

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**EL SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL SEVERO COMO
FACTOR DE RIESGO PARA LA DEPRESIÓN EN INTERNOS DE
MEDICINA**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO
CIRUJANO**

AUTORA:

VARGAS CARBAJAL, MARIA TERESA DE JESUS

ASESORA:

Dra. JARA PEREDA, LUZ MILAGROS

TRUJILLO – PERU

2015

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar si el Síndrome de desgaste ocupacional severo es un factor de riesgo para la depresión en internos de medicina del Hospital Regional Docente de Trujillo en el año 2015.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio de casos y controles retrospectivos en Internos de Medicina; 30 casos y 30 controles, siendo los casos quienes presentaron Depresión al aplicarles la Escala de Zung y como controles los que no presentaron. La asignación de la exposición fue realizada por la Escala de EDO. Donde se efectuó un análisis mediante la prueba de chi cuadrado.

RESULTADOS: Se encuentra que el desgaste ocupacional severo está presente en el 58% del total de internos, dentro del grupo con depresión está presente en un 63% y en el grupo sin depresión está presente un 53%, por lo que no existe una asociación significativa entre el desgaste ocupacional severo y la depresión. ($p < 0.05$). En la determinación de componentes del síndrome de Desgaste ocupacional se evidencio mayoría de internos con agotamiento (82%), despersonalización (82%), insatisfacción de logro (85%), trastornos psicosomáticos (82%). Y con respecto a las características sociodemográficas no se evidencio significancia estadística ($p < 0.05$).

CONCLUSIONES: Se estableció que el Síndrome de desgaste ocupacional severo no es un factor de riesgo para la depresión en internos de medicina del Hospital Regional Docente de Trujillo en el año 2015.

PALABRAS CLAVES: Síndrome de desgaste ocupacional severo, Depresión, Ansiedad.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine whether the syndrome is severe occupational wear a risk factor for depression in internal medicine in Trujillo Regional Teaching Hospital in 2015.

MATERIAL AND METHODS: A retrospective control-case study was designed in Internal Medicine; 30 cases and 30 controls, therefore the case were internal medicine who had Depression according to Zung of death test and the controls who didn't have Depression. The assignment of the exposure was realized by EDO Scale. Data was analyzed by chi-square test.

RESULTS: It is that severe wear occupational present in 58% of all inmates in the group with depression is present in 63% and in the group without depression present 53%, so there is no significant association between severe depression and occupational wear ($p < 0.05$). In determining components of occupational burnout syndrome evidenced most inmates with exhaustion (82%), depersonalization (82%), dissatisfaction of achievement (85%), psychosomatic disorders (82%). And regarding sociodemographic characteristics not statistically significant ($p < 0.05$) was evident.

CONCLUSIONS: To established that the syndrome of severe occupational wear is not a risk factor for depression in internal medicine Regional Hospital of Trujillo in 2015.

KEYWORDS: Syndrome of severe occupational wear, Depression and Anxiety.

I. INTRODUCCIÓN

El trabajo actual en el campo médico se caracteriza por el constante cambio en todos los ámbitos en que nos desenvolvemos. La situación laboral requiere a personas más competitivas capaces de enfrentarse a un mundo lleno de exigencias y presiones, precipitado por la abundancia de la información, los avances científicos, expectativas en los pacientes, entre otros. Provocando en la persona una sensación de incertidumbre y sobrecarga emocional que va quebrantando muchas veces las creencias, las posibilidades, esperanzas. En estos contextos es posible que se manifiesten constantemente el agotamiento, la apatía, la indecisión, el desinterés, la falta de concentración, la disminución de la actividad. ^{1, 2.}

La definición más conocida del síndrome de Desgaste Ocupacional es la de Maslach y Jackson quienes afirman “que es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal que ocurre en profesionales que trabajan al cuidado de personas”^{1, 2, 14.}

Desde la perspectiva de Maslach y Jackson (1986), el síndrome de desgaste ocupacional se considera un fenómeno psicosocial, producto de un estrés crónico característico de la cotidianidad del trabajo, y posee tres grandes dimensiones: a) el agotamiento emocional caracterizado por la falta de energía y entusiasmo; b) la despersonalización, referido al desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia los colegas, se asocia con una actitud un tanto cínica e impersonal, con el aislamiento de los demás, con el etiquetamiento despectivo para calificar a los otros, y con intentos de culpabilizarlos de la frustración y el fracaso propios en el cumplimiento de los compromisos laborales; y c) la baja realización personal que lleva a una percepción de que las posibilidades de logro en el trabajo han desaparecido, junto con vivencias de fracaso y sentimientos de baja autoestima, a veces encubierta con una actitud de “omnipotencia” que hace redoblar los esfuerzos

aparentando interés y dedicación aún mayores, que, a la larga, profundizan en el síndrome^{2, 4, 5, 6, 7}.

El segundo enfoque se inicia con el trabajo de Pines, Aronson y Kufry y su desarrollo proporcionó una definición de éste síndrome mediante un constructo unidimensional (agotamiento emocional). Bajo este enfoque conceptual se puede definir al Síndrome de Desgaste Ocupacional como “un estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por el involucramiento prolongado en situaciones generadoras de estrés.” Mediante este enfoque y la escala Unidimensional del Burnout estudiantil se puede clasificar al Síndrome de Burnout como: “No presenta”, “Leve”, “Moderado”, “Profundo”^{8, 9}.

Cuando se dice que un profesional esta “desgastado profesionalmente” se trata de reflejar que, como producto de una interacción negativa entre el lugar de trabajo, el equipo y los “clientes” el trabajo se encuentra desbordado, estando agotada su capacidad de reacción adaptativa, no disponiendo de recursos adecuados para amortiguar el estrés que produce su trabajo y experimentando una constelación de síntomas ante las demandas de su entorno laboral; y se caracteriza por la presencia de agotamiento físico y psíquico, con sentimientos de impotencia y desesperanza, extenuación emocional y por el desarrollo tanto de un auto concepto negativo como de actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y los demás que se reflejan en un trato frío y despersonalizado hacia los demás y en un sentimiento inadecuación a las tareas que ha de realizar. Este es más un proceso continuo que un evento discreto, que constituye al paso final en una progresión de tentativas frustradas para afrontar distintas condiciones estresantes^{2,5, 10}.

El rasgo fundamental es el cansancio emocional o lo que es lo mismo, la sensación de no poder dar más de sí mismo para protegerse de tal sentimiento negativo, el sujeto trata de aislarse de los demás desarrollando así una actitud impersonal hacia los “clientes” y los miembros de su equipo en el que está integrado, mostrándose cínico, distanciado y utilizando etiquetas despectivas para aludir a los usuarios o bien tratando de hacer culpables a los demás de

sus frustraciones, produciéndose un descenso de su compromiso laboral. Todos estos recursos suponen para él una forma de aliviar la tensión experimentada de manera que al restringir el grado o la intensidad de la relación con las demás personas, está tratando de adaptarse a la situación, aunque lo haga por medio de mecanismos neuróticos. Otro rasgo esencial es el sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo que surge al comprobar que las demandas que se le hacen exceden su capacidad para extenderlas debidamente. Este factor puede estar presente o bien encubierto por una sensación paradójica de omnipotencia, ante la amenaza inconsciente de sentirse incompetente, el profesional redobla sus esfuerzos para afrontar las situaciones dando la impresión, a quienes le observan, de que su interés y dedicación son inagotables ^{11, 12}.

Moreno y Peñacoba al hacer una diferenciación del estrés y el síndrome de desgaste ocupacional argumentan textualmente lo siguiente, que: “el síndrome de desgaste ocupacional no se identifica con la sobrecarga de trabajo, el exceso de trabajo no provoca el síndrome; de la misma manera un trabajo escasamente estresante pero desmotivador puede llevar al síndrome de desgaste ocupacional. Desde esta perspectiva el síndrome de desgaste ocupacional no es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva que sigue al abandono de intereses que en un determinado momento fueron importantes para el sujeto”. En otras palabras, el estrés está relacionado con un sinnúmero de situaciones que pertenecen a la vida cotidiana y el síndrome de desgaste ocupacional es sólo una de las formas que tiene de progresar el estrés laboral ^{7, 13}.

Entre los factores epidemiológicos del síndrome de Desgaste Ocupacional descritos en la literatura no parece existir un acuerdo unánime entre los diferentes autores, si bien existe determinado nivel de conciencia para algunas variables. La edad aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un período de sensibilización debida a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a este,

siendo estos los primeros años de carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales, y económicas, no son ni las prometidas ni esperadas ^{14, 10}.

Según el sexo, serían principalmente las mujeres el grupo más vulnerable quizás en este caso de los sanitarios por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongan el rol de mujer. Aunque cabe mencionar que existen autores que encuentran mayores niveles de síndrome de desgaste ocupacional en mujeres, otros en hombres y otros no encuentran la diferencia ^{14, 15, 16}.

El estado civil, aunque se ha asociado el síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime, parece que las personas solteras tiene mayor cansancio emocional, menos realización personal, y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables. En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales, y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar ¹⁴.

Sobre la antigüedad profesional tampoco existe acuerdo. Algunos encuentran una relación positiva con el síndrome manifestado en dos periodos, correspondientes a los primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un nivel de asociación con el síndrome ^{17, 18}

Así, el personal sanitario está expuesto a demasiado estrés debido a que se enfrenta frecuentemente a situaciones de vida y muerte. Su trabajo puede ser

física y emocionalmente agotador. El estrés que se deriva de este contexto implica el desarrollo de problemas conductuales como el síndrome de desgaste ocupacional y otros problemas de salud y psicológicos (ansiedad, depresión, etc.). En la actualidad esta temática es importante ya que afecta a la moral y bienestar psicológico de los trabajadores, a la calidad y tratamiento que se proporciona a los pacientes y, por último, puede tener una influencia fuerte en el funcionamiento administrativo de los servicios sanitarios ^{19, 20, 21}.

El Desgaste ocupacional académico o estudiantil surge de la presunción de que los estudiantes, específicamente universitarios, al igual que cualquier profesional, se encuentran con presiones y sobrecargas propias de la labor académica. Los estudiantes al igual que cualquier trabajador, mantienen una relación de compensación directa e indirecta con la institución universitaria, evidenciada en apoyos económicos, becas, reconocimientos o premios ^{22, 12, 23-16}.

En los estudiantes de ciencias médicas estas situaciones se pueden incrementar pues además de que los programas de estudio están considerablemente cargados en volumen de contenido y horas clase, mucho tiempo de autoestudio y realización de trabajo independiente, también se enfrentan en sus prácticas pre profesionales a pacientes y sus familiares con elevados niveles de estrés y situaciones de salud comprometedoras y pueden combinarse con los problemas personales propios de cada estudiante ^{24-18, 21, 15, 23-16}.

En el estudio hecho por María Erika Ortega et al, 2014; muestra cómo las condiciones hospitalarias de enseñanza afectan la estabilidad psicológica de los internos durante su formación profesional al hallar que aproximadamente el 70% de los estudiantes mostraron niveles altos de síndrome de Burnout y alta percepción de estrés a los seis meses de estar realizando el internado ²⁵.

Según diversos estudios el Síndrome de Burnout en estudiantes tiene 3 grupos de manifestaciones fundamentales: **a) Psicosomáticas:** Alteraciones

cardiovasculares, fatiga crónica, cefaleas, alteraciones gastrointestinales, dolores abdominales y musculares, alteraciones respiratorias y del sueño, alteraciones dermatológicas y menstruales y disfunciones sexuales. **b) Conductuales:** Abuso de drogas, fármacos y alcohol, ausentismo laboral, malas conductas alimentarias, incapacidad de relajarse. **c) Emocionales:** Impaciencia, deseos de abandonar los estudios y el trabajo, irritabilidad, dificultad para concentrarse debido a la ansiedad experimentada, depresión, baja autoestima, falta de motivación ^{24-18,6, 19, 7}.

También encontramos la escala de desgaste ocupacional (EDO) elaborada por Uribe (2008), posee 70 ítems con forma de respuesta tipo Likert; los cuales están distribuidos en cuatro factores de la siguiente manera: 9 ítems en el factor Agotamiento, 9 también en el factor Despersonalización, 12 para el factor Insatisfacción de logro, y 40 ítems para el factor psicósomático, el que a su vez, presenta 7 sub-factores: sueño con 11 ítems, psicosexual con 10 (de los cuales 3 son exclusivos para varones y 3 para mujeres), gastrointestinal con 6, psiconeuróticos de igual manera con 6, dolor con 5, ansiedad y depresión cada quien con 1 ítem. ²⁵⁻⁸.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) «la depresión será la primera causa de incapacidad laboral en el 2020 y la tercera causa de morbilidad, después de las enfermedades coronarias y los accidentes de tránsito. En el mundo hay 340 millones de personas con depresión». La depresión afecta más a las mujeres que a los hombres en una proporción de tres a una. Una de cada 10 personas que acuden a solicitar los servicios públicos de salud cursa con depresión ^{26, 40}.

La depresión es un trastorno cada vez más frecuente en la población médica y tiene repercusiones en la salud y en el desempeño laboral. Este trastorno en ocasiones no se identifica; por lo tanto, es necesario realizar estudios longitudinales que permitan llevar a cabo estrategias de prevención en los programas de residencias médicas ²⁷.

La depresión como síntoma es una afección del estado de ánimo que engloba sentimientos negativos tales como tristeza, desilusión, frustración, desesperanza, debilidad, inutilidad, y puede formar parte de la clínica de otros trastornos psíquicos. En un sentido amplio puede ser caracterizado por la vivencia de tristeza o de “sentirse deprimido”. La depresión como síndrome agrupa un conjunto de síntomas psíquicos y somáticos (tristeza patológica, inhibición, sentimientos de culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital) que configura el diagnóstico clínico y psicopatológico. “La depresión como enfermedad configura una entidad nosológica que es definida a partir del síndrome clínico y en la que puede ser delimitada una etiología, una clínica, un curso, un pronóstico y un tratamiento específico” ²⁸.

Generalmente, las personas portadoras del síndrome depresivo leve o moderado desconocen su situación y no en pocos casos la niegan. Muchas de éstas transitan por la vida considerando que su estado de ánimo es normal y producto de las vicisitudes de la vida diaria (depresión enmascarada). La psicología de la Gestalt concibe la depresión como una retroflexión, esto es, volver la hostilidad –de la que nos habla Bergeret– contra sí mismo. Es una forma de automutilación psicológica en la cual la persona dirige su energía hacia sí misma en lugar de clarificar su inconformidad y resolver sus asuntos de una manera más fisiológica. La teoría psicoanalítica explica que los síntomas depresivos se originan como un bloqueo de la libido: cuando el individuo no ha sido lo suficientemente gratificado, se siente no amado e incapaz de amar y consecuentemente se percibe desesperanzado de sí mismo y de su futuro ²⁶.

Los médicos en periodo de adiestramiento están sujetos adicionalmente a otros estresores relacionados con este periodo formativo, como jornadas laborales prolongadas, privación del sueño, exigencias académicas y laborales, conflictos con otro personal, sensación de inseguridad laboral futura y situaciones como muerte de pacientes, conflictos con la familia o amigos, dificultades financieras o mudarse a una nueva ciudad, entre otros, que los hacen aún más susceptibles a patologías psiquiátricas, particularmente depresión y ansiedad. En 2010, investigadores de la Universidad de California encontraron que hasta

60% de los residentes médicos cumplían los criterios del DSM IV para depresión mayor ²⁹.

Si los trastornos depresivos no se tratan adecuadamente se tenderá a la cronicidad y el incremento de la mortalidad debida al suicidio, con riesgo seis veces mayores al que se observa en la población general ²⁷.

Por otra parte, las mujeres que experimentan el síndrome de desgaste profesional y los hombres que sufren depresión tienen niveles elevados de fibrinógeno y proteína C reactiva, biomarcadores de la inflamación que han sido asociados en numerosos estudios con un mayor riesgo de futura enfermedad cardiovascular e ictus u otras enfermedades crónicas asociadas a procesos inflamatorios ^{21, 30}.

Antecedentes:

Trejo-Lucero et al, en México, encontraron que el síndrome de Desgaste Ocupacional y la depresión están asociados, éstos se presentan con puntajes altos con mayor frecuencia en las enfermeras que tienen un promedio de edad de 36 ± 5.8 años, casadas y con licenciatura. Además se encontró que el desgaste ocupacional y la depresión grave están asociados con la antigüedad laboral ²⁶.

Pérez Cruz Elizabeth et al, en México, encontraron que la frecuencia de depresión en la población general fue del 16.3%; para los médicos residentes clínicos fue del 16% y para los quirúrgicos del 16.7%. El síndrome de Desgaste ocupacional se determinó en 35% de los médicos con depresión y predominó en el grupo clínico. El estudio además mostró, que hay enfermedades en los médicos residentes que pueden actuar como factores de riesgo para la depresión aunado al síndrome de Desgaste ocupacional ²⁷.

Santiago Arango Agudelo et al, en Colombia, realizó un estudio de corte transversal en 234 estudiantes de I a X semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales. En su población, conformada por 39.1% hombres

y 60.9% mujeres, se evidenció que un 34% de éstos estudiantes presentaban el Síndrome de desgaste ocupacional y entre las variables psicológicas y psiquiátricas encontradas en ellos, destaca la depresión con un 30.5% entre caso probable y caso de depresión ³¹.

Leora Velásquez-Pérez, et al., en México, realizó un estudio en 43 médicos residentes utilizando la escala de Maslach Burnout Inventory (MBI-HS) y el inventario de depresión de Beck, encontrando que al ingreso de la residencia, el 97.7% de los médicos se encontraban sin depresión, pero esto cambió, pues se incrementó la sintomatología depresiva leve. Con respecto al MBI-HS, hubo incremento en el agotamiento emocional significativo a los 6 y 12 meses posteriores a su ingreso ²³.

Alejandro Mariños et al., en Perú, realizaron una investigación en 84 médicos residentes, 60 de los cuales fueron varones, encontrando que la frecuencia del Síndrome de desgaste ocupacional fue 54,9% y de sintomatología depresiva 38,6%. Además, el 32,9% presentó síntomas depresivos y el síndrome de desgaste ocupacional. Concluyendo que ésta coexistencia entre el síndrome de desgaste ocupacional y la depresión debe tenerse en cuenta para desarrollar investigaciones e intervenciones en esta población médica para reducir su presentación y sus complicaciones ³².

Dyrbye, L et al., en Estados Unidos, dirigió un estudio realizado por la Clínica Mayo donde valoró las respuestas a una encuesta realizada a 1.098 estudiantes de medicina de tres facultades de Minnesota, de los que respondieron el 50%. Los resultados de la misma muestran que cuanto más se aproximaban los estudiantes al final de su formación médica, más probabilidades tenían de estar quemados; se encontró que el 45 % de los estudiantes que participaron en el estudio presentan el Síndrome de desgaste ocupacional antes de graduarse. El informe concluye: “La medicina no sólo quema a los médicos; los estudiantes de medicina ya empiezan a experimentar

algunos síntomas de lo que se conoce como síndrome de desgaste profesional o Burnout antes incluso de empezar su vida laboral” 17.

JUSTIFICACIÓN:

El desgaste ocupacional y estudiantil, es una entidad patológica que no se encuentra registrado como tal en nuestro sistema de salud y tampoco se ha reconocido de forma oficial como factor de riesgo de depresión en Internos de Medicina, ya que pocos son los estudios que se han realizado, y aún más en que aquellas unidades de urgencia que están expuestas a un estrés aún más elevado por el alto índice de pacientes con trauma.

La importancia de reconocer la presencia de dicho síndrome es evitar tanto la depresión en los internos como los errores o negligencias en la atención del paciente.

Por tanto, al existir diversos grados de presentación y siendo posible identificar las variables que lo precipitan, nos proponemos conocer si el síndrome de desgaste ocupacional severo es factor de riesgo de depresión en internos de medicina del Hospital Regional Docente de Trujillo, con la finalidad de servir como punto de partida para la elaboración de estrategias que ayuden o mejoren la salud mental y con ello mejorar la calidad de atención brindada por los mismos, evitando que se siga manifestando de forma “invisible” ante las autoridades involucradas.

II. PLAN DE INVESTIGACIÓN

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA CIENTÍFICO

¿Es el síndrome de desgaste ocupacional severo un factor de riesgo para Depresión en internos de medicina del Hospital Regional Docente de Trujillo en el año 2015?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar si el síndrome de desgaste ocupacional severo es un factor de riesgo para la depresión en internos de medicina en el Hospital Regional Docente de Trujillo en el año 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la proporción del síndrome de desgaste ocupacional severo en los internos de medicina Hospital Regional Docente de Trujillo en el año 2015, que presentaron depresión y sin él.
- Comparar la proporción del síndrome de desgaste ocupacional severo en los internos de medicina Hospital Regional Docente de Trujillo en el año 2015, con depresión y sin él.

HIPÓTESIS

- **H₀:** El Síndrome de desgaste ocupacional severo no es un factor de riesgo para la Depresión en internos de medicina Hospital Regional Docente de Trujillo en el año 2015.
- **H_i:** El Síndrome de desgaste ocupacional severo es un factor de riesgo para la Depresión en internos de medicina Hospital Regional Docente de Trujillo en el año 2015.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

MATERIALES Y MÉTODOS

POBLACIÓN DIANA O UNIVERSO:

La población en estudio estuvo constituida por todos los Internos de Medicina del Hospital Regional Docente de Trujillo del año 2015.

POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Es la población conformada por los Internos de Medicina con diagnóstico de Depresión del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el año 2015.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

❖ CASOS:

Criterios de Inclusión

- Internos de Medicina que acepten realizar la encuesta, que tengan depresión y q sean de ambos sexos.

Criterios de Exclusión

- Internos de Medicina con diagnóstico con otros trastornos del ánimo.
- Internos de Medicina con tratamiento con antidepresivos.
- Internos de Medicina con tratamiento hormonal (mujeres)

❖ CONTROLES:

Criterios de Inclusión

- Internos que acepten realizar la encuesta voluntariamente y de ambos sexos.

Criterios de Exclusión

- Internos de Medicina con diagnóstico con otros trastornos del ánimo.
- Internos de Medicina con tratamiento con antidepresivos.
- Internos de Medicina con tratamiento hormonal (mujeres).

MUESTRA:

Unidad de análisis

Está constituido por cada uno de los Internos de Medicina del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo 2015.

Unidad de muestreo

Cada Interno de Medicina que cumpla con los criterios de inclusión y exclusión.

Tamaño muestral

Se utilizó la siguiente ecuación para calcular el tamaño muestral en un estudio de casos y controles:

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Dónde:

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ para un nivel de seguridad de un 95 %

$Z_{1-\beta} = 0,84$ para una potencia estadística del 80 %

P_1 : es la frecuencia de la exposición entre los casos (73%)

P_2 : es la frecuencia de la exposición entre los controles (40%)

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

Luego:

$n= 30$

Lo que significa que el tamaño de la muestra para el presente estudio fue de 30 casos y 30 controles (1 caso: 1 control), es decir, 60 Internos de Medicina.

IV. DISEÑO DE ESTUDIO

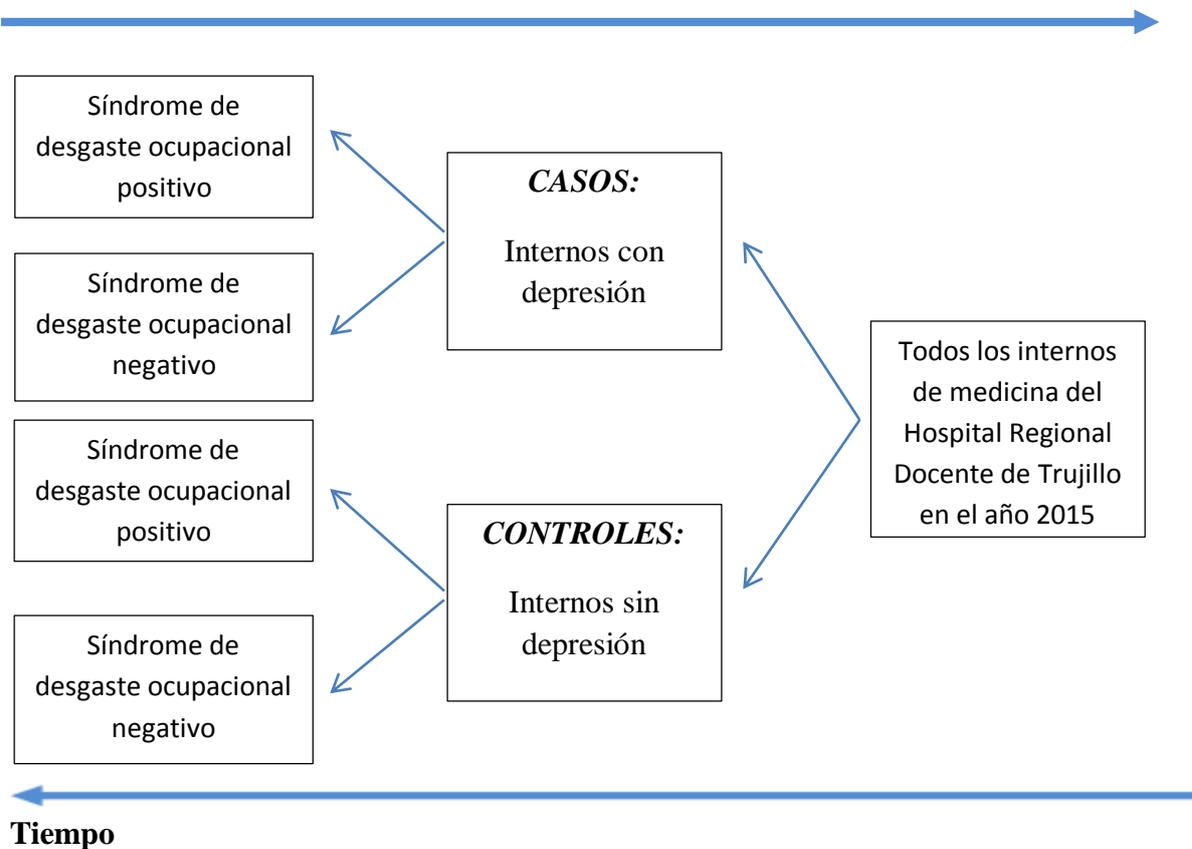
TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo analítico – retrospectivo.

DISEÑO ESPECÍFICO

El presente estudio corresponde a un diseño de casos y controles.

Dirección



VARIABLES:

Variable		Tipo de Variable	Escala de Variable	Indicadores	Índice
INDEPENDIENTE	Síndrome de desgaste ocupacional Severo	cualitativa	nominal	Encuesta de Uribe, (2008) Sano _____ LEVE Normal En peligro → MODERADO Quemado → SEVERO	Si presenta / No presenta
	Depresión	cualitativa	ordinal	Puntaje de encuesta de Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung	Ligeramente Moderadamente Severamente

	Problemas Económicos	cualitativa	nominal	En cuesta	Si presenta / No presenta
INTERVINIENTES	Problemas Familiares	cualitativa	nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Separación de padres - Violencia familiar - Drogadicción en miembros de la familia - Enfermedades en miembros de la familia - Fallecimiento de un familiar - Accidentes en un familiar 	Si presenta / No presenta

	Problemas Sentimentales	cualitativa	nominal	<ul style="list-style-type: none"> ○ Madre soltera ○ Problemas con pareja 	Si / No presenta
	Uso de Medicamentos	cualitativa	nominal	<ul style="list-style-type: none"> ○ Antidepresivos ○ hormonas 	Si / No

DEFINICIÓN OPERACIONAL

- **Síndrome de desgaste ocupacional Severo:**

Un estado de cansancio físico, emocional y mental causado por la exposición durante largo tiempo a situaciones emocionalmente demandantes.

Sano } LEVE
Normal }
En peligro→ MODERADO
Quemado-→ SEVERO

- **Depresión:**

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Puntaje mayor a 50 puntos obtenidos de la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung.

V. PROCEDIMIENTO

Se procedió a hacer las coordinaciones necesarias con las autoridades del Hospital Regional Docente de Trujillo y se obtuvo el permiso correspondiente para la aplicación de la prueba en cuestión. Se realizó encuestas a los internos de medicina del Hospital Regional Docente de Trujillo, utilizando cuestionarios auto-administrados los cuales fueron respondidos de manera voluntaria para realizar la investigación; en ella se mencionó el interés por parte de la investigación y el aporte. Se solicitó que respondan a los instrumentos acompañándolos durante el proceso para resolver cualquier duda o dificultad en relación con la misma.

VI. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

Los datos fueron recolectados de manera directa y ordenada de cada uno de los internos de medicina del Hospital Regional Docente de Trujillo. Y el procesamiento de la información fue automático y se utilizó una computadora Intel Core i5 con Windows 8 y el Paquete estadístico SPSS v. 22.

Donde los datos obtenidos de las encuestas fueron pasados a una base de datos del programa SPSS v 22.0 y se analizaron en base a Estadística Analítica. El Nivel de significación utilizado para la interpretación de los resultados es $\alpha = 0,05$.

VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación contó con la autorización del comité de Investigación y Ética del Hospital Regional Docente de Trujillo y de la Universidad Privada Antenor Orrego. Debido a que es un estudio de casos y controles donde solo se recogieron datos clínicos de las encuestas realizadas a los Internos de Medicina; donde se tomó en cuenta la ley general de salud.

VIII. RESULTADOS

Tabla 1.

EL SINDROME DESGASTE OCUPACIONAL SEVERO COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA DEPRESIÓN EN INTERNOS DE MEDICINA

Desgaste Ocupacional severo	Depresión				Total		Chi Cuadrado		Odds Ratio IC 95%		
	Presente		Ausente								
Categoría	f	%	f	%	f	%	X ²	Sig.	OR	Li	Ls
Si	19	63	16	53	35	58					
No	11	37	14	47	25	42	.62	.432	1.51	.54	4.24
Total	30	100	30	100	60	100					

En la tabla 1, se aprecia una mayoría de internos con desgaste ocupacional severo (58%), del mismo modo en aquellos que presentan depresión (63%) y en lo que no presentan depresión (53%). Estos resultados devienen en una asociación no significativa entre el desgaste ocupacional severo y la depresión.

Tabla 2.

COMPONENTES DEL DESGASTE OCUPACIONAL COMO FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESIÓN EN INTERNOS DE MEDICINA

Componentes del Desgaste Ocupacional	Depresión				Total		Chi Cuadrado		Odds Ratio IC 95%		
	Presente		Ausente								
	f	%	f	%	f	%	X ²	Sig.	OR	Li	Ls
F1. Agotamiento											
Si	26	87	23	77	49	82	1,00	,317	1,98	,51	7,63
No	4	13	7	23	11	18					
F2. Despersonalización											
Si	25	83	24	80	49	82	,11	,739	1,25	,34	4,64
No	5	17	6	20	11	18					
F3. Insatisfacción de logro											
Si	25	83	26	87	51	85	,13	,718	,77	,19	3,20
No	5	17	4	13	9	15					
F4. Total Psicossomático											
Si	27	90	22	73	49	82	2,78	,095	3,27	,77	13,83
No	3	10	8	27	11	18					
Total	30	100	30	100	60	100					

En la tabla 2, se aprecia una mayoría de internos con agotamiento (82%), del mismo modo en aquellos que presentan depresión (87%) y en lo que no presentan depresión (77%); asimismo una mayoría de internos con despersonalización (82%), igualmente en aquellos que presentan depresión (87%) y en los que no presentan depresión (77%); también una mayoría de internos con insatisfacción de logro (85%), similar a aquellos que presentan depresión (83%) y en los que no presentan depresión (80%); finalmente se encontró una mayoría de internos trastornos psicossomáticos (82%), igualmente en aquellos que presentan depresión (90%) y en los que no presentan depresión (73%). Estos resultados dan lugar a una asociación no significativa entre el agotamiento emocional, la despersonalización, la insatisfacción de logro y los trastornos psicossomáticos con la depresión en internos de medicina.

Tabla 3.

COMPONENTES PSICOSOMÁTICOS DEL SINDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL COMO FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESIÓN EN INTERNOS DE MEDICINA

Desgaste Ocupacional	Depresión				Total		Chi Cuadrado		Odds Ratio IC 95%		
	Presente		Ausente								
	f	%	f	%	f	%	X ²	Sig.	OR	Li	Ls
F4a. Trastornos de sueño											
Si	26	87	24	80	50	83					
No	4	13	6	20	10	17	,48	,488	1,63	,41	6,47
F4b. Psicosexuales											
Si	25	83	23	77	48	80					
No	5	17	7	23	12	20	,42	,519	1,52	,42	5,47
F4c. Gastrointestinales											
Si	29	97	25	83	54	90					
No	1	3	5	17	6	10	2,96	,085	5,80	,63	53,01
F4d. Psiconeuróticos											
Si	26	87	27	90	53	88					
No	4	13	3	10	7	12	,16	,688	,72	,15	3,54
F4e. Dolor											
Si	26	87	26	87	52	87					
No	4	13	4	13	8	13	,00	1,000	1,00	,23	4,43
F4f. Indicador de ansiedad											
Si	26	87	21	70	47	78					
No	4	13	9	30	13	22	2,45	,117	2,79	,75	10,33
F4g. Indicador de depresión											
Si	26	87	23	77	49	82					
No	4	13	7	23	11	18	1,00	,317	1,98	,51	7,63
Total	30	100	30	100	60	100					

En la tabla 3, se aprecia una mayoría de internos con trastornos del sueño (83%), del mismo modo en aquellos que presentan depresión (87%) y en lo que no presentan depresión (80%); asimismo una mayoría de internos con trastornos psicosexuales (80%), igualmente en aquellos que presentan depresión (83%) y en los que no presentan depresión (77%); también una mayoría de internos con trastornos gastrointestinales (90%), similar a aquellos que presentan depresión (97%) y en los que no presentan depresión (83%); además se encontró una mayoría de internos con trastornos psiconeuróticos (88%), igualmente en aquellos que presentan depresión (87%) y en los que no presentan depresión (90%); al mismo tiempo se halló una mayoría de internos con trastornos de dolor (87%), igualmente en aquellos que presentan depresión (87%) y en los que no presentan depresión (87%); conjuntamente una mayoría de internos con indicios de ansiedad (82%), del mismo modo en aquellos que presentan depresión (87%) y en los que no presentan depresión (70%); finalmente se evidencia una mayoría con indicios de depresión(82%), del mismo modo en aquellos que presentan depresión (87%) y en los que no presentan depresión (77%). Estos resultados dan lugar a una asociación no significativa entre los subcomponentes de trastornos psicósomáticos con la depresión en internos de medicina.

Tabla 4.**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS INTERNOS DE MEDICINA CON Y SIN DEPRESIÓN**

Características	Depresión			
	Presente		Ausente	
	f	%	f	%
Violencia familiar				
No	30	100	30	100
SI	0	0	0	0
Drogadicción en miembros de la familia				
No	29	97	30	100
SI	1	3	0	0
Enfermedades en miembros de la familia				
No	16	53	22	73
SI	14	47	8	27
Fallecimiento de un familiar				
No	27	90	25	83
SI	3	10	5	17
Accidentes en un familiar				
No	28	93	28	93
SI	2	7	2	7
Madre soltera				
No	28	93	28	93
SI	2	7	2	7
Problemas con pareja				
No	23	77	27	90
SI	7	23	3	10
Antidepresivos				
No	30	100	30	100
SI	0	0	0	0
Hormonales				
No	29	97	30	100
SI	1	3	0	0
Total	30	100	30	100

En la tabla 4, se aprecia una mayoría sin violencia familiar, sin drogadicción dentro de la familia, sin enfermedades en miembros de la familia, sin fallecimiento de un familiar, sin accidentes en un familiar, sin madre soltera, sin problemas con pareja, sin uso de antidepresivos ni con problemas hormonales en internos de medicina con y sin depresión.

IX. DISCUSIÓN

Para otros autores, el Síndrome de desgaste ocupacional (SDO) se refiere a un proceso en el que los profesionales están desengañados de su trabajo, en respuesta a experiencias de estrés y tensión en el mismo. Los problemas que pueden ser solventados no llevan al SDO, de hecho el estrés controlado puede tener efectos positivos, estimulando al individuo a superarse, lo que culminaría en una experiencia gratificante y en competencia profesional. Precisamente, el SDO comenzaría cuando el individuo se encuentra desbordado y sin capacidad de reacción adaptativa o de superación.

La presente investigación tuvo como objetivo determinar si el síndrome de desgaste ocupacional es un factor de riesgo para la depresión en Internos de Medicina del Hospital Regional Docente de Trujillo, por lo que se rechaza la hipótesis ya que no se encontró significancia estadística. Investigaciones diferentes como Keen, YMyers et McCaulley (2010) afirman que en los servicios de salud domina el "tipo emocional" frente a una personalidad de "tipo racional", con una proporción de alrededor de 80/20%. Las personas del primer tipo tendrían más desarrollada la sensibilidad hacia materias relacionadas con el trato humano, así como una necesidad de actividades corporativistas, de afecto y entusiasmo. Dentro del segundo tipo estarían los sujetos que desarrollan un gran poder de análisis, objetividad y mirada lógica de los sucesos junto con un gran escepticismo. Por lo tanto la personalidad del individuo parece influir no sólo en la manifestación del "SDO" sino también en la predisposición del sujeto a él. No obstante de las dos tipologías relatadas, Garden comprueba recientemente que las excesivas demandas emocionales pueden ser una importante causa del agotamiento profesional en las personalidades emotivas.

Por lo tanto el SOD es una consecuencia, más no un factor predisponente donde puede ir asociado al cuadro clínico pero no es determinante de la depresión. La relación que se pueda dar entre SOD y depresión no es fija ni inamovible. Al contrario, presenta oscilaciones a lo largo de su curso. De

manera que, en un cierto momento, es posible que predomine una u otra sintomatología.

Los factores sociodemográficos se podría explicar por el hecho de que se trata de sujetos más jóvenes y con menor tiempo en el puesto de trabajo y, por tanto, tal como recogen otros autores, menos susceptibles al síndrome de Burnout: *asociado a la depresión según Álvarez Gallego(2013)*; La edad del sujeto en relación con la cantidad de experiencia en su profesión ya que parece ser que cuando los años avanzan, se va adquiriendo mayor seguridad en las tareas y menor vulnerabilidad a la tensión laboral. por otro parte en cuanto a la estabilidad afectiva y el ser padre o madre, mejora el equilibrio que se requiere para solucionar situaciones conflictivas.

Así también, Díaz, Castro, Mendo, Vásquez (2011), El estudio realizado tuvo como objetivo determinar y comparar la relación entre los factores demográficos: edad, sexo, estado civil y los niveles de las dimensiones del Síndrome de desgaste ocupacional en practicantes de Enfermería y Psicología de la Universidad Nacional de Trujillo y la Universidad César Vallejo Trujillo, La Libertad, donde se trabajó con una muestra de tipo no probabilística de 32 practicantes de Enfermería y 53 practicantes de Psicología, que estaban matriculados en el IX ciclo. Se administró un Cuestionario sobre los factores demográficos y el Maslach Burnout Inventory. En relación a las dimensiones del Síndrome de desgaste ocupacional, encontrándose que ambos grupos presentan de manera similar bajo agotamiento emocional, baja despersonalización y alta realización personal no hallándose diferencias significativas. Finalmente, no existe relación estadística entre los factores demográficos de edad y estado conyugal con las dimensiones del síndrome de desgaste ocupacional.

X. CONCLUSIONES

- Los resultados en éste trabajo dan lugar a que el síndrome de desgaste ocupacional severo no es un factor de riesgo para la Depresión en internos de medicina Hospital Regional Docente de Trujillo.
- Se estableció una asociación no significativa entre el agotamiento emocional, la despersonalización, la insatisfacción de logro y los trastornos psicosomáticos con la depresión en internos de medicina.
- No existe significancia estadística con las variables sociodemográficas (violencia familiar, drogadicción dentro de la familia, enfermedades en miembros de la familia, fallecimiento, accidentes en un familiar, madre soltera, problemas con pareja, uso de antidepresivos, problemas hormonales) con el síndrome de desgaste ocupacional.

XI. RECOMENDACIONES

Generar un análisis de control institucional que evalúe el nivel de desgaste ocupacional, lo cual facilite identificar al personal más vulnerable y genere su manejo, ya que todo ello optimizara el desempeño del personal.

Se debe implementar un ánfora o una encuesta de satisfacción del personal de salud (el interno) para determinar con mayor rapidez las áreas de servicio en la cual sea más probable encontrar personal con síndrome de desgaste ocupacional.

Se debería implementar programas y sesiones de ayuda psicológica - psiquiátrica para internos y personal con alteraciones en algunos de los componentes del síndrome de desgaste ocupacional y decidan acudir de forma voluntaria y confidencial.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Pérez UA. Estudio del Síndrome de desgaste profesional entre los profesionales sanitarios de un hospital general. *Actas Españolas de Psiquiatría* 1999; 27:4-7
2. Arturo Barraza Macías. Síndrome de Burnout en estudiantes de dos facultades de medicina. Un estudio comparativo entre una institución colombiana y una mexicana. *Revista Congreso Universidad*. 2012; 1(2)
3. César A. Guevara, M.D., Diana P. Henao, M.D., Julián A. Herrera, M.D. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. *Colomb Med* 2004; 35 (4): 173-178
4. Shanafelt T, Bradley K, Wipf J, Back A. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002; 136: 358-367
5. Arturo Barraza Macías. Validación psicométrica de la escala unidimensional del burnout estudiantil. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. 2011; 13 (2): 51-74
6. Martínez, A. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia* 2010; 112(1): 1 - 40
7. Carolina Aranda B. El síndrome de burnout o de quemarse en el trabajo: un conflicto en la salud de los profesionales. *Revista de Investigación en Psicología* 2011; 14 (2): 47 – 56
8. Arturo Barraza Macías, Raymundo Carrasco Soto, Martha Graciela Arreola Corral. Burnout estudiantil. Un estudio exploratorio. X Congreso Nacional De Investigación Educativa [Internet]. 2011 [citado 11 de Junio 2015]; 1(1): 1-11 Disponible en: http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v10/pdf/area_tematica_16/ponencias/0614-F.pdf
9. Barraza, Arturo. Burnout estudiantil. Un enfoque unidimensional.[Internet]. 2008 [citado 11 de Junio 2015]. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/burnout-estudiantil>
10. Francisco José Abreu Dávila. Síndrome de agotamiento emocional en profesionales de la unidad de cuidados intensivos. *Multiciencias* 2011; 11 (4): 370 – 377

11. Obando J, García N. Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de emergencia del Hospital Manuel de Jesús Rivera. (tesis). Nicaragua: Hospital de la Universidad de Nicaragua; 2002.
12. Arturo Barraza Macías. Estrés académico y burnout estudiantil. Análisis de su relación en alumnos de licenciatura. *Psicogente* 2009; 12(22): 272-283.
13. Japcy M.Q, Stefano V.A, BURNOUT: “Síndrome De Quemarse En El Trabajo (SQT)” *Acta Colombiana De Psicología* 2007; 10 (2): 117-125
14. Atance MJ. Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública* 1997;71: 393-303
15. Sandra Viejo, Margarita González. Presencia de Estrés Laboral, Síndrome De Burnout y Engagement en personal de Enfermería del Hospital del niño Morelense y su relación con determinados factores laborales. *European Scientific Journal* 2013; 9 (12): 112 – 119
16. Cecilia López-Pozos. Síndrome de Burnout Estudiantil y Género. *Ra Ximhai* 2014; 10 (7): 1-20
17. Grau A, Suñer R, García M. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria*. 2005;19(6)
18. Santen SA, Holt DB, Kemp JD, Hemphill RR. Burnout in medical students: examining the prevalence and associated factors. *South Med J*. 2010; 103(8): 758-63. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20622724>
19. Ortega C, López F. El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Int J Clin Health Psicol*. 2004; 4(1):137-160.
20. Morse, G., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Monroe-DeVita, M., & Pfahler, C. Burnout in Mental Health Services: A Review of the Problem and Its Remediation. *Administration and Policy in Mental Health* 2012; 39(5): 341–352.
21. Julián Manuel Domínguez Fernández, Francisco Herrera Claverob, et al.. Síndrome de desgaste profesional en trabajadores de atención a la salud en el área sanitaria de Ceuta. *Aten Primaria*. 2012; 44 (1): 30-35

22. Yury Rosales Ricardo. Estudio unidimensional del síndrome de burnout en estudiantes de medicina de Holguín. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2012; 32 (116): 795-803
23. Leora Velásquez-Pérez, Ricardo Colin-Piana, Margarita González-González. Afrontando la residencia médica: depresión y burnout. *Gaceta Médica de México.* 2013; 149: 183-95
24. Caballero Domínguez, Carmen. El Burnout Académico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2010, 42 (1) 131-146
25. María Erika Ortega, Godeleva Rosa Ortiz, Armando J. Martínez. Burnout en estudiantes de pregrado de medicina y su relación con variables de personalidad. *Terapia Psicológica* 2014; 32 (3): 235-242
26. Humberto Trejo-Lucero, Juan Torres-Pérez, Mónica Valdivia-Chávez. Asociación entre síndrome de burnout y depresión en personal de enfermería que labora en un Hospital de Alta Especialidad del Estado de México. *Arch Inv Mat Inf* 2011;3(1):44-47
27. Elizabeht Pérez Cruz. Síndrome de Burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes. *Med Int Mex* 2006; 22: 282-6
28. American Psychological Association. El Manual de estilo de publicaciones. El Manual Moderno. México, 2001.
29. Ana Carolina Sepúlveda-Vildósola, Ana Laura Romero-Guerra, Leonel Jaramillo-Villanueva. Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel Artículo de investigación. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2012; 69 (5): 347-354
30. Beatriz Gómez-Alcaina, Jesús Montero-Marín et al. Utilidad de los marcadores biológicos en la detección precoz y prevención del Síndrome De Burnout. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2013; 18 (3): 245-253.
31. Santiago A.A, José Jaime C.C, et al,. Síndrome de Burnout y factores asociados en estudiantes de I a X semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales (Colombia). *Arch Med* 2010; 10(2): 110-126

32. Alejandro Mariños, Miluska Otero, Jorge Tomateo, Germán Málaga. Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes. Estudio descriptivo transversal en un hospital nacional de Lima. *Rev Med Hered* 2011; 22: 162-168
33. Dyrbye, L. Shanafelt, T. Estudiantes de medicina y médicos quemados [Internet]. [Actualizado 04 de Julio 2006; citado el 13 de Junio 2015] Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=41127>
34. Carlotto, M.; Goncalvez, S. y Borges A. Predictores del síndrome de burnout en estudiantes de un curso técnico de enfermería, *Diversitas*. 2005; 1(2): 195-204.
35. Borges, A. M., & Carlotto, M. S. Síndrome de burnout e factores de estresse em estudantes de um curso tecnico de enfermagem. *Aletheia*, 2004; 19, 45-56.
36. Borda, M.; Navarro E.; Aun, E.; Berdejo, H.; Racedo, K. y Ruiz, J. “Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte”, *Revista Salud Uninorte*. 2007; 23 (1).
37. Pértegas Díaz S., Pita Fernández S. Cálculo del tamaño muestral en estudios de casos y controles. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. *Cad Aten Primaria* 2002; 9: 148-150.
38. Rocío Soria Trujano. Tratamiento Sistémico en Problemas Familiares. Análisis de caso *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 2010; 13(3)
39. Gutiérrez, D. Prevalencia del Síndrome de Burnout en estudiantes de Educación Media Superior. *Investigación Educativa Duranguense*, 2010; 5(11): 18-23.
40. American Psychiatric Association. Manual Estadístico y de diagnóstico de los trastornos mentales. DSM-IV. Barcelona: Masson, 1995

¿CÓMO ME SIENTO EN EL TRABAJO?

1. Siento que mi trabajo es tan repetitivo, que ya no me gusta.
2. Me cuesta mucho trabajo levantarme por las mañanas para ir a trabajar.
3. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato bien.
4. Despierto por las mañanas con facilidad y energía para iniciar un nuevo día de trabajo.
5. Siento que un día de estos mi mente estallará de tanta presión en el trabajo.
6. Siento cansancio mental al grado de no poder concentrarme en mi trabajo.
7. Me cuesta mucho ser cortés con los usuarios de mi trabajo.
8. Siento que haría mejor mi trabajo si tuviera otro tipo de empleo.
9. Establezco fácilmente comunicación con los usuarios de mi trabajo.
10. Hace mucho tiempo que dejé de hacer mi trabajo con pasión.
11. Todos los días me levanto y pienso que debo buscar otro empleo donde pueda ser eficiente.
12. Aunque realizo bien mi trabajo, lo hago por compromiso.
13. Si encontrara un empleo motivador de mis intereses personales, no dudaría en dejar el actual.
14. Las situaciones a las que me enfrento en mi trabajo no me provocan tensión alguna.
15. Siento que mis habilidades y conocimientos están desperdiciados en mi trabajo.
16. En mi trabajo todos me parecen extraños, por lo cual no me interesa interactuar con ellos.
17. Aunque me esfuerzo al realizar mi trabajo no logro sentirme satisfecho con ello.
18. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato mal.
19. Mi cuerpo me reclama más horas de descanso, porque mi trabajo me tiene agotado.
20. Al llegar a casa después de mi trabajo lo único que quiero es descansar.
21. Lo que más me gusta de mi trabajo es la relación con los usuarios del

mismo.

22. Se me facilita entender los problemas de los usuarios de mi trabajo.
23. Aunque un usuario de mi trabajo sea descortés conmigo, lo trato bien.
24. Mi trabajo es tan poco interesante que me es difícil realizarlo bien.
25. Mis actividades de trabajo han dejado de parecerme importantes.
26. Siento que la energía que ocupo en mi trabajo no la puedo reponer.
27. Mis horas de descanso son suficientes para reponer la energía que gasto al realizar mi trabajo.
28. No me siento contento con mi trabajo y eso me ha ocasionado problemas con mis compañeros.
29. Proporcionar un buen trato a los usuarios de mi trabajo es muy importante para mí.
30. En mi trabajo he llegado a un momento en que actúo únicamente por lo que me pagan.

CON QUÉ FRECUENCIA...?

31. Consideras que tienes sueño en exceso (más de 8 horas).
32. Te sientes deprimido (muy triste).
33. Sientes que la calidad de tu sueño es mala.
34. Tienes dolores de cabeza.
35. Sientes dificultad para pasar alimentos.
36. Te despiertas bruscamente con gritos, llanto y mucho miedo.
37. Te has desmayado.
38. Tienes dolor durante tus relaciones sexuales.
39. Sientes indiferencia sexual.
40. Tienes pesadillas que alteran tu tranquilidad al dormir.
41. Te sientes desesperado (ansioso).
42. Despiertas y eres incapaz de moverte o hablar.
43. Te duelen las articulaciones de brazos y piernas.

44. Sufres malestar al comer diferentes alimentos.
 45. Sufres vómitos.
 46. Pierdes sensibilidad táctil (manos, piel, etc.).
 47. Tienes dolores en el abdomen.
 48. Tienes la sensación de debilidad muscular en cierta parte del cuerpo
 49. Te duele la espalda y el cuello
 50. Tienes molestias al orinar.
 51. Consideras que tienes problemas respiratorios al dormir (p. ej., roncar).
 52. Te levantas de la cama durante la noche sin despertar.
 53. Sientes un nudo en la garganta.
 54. Llegas a perder la voz.
 55. Dejas de dormir por varios días.
 56. Sientes que interrumpes tu sueño durante la noche.
 57. Sufres náuseas.
 58. Sufres golpes irresistibles de sueño en situaciones inadecuadas (p. ej., manejando, conversando).
 59. Te duele el pecho.
 60. Tienes molestias al defecar.
 61. Tienes problemas para alcanzar un orgasmo cuando estás con una pareja.
 62. Sufres diarrea.
 63. Tienes la sensación de perder el equilibrio.
 64. Te despiertas sintiendo taquicardia, sudoración, tensión muscular y confusión.
- Las preguntas **65, 66 y 67** son sólo para **HOMBRES**, las preguntas **68, 69 y 70** son sólo para **MUJERES**.
65. Tienes problemas de eyaculación precoz.
 66. Tienes problemas de erección.

67. Tienes problemas para alcanzar la eyaculación.
68. Tu menstruación es irregular.
69. Tienes pérdida menstrual excesiva (sangrado).
70. Durante tu periodo menstrual, sufres dolores insoportables que te limitan en tus actividades.

Hoja de respuestas (F02) EDO

	TD				TA			
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								

	Nunca				Siempre			
31								
32								
33								
34								
35								
36								
37								
38								
39								
40								
41								
42								
43								
44								
45								
46								
47								
48								
49								
50								
51								
52								
53								
54								
55								
56								
57								
58								
59								
60								
61								
62								
63								
64								
65								H
66								H
67								H
68								M
69								M
70								M

TD = Total Desacuerdo.
 TA = Total Acuerdo.
 H = Sólo hombres.
 M = Sólo mujeres.

Profesión		Género	M () F ()	Fecha	
Estado civil		Tiempo de servicio			

ANEXO 2.

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Decidir con qué frecuencia se presenta el enunciado que se describe:

Por favor marque (X) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto				
14. Siento esperanza en el futuro				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung fue diseñada para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo.

La escala de autoevaluación para la depresión es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones y las actividades psicomotoras

Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva y otras diez de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo).

El rango de calificación es de 20 – 80

25 – 49	Rango Normal
50 – 59	Depresión Leve
60 – 69	Depresión Moderada
70 - 80	Depresión Severa

ANEXO 3

- Problemas económicos
 - Son suficientes los ingresos económicos para las necesidades del hogar y estudios de los miembros de la familia?
SI () NO ()

- Problemas familiares
 - Separación de padres SI () NO ()
 - Violencia familiar SI () NO ()
 - Drogadicción en miembros de la familia
SI () NO ()
 - Enfermedades en miembros de la familia
SI () NO ()
 - Fallecimiento de un familiar
SI () NO ()
 - Accidentes en un familiar SI () NO ()

- Problemas sentimentales
 - Madre soltera SI () NO ()
 - Problemas con pareja SI () NO ()

- Uso de medicamentos
 - Antidepresivos SI () NO ()
 - hormonales SI () NO ()