los sujetos de estudio de manera psicológica significativamente al momento de aplicar la entrevista.

En esta investigación se proporcionó una explicación clara y completa del contenido informado, de tal forma que se aseguró que el trabajador lo comprendiera en los aspectos estipulados: la justificación y los objetivos de esta investigación; los procedimientos que se usaron y su propósito, las molestias y los riesgos esperados, los beneficios que pudieron observarse, la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos beneficios y otros asuntos relacionados con esta investigación y el tratamiento del sujeto; la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudios, sin que por ello se creen perjuicios para continuar desarrollando su actividad laboral tanto en puesto de labor actual como en la institución, la seguridad de que no se identificó al sujeto y que se mantuvo la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, el compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque esta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando y que si existen gastos adicionales estos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

Se realizó un consentimiento informado por escrito y con el cumplimiento de los requisitos, los cuales se anotaran a continuación y que en este estudio ha sido considerados: Elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo 21 y de acuerdo a la norma técnica, revisión y en su caso aprobación por la comisión de ética de la institución de atención a la salud; indicación de los nombre y direcciones de 2 testigos, la relación que estos tengan con el sujeto de investigación, estar firmado por dos testigos, por el sujeto de investigación. Si el sujeto de investigación no supiera firmar imprimirá su huella digital y a su nombre firmara otra persona que el designe, su extensión por duplicado quedando un ejemplar en poder del sujeto o de su representante legal.

Recursos para el estudio:

Recurso Humano:

- Residente de epidemiología

Equipo:

- Laptop para captura de datos y análisis estadístico
- Dispositivo electrónico portátil (tableta electrónica) para a la captura de los datos.
- Impresora

Material de consumo.

- Hojas blancas
- Bolígrafos.

Resultados:

El presente estudio fue realizado con base en el protocolo presentado al comité de investigación y ética del Hospital de especialidades " Doctor Bernardo Sepúlveda" del Centro médico Nacional siglo XXI del IMSS, el mismo fue realizado durante los siguientes períodos: marzo abril 2017, en el cual se ingresó el protocolo para aprobación y revisión por el comité de ética e investigación, la parte operativa fue realizada de octubre del 2017 a enero del 2018. Se encuestaron un total de 760 sujetos, de los cuales 115 no contestaron el cuestionario, 16 no desearon participar, 30 cuestionarios fueron llenados de manera incompleta, dado lo anterior se obtuvo una tasa de no respuesta del 21.18%, para finalmente concluir con una N total de 599 sujetos.

La prevalencia obtenida de síndrome de *Burnout* fue de 47.7% (286); con respecto a la sub escalas que lo conforman, se obtuvieron los siguientes resultados:14.9%(89) de los sujetos estuvieron cansados emocionalmente, el 21.7%(130) se encontraron despersonalizados y el 37.6% (225) sin realización personal; asimismo al interior de cada sub escala y referirnos al gradiente bajo, medio y alto; en la sub escala del cansancio emocional el 13% (78) de los sujetos se encontraron en un nivel alto y el 17% (102) en un nivel medio, en la sub escala despersonalización el 18.4%(110) se encontraban en un nivel alto y un 23.9%(143) en un nivel medio, el 37.6 %(225) se encontraban en un nivel bajo de realización personal el 42.9% (257) se encontraban en un nivel alto de realización personal.(Grafico 1 y Tabla 1)

Si bien es cierto el objetivo de este trabajo no fue la obtención de la prevalencia del *mobbing*, el 71.3% han sido víctimas de acoso moral en los últimos 6 meses(427). (Gráfico 2 y Tabala 1)

Con respecto a las características de la población; encontramos que el 64.4% de los sujetos eran de sexo femenino(386), el estado civil se distribuye la siguiente manera: 49.9% (245) solteros, 38.6 % (230) casados, 12.4% (74) unión libre. El 66.8% (400) se encontraban en el turno matutino, seguido del turno nocturno con 23%(138). El tipo de contratación más frecuente es el personal de base con el 79% (473), seguido de los residentes con un 13.2% (79). El 39.2% de los sujetos realizaban guardias extras a su jornada de trabajo (235). (Tabla 2)

La mediana para la edad es de 37 años con un rango intercuartil de 49, la mediana para la escolaridad fue de 20 años con un percentil 25 (P25) 31 y un percentil 75(P75), los años de antigüedad con una mediana de 8.5 con un P25=3.62 y P75=18, la mediana para el IMC fue situada en 26.46 con un P25=24.14 y P75=29.7. Se realizó comparación entre medianas respecto a los grupos con y sin *Burnout*, con base en los años de antigüedad de aquellos sin síndrome de *Burnout* la mediana fue de 8.45 y para aquellos con síndrome de *Burnout* la mediana fue de 7.5, con una $p=0.098$, para aquellos sin *Burnout* la mediana de edad es de 38 y para aquellos con *Burnout* la mediana de edad es de 36 con una $p=0.03$, así mismo para los años de escolaridad la mediana para aquellos con y sin *Burnout* es igual a 20 con una $p= 0.25$. (Tabla3)

La edad se recategorizó por decenios y el mayor grupo se encuentra entre aquellos de 30 a 49 años representado por el 66.3%(397). La escolaridad también se recategorizó agrupándolos de la siguiente manera: 13-17 con un 25%, el grupo de 18-22 el 50.1%, de 23-27 el 20.7% y finalmente aquellos con más de 28 años el 4.2%. (Tabla 4 y 4a)

Con respecto al número de hijos se encontró que el que más hijos tenía eran 6 y se recategorizó de la siguiente manera: ningún hijo 36. 1% (216), 1-2 hijos 52.6% (315) y más de tres hijos 11.4% (68).

Para las variables antropométricas se obtuvieron las siguientes medidas de resumen mediana para el peso de 70 kg con un P25=60 y P75=80, mediana para la altura de 1.60 metros con P25=1.56 y P75=1.70. La variable índice de masa corporal se recategorizó según la clasificación de la OMS obteniendo así así para IMC normal 34.7% (208), sobrepeso 44.6%(267), obesidad clase I 16%(96), obesidad clase tres 1%(6). (Tablas 4 y 4a)

Para las características psicológicas generales de la población se obtuvieron las siguientes frecuencias y proporciones: ansiedad baja 90.8% (544), ansiedad moderada 6.2% (37). Respecto la depresión: normal o sin depresión 85.1%(510), leve perturbación 7.5% (45), depresión intermitente 5%(21).

Con respecto al estrés percibido aquellos que de vez en cuando se sintieron estresados representaron el 55.1%(330), casi nunca estresado 32.4% (194) y sólo el 0.2% (1) se percibieron muy a menudo estresados.

Otra de las variables de interés para el estudio fueron los factores de riesgo psicosociales, para los cuales en el apartado 1: que se refieren las exigencias psicológicas aquellos que tuvieron una exposición más favorable para la salud se encontró una proporción de 45.4% (272) y una exposición más desfavorable para la salud 32.2% (193), En el apartado 2 que se refiere al trabajo activo en las posibilidades de desarrollo aquellos con una exposición más favorable para la salud 63.3% (379), una exposición más desfavorable para la salud 10%(62). En el apartado 3 que refiere a la inseguridad la exposición más favorable para la salud 9.8% (59), exposición más desfavorable para la salud 67.4% (404), El apartado 4 que se refiere al apoyo y la calidad de liderazgo la exposición más favorable para la salud fue de 55. 1%(330) y la exposición más desfavorable para la salud 22.5% (135), En el apartado 5 referente a la doble presencia la exposición más favorable para la salud 10.9% (65), exposición más desfavorable para la salud 34.2% (205). Por último lo que respecta al apartado 6 que hace hincapié en la estima del sujeto se encontró una exposición más favorable para la salud de 26.2% (157) y la exposición más desfavorable para la salud representó el 56.4% (338).

Con base en la prevalencia del síndrome de *Burnout*, el 61.19% (175) corresponde al sexo femenino y el 38.81%(111) al sexo masculino, la distribución con respecto al estado civil el 44. 41%(127) corresponden a los solteros, 35. 31%(101) son casados, unión libre 10.14% (29), esta variable se decidió reclasificar de manera dicotómica en aquellos que tenían y no tenían pareja, para esta reclasificación: aquellos que no tenían pareja el 45.45% (130) se encontraron con *Burnout* y el 54.55% de los que tenían pareja tenían *Burnout*.

El porcentaje de trabajadores de la salud con síndrome de *Burnout* basados en su tipo de contratación fue: para el personal de base 72.03%(206), para los médicos residentes 18.53% (53), eventuales 6.64% (19) y para el personal de confianza 2.79%(8).

La distribución del síndrome de *Burnout* por edad recategorizada en decenios fue: 40.56% (116) el grupo de 30-39 años, de 40-49 representan el 24.48% (70) y el grupo de 20 a 29 años representan 22.38% (64).

Con respecto a la categoría el personal de enfermería que presentó la enfermedad representó el 45% de los sujetos enfermos (163), médicos 25.52% (55) y conservación 12.24% (35). Con base al servicio al cual se pertenecen, los servicios de índole médica representaron el 41.15% (132) de los enfermos, el quirúrgico 26.57% (76) y los de atención al derechohabiente 19.23% (55) de aquellos que tuvieron síndrome de *Burnout*.

Con respecto a los años de estudio también fueron reclasificados y se obtuvieron los siguientes resultados, basados en aquellos que tenían el síndrome de *Burnout*: aquellos que tenían de 18 a 22 años de estudio representaron el 48.6% (139), de 13 a 17 años de estudio 23.78%(68) los que tenían del 23 al 27 años de estudio representaron el 23.43% (67). De una manera muy parecida fueron reclasificados y agrupados respecto a los años de antigüedad, de esta manera el 37.57%(96) se encontraba con menos de 4 años de antigüedad pero más de 6 meses, el 21.33% (61) tenían de 5-9 años de antigüedad, 15.03%(43) de 10 a 14 años de antigüedad, el 12.24%(35) tienen de 20-24 años de antigüedad y el 9.09%(26) tienen más de 25 años de antigüedad.

Por último con respecto a la calidad del sueño los sujetos fueron clasificados en buenos dormidores y malos dormidores esto con base en los resultados obtenidos por el cuestionario de calidad del sueño, basado en ello el 89.1%(534) fueron clasificados como buenos dormidores.

Para realizar el análisis de asociación entre las variables independientes y la dependiente que fue el síndrome de *Burnout* se realizó razón de prevalencia dado que la prevalencia fue mayor a 10% con base en ello obtuvimos los siguientes resultados: Con respecto al *mobbing* (acoso moral) aquellos que son víctima de *mobbing* RP 1.65 (IC_{95%} 1.15 - 2.36) $p < 0.05$.

Referente al turno de trabajo: jornada acumulada RP 0.50 (IC_{95%} 0.9-3.75) turno nocturno RP 0.97 (IC_{95%} 0.80 - 1.18), turno vespertino RP 0.67(IC_{95%} 0.45 - 0.97) $p=0.10$. En cuanto al sexo el femenino con RP 1.18 (IC_{95%} 0.95 - 1.47) $p=0.06$. El tener o no tener hijos: para aquel que tiene RP 1.18 (IC_{95%} 0.95- 1.47) $p=0.317$. En cuanto al tipo de contratación: el ser personal eventual RP 1.40 (IC_{95%} 1.04 - 1.89), el ser residente RP 1.54 (IC_{95%} 1.27 - 1.85), personal de confianza RP 1.14 (IC_{95%} 0.69 - 1.89)

$p < 0.05$. Para aquellos que realizaban guardias RP 1.39 (IC_{95%} 1.00 - 1.93) con $p < 0.05$. Con base en la estratificación de la edad por decenios el grupo de 20 a 29 años RP 1.88 (IC_{95%} 0.57 - 6.14), los de 30-39 RP 1.72 (IC_{95%} 0.53 - 5.61), los de 40-49 RP 1.42 (IC_{95%} 0.43 - 4.65) y aquellos de 50-59 años de edad RP 1.51 (IC_{95%} 0.45 - 5.02) $p < 0.05$. En cuanto al número de hijos tener de 1-2 hijos RP 0.89 (IC_{95%} 0.75 - 1.07), el tener más de tres hijos RP 0.99 (IC_{95%} 0.75 - 1.30) $p = 0.58$. Posterior a la reclasificación del IMC se obtuvo en el sobrepeso RP 0.95 (IC_{95%} 0.79 - 1.15), obesidad clase I RP 0.93 (IC_{95%} 0.72 - 1.20), obesidad clase III RP 0.33 (IC_{95%} 0.05 - 2.00) $p = 0.16$. Para la recategorización del estado civil con y sin pareja el tener pareja RP 1.50 (IC_{95%} 1.08 - 2.07) $p < 0.05$. Respecto a la categoría de médico RP 1.54 (IC_{95%} 0.84 - 2.84), enfermería RP 1.20 (IC_{95%} 0.06 - 2.20), conservación RP 1.46 (IC_{95%} 0.77 - 2.74), atención al derechohabiente RP 0.82 (IC_{95%} 0.38 - 1.78) $p < 0.05$. De acuerdo servicio donde se encuentren los servicios médicos RP 1.05 (IC_{95%} 0.75 - 1.45), los quirúrgicos RP 0.97 (IC_{95%} 0.68 - 1.37), los servicios de atención al derechohabiente RP 1.12 (IC_{95%} 0.79 - 2.62) $p = 0.69$. Con base en los años antigüedad aquel grupo que se encuentra de más de 6 meses a 4 años de antigüedad RP 1.17 (IC_{95%} 0.85 - 1.61), de 5-9 años de antigüedad RP 1.02 (IC_{95%} 0.72 - 1.44), de 10 a 14 años de antigüedad RP 1.25 (IC_{95%} 0.88 - 1.77), de 15 a 19 años RP 0.84 (IC_{95%} 0.55 - 1.29), 20-24 años RP 1.07 (IC_{95%} 0.73 - 1.56) $p = 0.23$.

Con base en las características psicológicas de los participantes se obtuvieron los siguientes riesgos: en el apartado 1 referente a las exigencias psicológicas, la exposición intermedia para la salud RP 1.30 (IC_{95%} 1.03 - 1.64), la exposición más desfavorable para la salud RP 1.67 (IC_{95%} 1.38 - 2.02) $p < 0.05$. El apartado 2 que se refiere al trabajo activo y posibilidades de desarrollo: aquellos con exposición intermedia RP 1.22 (IC_{95%} 1.01 - 1.48), los de exposición más desfavorable para la salud RP 1.68 (IC_{95%} 1.37-2.04) $p < 0.05$. En el apartado 3 referente a la inseguridad: aquellos con exposición intermedia RP 0.97 (0.67 - 1.41), los que tuvieron exposición desfavorable para salud RP 1.26 (IC_{95%} 0.91 - 1.74) $p < 0.05$. Apartado 4 referente al apoyo social y calidad del liderazgo aquellos sujetos con exposición intermedia RP 1.34 (1.09 - 1.64) $p < 0.05$. El apartado 5 referente a la doble presencia la exposición

intermedia RP 0.80 (IC_{95%} 0.59 - 1.10) $p < 0.05$. Finalmente el apartado seis referente al estimar la exposición intermedia RP 1.41 (IC_{95%} 1.03 - 1.93) $p < 0.05$.

Tomando en cuenta las otras características mentales como la ansiedad: el tener ansiedad moderada RP 1.68 (IC_{95%} 1.37 - 2.07), aquellos con ansiedad severa RP 1.73 (IC_{95%} 1.33 - 2.25) $p < 0.05$. Para la depresión aquellos con leve perturbación RP 1.70 (IC_{95%} 1.39 - 2.09), con depresión intermitente RP 2.10 (IC_{95%} 1.77 - 2.50), con depresión moderada RP 1.55 (IC_{95%} 1.10 - 2.18), con depresión grave RP 1.39 (IC_{95%} 0.67 - 2.87) $p < 0.05$. Para la calidad del sueño aquellos sujetos que son buenos dormidores RP 0.70 (IC_{95%} 0.41 - 1.18) $p = 0.11$. Finalmente con base en el estrés percibido por los sujetos aquellos que debes en cuando se sienten estresados RP 1.78 (IC_{95%} 1.40 - 2.26), aquellos que a menudo se sienten estresados RP 2.31 (IC_{95%} 1.78 - 3.01).

Se realizó regresión logística multinomial con método forward de inclusión de variable, para la cual se ingresaron variables con significancia estadística < 0.10 resultantes del análisis bivariado así como otras plausibles para la enfermedad obteniéndose un modelo explicativo de la enfermedad ajustado por sexo, turno, tipo de contratación, edad, estado civil, apartados 1,2,3,4,6 ansiedad, depresión, estrés percibido, *mobbing*, en el cual se encontró que: el sexo femenino se encontraba de más riesgo con un OR de 1.49 (IC_{95%} 1.03 - 2.17) $p = 0.034$, el tener pareja con OR 1.35 (IC_{95%} 0.950 - 1.918) $p = 0.094$, el ser médico residente OR 1.23 (IC_{95%} 1.006 - 1.509) $p = 0.043$, el tener ansiedad severa OR 1.65 (IC_{95%} 0.977 - 2.787) $p = 0.061$, el menudo percibirse estresado OR 1.83 (IC_{95%} 1.348 - 2.494) $p = 0.000$, con respecto al apartado 1 aquellos que tuvieron una exposición más desfavorable para la salud OR 1.22 (IC_{95%} 0.987 - 1.526) $p = 0.066$, en el apartado 2 para aquellos que tuvieron una exposición más desfavorable para la salud OR 1.43 (IC_{95%} 1.092 - 1.878) $p = 0.009$ por último en el apartado 6 la exposición más desfavorable para la salud OR 1.26 (IC_{95%} 1.004 - 1.592) $p = 0.046$.

Discusión:

Con respecto al objetivo de este estudio el cual fue determinar la prevalencia del síndrome de *Burnout* la cual fue del 47.7%, si bien es cierto se proponía inicialmente está afuera mayor del 50% los intervalos que confianza para la proporción establecen que está podría ir desde el 43.68% hasta 56.31%, con respecto a ello continuamos teniendo consistencia tanto en estudios nacionales como internacionales. Según datos de la CONAMED el desgaste laboral en el personal sanitario puede ir desde el 25% hasta el 60% esto dependerá del momento en cual sea medido, asimismo los puntos de corte que se establezcan para determinar la enfermedad, ya que una de las causas básicas que originaron este estudio fueron esas inconsistencias a lo largo de todos los estudios, recomendaciones que abordan Juárez-García et al en su meta-análisis realizados sobre el acoso laboral y el modelo integrador, asimismo se reportan prevalencias en diferentes estados que van de 42% en Guadalajara en médicos familiares, 48% en Mexicali, 44% en los anestesiólogos en la misma ciudad, la más alta reportar es de 46.6% en médicos familiares en la Ciudad de México. Por otro lado en otros países como España la prevalencia puede ser más alta dado que algunos reportes van desde el 59 hasta el 60%(28), otros reportes internacionales como el del *Annals International Medicine* reportan que en Estados Unidos el 75% del personal médico tiene *Burnout*.

Aunque la finalidad del estudio no fue determinar la prevalencia del *mobbing*, se encontró que 71.3% de los sujetos sufrieron de acosos moral (*mobbing*) en los recientes 6 meses esto con una probabilidad del 95% al momento de volver a repetir el ensayo se podrá presentar entre un 67.48% hasta 74.88%. Dicho lo anterior se establecen algunas discrepancias tanto con las que a nivel nacional y las reportadas a nivel internacional la cual se estima aproximadamente el 36%. Medina-Gómez en La unidad de medicina familiar número 15 obtuvo una prevalencia de 36% además de que se percibe en este estudio las mujeres con un 66% más agredidas.

Con respecto a la distribución por sexo, en estudios previos (27) reportan prevalencias más altas para la enfermedad en los varones dado que van hasta 60% de los sujetos masculinos mientras que en otros son muy parecidos a este estudio, ya que reportan una prevalencia para los varones de 42%(24), el primero de estos estudios fue

realizado en provincia el segundo en la Ciudad de México, esto puede dar pauta a lo que se comentaba de inicio que las características de los lugares donde se habita y la variabilidad cultural hace que la enfermedad se exprese de diferente manera en los sujetos.

Con respecto a otros estudios que se han realizado también en personal sanitario reportan una alta proporción de síndrome de *Burnout* para el personal médico, uno realizado el personal militar sanitario en España reporta que el 70% de los médicos y el 30% de las enfermeras fueron afectados por esta entidad, otros reportes en México menciona que entre el 30% al 50% de los médicos y que entre el 17% y el 30% de las enfermeras (3,10, 11,18,19,20,21,),dadas las características de la unidad donde se realizan el estudio y la heterogeneidad de los médicos y especialidades estudiadas los resultados del presente trabajo pueden ser extrapolares a otras poblaciones de médicos. En nuestro estudio la enfermedad se distribuye de diferente manera para estas las categorías ya que para las enfermeras encontramos un porcentaje de 45.8% y para los médicos del 25.52%, no obstante, si bien es cierto que las proporciones se distribuyen de diferente manera, al momento de realizar el análisis bivariado los médicos continúan teniendo un mayor riesgo que las enfermeras dado que para ellos es de 54% más y para las enfermeras de 20% más, así mismo la categoría de conservación es más alto que para las enfermeras con 46% más de riesgo, además cabe mencionar que la diferencia entre los grupos es estadísticamente significativa. Con respecto al servicio, se esperaba mayor plausibilidad al riesgo para los servicios quirúrgicos por la cantidad de trabajo generada en estos servicios, no obstante se encontró que en los servicios médicos el riesgo de de 5% más y que en los servicios detención al derechohabiente fue de 12% más de riesgo. No obstante no hay diferencia estadísticamente significativa y los intervalos resultan muy imprecisos. Este último fenómeno puede estar dado o tener relación con la percepción que se tenga del estrés y de la cantidad de trabajo , además de mayor exposición al contacto directo con el derechohabiente.

El estrés percibido es una condición importante para desarrollar la enfermedad, ya que, como depende de la propia adaptación del sujeto para generar el síndrome de *Burnout*, si este nunca percibe o casi nunca percibe la cantidad de estrés que se genera sobre el

esto resultaría en menor riesgo para desarrollar la enfermedad, de esta manera observamos en nuestro estudio que a mayor percepción del estrés hay más relación para el desarrollo de la enfermedad, así pues si de vez en cuando se siente estresado el sujeto tiene 78% más de riesgo y si a menudo se siente estresado el riesgo de la enfermedad puede ir hasta 1.30 veces más, para este resultado se obtuvo una p de tendencia significativa, con lo cual comprobamos nuestra hipótesis de que estará asociado positivamente con la enfermedad el estrés percibido.

Otra de las variables de estudio plausibles y estudiadas para la génesis de la enfermedad son los años de entrenamiento, algunos estudios mencionan que el estar sobre entrenado es de mayor riesgo para la enfermedad mientras que otros mencionan que el tener mas allá de la preparatoria será un factor de menor riesgo, con lo que respecta al riesgo en nuestro estudio para esta variable, se mantiene de menor riesgo hasta los 23 años de entrenamiento, además que conforme avanza el sujeto en los años de entrenamiento incrementa el riesgo, no obstante los intervalos son imprecisos y no es estadísticamente significativo, por lo que sería pertinente en futuras investigaciones ser mas exhaustivo en esta variable, ratificar o preguntar de una manera distinta con la finalidad de esclarecerla.

Por otro lado otra variable que se comportó de una manera parecida y tiene que ver con el tiempo de exposición para la enfermedad, son los años de antigüedad, por plausibilidad se esperaría que aquellos sujetos de nuevo ingreso o aquellos que tienen menor tiempo en la institución tuvieran más riesgo para presentar la enfermedad, dado que por las características e historia natural de la enfermedad esto sería lo más plausible, por otro lado otros estudios afirman que el tener más de 16 años de antigüedad tiene un OR 2.47, no obstante en nuestro estudio encontramos 17% más de riesgo en estos sujetos de nuevo ingreso mayores a 6 meses de iniciadas sus labores y hasta los 4 años de antigüedad continúa, se observa un gradiente biológico en los quinquenios hasta el grupo de 10 a 14 años de antigüedad el cual reporta un 25% más de riesgo, para el siguiente quinquenio ser de menor riesgo y en el quinquenio de 20 a 24 años volver a elevarse a 7% más de riesgo, esto puede ser el resultado de la adaptación o el proceso de adaptación que va sufriendo el sujeto conforme a la exposición, puesto que en un principio tiene que adaptarse a las condiciones, falta de recurso, demandas

laborales y competitividad, éstas pueden llegar a sobrepasarlo y en algún momento de este tiempo desarrollarla la enfermedad, por otro lado en el sentido de la carencia de recurso humano inmobiliario y estar más relacionado al cansancio emocional como detonador de la enfermedad.

Por último, una de las variables que también afectan la aparición del enfermedad es el sueño, Firth-Cozens et al. Refiere que esta variable se encuentra dentro de los estilos de vida nocivo para la generación del enfermedad, en este caso se mantiene una consistencia con estos estudios dado que se confiere un menor riesgo para aquellos sujetos que se categorizado como buenos dormidores.

Respecto a la precisión del estudio; no obstante que se sobrepaso el tamaño mínimo de muestra, ya que esta originalmente era de 423 y se termino un total de 599 trabajadores de la salud, esto mejoro nuestra precisión y ajusto de manera considerable nuestros intervalos de confianza. Se pudo eficientar la muestra calculando un efecto de diseño y realizando muestreo por conglomerados, de esta manera el numero total de sujetos a estudiar debieron de ser 875 sujetos. Así mismo en algunos intervalos de confianza resultan imprecisos dado que cruzan la unidad, esto mejoraría con el aumento del tamaño de la muestra, no obstante esta diferencias es mínima y continua con una tendencia hacia el riesgo.

Dentro de los sesgos encontrados en el estudio identificamos sesgos de información y clasificación no diferencial, estos debió a lo extenso de nuestro instrumento de medición, esto nos da como resultado una subestimación del efecto, así mismo y en la misma tendencia del sesgo, los trabajadores de la salud, aun a pesar de que la encuesta fue de manara anónima, pudieron sentirse no seguros para contestar de manera fidedigna continuando subestimando el efecto.

Dado que se utilizo un un tipo de estudio de prevalecía en el cual solo se hace una medición en el tiempo, en realidad no podemos saber que efecto precede a cual, así que solo tenemos una asociación entre los fenómenos, esto nos da una ambigüedad temporal, lo cual se podría mejorar con estudios de seguimiento o casos y controles, propios para encontrar la causalidad. Así también dado que la enfermedad dentro de sus sub escalas se tiene un gradiente, esto también puedo haber tenido un sesgo de incidencia prevalencia y sesgo de supervivientes dado que no sabemos en que

momento exacto de la enfermedad se encuentra cada sujeto, aunado también al hecho que el trabajador de la salud puede sufrir varios episodios de la enfermedad en sus diferentes gradientes y adaptarse de manera deferente en cada uno de ello continuando subestimando el efecto.

No obstante que se cuidaron los criterios de selección de los sujetos y se vigilo la valides de los mismos, el hecho de que fuera confidencial pudo afectar la validez interna, así mismo el hecho del tabú y estigmatización que representan las enfermedades mentales, los trabajadores de la salud pudieron contestar de manera no fidedigna. Por otro lado la tasa de no respuesta, la cual fue calculada en 21.18% afecta importante mente la validez de nuestro estudio subestimando nuestro efecto y como ya se comento previamente, esto sujetos peden ser los que están afectados con una forma mas grave del fenómeno.

Así mismo el tiempo en el que fue efectuado el estudio, dado que se presento un pedido vacacional y muchos permisos, fue algo que no pudimos controlar y afecto nuestro estudio.

Conclusiones:

Consideramos que el estudio de este tipo de patologías son necesarios y dado que los estudios que existen utilizan diferentes instrumentos eso da como resultado la variación al momento del reporte de la prevalencia, creemos prudente el presente estudio, con sus sesgos y limitaciones continua abriendo brecha en el aporte de conocimiento, con respecto a la enfermedad, dado que se buscaron factores extrínsecos al trabajo como los factores psicosociales.

Así mismo el presente estudio pudo cumplir con los objetivos trazados para el mismo dado que se pudo obtener la prevalencia de enfermedad y las asignaciones con las variables que se plantearon desde un inicio, no obstante al momento de respaldar las hipótesis, dado que se propuso una prevalencia de la enfermedad mayor al 50% y esto fue menor, no significa que no se haya cumplido con el objetivo o que la hipótesis este mal planteada, lo que nos lleva comentar que este trabajo debe ser juzgado a la luz de los siguientes sesgos y limitaciones.

Una de las fortalezas de nuestro estudio es la manera exhaustiva en la que se midieron cada una de las variables, dado que se utilizaron los mejores instrumentos para medirlas, eso mismo nos con lleva nuestro primer sesgo, por lo anterior el instrumento se convirtió en un instrumento demasiado extenso, el cual necesitaba mucho tiempo para ser llenado, esto afecta la veracidad con la cual contestaron los participantes al final del mismo, debido a que después de un tiempo prolongado realizando esta actividad se pudo haber hastiado al hacerlo y no contestar adecuadamente las últimas partes o algunas partes de este, esto nos daría como resultado un sesgo de información y clasificación no diferencial, que eso en detalles más técnicos lo que puede hacer es subestimar el efecto. Otra variable importante que creemos debió haber sido obtenida, preguntada y analizada de mejor manera fueron los años de entrenamiento ya que sólo se preguntó eso: ¿cuantos años de entrenamiento se tenía?. Por otro lado también la realización de este tipo de encuestas que pretenden buscar en las mentes de los sujetos y descubrir las patologías mentales de cada uno de los participantes, genera recelo y precaución al momento de contestar y hasta cierto punto tabú, esto debido a que las enfermedades mentales continúan siendo estigmatizadas, lo anterior da como resultado la tasa de no respuesta, contribuyendo

así a subestimar el efecto. Por otra parte estos mismos sujetos puede ser aquellos que tengan la expresión más grave de enfermedad contribuyendo así a la subestimación del efecto. Otra de las circunstancias a comentar es que en algunos de los servicios, para ser exactos dos, no nos permitieron ingresar debido a que ya se encontraban en ellos personal de ayuda psicológica y psiquiátrica, debido a que ya se habían diagnosticado he identificado algunos casos de depresión, angustia y síndrome de *Burnout* en un momento previo.

Por otra parte también hubo algunas circunstancias inherentes al equipo como el tiempo en el que en el cual se aplicó la encuesta, debido a que en este tiempo mucho personal salir de vacaciones estuvimos muchas gente se encontraba ausente.

Bibliografía

1. Frankl, V. El hombre en busca de sentido 3er ed. Barcelona España: Herder; 1946.
2. Gil-Monte PR. Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás?. Revista Psicología Trabajo Organizaciones 2003;19(2):181-197
3. Galvez-Herrer M, Moreno-Jiménez B, Mingote-Adan JC. El desgaste profesional del medico Revisión y guía de las buenas practicas. 2da ed. España: Díaz Santos. 2011
4. Gutiérrez-Aceves G, Celis-López M, Moreno-Jiménez S, Farias-Serratos F, Suárez-Campos J. Síndrome de Burnout. Arch Neurocién. 2006 ;11 (4): 305-309,
5. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of reseach and practice. Career Development International 2009; 14: 204-220
6. Palmer Y, Gomez-Vera A, Cabrera Pivaral C, Prince Velez R, Searcy R. Salud Mental 2005; 28(1): 82-9.
7. Alvares-Gallegos E, Fernandez-Rios L. EL síndrome de “Burnout” o el desgaste profesional (I): Revicion de estudios. Revista de la asociación española de neuropsiquiatría 1991; 11(39): 257-265.
8. <http://www.cnnexpansion.com/mi-carrera/2012/08/08/mexicanos-sufren-bull-ying-en-el-trabajo>
9. Fernández-López JA, Siegrist J, Rödel A, Hernández-Mejía R. El estrés laboral: un nuevo factor de riesgo. ¿Qué sabemos y qué podemos hacer? *Aten Primaria* 2003;**31**:1-10.
10. Pilowski L, O’Sullivan G. Mental illnes in doctors. *BMJ* 1989; **298**: 269-70.
11. Mingote JC, Pérez F. *El estrés del médico. Manual de autoayuda*. Madrid. 1era ed. Madrid España Díaz de Santos, 1999.
12. Conclusiones de las Primeras Jornadas Europeas PAIMM-2001 sobre Programas de Atención para profesionales de la sanidad con problemas mentales y conductas adictivas en Europa. Disponible en: <http://www.paimm.net> –
13. Juárez-García A, Idrov A, Camacho-Avila A, Placencia-Reyes O. “Síndrome de burnout en población mexicana: Una revisión sistemática”. *Salud Mental* 2014; 37: 159-176.

14. Gil-Monte P, Peiró J, Valcárcel P. A model of burnout process development: An alternative from appraisal models of stress. *Comportamento Organizacional e Gestao*, 1998 ; 4(1): 165-179.
15. Lee R, Ashforth B. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 1996; 81: 123-133.
16. Iverson R, Olekalns M, Erwin P. Affectivity, organizational stressors, and absenteeism: A causal model of burnout and its consequences. *Journal of Vocational Behavior*. 1998 ; 52: 1-23.
17. Gil-Monte P. " Influencia del genero sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (BURNOUT) en profesionales de enfermería. *Psicologia em Estudo, Maringa*. 2002 jun/jul; 7(1): 3-10.
18. Aranda-Beltrán C. Diferencia por sexo, Síndrome de Burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares de dos instituciones de salud en Guadalajara, México. *Rev. costarric. salud pública*. 2006 Diciembre; 15 (29).
19. Gil- Monte PR, Peiró SJM. *Desgaste Psíquico en el Trabajo: El Síndrome de Quemarse*. 1a edición, Editorial Síntesis, Madrid 1997.
20. Garnier A, López RS, J. Mira J, Tirado S, Rodríguez MJ. Burnout en médicos de urgencias. La búsqueda del mes. Sitio Web: <http://www.copsa.es> 2001.
21. Morales G, Gallego LM, Rotger D. La incidencia y relaciones de la ansiedad y el burnout en los profesionales de intervención en servicios sociales. INTERPSIQUIS. Sitio Web: www.psiquiatria.com 2004.
22. Atance MJC. Aspectos Epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública* 1997; 71(3): 293-303.
23. Bergman B, Ahmad F, Stewart DE. Physician health, stress and gender at a university hospital. *J Psychosom Res* 2003; 54: 171-8.
24. Henderson G. Physician Burnout. *Hospital Physician* 1984; 7: 20-8.
25. Deckard G, Meterko M, Field D. Physician burnout: an examination of personal, professional, and organizational relationships. *Med Care* 1994; 32: 745-54.
26. Aranda-Beltrán C, Pando-Moreno M, Torres-López T, Salazar-Estrada J, Franco-Chávez S. Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. México. *An. Fac. med.* 2005 Septiembre; 66(3).

27. Prieto-Miranda S, Rodríguez-Gallardo G, Jiménez-Bernardino C, Guerrero-Quintero L. Desgaste profesional y calidad de vida en médicos residentes. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013; 51(5): 574-579.
28. Herrero-Parada H, "Revisión bibliográfica del síndrome de Burnout en el personal sanitario de emergencias en España". [Tesis de maestría]. España: Universidad de Oviedo Facultad de Medicina
29. Aranda-Beltrán C, González-Baltazar R, Pando-Moreno M, Hidalgo-SantaCruz G. Factores de riesgo psicosocial laborales, apoyo social y síndrome de Burnout en médicos de familia de tres instituciones públicas de salud de Guadalajara (México) Salud Uninorte. Barranquilla 2013; 29 (3): 487-500.
30. Lin N, Dean A, Ensel WM. Social support, life events and depressions. New York: Academic Press; 1986.
31. Barrón A. Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores; 1996.
32. Hernández ML. El Síndrome de burnout en funcionarios de vigilancia de un centro penitenciario. International Journal of Clinical and Health Psychology 2006; 6: 599-611.
32. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. American Psychiatric Publishing, 2014.
33. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD

Prevalencia de síndrome de Burnout y factores asociados en el Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda” del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación

Lugar y fecha: Ciudad de México, a _____ de _____ del 20__

Por medio de la presente le estamos solicitando su autorización y le invitamos para que participe en este estudio de investigación que tiene como propósito evaluar y determinar la prevalencia de Síndrome de Burnout en el Hospital de especialidades, debido a la cantidad de factores de riesgos bajo el cual se encuentran sometidos los trabajadores de este nosocomio.

Procedimientos: Se acudirá a su servicio para invitarlo a participar y posteriormente:

Le pediremos que responda un cuestionario donde le preguntaremos sobre: datos generales como edad, estado civil, datos relevantes sobre las características de su trabajo y actitudes o situaciones laborales y por ultimo sobre sus hábitos de sueño. El cuestionario se llevara a cabo de forma individual y confidencial.

Posibles riesgos y molestias: Debido a que la evaluación es un cuestionario no existe riesgo físico.

Beneficios: Los resultados permitirán realizar una evaluación de su situación emocional, forma de dormir, en caso de que desee obtener los resultados de su encuesta se proporcionará un resumen de ella.

Participación o retiro: Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si usted decide no participar no será afectado en ningún sentido.

Privacidad y confidencialidad: La información que se nos proporcione será guardada de manera confidencial y por separado al igual que sus respuestas a los cuestionarios. Las únicas personas que tendrán acceso a esta información serán el investigador principal y su asociado.

Declaración de consentimiento informado: Se me ha explicado con claridad en que consiste este estudio, además he leído (o alguien me ha leído) el contenido de este formato de consentimiento a mi satisfacción.

Al firmar este formato estoy de acuerdo de participar en la investigación que aquí se describe.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas al estudio podrá dirigirse a:

Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Av. Cuauhtémoc 330 4°
piso Bloque "B" de la unidad de Congresos, Col. Doctores México, D.F., C.P.
06720 Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico:

comisión.etica@imss.gob.mx

Investigador responsable:

Dra. Yazmin Zacate Palacios. Medico Epidemiólogo

Jefa de División de Epidemiología

Teléfono: 55 4421 8853

56276900 Ext: 21296

Correo electrónico: yazmin.zacate@imss.gob.mx

Colaboradores:

Ramón Octavio Federico Contreras Casillas.

Teléfono de contacto: 55 4870 7657 /68433143

Correo electrónico: octaviomd83@gmail.com

Dra. Elsa Berenice Orozco Núñez. Médico Psiquiatra

Hospital Regional de Zona 1 Dr. Carlos Mc Gregor
Sanchez Navarro

Teléfono: 55 1354 2869

56395822 Ext: 20783

Correo electrónico: bereniceo@gmail.com

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

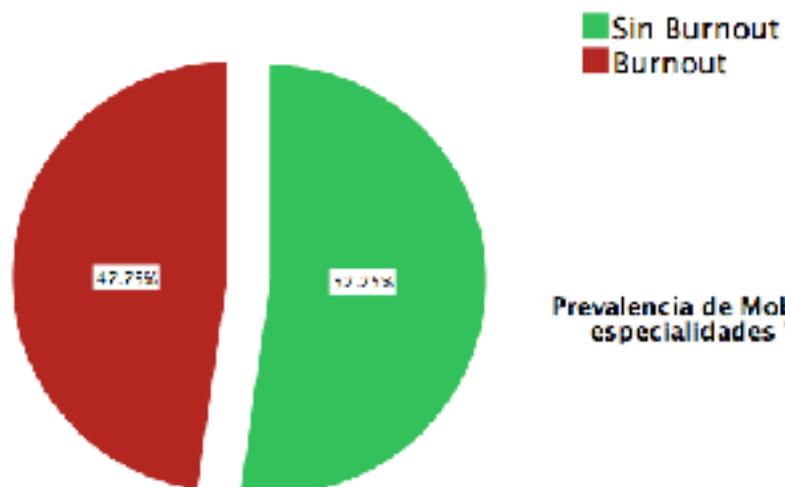
Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Gráficos y Tablas:

Prevalencia de Síndrome de Burnout en trabajadores de la salud del Hospital de especialidades "Dr Bernardo Sepúlveda" del CMNSXXI del IMSS



Prevalencia de Mobbing en trabajadores de la salud del Hospital de especialidades "Dr Bernardo Sepúlveda" del CMNSXXI del IMSS

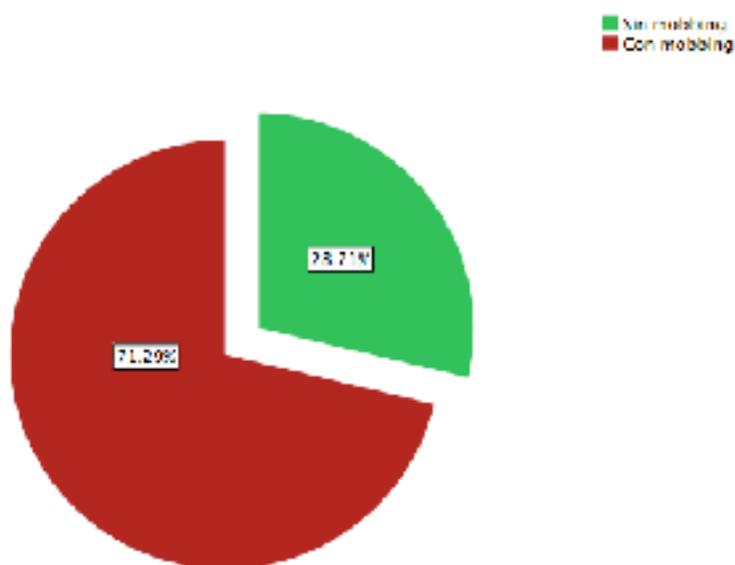
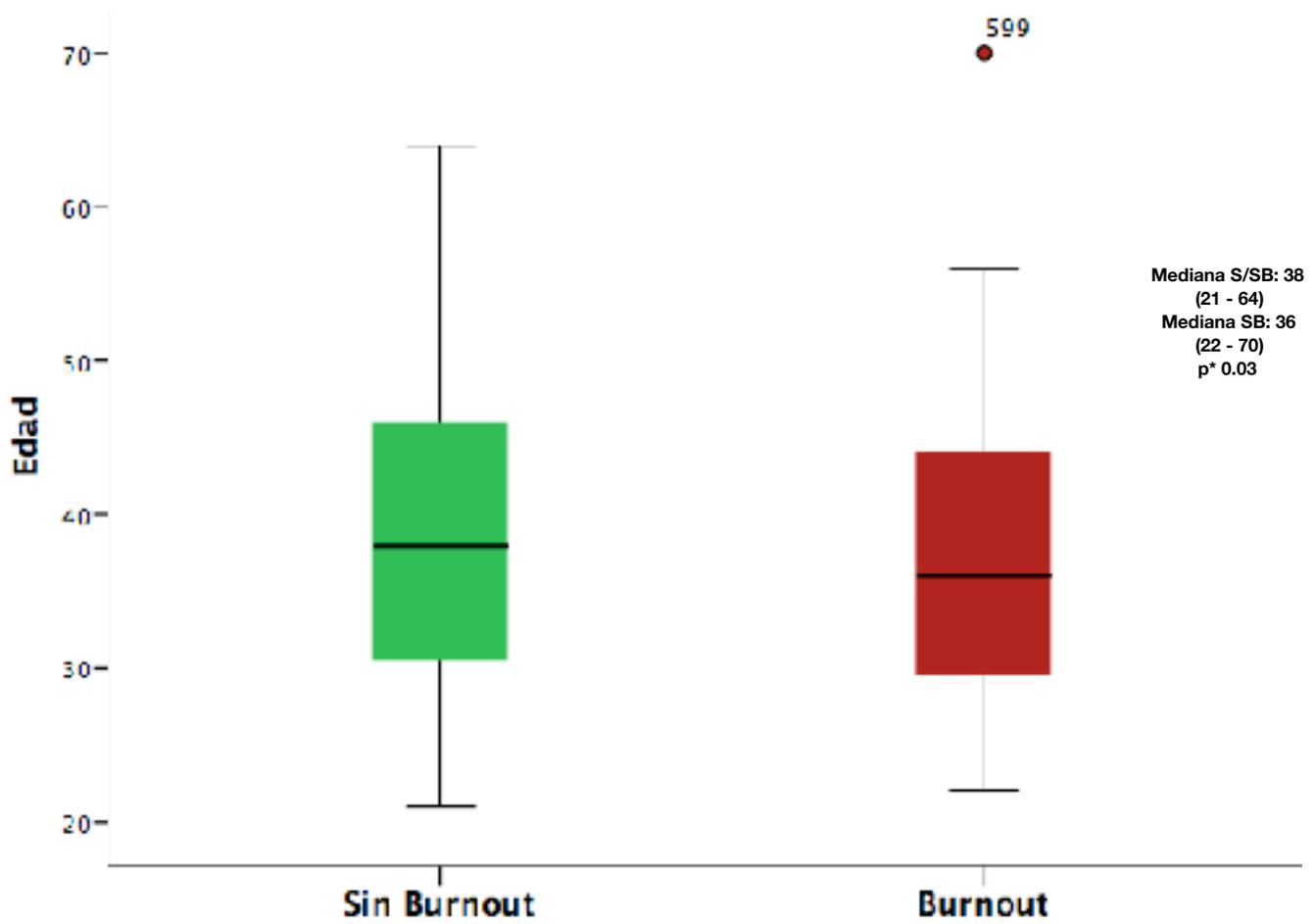


Tabla 1 Prevalencia de Síndrome de Burnout y mobbing				
	N	Frecuencia	Proporción %	IC 95%
Síndrome de Burnout				
Sin Burnout	599	313	52.3	(48.16 - 56.31)
Burnout		286	47.7	(43.68 - 51.83)
Mobbing				
Sin mobbing	599	172	28.7	(25.12 - 32.52)
Con mobbing		427	71.3	(67.48 - 74.88)

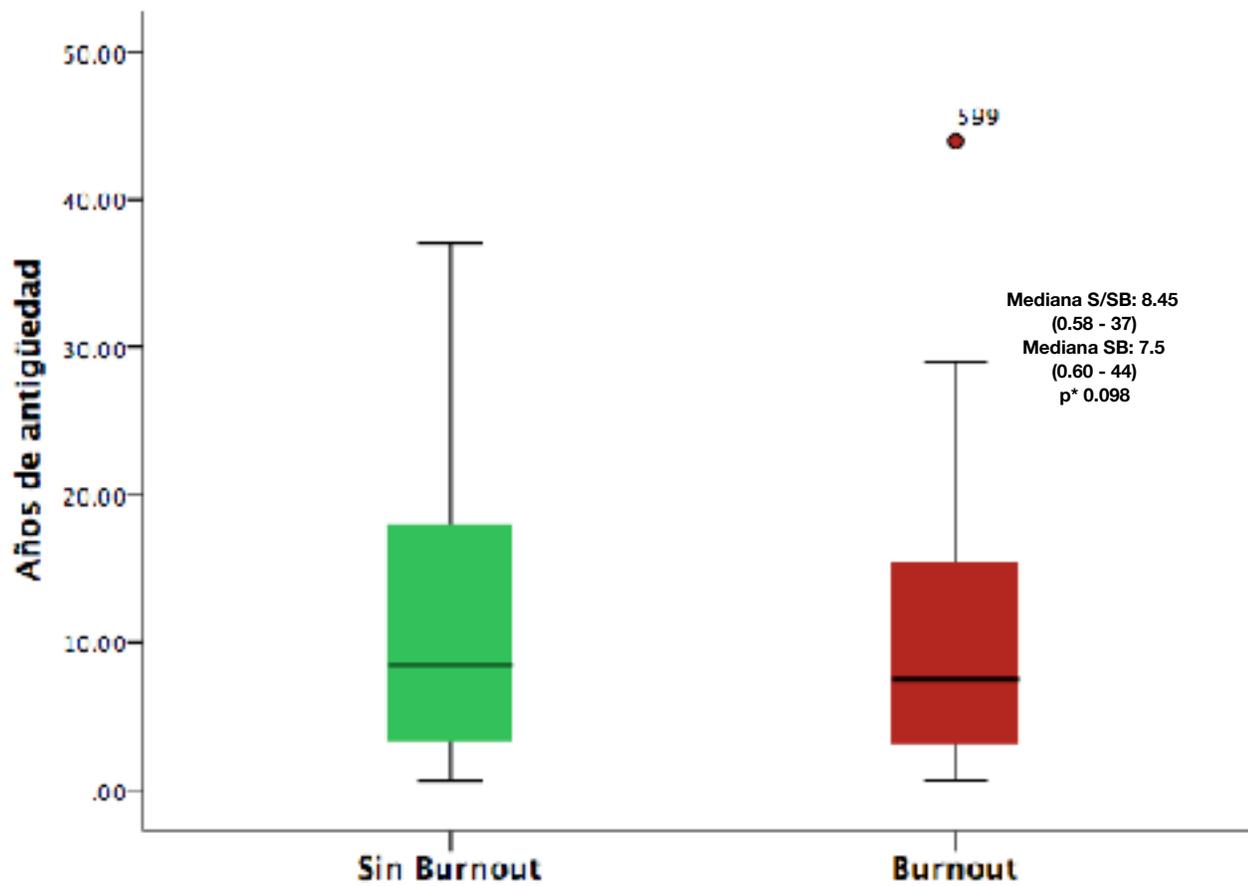
Tabla 2: Distribución y clasificación dentro de las diferentes sub escalas del Síndrome de burnout

Variable	N	Frecuencia	Proporción %	IC 95%
Cansancio emocional				
Cansancio emocional	599	89	14.9	(12.10 - 17.96)
Sin cansancio emocional		510	85.1	(82.03 - 87.89)
Despersonalización				
Despersonalizado	599	130	21.7	(18.46 - 25.22)
No despersonalizado		469	78.3	(74.77 - 81.53)
Realización personal				
Sin realización personal	599	225	37.6	(33.67 - 41.57)
Realizado personalmente		374	62.4	(58.42 - 66.33)
Sub escala cansancio emocional				
Bajo	599	419	69.9	(66.10 - 73.59)
Medio		102	17.0	(14.10 - 20.28)
Alto		78	13.0	(10.43 - 15.98)
Sub escala despersonalización				
Bajo	599	346	57.8	(53.69 - 61.75)
Medio		143	23.9	(20.51 - 27.49)
Alto		110	18.4	(15.34 - 21.70)
Sub escala de realización personal				
Bajo	599	225	37.6	(33.67 - 41.57)
Medio		117	19.5	(16.43 - 22.93)
Alto		257	42.9	(38.90 - 46.97)

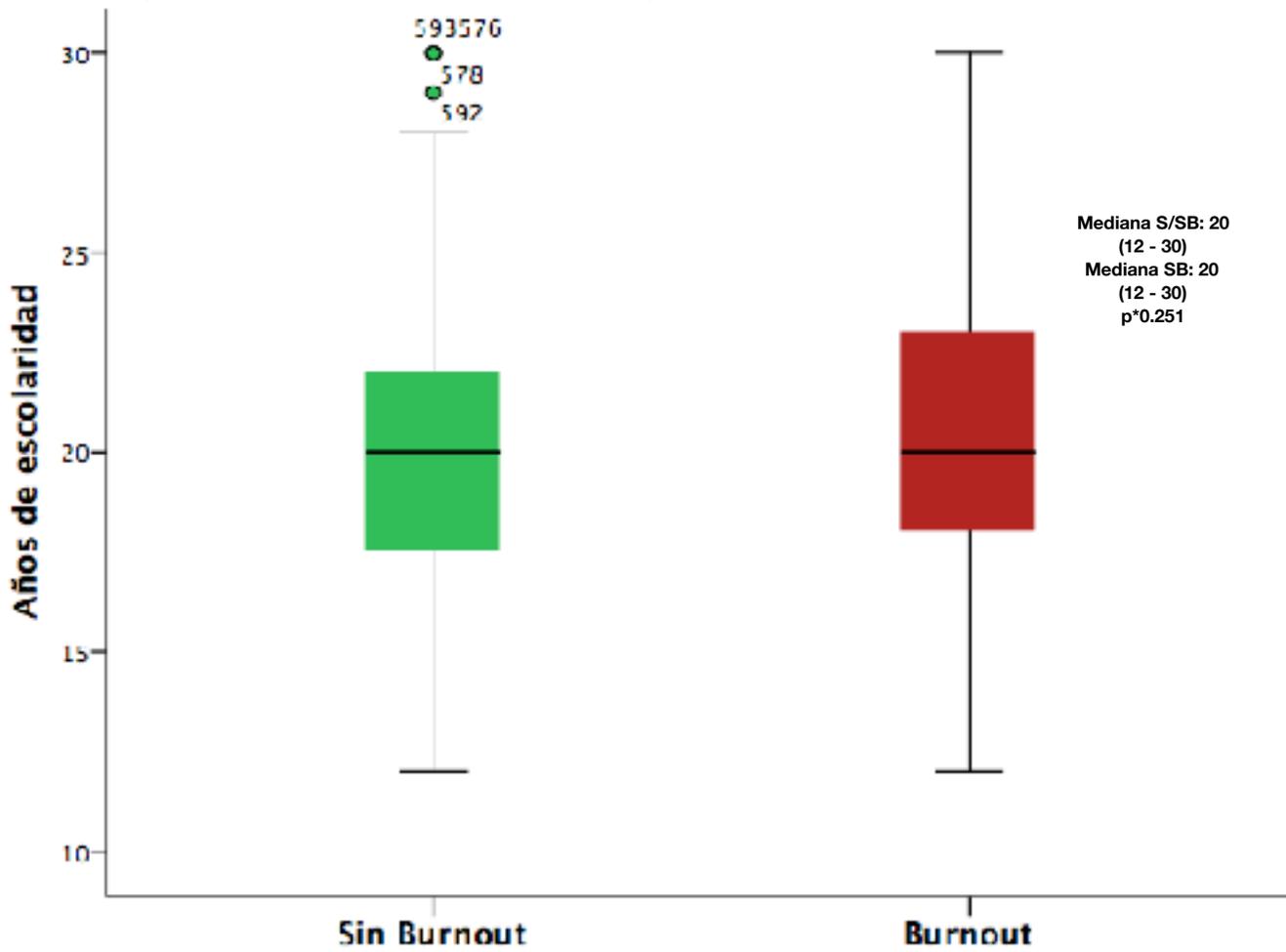
Distribución de la edad en los trabajadores de la salud entre quienes tienen y no Burnout del Hospital de especialidades "Dr Bernardo Sepúlveda" de CMNSXXI del IMSS



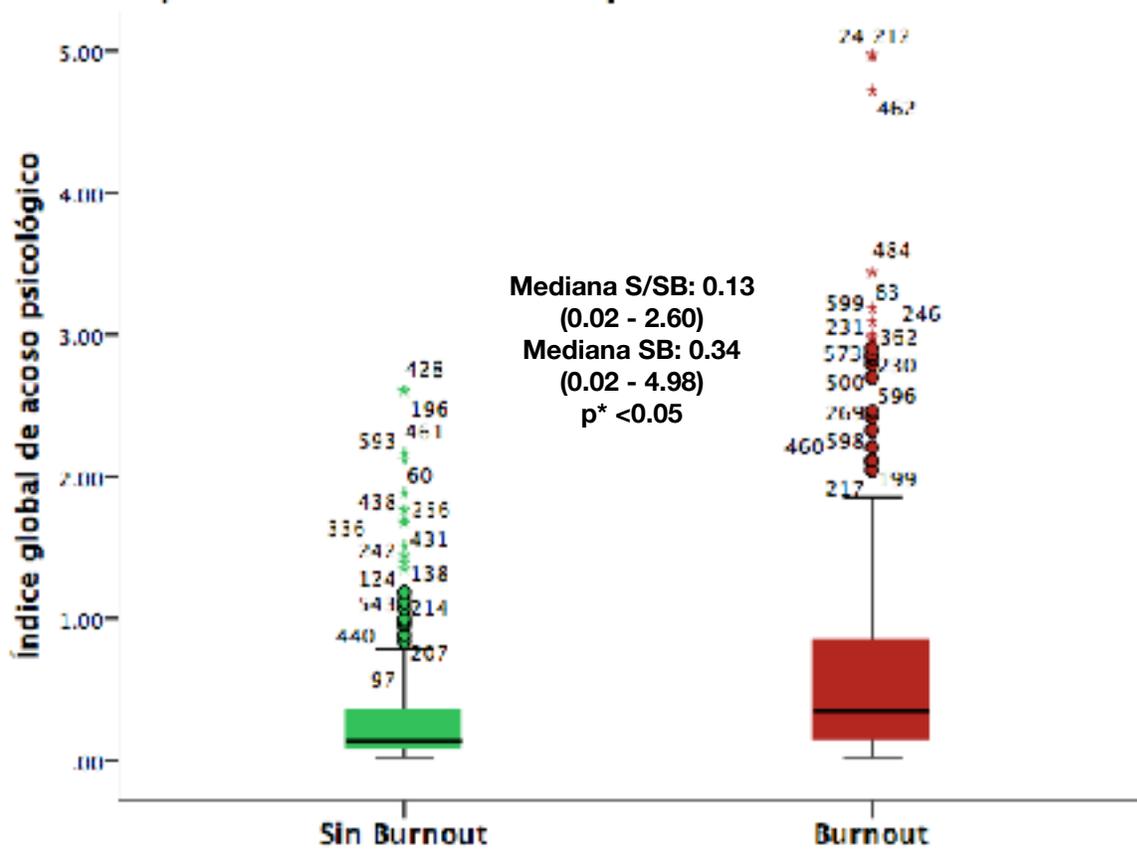
Años de antigüedad entre los sujetos que tienen y no Síndrome de Burnout en el Hospital de especialidades "Dr Bernardo Sepúlveda" del CMNSXXI del IMSS



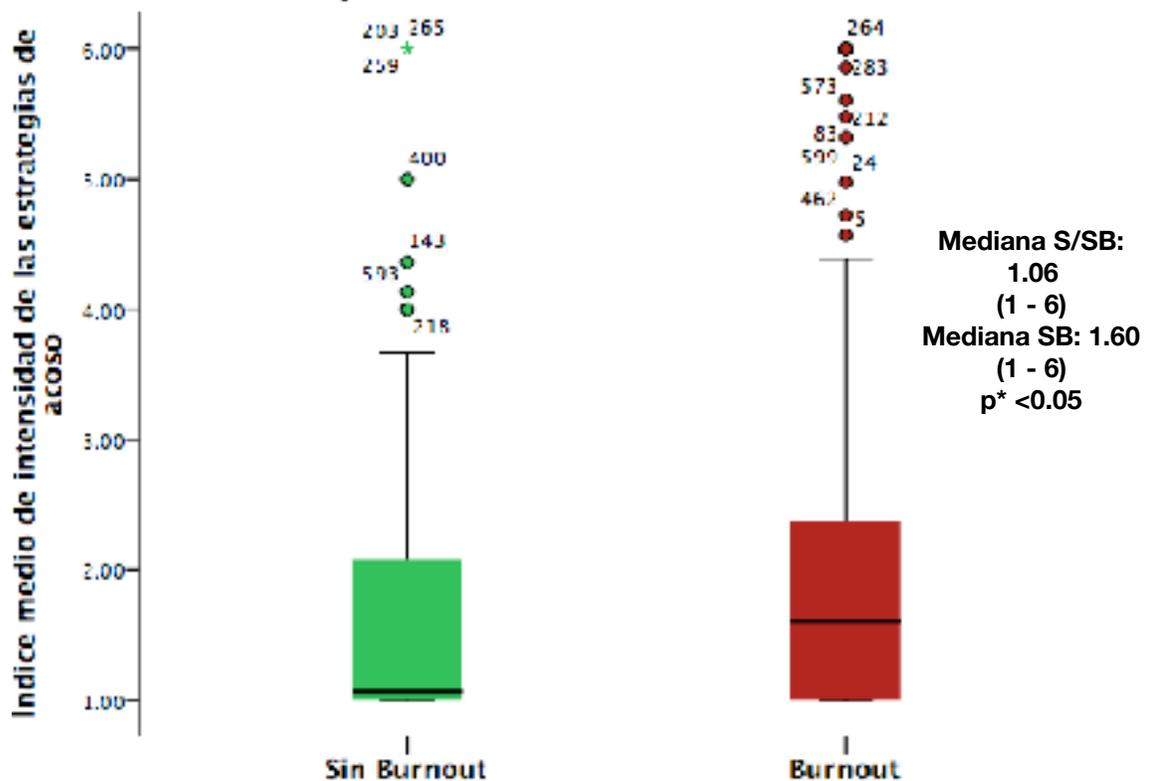
Años de escolaridad entre los trabajadores de la salud del hospital de especialidades "Dr Bernardo Sepúlveda" del CMNSXXI del IMSS



Índice de acoso ejercido sobre los trabajadores de la salud del Hospital de especialidades "Dr Bernardo Sepúlveda" de CMNSXXI del IMSS



Índice de Intensidad de las Estrategias de Acoso ejercidas a los trabajadores de la salud del Hospital de especialidades "Dr Bernardo Sepúlveda" del CMNSXXI del IMSS



Diferencia entre la intensidad y la cantidad de acoso global ejercida sobre los trabajadores de la salud de del Hospital de especialidades "Dr Bernardo Sepúlveda" del CMNSXXI del IMSS

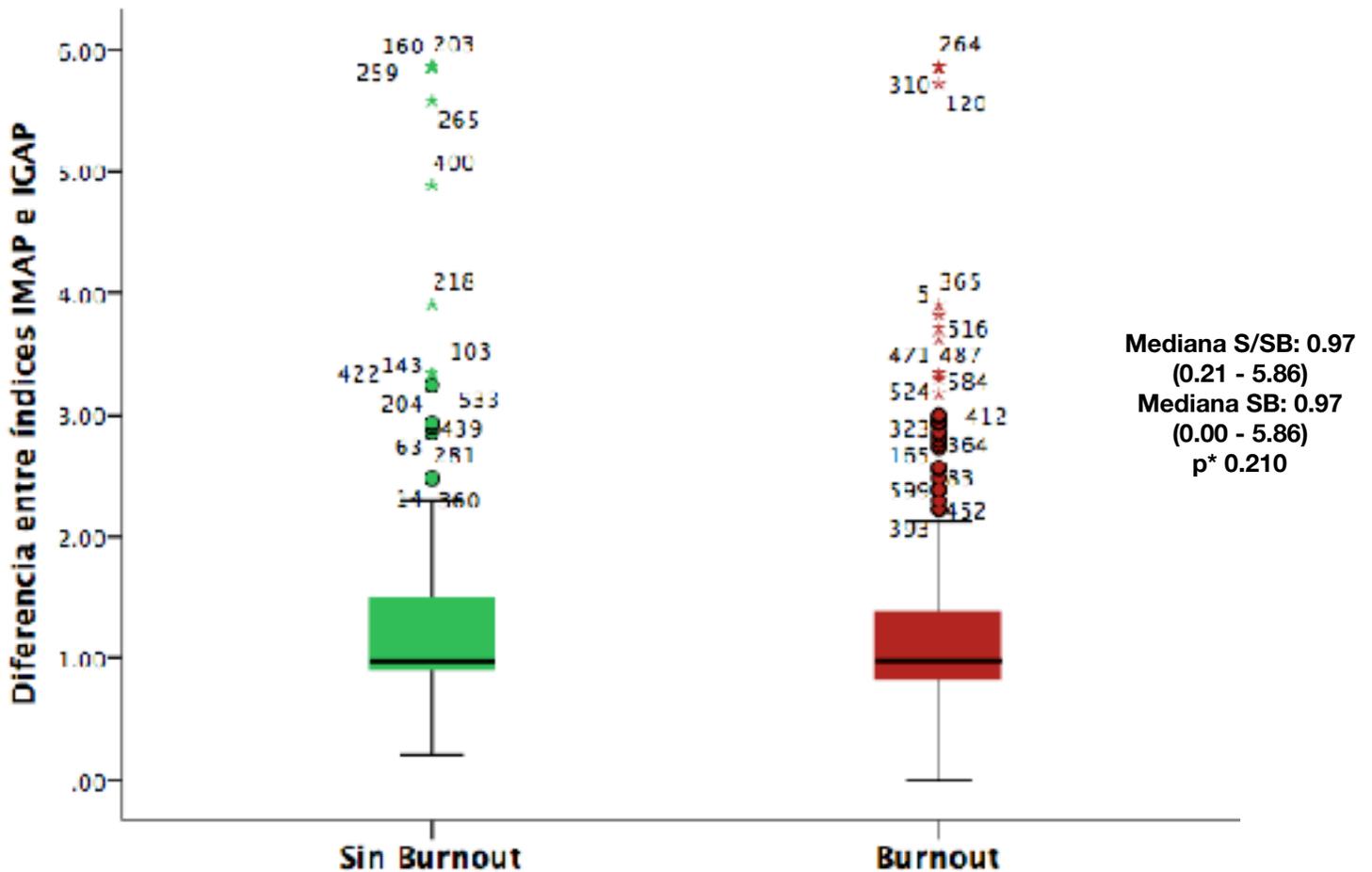


Tabla 3: Estadísticos descriptivos de los trabajadores del Hospital de Especialidades "Dr Bernardo Sepúlveda" del CMNSXXI

	N	Mediana	Rango	Percentil 25	Percentil 75	p*
Edad	599	37.00	49	31.00	46.00	<0.05
Escolaridad	599	20.00	18	17.00	22.00	<0.05
Antigüedad	599	8.50	43.42	3.62	18.00	<0.05
Peso	599	70.00	88	60.00	80.00	<0.05
Altura	599	1.60	0.46	1.56	1.70	<0.05
Horas en cama	599	6.50	14	5.50	7.33	<0.05
Horas percibidas de sueño	599	6.00	10	5.00	7.00	<0.05
IMC	599	26.45	30.17	24.14	29.07	<0.05

* test para normalidad de Kolmogorov-Smirnov dado que la muestra supera las 50 observaciones

Tabla 4: Características generales de la población				
	N	Frecuencia	Porcentaje %	IC 95%
Sexo				
Masculino	599	213	35.6	(31.72 - 39.54)
Femenino		386	64.4	(60.46 - 68.27)
Estado civil				
Soltero	599	245	40.9	(36.93 - 44.95)
Casado		230	38.4	(34.48 - 42.42)
Viudo		8	1.3	(0.57 - 2.61)
Divorciado		33	5.5	(3.82 - 7.65)
Union libre	599	74	12.4	(9.82 - 15.25)
Separado		9	1.5	(0.68 - 2.83)
Sujetos con Hijos		383	63.9	(59.95 - 67.79)
Turno				
Matutino	599	400	66.8	(62.84 - 70.54)
Vespertino		57	9.5	(7.28 - 12.5)
Nocturno		138	23.0	(19.72 - 26.62)
Jornada Acumulada		4	0.7	(0.18 - 1.70)
Tipo de contratación				
Base	599	473	79.0	(75.47 - 82.16)
Eventual		31	5.2	(3.54 - 7.26)
Residente		79	13.2	(10.58 - 16.16)
Confianza	599	16	2.7	(1.53 - 4.30)
Sujetos que realizan guardias		235	39.2	(35.30 - 43.27)

Tabla 4a				
	N	Frecuencia	Porcentaje %	IC 95%
Edad den Decenios				
20 - 29		119	19.9	(16.74 - 23.29)
30 - 39		225	37.6	(33.67 - 41.57)
40 - 49	599	172	28.7	(25.12 - 32.52)
50 - 59		76	12.7	(10.12 - 15.62)
60 y más		7	1.2	(0.47 - 2.39)
Escolaridad				
10 - 12	599	2	0.3	(0.04 - 1.20)
13 o más		597	99.7	(98.79 - 99.96)
IMC				
Insuficiencia ponderal		3	0.5	(0.10 - 1.45)
Normal		208	34.7	(30.91 - 38.68)
Sobrepeso		267	44.6	(40.54 - 48.65)
Obesidad clase I	599	96	16.0	(13.17 - 19.21)
Obesidad clase II		19	3.2	(1.92 - 4.90)
Obesidad clase III		6	1.0	(0.36 - 2.16)
Numero de Hijos				
0		216	36.1	(32.20 - 40.05)
1 - 2	599	315	52.6	(40.50 - 56.64)
3 y más		68	11.4	(8.92 - 14.16)

Tabla 5: Factores de Riesgo Psicosocial

	N	Frecuencia	Proporcion %	IC 95%
Apartado 1: Exigencias Psicológicas				
Exposición más favorable para la salud	599	272	45.4	(41.37 - 49.49)
Exposición intermedio		134	22.4	(19.09 - 25.92)
Exposición más desfavorable para la salud		193	32.2	(28.49 - 36.12)
Apartado 2: Trabajo activo y posibilidades de desarrollo (influencia, desarrollo de habilidades, control sobre los tiempos)				
Exposición más favorable para la salud	599	379	63.3	(59.27 - 67.14)
Exposición intermedio		158	26.4	(22.88 - 30.10)
Exposición más desfavorable para la salud		62	10.4	(8.02 - 13.07)
Apartado 3: Inseguridad				
Exposición más favorable para la salud	599	59	9.8	(7.58 - 12.52)
Exposición intermedio		136	22.7	(19.40 - 26.27)
Exposición más desfavorable para la salud		404	67.4	(67.53 - 71.18)
Apartado 4: Apoyo social y calidad de liderazgo				
Exposición más favorable para la salud	599	330	55.1	(51.00 - 59.12)
Exposición intermedio		134	22.4	(19.09 - 25.92)
Exposición más desfavorable para la salud		135	22.5	(19.25 - 26.09)
Apartado 5: Doble presencia				
Exposición más favorable para la salud	599	65	10.9	(8.47 - 13.62)
Exposición intermedio		166	27.7	(24.16 - 31.48)
Exposición más desfavorable para la salud		205	34.2	(30.42 - 38.17)
Apartado 6: Estima				
Exposición más favorable para la salud	599	157	26.2	(22.73 - 29.92)
Exposición intermedio		104	17.4	(14.41 - 20.63)
Exposición más desfavorable para la salud		338	56.4	(52.35 - 60.44)

Tabla 5a: Características psicológicas de la población				
	N	Frecuencia	Proporcion %	IC 95%
Ansiedad				
Ansiedad baja		544	90.8	(88.21 - 93.00)
Ansiedad moderada	599	37	6.2	(4.38 - 8.41)
Ansiedad severa		18	3.0	(1.79 - 4.70)
Depresión				
Normal		510	85.1	(82.03 - 87.89)
Leve perturbación		45	7.5	(5.53 - 9.92)
Depresión intermitente	599	21	3.5	(2.18 - 5.30)
Depresión moderada		18	3.0	(1.79 - 4.70)
Depresión grave		5	0.8	(0.27 - 1.93)
Estres Percibido				
Casi nunca ó nunca estresado		194	32.4	(28.65 - 36.29)
De vez en cuando estresado		330	55.1	(51.00 - 59.12)
A menudo estresado	599	74	12.4	(9.82 - 15.25)
Muy amenudo estra estresado		1	0.2	(0.00 - 0.92)

Tabla 6: Factores de Riesgo laborales y organizacionales

	Burnout	Sin Burnout	RP	IC95%	p*
Turno					
Matutino	199	201	1		0.10
Vespertino	19	38	0.67	(0.45- 0.97)	
Nocturno	67	71	0.97	(0.80 - 1.18)	
Jornada Acumulada	1	3	0.50	(0.9 - 2.75)	
Sexo					
Masculino	111	102	1		0.06
Femenino	175	211	1.18	(0.95 - 1.47)	
Con o sin Hijos					
Sí	177	206	1.18	(0.84 - 1.65)	0.317
No	109	107	1		
Tipo de contratación					
Base	206	267	1		<0.05
Eventual	19	12	1.40	(1.04 - 1.89)	
Residente	53	26	1.54	(1.27 - 1.85)	
Confianza	8	8	1.14	(0.69 - 1.89)	
Edad					
20 - 29	64	55	1.88	(0.57 - 6.14)	<0.05**
30 - 39	116	109	1.72	(0.53 - 5.61)	
40 - 49	70	102	1.42	(0.43 - 4.65)	
50 - 59	34	42	1.51	(0.45 - 5.02)	
60 y más	2	5	1		
Numero de hijos					
0	109	107	1		0.58**
1 - 2	143	172	0.89	(0.75 - 1.07)	
3 y más	34	34	0.99	(0.75 - 1.30)	

*Test de Chi cuadrada.

** Test de Chi cuadrada de tendencia.

Tabla 6a: Factores de Riesgo laborales y organizacionales					
	Burnout	Sin Burnout	RP	IC95%	p*
IMC					
Insuficiencia ponderal	1	2	0.66	(0.13 - 3.32)	0.16**
Normal	104	104	1		
Sobrepeso	128	139	0.95	(0.79 - 1.15)	
Obesidad clase I	45	51	0.93	(0.72 - 1.20)	
Obesidad clase II	7	12	0.73	(0.40 - 1.34)	
Obesidad clase III	1	5	0.33	(0.05 - 2.00)	
Años de estudio					
13-17	68	82	0.94	(0.60 - 1.47)	0.23**
18-22	139	161	0.96	(0.63 - 1.47)	
23-27	67	57	1.12	(0.72 - 1.74)	
28 y más años	12	13	1		
Estado civil					
Sin Pareja	130	174	1		<0.05
Con Pareja	156	139	1.50	(1.08 - 2.07)	

*Test de Chi cuadrada.

** Test Chi cuadrada de tendencia.

Tabla 6b: Factores de Riesgo laborales y organizacionales

	Burnout	Sin Burnout	RP	IC95%	p*
Categoría					
Médicos	73	55	1.54	(0.84 - 2.84)	<0.05
Enfermeras	131	163	1.20	(0.66 - 2.20)	
Laboratorio	7	12	1		
Conservación	35	30	1.46	(0.77 - 2.74)	
Atención al derechohabiente	11	25	0.82	(0.38 - 1.78)	
Otros	29	28	1.38	(0.72 - 2.62)	
Servicio					
Médico	132	141	1.05	(0.75 - 1.45)	0.69
Quirúrgico	76	94	0.97	(0.68 - 1.37)	
Administrativo	23	27	1		
Atención al derechohabiente	55	51	1.12	(0.79 - 1.60)	
Antigüedad					
0 - 4	96	90	1.17	(0.85 - 1.61)	0.23**
5 - 9	61	74	1.02	(0.72 - 1.44)	
10 - 14	43	35	1.25	(0.88 - 1.77)	
15 - 19	25	42	0.84	(0.55 - 1.29)	
20 - 24	35	39	1.07	(0.73 - 1.56)	
25 y más	26	33	1		

**Test de Chi cuadrada.*

*** Test Chi cuadrada de tendencia.*

Tabla 7: Factores de riesgo psicológicos y de estilo de vida nocivos					
	Burnout	Sin Burnout	RP	IC95%	p*
Ansiedad					
Sin ansiedad	244	300	1		<0.05**
Ansiedad moderada	28	9	1.68	(1.37 - 2.07)	
Ansiedad severa	14	4	1.73	(1.33 - 2.25)	
Depresión					
Normal	219	291	1		<0.05**
Leve perturbación	33	12	1.70	(1.39 - 2.09)	
Depresión intermitente	19	2	2.10	(1.77 - 2.50)	
Depresión moderada	12	6	1.55	(1.10 - 2.18)	
Depresión grave	3	2	1.39	(0.67 - 2.87)	
Estrés percibido					
Casi nunca ó nunca estresado	58	136	1		<0.05**
De vez en cuando estresado	176	154	1.78	(1.40 - 2.26)	
A menudo estresado	52	23	2.31	(1.78 - 3.01)	
Calidad del Sueño					
Mal dormidor	26	39	1		0.11
Buen dormidor	260	274	0.70	(0.41 - 1.18)	
Mobbing (acoso moral)					
Sin mobbing	67	105	1		<0.05
Con mobbing	219	208	1.65	(1.15 - 2.36)	

*Test de Chi cuadrada.

** Test Chi cuadrada de tendencia.

Modelo 1			
Variable	OR*	IC 95%	p
Estrés Percibido	1.834	(1.348 - 2.494)	0.000
Ansiedad	1.650	(0.977 - 2.787)	0.061
Apartado 2	1.432	(1.092 - 1.878)	0.009
Tener Pareja	1.350	(0.950 - 1.918)	0.094
Sexo Femenino	1.49	(1.03 - 2.17)	0.034
Medico residente	1.232	(1.006 - 1.509)	0.043
Apartado 1	1.227	(0.987 - 1.526)	0.066
Apartado 6	1.264	(1.004 - 1.592)	0.046

*Modelo ajustado por: Sexo, turno , tipo de contratación, edad, estado civil, apartados1,2,3,4,6 ansiedad, depresión, estrés percibido, mobbing

Instrumento de Captura

No. FOLIO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD

Cuestionario para el protocolo de investigación:
Prevalencia de síndrome de Burnout y factores asociados en el Hospital de Especialidades
“Dr. Bernardo Sepúlveda” del Centro Médico Nacional Siglo XXI

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario es parte de un estudio que se está realizando en esta unidad. Las preguntas son **solo con fines de investigación médica**, para que el estudio sea provechoso es **MUY IMPORTANTE que CONTESTES a TODAS LAS PREGUNTAS** con el **MA YOR CUIDADO Y SINCERIDAD POSIBLE**. Todas las **RESPUESTAS SON ESTRICTAMENTE “CONFIDENCIALES” Y NINGUNO DE LOS PARTICIPANTES PODRÁ SER IDENTIFICADO.**

NO ES UN EXAMEN, no hay respuestas correctas o incorrectas

Para cada pregunta busca la respuesta que para ti sea la mejor. Marca con una “X” dentro del cuadro la respuesta que hayas escogido.

Ejemplo: Escribe con números legibles dentro de las casillas, utilizando **0 a la izquierda cuando sea necesario**. Teniendo cuidado de **centrar tu número y de no tocar el borde de las casillas**. Ejemplo: 4 2 año(s) 0 5 mes(es)

Utiliza pluma o bolígrafo color negro, si te equivocas no taches, utiliza corrector.

I. DATOS GENERALES

1. Matrícula: <input type="text"/>		2. Del turno: Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/> Jornada Acumulada <input type="checkbox"/>		3. Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
4. ¿Qué edad tienes? <input type="text"/> años		5. Tu fecha de nacimiento es el: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dd mm aa			
6. Estado civil: Solter@ <input type="checkbox"/> Casad@ <input type="checkbox"/> Viud@ <input type="checkbox"/> Divorciad@ <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Separad@ <input type="checkbox"/>					
7. ¿Tienes hij@s? <input type="checkbox"/> <small>Si tu respuesta es NO pasa a la pregunta 9</small> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		8. ¿Cuánt@s? <input type="text"/>		9. Escolaridad <input type="text"/> años <small>Años de estudio o entrenamiento.</small>	
10. Categoría. Almacenista <input type="checkbox"/> Analista <input type="checkbox"/> AYO <input type="checkbox"/> Asistente Médica <input type="checkbox"/> Aux. Lab. <input type="checkbox"/> Camillero <input type="checkbox"/> Chofer <input type="checkbox"/> Enfermera: Jefe <input type="checkbox"/> Citotecnólogo <input type="checkbox"/> Cocinero <input type="checkbox"/> Conservación <input type="checkbox"/> Divisionario <input type="checkbox"/> Especialista General <input type="checkbox"/> Histotecnólogo <input type="checkbox"/> Jefe de servicio <input type="checkbox"/> Laboratorista <input type="checkbox"/> Manejador de alimentos <input type="checkbox"/> Auxiliar <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Mensajero <input type="checkbox"/> Químico Clínico <input type="checkbox"/> Trabajo social <input type="checkbox"/> Nitición <input type="checkbox"/> TAOD <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> <small>Años de residencia.</small> <input type="text"/>					
11. Servicio Amisión Continua <input type="checkbox"/> Alergia e Inmunología <input type="checkbox"/> Anatomía patológica <input type="checkbox"/> Androloía <input type="checkbox"/> Anestesiología <input type="checkbox"/> Angiología <input type="checkbox"/> Cir. Cabeza y cuello <input type="checkbox"/> Cirugía de Colon y recto <input type="checkbox"/> Cirugía plástica y reconstructiva <input type="checkbox"/> Dermatología <input type="checkbox"/> Endocrinología <input type="checkbox"/> Endoscopia <input type="checkbox"/> Epidemiología <input type="checkbox"/> Gastrocirugía <input type="checkbox"/> Gastroenterología <input type="checkbox"/> Geriatria <input type="checkbox"/> Hematología <input type="checkbox"/> Hemodinamia <input type="checkbox"/> Imagenología <input type="checkbox"/> Infectología <input type="checkbox"/> Maxilofacial <input type="checkbox"/> Medicina Interna <input type="checkbox"/> Med. Nuclear <input type="checkbox"/> Nefrología <input type="checkbox"/> Neurocirugía <input type="checkbox"/> Neurología <input type="checkbox"/> Oftalmología <input type="checkbox"/> Otoneurología <input type="checkbox"/> Psiquiatria <input type="checkbox"/> Reumatología <input type="checkbox"/> SSPTIMSS <input type="checkbox"/> TMO <input type="checkbox"/> UCI <input type="checkbox"/> Urología <input type="checkbox"/> Otorrinolaringología <input type="checkbox"/> UTR <input type="checkbox"/> Abastos <input type="checkbox"/> Archivo Clínico <input type="checkbox"/> Biomédica <input type="checkbox"/> Calidad <input type="checkbox"/> Camillería <input type="checkbox"/> Conservación <input type="checkbox"/> Casa de Maquinas <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Inhaloterapia <input type="checkbox"/> Nutrición <input type="checkbox"/> Limpieza e Higiene <input type="checkbox"/> Lab. Central <input type="checkbox"/> Jurídico <input type="checkbox"/> Rayos X <input type="checkbox"/> Quejas <input type="checkbox"/> Patología <input type="checkbox"/> Ropería <input type="checkbox"/> Unidad Terapia Ambulatoria <input type="checkbox"/> Unidad de Terapia IntaVascular <input type="checkbox"/>					
12. Tipo de contratación. Base <input type="checkbox"/> Eventual (08) <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Becario <input type="checkbox"/>				13. Antigüedad <input type="text"/> años <input type="text"/> Quincenas	
14. ¿Realiza Guardias? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		15. ¿Cuántas Guardias por semana hace? <input type="text"/>		16. Peso <input type="text"/> Kgr	
				17. Altura <input type="text"/> mts	

II. A continuación señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados, apoyándose en la escala descrita en las líneas de abajo.

0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES . 3= MAS DE UNA VEZ AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA. 5= MAS DE UNA VEZ A LA SEMANA. 6= TODOS LOS DIAS.

Ítems	0	1	2	3	4	5	6
18. Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo	<input type="checkbox"/>						
19. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado	<input type="checkbox"/>						
20. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado	<input type="checkbox"/>						
21. Siento que puedo ser empático con las personas que atiendo.	<input type="checkbox"/>						
22. Siento que estoy tratando a las personas que atiendo, como si fuesen objetos impersonales	<input type="checkbox"/>						
23 Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	<input type="checkbox"/>						
24. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender	<input type="checkbox"/>						
25. Siento que mi trabajo me está desgastando	<input type="checkbox"/>						
26. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo	<input type="checkbox"/>						
27. Siento que me he hecho más insensible con la gente	<input type="checkbox"/>						
28. Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente	<input type="checkbox"/>						
29. Me siento con mucha energía en mi trabajo	<input type="checkbox"/>						
30. Me siento frustrado por el trabajo	<input type="checkbox"/>						
31. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	<input type="checkbox"/>						
32. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente	<input type="checkbox"/>						
33. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	<input type="checkbox"/>						
34. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo	<input type="checkbox"/>						
35. Me siento motivado después de haber trabajado en contacto con quienes tengo que atender.	<input type="checkbox"/>						
36. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	<input type="checkbox"/>						
37. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	<input type="checkbox"/>						
38. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales los trato de forma adecuada	<input type="checkbox"/>						
39. Me parece que las personas que atiendo en mi trabajo me culpan de algunos problemas	<input type="checkbox"/>						

III. A continuación ¿Cuáles de las siguientes formas de maltrato se han ejercido contra Ud.?

Señale, en su caso, el grado de frecuencia con que se producen esos hostigamientos

0 Nunca 1 Pocas veces al año o menos 2 Una vez al mes o menos 3 Mas de una vez al mes
4 Una vez a la semana 5 Ms de una veza la semana 6 Todos los días

Ítem	Frecuencia						
	0	1	2	3	4	5	6
40. Mi superior restringe mis posibilidades de comunicarme, hablar o reunirme con él	<input type="checkbox"/>						
41. Me ignoran, me excluyen, fingen no verme o me hacen «invisible»	<input type="checkbox"/>						
42. Me interrumpen continuamente impidiendo expresarme	<input type="checkbox"/>						
43. Me fuerzan a realizar trabajos que van contra mis principios o mi ética	<input type="checkbox"/>						
44. Evalúan mi trabajo de manera inequitativa o de forma sesgada	<input type="checkbox"/>						
45. Me dejan sin ningún trabajo que hacer, ni siquiera a iniciativa propia	<input type="checkbox"/>						
46. Me asignan tareas o trabajos absurdos o sin sentido	<input type="checkbox"/>						
47. Me asignan tareas o trabajos por debajo de mi capacidad profesional o mis competencias	<input type="checkbox"/>						
48. Me asignan tareas rutinarias o sin valor o interés alguno	<input type="checkbox"/>						
49. Me abruman con una carga de trabajo insoportable de manera malintencionada	<input type="checkbox"/>						
50. Me asignan tareas que ponen en peligro mi integridad física o mi salud a propósito	<input type="checkbox"/>						
51. Me impiden que adopte las medidas de seguridad necesarias para realizar mi trabajo con la debida seguridad	<input type="checkbox"/>						
52. Se me ocasionan gastos con intención de perjudicarme económicamente	<input type="checkbox"/>						
53. Prohíben a mis compañeros o colegas hablar conmigo	<input type="checkbox"/>						
54. Subestiman y echan por tierra mi trabajo, no importa lo que haga	<input type="checkbox"/>						
55. Me acusan injustificadamente de incumplimientos, errores, fallos, inconcretos y difusos	<input type="checkbox"/>						
56. Recibo críticas y reproches por cualquier cosa que haga o decisión que tome en mi trabajo	<input type="checkbox"/>						
57. Se amplifican y dramatizan de manera injustificada errores pequeños o intrascendentes	<input type="checkbox"/>						
58. Me humillan, desprecian o subestiman en público ante otros colegas o ante terceros	<input type="checkbox"/>						
59. Me amenazan con usar instrumentos disciplinarios (rescisión de contrato, despido, traslados, etc.)	<input type="checkbox"/>						
60. Intentan aislarme de mis compañeros dándome trabajos o tareas que me alejan físicamente de ellos	<input type="checkbox"/>						
61. Distorsionan malintencionadamente lo que digo o hago en mi trabajo	<input type="checkbox"/>						
62. Se intenta irritarme para «hacerme explotar»	<input type="checkbox"/>						
63. Me menosprecian personal o profesionalmente	<input type="checkbox"/>						
64. Hacen burla de mí o bromas intentando ridiculizar mi forma de hablar, de andar, etc.	<input type="checkbox"/>						

Ítem	Frecuencia						
	0	1	2	3	4	5	6
65. Recibo feroces e injustas críticas acerca de aspectos de mi vida personal	<input type="checkbox"/>						
66. Recibo amenazas verbales o mediante gestos intimidatorios	<input type="checkbox"/>						
67. Recibo amenazas por escrito o por teléfono en mi domicilio	<input type="checkbox"/>						
68. Me gritan, o elevan la voz de manera para intimidarme	<input type="checkbox"/>						
69. Me zarandean, empujan o avasallan físicamente para intimidarme	<input type="checkbox"/>						
70. Se hacen bromas inapropiadas y crueles acerca de mí	<input type="checkbox"/>						
71. Inventan y difunden rumores y calumnias acerca de mí de manera malintencionada	<input type="checkbox"/>						
72. Me privan de información imprescindible y necesaria para hacer mi trabajo	<input type="checkbox"/>						
73. Limitan malintencionadamente mi acceso a cursos, promociones, ascensos, etc.	<input type="checkbox"/>						
74. Me atribuyen malintencionadamente conductas ilícitas o antiéticas para perjudicar mi imagen y reputación	<input type="checkbox"/>						
75. Recibo una presión indebida para sacar adelante el trabajo	<input type="checkbox"/>						
76. Me asignan plazos de ejecución o cargas de trabajo irrazonables	<input type="checkbox"/>						
77. Modifican mis responsabilidades o las tareas a ejecutar sin decirme nada	<input type="checkbox"/>						
78. Desvaloran continuamente mi esfuerzo profesional	<input type="checkbox"/>						
79. Intentan persistentemente desmoralizarme	<input type="checkbox"/>						
80. Utilizan varias formas de hacerme incurrir en errores profesionales de manera malintencionada	<input type="checkbox"/>						
81. Controlan aspectos de mi trabajo de forma malintencionada para intentar «Descubrirme mintiendo»	<input type="checkbox"/>						
82. Me lanzan insinuaciones o proposiciones sexuales directas o indirectas	<input type="checkbox"/>						

IV. Por favor, lee detenidamente todas las preguntas y elige, con sinceridad para cada una de ellas, la respuesta que consideres más adecuada.

Ítem	Siempre	Muchas veces	Algunas Veces	Solo algunas veces	Nunca
83. ¿Tienes que trabajar muy rápido?	<input type="checkbox"/>				
84. ¿La distribución de tareas es irregular y provoca que se te acumule el trabajo?	<input type="checkbox"/>				
85. ¿Tienes tiempo de llevar al día tu trabajo?	<input type="checkbox"/>				
86. ¿Te cuesta olvidar los problemas del trabajo?	<input type="checkbox"/>				
87. ¿Tu trabajo, en general, es desgastador emocionalmente?	<input type="checkbox"/>				
88. ¿Tu trabajo requiere que escondas tus emociones?	<input type="checkbox"/>				
89. ¿Tienes influencia sobre la cantidad de trabajo que se te asigna?	<input type="checkbox"/>				

Ítem	Siempre		Algunas Veces	Solo algunas veces	Nunca
90. ¿Se tiene en cuenta tu opinión cuando se te asignan tareas?	<input type="checkbox"/>				
91. ¿Tienes influencia sobre el orden en el que realizas las tareas?	<input type="checkbox"/>				
92. ¿Puedes decidir cuándo haces un descanso?	<input type="checkbox"/>				
93. Si tienes algún asunto personal o familiar, ¿puedes dejar tu puesto de trabajo al menos una hora sin tener que pedir un permiso especial?	<input type="checkbox"/>				
94. ¿Tu trabajo requiere que tengas iniciativa?	<input type="checkbox"/>				
95. ¿Tu trabajo permite que aprendas cosas nuevas?	<input type="checkbox"/>				
96. ¿Te sientes comprometido con tu profesión?	<input type="checkbox"/>				
97. ¿Tienen sentido tus tareas?	<input type="checkbox"/>				
98. ¿Hablamos con entusiasmo de tu empresa a otras personas?	<input type="checkbox"/>				

EN ESTOS MOMENTOS, ¿ESTÁS PREOCUPAD@...

Ítem	Muy Preocupado	Bastante Preocupado	Más o menos Preocupado	Poco Preocupado	Nada Preocupado
99. por lo difícil que sería encontrar otro trabajo en el caso de que te quedaras desempleado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100. por si te cambian de tareas contra tu voluntad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101. por si te varían el salario (que no te lo actualicen, que te lo bajen, que te paguen en especie, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102. por si te cambian el horario (turno, días de la semana, horas de entrada y salida) contra tu voluntad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ítem	Siempre	Muchas veces	Algunas Veces	Solo algunas veces	Nunca
103. ¿Sabes exactamente qué "margen de autonomía" tienes en tu trabajo?	<input type="checkbox"/>				
104. ¿Sabes exactamente qué tareas son de tu responsabilidad?	<input type="checkbox"/>				
105. ¿En tu empresa se te informa con suficiente tiempo de los cambios que pueden afectar tu futuro?	<input type="checkbox"/>				
106. ¿Recibes toda la información que necesitas para realizar bien tu trabajo?	<input type="checkbox"/>				
107. ¿Recibes ayuda y apoyo de tus compañeras o compañeros?	<input type="checkbox"/>				
108. ¿Recibes ayuda y apoyo de tu inmediato o inmediata superior?	<input type="checkbox"/>				
109. ¿Tu puesto de trabajo se encuentra aislado del de tus compañeros/as?	<input type="checkbox"/>				
110. En el trabajo, ¿sientes que formas parte de un grupo?	<input type="checkbox"/>				
111. ¿Tus actuales jefes inmediatos planifican bien el trabajo?	<input type="checkbox"/>				
112. ¿Tus actuales jefes inmediatos se comunican bien con los trabajadores y trabajadoras?	<input type="checkbox"/>				

ESTE APARTADO ESTÁ DISEÑADO PARA PERSONAS TRABAJADORAS QUE CONVIVAN CON ALGUIEN (PAREJA, HIJOS, PADRES...)

SI VIVES SOLO O SOLA, NO LO CONTESTES, PASA DIRECTAMENTE A LA PREGUNTA 117

113. ¿Qué parte del trabajo familiar y doméstico haces tú?

- Soy la/el principal responsable y hago la mayor parte de las tareas familiares y domésticas
- Hago aproximadamente la mitad de las tareas familiares y domésticas
- Hago más o menos una cuarta parte de las tareas familiares y domésticas
- Sólo hago tareas muy puntuales
- No hago ninguna o casi ninguna de estas tareas

Ítem	Siempre	Muchas veces	Algunas Veces	Solo algunas veces	Nunca
114. Si faltas algún día de casa, ¿las tareas domésticas que realizas se quedan sin hacer?	<input type="checkbox"/>				
115. Cuando estás en la empresa, ¿piensas en las tareas domésticas y familiares?	<input type="checkbox"/>				
116. ¿Hay momentos en los que necesitarías estar en la empresa y en casa a la vez?	<input type="checkbox"/>				
117. Mis superiores me dan el reconocimiento que merezco	<input type="checkbox"/>				
118. En las situaciones difíciles en el trabajo recibo el apoyo necesario	<input type="checkbox"/>				
119. En mi trabajo me tratan injustamente	<input type="checkbox"/>				
120. Si pienso en todo el trabajo y esfuerzo que he realizado, el reconocimiento que recibo en mi trabajo me parece adecuado	<input type="checkbox"/>				

V. A continuación: Lee con cuidado cada uno de los siguiente ítems he indica ¿cuanto te ha afectado en la ultima semana incluyendo el día de hoy ...

Ítem	En Absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
121. Torpe o entumecido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
122. Acalorado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
123. Con temblor en las piernas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
124. Incapaz de relajarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
125. Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
126. Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
127. Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
128. Inestable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
129. Atemorizado o asustado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
130. Nervioso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
131. Con sensación de bloqueo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
132. Con temblores en las manos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ítem	En Absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
133. Inquieto, inseguro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
134. Con miedo a perder el control.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
135. Con sensación de ahogo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
136. Con temor a morir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
137. Con miedo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
138. Con problemas digestivos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
139. Con desvanecimientos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
140. Con rubor facial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
141. Con sudores, fríos o calientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VI. Lea con atención los siguientes enunciados y señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección

142.	<input type="checkbox"/>	No me siento triste
	<input type="checkbox"/>	Me siento triste.
	<input type="checkbox"/>	Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
	<input type="checkbox"/>	Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
143.	<input type="checkbox"/>	No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
	<input type="checkbox"/>	Me siento desanimado respecto al futuro.
	<input type="checkbox"/>	Siento que no tengo que esperar nada.
	<input type="checkbox"/>	Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
144.	<input type="checkbox"/>	No me siento fracasado.
	<input type="checkbox"/>	Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
	<input type="checkbox"/>	Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
	<input type="checkbox"/>	Me siento una persona totalmente fracasada.
145.	<input type="checkbox"/>	Las cosas me satisfacen tanto como antes.
	<input type="checkbox"/>	No disfruto de las cosas tanto como antes.
	<input type="checkbox"/>	Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
	<input type="checkbox"/>	Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
146.	<input type="checkbox"/>	No me siento especialmente culpable.
	<input type="checkbox"/>	Me siento culpable en bastantes ocasiones.
	<input type="checkbox"/>	Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
	<input type="checkbox"/>	Me siento culpable constantemente.
147.	<input type="checkbox"/>	No creo que esté siendo castigado.
	<input type="checkbox"/>	Me siento como si fuese a ser castigado.
	<input type="checkbox"/>	Espero ser castigado.
	<input type="checkbox"/>	Siento que estoy siendo castigado.

148. No estoy decepcionado de mí mismo.
 Estoy decepcionado de mí mismo.
 Me da vergüenza de mí mismo.
 Me detesto.
149. No me considero peor que cualquier otro.
 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
 Continuamente me culpo por mis faltas.
 Me culpo por todo lo malo que sucede.
150. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 Desearía suicidarme.
 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
151. No lloro más de lo que solía llorar.
 Ahora lloro más que antes.
 Lloro continuamente.
 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera
152. No estoy más irritado de lo normal en mí.
 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 Me siento irritado continuamente.
 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían
153. No he perdido el interés por los demás.
 Estoy menos interesado en los demás que antes.
 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 He perdido todo el interés por los demás.
154. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
 Evito tomar decisiones más que antes.
 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 Ya me es imposible tomar decisiones.
155. No creo tener peor aspecto que antes.
 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
 Creo que tengo un aspecto horrible.
156. Trabajo igual que antes.
 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
 No puedo hacer nada en absoluto.

157. Duermo tan bien como siempre.
 No duermo tan bien como antes.
 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

158. No me siento más cansado de lo normal.
 Me canso más fácilmente que antes.
 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 Estoy demasiado cansado para hacer nada.

159. Mi apetito no ha disminuido.
 No tengo tan buen apetito como antes.
 Ahora tengo mucho menos apetito.
 He perdido completamente el apetito.

160. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
 He perdido más de 2 kilos y medio.
 He perdido más de 4 kilos.
 He perdido más de 7 kilos.

161. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

162. No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
 Estoy menos interesado por el sexo que antes.
 Estoy mucho menos interesado por el sexo.
 He perdido totalmente mi interés por el sexo.

VII. Las preguntas Presentadas a continuación hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indique cómo se ha sentido o ha pensado en cada situación.

Item	Nunca	Casi Nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy Amenudo
163. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	<input type="checkbox"/>				
164. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	<input type="checkbox"/>				
165. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	<input type="checkbox"/>				
166. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	<input type="checkbox"/>				
167. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	<input type="checkbox"/>				
168. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	<input type="checkbox"/>				
169. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	<input type="checkbox"/>				
170. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	<input type="checkbox"/>				

ítem	Nunca	Casi Nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy Amenudo
171. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	<input type="checkbox"/>				
172. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	<input type="checkbox"/>				
173. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	<input type="checkbox"/>				
174. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	<input type="checkbox"/>				
175. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	<input type="checkbox"/>				
176. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	<input type="checkbox"/>				

177. Durante el último mes ¿Cuál ha sido, normalmente su hora de acostarse? (Formato 24Hrs Por ejemplo: 22:30) <input type="text"/> Hrs	178. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo (en minutos) te ha costado quedarte dormido después de acostarte por las noches? <input type="text"/>
179. Durante el último mes, ¿a qué hora te has levantado habitualmente por la mañana? (Formato 24Hrs Por ejemplo: 05:30) <input type="text"/> Hrs	180. ¿ Cuantas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche en el último mes? <input type="text"/> Hrs

Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de: ...

Ítem	Ninguna vez en el último mes	Menos de una vez a la semana	Una o dos veces a la semana	Tres o más veces a la semana
181. No poder conciliar el sueño en la primera media hora:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
182. Despertarse durante la noche o de madrugada:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
183. Tener que levantarse para ir al baño:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
184. No poder respirar bien:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
185. Toser o roncar ruidosamente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
186. Sentir frío:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
187. Sentir demasiado calor:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
188. Tener pesadillas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
189. Tener malestares o dolores:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
190. Otras razones:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

191. Durante el último mes, ¿cómo valdría en conjunto, la calidad de su sueño?

- Muy buena
- Bastante buena
- Bastante mala
- Muy mala

192. Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

193. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

194. Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el tener ánimos para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?

- Ningún problema
- Sólo un leve problema
- Un problema
- Un grave problema

195 ¿Duerme usted solo o acompañado?

- Solo
- Con alguien en otra habitación
- En la misma habitación, pero en otra cama
- En la misma cama