

PRESENCIA DE SÍNDROME DE ESTRÉS LABORAL COMO PREDICTOR DE
SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN EL PERSONAL QUE LABORA EN UN CENTRO
DE PROTECCION

EDISON CRUZ HERRERA
LINDA CAROLINA VERGARA PUENTES

UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
BOGOTÁ D.C II- 2011

PRESENCIA DE SÍNDROME DE ESTRÉS LABORAL COMO PREDICTOR DE
SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN EL PERSONAL QUE LABORA EN UN CENTRO
DE PROTECCION

EDISON CRUZ HERRERA
LINDA CAROLINA VERGARA PUENTES

Trabajo de grado para obtener el título de Psicólogo

Asesor Claudia Patricia Roa Mendoza
Psicóloga

UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA
FACULTAD DE DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
BOGOTÁ D.C II- 2011

HOJA DE ACEPTACIÓN

Firma Primer Jurado

Firma Segundo Jurado

Firma Director del Programa

Bogotá D.C, Enero de 2012

DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO

EDISON CRUZ HERRERA, LINDA CAROLINA VERGARA PUENTES, mayores de edad, identificados como aparece al pie de las correspondientes firmas, quienes actúan en nombre propio y para los efectos del presente contrato se denominarán **LOS AUTORES**, se permiten manifestar libremente que mediante este documento hacen cesión de derechos de autor, el cual se registrará por la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, y demás disposiciones que regulan la materia, y en especial por las siguientes Cláusulas:

PRIMERA. Objeto. LOS AUTORES manifiestan que de manera voluntaria y gratuita, realiza la Cesión en favor de la **UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA** de todos los derechos de autor patrimoniales que a ellos les corresponden como creadores de la investigación denominada **PRESENCIA DE SÍNDROME DE ESTRÉS LABORAL (BURN-OUT) COMO PREDICTOR DE SINTOMAS DE DEPRESIÓN EN EL PERSONAL QUE LABORA EN UNA CLINICA MENTAL**, como trabajo de grado producto de su actividad académica para optar al título de PSICÓLOGOS. Dicha obra fue realizada por LOS AUTORES en el año de 2011.

SEGUNDA. Determinación y alcance del objeto. Los derechos que a través de este contrato se ceden incluyen todos los derechos patrimoniales, es decir transformación, reproducción, comunicación pública, y distribución, y son otorgados sin ninguna limitación en cuanto a territorio se refiere. Así mismo, esta cesión se da por todo el término de duración establecido en la Legislación de derechos de autor que se encuentran vigentes en Colombia.

TERCERA. Derechos morales. La cesión de los derechos señalados en la cláusula anterior, no implican la cesión de los derechos morales sobre la obra mencionada dado que estos derechos son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables. Por tanto, los mencionados derechos seguirán radicados en cabeza de LOS AUTORES.

CUARTA. Elaboración y responsabilidad. LOS AUTORES manifiestan que la obra descrita en la cláusula primera, objeto del presente contrato es original y fue realizada por ellos mismos, sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, por tanto la obra es de su exclusiva autoría y detenta la titularidad de la misma, la cual cede en virtud del presente contrato.

Parágrafo. En caso de presentarse cualquier tipo de reclamación o acción por parte de un tercero en cuanto a los derechos de autor sobre la obra objeto de este contrato, LOS AUTORES asumirán toda

la responsabilidad, y saldrán en defensa de los derechos aquí cedidos. Por tanto, para todos los efectos la **UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA** actúan como un tercero de buena fe. **QUINTA. Exclusividad** LOS AUTORES declaran que los derechos sobre la obra en cuestión no han sido cedidos con antelación y que sobre ellos no pesa ningún gravamen ni limitación en su uso o utilización. **SEXTA. Autorización.** LOS AUTORES autorizan a la **UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA** a facilitar la consulta, lectura y reproducción por cualquier medio de la obra aquí cedida siempre y cuando se cite la fuente. En señal de asentimiento, se firma el presente documento en dos ejemplares del mismo tenor, en Bogotá, a los ____ días del mes de _____ del año _____.

LOS AUTORES,

Firma. _____

Nombre. Edison Cruz Herrera

C.C. No. 79900417 De Bogotá

Dir. Calle 64 N.63a-21

Tel. 6220288 ext 170 – 314 2774400

Firma. _____

Nombre. Linda Carolina Vergara Puentes

C.C. No. C.C. 52.537.952 De Bogotá

Dir. Calle 21 N. 10 - 77

Tel. 2380168 – 311 8329970

1. Identificación del trabajo de grado

APELLIDOS Y NOMBRES DE LOS AUTORES	DIRECCIÓN	TELEFONO	DIRECCIÓN ELECTRÓNICA
Edison Cruz Herrera	Calle 64 N. 63a 21	6220288 3142774400	Edisoncruz79@yahoo.com
Linda Carolina Vergara Puentes	Calle 21 N 10-77	2380168	cvpcarolina@yahoo.es

NOMBRE DEL PROGRAMA.

Psicología

TITULO AL QUE OPTA.

Psicólogo

ASESOR Y/ O DIRECTOR.

Asesor Claudia Patricia Roa Mendoza

TITULO DEL TRABAJO DE TESIS.

PRESENCIA DE SÍNDROME DE ESTRÉS LABORAL COMO PREDICTOR DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN EL PERSONAL QUE LABORA EN UNA CENTRO DE PROTECCION

2. Autorización

Autorizo a la Universidad Piloto de Colombia aquí y ahora a través de su centro de documentación a:

Publicar la versión electrónica del trabajo

SI X NO

Inmediatamente X

A partir de Enero de 2012

Tabla de Contenido

Introducción	12
Objetivos	14
Objetivo general	14
Objetivos específicos	14
Justificación	15
Marco Teórico	17
Indicadores del Síndrome de Burnout en los profesionales del sector salud	38
Marco Metodológico	42
Metodología	42
Tipo de estudio	42
Participantes	42
Instrumentos	43
Definición de variables	45
Procedimiento	45
Resultados	47
Discusión	60
Conclusiones	64
Recomendaciones	68
Referencias	69
Apéndices	72

Lista de Tablas

Tabla 1. Burnout en países de Hispanoamérica	38
Tabla 2. Burnout según la profesión	39
Tabla 3. Burnout según la ubicación del profesional de la salud	39
Tabla 4. Burnout según variables protectoras	40
Tabla 5. Índice de confiabilidad	44
Tabla 6. Escala de medición de depresión	45
Tabla 7. Edad	47
Tabla 8. Educación	48
Tabla 9. Estado civil	48
Tabla 10. Estrato socioeconómico	49
Tabla 11. Antigüedad en la institución	49
Tabla 12. Cargo	50
Tabla 13. Nivel académico	50
Tabla 14. Correlación entre beck y maslach	51
Tabla 15. Total de calificación	51
Tabla 16. Calificación Por Género	53
Tabla 17. Total – Nivel Académico	54
Tabla 18. Análisis Estado Civil y Género	55
Tabla 19. Tabla 20. Prueba F Varianza De Dos Muestras	59

Lista de Gráficas

Gráfica 1. Porcentaje de Burnout en residentes Hispanoamérica	38
Gráfica 2. Porcentaje de Burnout en profesionales de la salud	39
Gráfica 3. Porcentaje de Burnout en según ubicación del profesional de la salud	40
Gráfica 4. Porcentaje de Burnout según variables protectoras	41
Gráfica 5. Total calificación	52
Gráfica 6. Total calificación por género	53
Gráfica 7. Total – nivel académico	54
Gráfica 8. Estado civil género	56
Gráfica 9. Análisis % Tendencia Cansancio Emocional por estado civil	57
Gráfica 10. Promedio de resultados género masculino	58
Gráfica 11. Tendencia de calificación en el género masculino	58

Lista de Apéndices

Apéndice A. Carta Presentación Estudiantes Universidad Piloto de Colombia	72
Apéndice B. Formato de test aplicado a los profesionales del Centro de Protección de SIBATE.	73
Apéndice C. Resultados de las encuestas realizadas en el Centro de Protección de Síbate.	77
Apéndice D. Consentimiento Informado	79

PRESENCIA DE SÍNDROME DE ESTRÉS LABORAL COMO PREDICTOR DE
SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN EL PERSONAL QUE LABORA EN UN CENTRO
DE PROTECCION

Cruz Edison y Vergara Carolina

RESUMEN

Se hace referencia al síndrome de Burn-out o estrés laboral como una condición en la que se pueden tener repercusiones: conductuales, emocionales, familiares y sociales. El objetivo principal de esta investigación es identificar si existe relación entre la presencia de este síndrome y la aparición de síntomas de depresión en el personal que labora en un centro de protección, Para ello se utilizaron los inventarios; Maslach Burnout Inventory (MBI) de 22 ítems y el inventario de depresión de Beck (Beck depression inventory (BDI) de 21 ítems. Se tuvieron presentes siete aspectos psicosociales de los participantes: edad, estado civil, género, estrato socioeconómico, cargo, antigüedad en la institución y nivel académico. Los resultados obtenidos entre las dos pruebas dan una correlación positiva, lo que indica que la presencia de estrés laboral está directamente relacionada con la aparición de síntomas de depresión en el personal que labora en un centro de protección.

Palabras Clave. Estrés laboral, depresión, Centro de Protección, empleados de la salud, inventarios de Maslach y Beck

ABSTRACT

We refer to burnout syndrome or work related stress as a condition that can have repercussions on the subjects conduct and in his social and emotional life. The main objective of this research paper is to identify if there is a relationship between burnout syndrome and the occurrence of depression symptoms in the staff that works in a protection center. In order to identify this relationship the Maslach Burnout Inventory (MBI) with 22 items was used as well as the Beck depression inventory (BDI) with 21 items. Seven key psychosocial aspects where taken into account: age, marital status, gender, socioeconomic background, education level, position in the institutions and number of years they have been working there. The results obtained using both inventories evidence a positive correlation, which indicates that the occurrence of burnout syndrome is directly correlated with the presence of depression symptoms in the staff that works at a protection center.

Key terms: burnout syndrome, work related stress, depression, protection center, healthcare staff, Maslach y Beck inventories.

Introducción

Desde la psicología cognitiva se concibe a la depresión como un desorden del pensamiento. Supone que los signos y síntomas de la depresión son una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos. Beck (1976, citado por Salinas, 1998). Desde el punto de vista epidemiológico se trata, en efecto, de uno de los trastornos psiquiátricos más comunes. En Europa occidental, se estima que entre un 5 y un 10% de la población general padece depresión mayor en algún momento de su vida. Teniendo en cuenta su ritmo de progresión, se ha anticipado que esta patología va a constituir la principal causa de discapacidad y muerte en el mundo para el año 2010 (Murray y López, 1996 citado por Scott 2003).

Es una realidad que toca muy fuerte a la sociedad, vemos como cada día aumentan los casos de depresión a causa de diferentes situaciones y problemáticas.

Dentro de estas problemáticas se destacaría el estrés laboral (Burn-out) ya que estudios previos han demostrado que una alta tasa de experiencias castigan téis; por ejemplo, interacciones aversivas, estresantes, desagradables o trastornan téis; también causan depresión. (Lewinsohn y Talkington, 1979, citado por Salinas, 1998).

Esta investigación pretende establecer la relación existente entre la presencia de estrés laboral (Burn-out) y la aparición de síntomas de depresión. Iniciando desde un acercamiento teórico y posteriormente realizando un análisis correlacional de los resultados de las pruebas utilizadas.

La investigación se realizó con personal que trabaja en centros de protección directamente con población institucionalizada con diagnósticos de discapacidad cognitiva, sensorial, motriz, enfermedad psiquiátrica y/o neurológica por considerar que la misma dinámica de este trabajo y el ambiente laboral los hace más vulnerables a presentar estrés laboral (Burn-out).

Para este estudio se tuvo en cuenta la formulación del problema planteando el siguiente interrogante

¿Existe relación entre el síndrome de estrés laboral (Burn-out) y el riesgo de aparición de síntomas de Depresión en el personal que labora en un centro de protección?

Seguido por preguntas como

¿Cuál es la correlación existente entre datos socio demográficos y la presencia de síndrome de estrés laboral (burn-out) en el personal que labora en.

¿Cuáles son los factores de riesgo psicosocial que representan una mayor probabilidad en la presencia de síndrome de estrés laboral (Burn-out) como aparición de síntomas de depresión .

Por lo anterior este documento tiene importancia para el desarrollo y conocimiento del síndrome de estrés laboral (Burn-out) , es así como se presentan una serie de capítulos, entre ellos:, el primero donde se darán a conocer las generalidades temas importante como los objetivos, justificación, seguido por los antecedentes históricos los cuales dan una idea del desarrollo y reconocimiento del síndrome posteriormente se establece de forma clara el impacto en el sector salud. En este punto es donde se indica la importancia para la psicología el síndrome, dando a conocer sus afectaciones y como un psicólogo puede ayudar a colegas del sector a darle una solución propicia para las circunstancias, ayudándolo a manejar y controlar los espacios y las situaciones, creando así un beneficio y notablemente la solución.

A partir de lo anterior se da paso a establecer una investigación y con esto las conclusiones y recomendaciones generales y específicas de las pruebas y de la calificación de ellas, Es así como se establece el alcance, donde se puede llegar a la información ejecutada por otros investigadores y comprobada a partir de instrumentos, estas están direccionada a partir del estudio del comportamiento y su impacto en el desarrollo de la persona.

Objetivos

Objetivo general

Describir si existe relación entre el síndrome de estrés laboral (Burnout) y la aparición de síntomas de depresión en el personal que labora en un centro de protección.

Objetivos específicos

Describir la correlación existente entre datos socio demográfico y depresión en el personal que labora en centro de protección.

Describir la correlación existente entre datos socio demográfico y estrés laboral en el personal que labora en centro de protección.

Justificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que para el año 2020, la depresión será la segunda causa de incapacidad del mundo, lo que pone a este trastorno anímico y mental en una situación que no puede pasar inadvertidamente para los profesionales de la salud mental más si se considera que las consecuencias de sufrirla se hacen palpables en la vida personal y profesional de quien la padece y de su entorno.

La psicología tiene un compromiso ético con la sociedad, y es el de investigar para aportar al desarrollo de nuevas estrategias para la prevención y manejo de este trastorno anímico así como las posibles causas de su aparición, por lo anterior se establece la importancia de conocer el impacto y las causas que lo generan donde a partir de indicadores que se darán a conocer en el transcurso de la lectura del documento, se identifica un incremento en la presencia de este síndrome, en edades muy tempranas y sin limitaciones en profesiones, incluidos los profesionales del sector salud, Conocer estos parámetros implica disminuir el número de personas que lo padecen, Para posteriormente buscar la relación entre el estrés laboral y la aparición de síntomas de depresión, ya que es muy probable que un mundo en proceso de globalización, donde las condiciones laborales suelen estar caracterizadas por entornos muy competitivos y diversos sistemas de medición que pueden resultar en muchos casos como factores decisivos en los estados de estrés laboral.

Se genera así un aporte a la psicología, la universidad y al grupo de investigación donde a partir de un conocimiento previo no solo en el marco conceptual se puede identificar formas que lo llevaran a la práctica en el grupo de investigación, las cuales se compartirán en cada una de las áreas de la universidad, limitando la presencia de este síndrome en los profesionales que ejecutan sus funciones en la Universidad Piloto de Colombia (UPC)

Las instituciones mentales tienen como objetivo velar por la salud y la integridad de las personas que allí se encuentran, de aquí la importancia que las personas que allí trabajan. Se encuentren en óptimas condiciones tanto en lo laboral como su estado de ánimo se refiere.

Se decidió hacer la investigación con el personal que labora.

en un centro mental ya que anteriores investigaciones han dado como resultado que unas de las profesiones que más se ve afectadas por el estrés laboral son los Médicos y enfermeros. Grau, Suner & Garcia (2005).

La institución se eligió ya que el ambiente de centro mental tiene características propias que otra institución de Salud, especialmente en sus pacientes; estados de ansiedad, crisis, hetero agresiones y autoagresiones. Que hacen al personal que allí trabajo más vulnerable a presentar estrés laboral.

Marco Teórico

Existen varios criterios sobre la definición de depresión y estrés laboral, sin embargo se retomaron los principales conceptos y los que más se aproximan a esta investigación, abordando los aspectos históricos de cada término.

La depresión anteriormente denominada melancolía (del griego clásico "negro" y "bilis") y frecuentemente confundida con ella, es uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos de los que se tiene constancia. A lo largo de la historia se evidencia su presencia a través de los escritos y de las obras de arte, pero también, mucho antes del nacimiento de la especialidad médica de la psiquiatría, es conocida y catalogada por los principales tratados médicos de la antigüedad. El origen del término melancolía se encuentra, de hecho, en Hipócrates, aunque hay que esperar hasta el año 1725 en el que el británico Richard Blackmore rebautiza el cuadro con el término actual de depresión. Hasta el nacimiento de la psiquiatría científica, en pleno siglo XIX, su origen y tratamientos, como el del resto de los trastornos mentales, basculan entre la magia y una terapia ambientalista de carácter empírico (dietas, paseos, música...), pero con el advenimiento de la biopsiquiatría y el despegue exitoso de la farmacología pasa a convertirse en una enfermedad más. De hecho el éxito de los modernos antidepresivos (especialmente la fluoxetina, más conocida por uno de sus nombres comerciales: Prozac, y rebautizada como píldora de la felicidad) ha reforzado el mito del fármaco de la sociedad occidental del siglo XX. La medicina oficial moderna considera cualquier trastorno del humor que disminuya el rendimiento en el trabajo o límite la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea o no conocida, como un trastorno digno de atención médica y susceptible de ser tratado mediante farmacoterapia o psicoterapia. (Jackson, 1989).

Desde la etimología, la cultura griega clásica explicaba todas las enfermedades y los cambios de temperamento o "humor" a partir de la influencia de cuatro líquidos corporales denominados "humores": la sangre, la flema, la bilis negra y la bilis amarilla. Según esta teoría de los cuatro humores propuesta por Hipócrates un exceso de sangre provocaba comportamientos hiperactivos (maníacos, en la terminología actual), mientras que el exceso de bilis negra provocaba un comportamiento abatido, apático y un manifiesto sentimiento

de tristeza. El término "bilis negra" o "melancolía", pasó a convertirse en sinónimo de tristeza. (Lain, 1978 citado por Jackson, 1989).

Los romanos tenían en latín su propia manera de llamar a la bilis negra, atra bilis (bilis oscura), de la cual se deriva la palabra española "atrabiliario", que significa de triste semblante, pero el término médico mantuvo el origen griego.

Hipócrates explicaba no sólo el comportamiento sino las propia salud y enfermedad mediante el equilibrio de estos humores en el cuerpo. Denominaba crisis al equilibrio entre ellos y llamaba crisis a la expulsión de los humores mediante procesos fisiológicos como el sudor, los vómitos, la expectoración, la orina, o las heces. El médico debía averiguar cuál era el momento "crítico" (aquel en el que se debía producir la expulsión de los malos humores) para facilitarlos mediante la aplicación de los correspondientes tratamientos (Conti, 2007).

El origen del vocablo depresión se encuentra en la expresión latina de y premere (empujar u oprimir hacia abajo). Su uso se registra por primera vez en Inglaterra en el siglo XVII. Richard Blackmore, médico de Guillermo III de Inglaterra y poeta, habla en 1725 de estar deprimido en profunda tristeza y melancolía. Robert Whytt, 1764, relaciona depresión mental con espíritu bajo, hipocondría y melancolía. En 1808 Hacia el siglo XIX el término depresión va ganando terreno y se usa junto al de melancolía para designar a la enfermedad, mientras este último término siguió conservando su uso popular y literario (Conti, 2007).

Wilhem Griesinger empleó por primera vez el término estados de depresión mental como sinónimo de melancolía. Emil Kraepelin la designa como locura depresiva en una de sus clasificaciones, sin abandonar el término melancolía para nombrar la enfermedad, y manteniendo depresión para referirse a un estado de ánimo; afirmaba que las melancolías eran formas de depresión mental, expresión que se le atribuye. Adolf Meyer propuso abandonar el término melancolía y sustituirlo por el de depresión. (Jackson, 1989).

En esta batalla por la denominación por el concepto se llegó a la redundancia de llamar melancolía a la depresión con síntomas leves. El término ciclotimia fue usado por Karl Ludwig Kahlbaum en 1863 para designar las variaciones de las fases depresiva y maníaca, a modo de ciclos repetitivos y periódicos (Jackson, 1989).

Pueden encontrarse descripciones de la melancolía y sus síntomas en muchos registros literarios y médicos de la humanidad, aunque es la cultura griega clásica la

primera en abordar explícitamente este trastorno del ánimo, sin recurrir a metáforas o descripciones literarias.

El modelo médico griego se fundaba en las variaciones hereditarias cuya influencia determinaba la de la aparición de las diferentes enfermedades. El predominio o desequilibrio de un humor sobre los otros podía explicar un temperamento, según la teoría propuesta por Hipócrates, pero también la aparición de diferentes enfermedades; siguiendo ese modelo, los temperamentos posibles eran el sanguíneo, el colérico, el melancólico y el flemático. El temperamento (temperamentum, medida) es la peculiaridad e intensidad individual de los afectos psíquicos y de la estructura dominante de humor y motivación; es la manera individual de reaccionar a los estímulos ambientales. El colérico es rápido, muy activo, práctico en sus decisiones, autosuficiente y sobre todo independiente. Se considera que es muy determinado, firme y decidido en sus opiniones, y se enoja con facilidad. El melancólico es sensible, aunque poco reactivo; tiende al pesimismo y la pasividad. (Jackson, 1989).

A pesar de los errores de esta teoría Hipócrates no se equivocaba completamente al relacionar los dos síntomas principales propios de los melancólicos: el temor y la tristeza. Es como consecuencia de esta tristeza que los melancólicos odian, según Hipócrates, todo lo que ven y parecen continuamente apenados y llenos de miedo, como los niños y los hombres ignorantes que tiemblan en una oscuridad profunda (Ducasse, 2010).

Aretes de Capadocia, notable médico romano del siglo I, describe la melancolía como una frialdad del ánimo, obsesionado con un pensamiento, y tendente a la tristeza y a la pesadumbre. Celso, por su parte, aunque de espíritu fundamentalmente compilador, desarrolla algunas consideraciones personales sobre el tratamiento que incluyen terapias ambientalistas, de distracción con cuentos y juegos del agrado del paciente o viajes periódicos a otros países, aunque también incluye propuestas de tratamiento farmacológico como la sangría, o purgas estomacales a base de eléboro blanco.

Sorano de Éfeso, principal representante de la escuela metodista, considera la melancolía como un tipo de enfermedad asociada a un estado excesivamente fluido y laxo del organismo. Refuta la teoría de los humores y, a partir de las referencias de Celio Aureliano, sabemos que creía que su origen estaba en el estómago. La escuela neumática (seguidora de la teoría del pneuma: la vida es consecuencia de un flujo o «pneuma»

permanente de partículas en movimiento), opuesta a la metodista y representada por Rufo de Éfeso, también se opone a la teoría humoral y propone una clasificación visionaria en melancolías congénitas y adquiridas, además de introducir una descripción prosopográfica del perfil del paciente melancólico: ojos saltones, labios finos, piel oscura o exceso de vello corporal. Menciona este autor la existencia de una melancolía de los hipocondrios o hipocondría, y achaca la misma a una excesiva actividad del pensamiento. Persiste la relación entre la depresión y el tracto digestivo ya que "la época en la que aparece menos es el invierno, porque la digestión se hace bien en esa estación". (Conti, 2007).

La escuela ecléctica, abanderada por Areteo de Capadocia, mantuvo el origen humoral de la enfermedad y recogió por primera vez el concepto de melancolía amorosa, además de relacionar la melancolía con su situación clínica contraria, la manía. (Conti, 2007).

Claudio Galeno de Pérgamo, principal figura médica de la Roma antigua, mantiene en el siglo II dC los postulados hipocráticos, subrayando de nuevo la importancia del miedo como síntoma concomitante con la tristeza.

El período europeo conocido como Edad Media incluye aportaciones en materia de medicina de tres fuentes más o menos diferenciadas: El imperio bizantino, surgido de los restos del Imperio Romano de Oriente, el mundo islámico, en plena expansión, y la Europa Occidental, dominada por una concepción cristiana de la ciencia. La medicina de la Edad Media en Europa mantiene, en general, intactos los postulados clásicos de los cuatro humores pero la influencia del cristianismo como aglutinador cultural en la interpretación de las "pasiones del alma" abre la vía de una nueva concepción de la enfermedad.

De otra parte, la figura más importante del Renacimiento (a caballo entre este y el racionalismo del siglo XVII) en relación con la melancolía fue Robert Burton (1577-1640), quien dedicó casi toda una vida a redactar su Anatomía de la Melancolía (publicada en 1621), un largo ensayo médico y filosófico en el que resume todos los conocimientos habidos hasta esa fecha sobre el tema. En sus tres tomos se ofrece una concepción multifactorial de la depresión, según la cual la enfermedad no tiene una única causa, sino que puede tener varias: desde el amor a la religión, pasando por la política, la influencia de las estrellas o el simple aburrimiento. Puede localizarse, al modo clásico, en la cabeza, el cuerpo o los hipocondrios, y se acompaña en ocasiones de delirios o fantasías, de nuevo

subrayando el miedo y la tristeza como síntomas principales. Y si varias pueden ser las causas, varios pueden ser los remedios, que van desde la música a la compañía. La obra concluye con un extenso poema, resumen del autor de su concepto de melancolía. (Foucault, 1967; citado por Jackson, 1989).

En la Edad Moderna, la transformación de la sociedad a partir del siglo XVII (la crisis del modelo mercantilista y el surgimiento de la concepción mecanicista de la ciencia) determinaron una ruptura con las teorías clásicas sobre la melancolía. Thomas Willis (1621-1675) será el primer médico en rechazar activamente la teoría de los cuatro humores y, al hilo de la corriente imperante en su época, atribuirá a procesos químicos del cerebro y del corazón las causas de esta enfermedad. Se establecen cuatro tipos de melancolía, esto dependiendo de su origen. La debida a una alteración en el cerebro, la originada por una mala función del bazo, una tercera que tiene su origen y efecto en todo el cuerpo y una última clase de melancolía "histórica", siendo el origen de este último el útero. Es considerado el pionero de la neuroanatomía, y sus trabajos en el campo de la depresión le llevan a publicar en 1672 un tratado sobre el tema en el que mantiene la base del miedo y la tristeza en cuanto a la sintomatología, en ese incluye el concepto de y la relación de la conciencia comparado con la afectación dando paso a la locura parcial y locura general desarrollados poco después por John Locke, el más notable de sus discípulos (Jackson, 1989).

Posteriormente en los siglos XIX y XX, La revolución francesa y su vástago, la revolución industrial, cambiarán definitiva y completamente el modo de entender a la persona enferma. Y especialmente, a la enfermedad mental. El padre de la psiquiatría moderna, Philippe Pinel, relaciona la medicina a partir de un estudio de la matemática, diferenciándolo así de los médicos de su generación. Él afirma que el origen de los trastornos anímicos está en lo que se percibe y en lo que se siente, inaugurando una época de causas morales (fanatismos religiosos, desilusiones intensas, amores apasionados...). para contrarrestar las causas se deben analizar de forma independiente síntomas como la melancolía, también nombrada por él como delirio temporal o delirio sobre un cuerpo.

El principal discípulo de Pinel, Jean-Etienne-Dominique Esquirol acometió la reforma psiquiátrica de espíritu positivista que sentó las bases de la identificación entre loco y enfermo mental. Incluyó el término de monomanía para algunos tipos de melancolía,

y apuntó por primera vez, de una manera muy adelantada, a la "padecimiento" (monomanía instintiva) siendo esta la causa de comportamientos que llevan a delinquir. En este punto se identifica la confusión en algunos casos entre trastorno anímico también conocido como tristeza patológica y enfermedad mental conocido como depresión.

Las descripciones nosológicas de Pinel y Esquirol al poco tiempo se demuestran como síndromes, La monomanía, la manía, la melancolía, son conjuntos de síntomas que difícilmente ayudan a caracterizar a los pacientes. En este contexto Jean-Pierre Falret describe en 1854 la locura maniaco-depresiva en su tratado "Acerca de la locura circular o forma de enfermedad mental caracterizada por la alternancia regular de la manía y de melancolía" (Jackson, 1989).

El desarrollo de la psiquiatría ayuda a que la terminología adquiera una mayor claridad específicamente cuando se refiere a la melancolía y/o depresión. ansiedad, histeria, hipocondría, obsesión, fobia, distimia o trastorno psicósomático y la OMS acota y define la depresión endógena o mayor como un síndrome orgánico cuya sintomatología nuclear abarca alteraciones del pensamiento y los impulsos, tristeza corporalizada y trastornos de los ritmos vitales, además de poder expresarse a través de distintos síntomas somáticos.

La biopsiquiatría ha llegado más lejos explicando a través de mecanismos farmacológicohistoria de la depresión cómo la interacción de determinados neurotransmisores influye en el desarrollo de múltiples trastornos mentales entre los que se encuentra la depresión.

Entrando ahora a conocer las definiciones y clasificaciones de la depresión se puede mencionar que son múltiples los conceptos que se le asignan al término depresión por lo que es conveniente conocer algunos de los más pertinentes teniendo en cuenta el contexto de esta investigación, entre estos tenemos los descritos por Kraepelin, Marquez, Freud, Beck y por supuesto Hipócrates, quien fue el primero en aportar un descubrimiento importante en el campo de la depresión, reconociéndola como una enfermedad que debe ser considerada y tratada con importancia, llamándola melancolía y haciendo una descripción clínica de ésta mencionando a los cuatro humores corporales.

Kraepelin, citado en Polaino (1980), por ejemplo la denominó locura maniaco-depresiva, derivado de depresión por los diferentes síntomas característicos. Breton (1998)

describe al término depresión como una forma de trastorno anímico o afectivo, con lo cual se refiere a un cambio en el estado de ánimo.

Todas estas definiciones están basadas prácticamente en un síntoma muy característico de esta enfermedad, la tristeza; el estar triste y sentirse deprimido se utilizan como síntomas principales; así que por tanto depresión es un estado de tristeza que nos lleva al concepto de Marquez (1990), el cual dice que la depresión es la falta o el déficit de energía psíquica, refiriéndose a Energía psíquica como aquella fuerza que vivifica y anima y que procede de unas relaciones satisfactorias con el ambiente y con uno mismo.

Freud (1917) citado por Lastra (1996) por su parte, desarrolló la teoría psicodinámica de la depresión con una explicación de los síntomas melancólicos similares a la propuesta por Burton. Postuló que la depresión representaba la introyección de la hostilidad causada por la pérdida de personas amadas de un modo ambivalente. Así mismo consideraba que en el centro de la psique existe una fuerza que él llamaba libido, y que es lo que nos hace mantener el equilibrio o la felicidad.

Tras diversas reformulaciones, Chodoff (1972) citado por Lastra (1996), describe el concepto psicoanalítico moderno: las personas predispuestas a la depresión dependen de competencias narcisistas derivadas directa o indirectamente de otros individuos para mantener su autoestima, y por tanto muestran facilidad para el desarrollo de síntomas significativos, secundarios a las pérdidas ocurridas con el curso del tiempo.

Otra punto de vista es la de la Organización Mundial de la Salud (2008) citado por Botello (2009) la depresión es una psicosis afectiva donde el ánimo se identifica como una presión con sentimientos de tristeza e infelicidad, se presentan grados de ansiedad.

La Asociación Americana de Psicología en el DSM IV (1995) propone, una persona tiene el síndrome de depresión clínica, si muestra por lo menos 5 de los siguientes factores, siendo estos continuos donde a lo largo de dos semanas se genera una disminución en el interés por cualquier actividad (APA, 1995).

Los clínicos utilizan el término depresión de una manera pretendidamente precisa. Forma parte de esta precisión la identificación de unos patrones definitorios y la clasificación de tipos. Los patrones definitorios consisten en una variedad de síntomas que suelen agruparse en cuatro tipos: síntomas afectivos (humor bajo, tristeza, desánimo), síntomas cognitivos (pensamientos negativos de sí, del mundo y del futuro, baja auto-

estima, desesperanza, remordimiento), síntomas conductuales (retirada de actividades sociales, reducción de conductas habituales, lentitud al andar y al hablar, agitación motora, actitud desganada) y síntomas físicos (relativos al apetito, al sueño y, en general, a la falta de «energía», así como otras molestias). En consecuencia, la depresión vendría dada por diferentes síntomas, de modo que una persona podría estar deprimida diferentemente de otra, según la preponderancia de uno u otro patrón. (Vázquez, Muñoz, & Becoña, 2000).

La depresión se pueden clasificar en genéticos, biológicos y psicosociales, siendo estos los factores de riesgo. Una de las causas de la depresión es la transmisión vía genética, siendo esta heredada. Este factor es especialmente importante en las depresiones psicóticas. Se puede tener una depresión endógena basándose en factores orgánicos, que se manifiestan mediante alteraciones bioquímicas del organismo. (Buzzard, 1930; citado por Ramos & Cordero, 2007).

En el origen genético se ha visto que los desórdenes afectivos mayores (aquellos desórdenes del estado de ánimo con mayor intensidad y duración) estos se presentan con mayor frecuencia en familiares de personas enfermas. Se acepta que la herencia juega un papel en la génesis de la depresión. Sin embargo, es importante aclarar que este se presenta en diferentes edades y dependiendo de la respuesta al tratamiento así como su evolución, dificulta el estudio del tipo y mecanismo de transmisión de cada uno de ellos. Se tienen estudios sobre el historial de familiares con personas que tienen trastornos depresivos siendo esto relevante para la presentación de tasas en personas con referencia de familiares con trastornos emocionales. Cuando se estudian pacientes adoptados con trastorno del estado del ánimo se comprueba que la frecuencia de trastornos del estado de ánimo es mayor en sus padres biológicos que no en sus padres adoptivos (Almudena, 2000).

De igual forma, algunas observaciones han hecho pensar en que ciertos cambios en el organismo puedan dar origen a un trastorno depresivo. Por ejemplo, la asociación de una serie de enfermedades físicas con la depresión, o la relación del efecto de los fármacos antidepressivos con modificaciones en los neurotransmisores cerebrales, la existencia de otros fármacos que pueden producir depresión, la depresión inducida por el consumo de drogas, y la transmisión genética de mecanismos que favorecen la aparición de depresión en varias generaciones de una misma familia.

Por otra parte, las causas psicológicas son un factor determinante en los tipos de depresiones neuróticas, llamadas también reactivas, estas están relacionadas con el término distimia; ya que en esta como en las neurosis "...los factores emocionales desempeñan un papel preponderante, presentándose desde los primeros años de vida determinando rasgos de personalidad tan profundamente enraizados en el modo de ser del individuo que se aprenden a través de la estrecha relación y la dependencia respecto de los miembros de la familia" (Calderón, 1998).

Otra causa importante es la situación, generando una respuesta de alternación con el entorno, así como también la pérdida de poder provoca descontrol e inseguridad en la persona; un factor primordial que origina la depresión neurótica es la pérdida de la salud ya sea por enfermedades con peligro de muerte, cáncer o sida; enfermedades que originan incapacidad física; también por enfermedades que determinan alteraciones estéticas, ya sea por ejemplo por quemaduras que requieren operaciones, o enfermedades que afectan la autoestima. (Carrasco, 2006).

Para los seres humanos el ámbito afectivo es importante donde la inestabilidad puede ocasionar depresiones siendo estas generadas a la salida y/o entrada, en donde, según Calderón (1998) las salidas son una defunción de un ser querido, una separación de divorcio, etc., y las entradas son consideradas como el ingreso de una persona al espacio vital o interpersonal del individuo cuando se siente invadido el lugar en donde se relaciona; esto es que ciertos tipos de situación cotidiana están estrechamente relacionados con la enfermedad depresiva.

Según Carrasco (2006), Los factores psicosociales hacen referencia al entorno y a la forma en que el individuo afronta las diferentes circunstancias de este. Por lo anterior se estima que las circunstancias que el individuo afronta, también son factores de estrés siendo estos llamados, acontecimientos vitales, estos son factores precipitantes de los trastornos afectivos. Estos acontecimientos vitales, al recaer sobre un individuo que ya tiene una vulnerabilidad de base, desencadenarían el inicio de una depresión. Se piensa que los pacientes deprimidos experimentan más acontecimientos vitales en los meses que preceden al comienzo de los síntomas.

De igual forma, Carrasco (2006), identifico ciertos factores sociales que son determinantes para que se origine la depresión en las personas como por ejemplo: la

recesión económica, alto índice de desempleo, inseguridad social, marginación, carencia de proyectos, ruptura de redes sociales, desaparición de lugares de pertenencia, aislamiento social.

Según Breton (1998) existen unos acontecimientos vitales que generan un alto impacto, incrementando la depresión, siendo los no deseados, no controlables, inesperados, los cuales suponen una amenaza o peligro importante para el sujeto; entre ellos, los acontecimientos que suponen una pérdida para el individuo (muerte del cónyuge o un familiar próximo, separación, jubilación o pérdida de empleo, abandono del hogar por parte de algún miembro de la familia) son los más claramente asociados al inicio de un trastorno depresivo.

Algunos tipos de depresión tienden a afectar a miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión. Dentro de los tipos de depresión que existen se encuentran los siguientes:

a) Depresión severa o mayor: Tiene una combinación de síntomas pueden generar un aumento o por el contrario una disminución en la capacidad para trabajar y/o ejecutar alguna actividad influyendo en la fase de disfrutar las cuales antes eran placenteras. Generalmente cuando se presenta es muy incapacitante, esto puede ser repetitivo es decir que el paciente puede decaer. (Catholic Health System, 2005).

b) La distimia: Depresión de menor gravedad, presenta síntomas crónicos de menor afectación incapacitante pero sí interfiere con el buen funcionamiento y bienestar de la persona que la padece (Catholic Health System, 2005).

c) El trastorno bipolar, conocida también como enfermedad maniaco depresivo, se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo, rápidos o graduales del estado eufórico o ánimo elevado al depresivo o ánimo bajo. En la fase depresiva, la persona puede presentar uno, varios o todos los síntomas de la depresión mientras que en la fase maníaca puede presentar una gran cantidad de energía que se traduce en hiperactividad. En esta fase frecuentemente se ve afectado el pensamiento y el juicio de la persona. Este tipo de depresión no es tan frecuente como los otros dos casos (Catholic Health System, 2005).

Unos de los cuadros clínicos con mayor dificultad para su análisis es la depresión a su vez es heterogéneos sintomatológicamente teniendo variaciones a partir de las personas como individuos, así por ejemplo en algunos casos la depresión se acompaña de un estado de agitación e insomnio mientras que en otros casos aparecen profundos estado de inhibición psicomotora e hipersomnio, se debe admitir que la depresión es una entidad clínica bastante semejante. (Vázquez, 1998).

Es complicado encontrar e un paciente experimente de modo aislado alguno de los síntomas que describimos a continuación. Esto a partir de que suelen tener síntomas asociados, presentados en forma conjunta, si bien las diferencias entre un paciente y otro pueden ser muy acusadas en el patrón sintomatológico. “En definitiva el conjunto sintomático de las depresiones se puede reducir a cuatro grandes núcleos” (Beck, 1976; Paykel, 1985; Rosenhan & Seligman, 1984; citados por Franchi, 2001):

a) Síntomas anímicos. El síntoma principal de la depresión es la tristeza, se presenta en el 90% de los deprimidos, es ésta la queja principal en aproximadamente la mitad de tales pacientes. Klerman, (1987) citado por Franchi (2001). Los factores que hacen que esta se presente son el abatimiento, irritabilidad, infelicidad entre otros, cuando se presente una depresión de alto grado alguno pacientes tienden a no tener sentimiento y/o permitir afectación de estos llegando al otro extremo en los factores nombrados con anterioridad; evitando así causas posteriores como llorar. (Whybrow, 1989; citado por Franchi, 2001).

La ansiedad subjetiva y la inquietud es, así mismo, un síntoma emocional que suele coexistir con la depresión en un 70-80 por 100 de los casos siendo a veces difícil separar los trastornos de ansiedad de los trastornos del estado de ánimo. Greenberg & Alby, (1988) citados por De hecho trastornos como las obsesiones, o las fobias frecuentemente están asociados a una notable sintomatología depresiva. Esta ansiedad puede llevar asociada estados de agitación, es decir, una actividad motora excesiva y sin propósito. (Roth & Mountjoy, 1985, citados por Franchi, 2001).

b) síntomas motivacionales. La inhibición genera una frustración teniendo una afectación importante en las personas con depresión. En efecto la apatía, la indiferencia, y en definitiva, la anhedonia, forman parte de un conjunto de síntomas para personas con depresión, siendo el principal el estado final antes nombrado “depresión”. Tareas normales como asearse puede llegar a tener un grado de complejidad elevado el cual va en

incremento para las personas en depresión, en muchos casos, se abandonan los estudios, el trabajo, etc. Así mismo tomar decisiones cotidianas, (ejemplo decidir la ropa para vestirse) puede convertirse en una tarea casi insalvable. En su forma extrema este tipo de síntomas puede constituir lo que se denomina retardo psicomotor lento generalizado de las respuestas motoras, el habla, el gesto y una inhibición motivacional absoluta. Este retardo a veces puede ser tan extremo que puede llegar a denominarse “estupor depresivo”, un estado caracterizado por un mutismo e inactividad casi totales, y muy similar a un estado catatónico. (Klerman, 1987 citado por Franchi, 2001).

c) síntomas cognitivos.” La valoración que hace una persona deprimida de sí mismo y de su entorno suele ser negativa. La autodepreciación y la pérdida de autoestima suelen ser, por lo tanto, características cognitivas estables de estas personas. Un resultado consistente en muchos estudios es que ante sucesos negativos (ejemplo, un fracaso amoroso) los sujetos deprimidos, en contraste con los no deprimidos suelen atribuir la causa del suceso más a sus defectos o incapacidades que a factores externos. Parece en definitiva, que existen estilos de pensamientos sesgados en estas personas”. (Beck, 1979 citado por Franchi, 2001).

d) Cambios físicos: Es habitual que se tengan cambios físicos siendo este un motivo de búsqueda profesional. afecta a un 70-80 por 100 de los pacientes con depresión, donde algún un pequeño porcentaje de pacientes puede llegar a tener hipersomnias. Adicional a esto los síntomas pueden ser fatiga, disminución en el apetito, y la disminución de la actividad y el deseo sexual (que en los hombres, puede incluso acompañarse con dificultades en la erección).

Así mismo los deprimidos se quejan con frecuencias de molestias corporales difusas dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, visión borrosa, etc. De hecho en la mayor parte de los casos es el médico internista o de medicina general, el que primero recibe a estos pacientes.

Por último Las cifras de prevalencia de la depresión varían dependiendo de los estudios, en función de la inclusión tan sólo de trastornos depresivos mayores o de otros tipos de trastornos depresivos. En general, se suelen recoger cifras de prevalencia en países occidentales de aproximadamente 3 por ciento en la población general, y para el trastorno depresivo mayor, una incidencia anual del 1 al 2 por mil.

Todos los estudios coinciden en que la prevalencia es casi el doble en la mujer que en el hombre, y que algunos factores estresantes vitales, como el nacimiento de un hijo, las crisis de pareja, el abuso de sustancias tóxicas (principalmente alcohol) o la presencia de una enfermedad orgánica crónica se asocian con un riesgo incrementado de desarrollar un trastorno depresivo mayor. En cuanto a la asociación familiar debida a factores genéticos, la existencia de un pariente de primer grado con antecedentes de trastorno depresivo mayor aumenta el riesgo entre 1,5 y 3 veces frente a la población general.

A los factores estresores del entorno, se suma la actividad laboral. Todos los trabajos son potencialmente estresantes, algunos por su monotonía operativa y otros que demandan y conducen al agotamiento físico y/o emocional, llevando al individuo al estrés laboral.

Se puede afirmar que los factores de riesgo psicosocial son aquellos aspectos de la concepción, organización y gestión del trabajo así como de su contexto social y ambiental que tienen la potencialidad de causar daños físicos, sociales o psicológicos en los trabajadores. En términos de prevención de riesgos laborales, los factores psicosociales representan la exposición ó factores de riesgo, y la organización del trabajo el origen de ésta, así como el estrés el precursor del efecto de la enfermedad o trastorno de salud que se pueda producir. Las condiciones del trabajo repercuten en el bienestar físico y social así como en el de la salud, limitando su desarrollo en el trabajo y en otras actividades. Las exigencias psicosociales del lugar de trabajo moderno no son directamente relacionadas con las características de los trabajadores, teniendo estos que acoplarse donde para algunos puede llegar a producir estrés y problemas de salud; por ello, los factores psicosociales que inciden en el estrés laboral tienen que ver con las demandas de la situación dentro de un contexto laboral y con las características del individuo. (Cox & Griffiths, 2005).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y Cox y Griffiths (2005) define el estrés laboral como la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación. Si bien tener una cierta presión en el trabajo es beneficiosa para el trabajador, puesto que le mantiene alerta, motivado y en condiciones de trabajar y aprender, a veces esa presión puede hacerse excesiva o difícil de controlar, apareciendo el estrés en el trabajo. En este sentido, es importante diferenciar entre el estrés saludable o eutrés y el estrés patológico o distrés. En el eutrés, la discrepancia entre lo que se exige y la

capacidad de superación del individuo, puede ser controlada, lo cual conlleva un fenómeno cognitivo positivo y unas emociones positivas. Si, por el contrario, ante un estresor se produce un gasto continuado de recursos sin que la situación sea controlada y sin que la capacidad de superación tenga éxito, hablamos de una reacción de distrés crónico, que conlleva cogniciones y sentimientos negativos. Por tanto, muchas experiencias vividas en el trabajo son consideradas estresores y van acompañadas de las consiguientes reacciones crónicas de distrés. Pero dentro de estas vivencias del trabajo existen una serie de condiciones laborales que aumentan de manera efectiva el riesgo de enfermar para los trabajadores. Así, para explicar cuáles son estas condiciones laborales existen dos modelos teóricos del estrés laboral desarrollados por las ciencias sociales: El modelo alemán crisis de gratificación en el trabajo. En el primer caso, la exigencia en el trabajo resulta de la combinación de dos dimensiones: la dimensión cantidad y tipo de demanda y la dimensión del control sobre las tareas del trabajo. (Fernández López y Cols, 2003).

Es conveniente ahora hablar del estrés laboral o Síndrome de Burnout, el cual es un síndrome clínico descrito como un “estado de fatiga y/o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo”. Las personas más dedicadas y comprometidas con el trabajo son las que están más propensas a desarrollar el burnout, especialmente las que trabajan en profesiones de ayuda humanitaria o de tipo benéfico a otras personas, de tal forma que estas personas sentirían una presión desde dentro para trabajar y ayudar, a los demás a veces de forma excesiva y poco realista, además de una presión desde el exterior para dar. Otra condición para que se presente este síndrome es, la rutina y la monotonía que se presenta la labor diaria, la cual puede percibirse como aburrimiento y aparece una vez perdido el entusiasmo inicial por el mismo, generalmente, después de un año del comienzo del trabajo, se manifestaría clínicamente por signos de cansancio físicos y cambios en las conductas del individuo. Cabe mencionar entre ellos el agotamiento y la fatiga, la aparición de cefaleas, así como alteraciones gastrointestinales, insomnio y dificultad respiratoria.

En cuanto a las alteraciones de la conducta, sería frecuente la aparición de sentimientos de frustración, así como signos de irritación ante la más mínima presión en el trabajo. También puede aparecer un estado paranoide, que puede conducir a un sentimiento de prepotencia hacia otras personas. Y todo esto puede conllevar a un consumo excesivo de

tranquilizantes y barbitúricos. La persona con burnout se convierte en una persona rígida, obstinada e inflexible, no se puede razonar con él o ella, bloquea el progreso y el cambio constructivo, porque eso significa otra adaptación y su agotamiento le impide experimentar más cambios. Estas personas aparecen deprimidas, y todos estos cambios son percibidos por sus familiares y personas de su cotidianidad. (Freudenberger, 1974).

Desde otra postura, se define el burnout como pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito como resultado de las condiciones de trabajo de los profesionales asistenciales, y describe cuatro fases que pueden palpase ante una sencilla observación de este síndrome: una fase inicial de entusiasmo, con altas expectativas profesionales poco realistas; una segunda fase de estancamiento, en la que el profesional observa que su trabajo no siempre tiene el resultado esperado de reconocimiento de sus superiores y clientes, en la cual es fácil contagiarse por el pesimismo de sus compañeros ya afectados; sigue una tercera fase de frustración, en la que el profesional se cuestiona el valor de sí mismo y de su trabajo, además las fuentes de insatisfacción por el trabajo. Debido a la escasa remuneración, sobrecarga laboral, exceso en tareas asignadas de tipo administrativo, las cuales se inician en etapas anteriores, afloran plenamente; y por último, se llega a una cuarta etapa de apatía e indiferencia hacia el trabajo. (Edelwich y Brodsky, 1980)

Un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos períodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente. Lo que conlleva al resultado de la repetición de la presión emocional. Entendido como el síndrome de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas. Dentro de las que se describieron las tres dimensiones del burnout: cansancio emocional, en el sentido de desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga; despersonalización o deshumanización, que consiste en el desarrollo de aptitudes negativas hacia otras personas, sobre todo con las que se trabaja, junto a la irritabilidad y a la pérdida de motivación; y por último, falta de realización personal, es decir, actitud negativa hacia sí mismo y hacia su trabajo, con baja moral, baja productividad laboral, poca autoestima e incapacidad para soportar el estrés. Maslach y Jackson (1981, en Seisdedos, 1997) afirman que estas tres dimensiones aparecen sobre todo en las profesiones de ayuda, como los trabajadores de tipo humanitario, educadores, y personas que prestan servicios al público.

El síndrome de desgaste profesional es conocido también como la consecuencia de un fracaso de adaptación individual por desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para el afrontamiento de las demandas que requiere el trabajo con personas. El que llega a desarrollar en la persona un desequilibrio prolongado, habitualmente no reconocido y mal resuelto, entre unas excesivas demandas laborales, que exigen un esfuerzo crónico, y unos limitados recursos de afrontamiento. Se caracteriza por una serie de factores, como es la presencia de síntomas disfórico, especialmente de agotamiento emocional, incluyéndose también la aparición de alteraciones conductuales como evasividad, absentismo o conductas adictivas, y son frecuentes los síntomas físicos de estrés, como cansancio y malestar general. En este síndrome aparece también una inadaptación al trabajo con sentimientos de baja realización personal y disminución del rendimiento laboral, con desmotivación y desinterés (Mingote & Pérez Corral, 1999).

Gil-Monte y Peiró (2000) proponen una serie de modelos psicosociales para el estudio del burnout y lo definen como una respuesta al estrés laboral percibido que surge de un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales no son eficaces para reducir ese estrés percibido. Esta respuesta supone una variable entre el estrés percibido y sus consecuencias y se inicia con el desarrollo conjunto de baja realización personal en el trabajo y altos sentimientos de agotamiento emocional.

El síndrome de burnout es más frecuente en aquellas profesiones de ayuda a otras personas y las que tienen un contacto mantenido con la gente. Algunas características del trabajo también desempeñan un papel importante para el desarrollo del burnout. Uno de estos factores es la sobrecarga de trabajo, es decir, el hecho de disponer de poco tiempo para la cantidad de trabajo realizada supone un factor de riesgo, especialmente para la dimensión de agotamiento emocional. Igualmente, el conflicto y la ambigüedad de rol también se correlacionan positivamente con el burnout. Si bien cierta ambigüedad de rol es beneficiosa porque flexibiliza el puesto de trabajo y facilita la resolución de problemas, la incertidumbre acerca del papel que debemos desempeñar en el trabajo puede tener efectos perjudiciales. Sin embargo, el conflicto de rol, es decir, las demandas que se le hacen al trabajador desde distintas fuentes y que son incompatibles entre sí, tienen siempre efectos negativos. Cabe destacar como un factor laboral implicado en la génesis del burnout la

ausencia de recursos en el trabajo. Entre estos recursos ha sido ampliamente analizado el apoyo social, tanto de jefes como de compañeros de trabajo, y cuya carencia se relaciona con la aparición del síndrome. (Gil-Monte y Peiró (2000).

Esta respuesta supone una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias y se inicia con el desarrollo conjunto de baja realización personal en el trabajo y altos sentimientos de agotamiento emocional. Las actitudes de despersonalización que siguen se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales ante la experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional. Esta perspectiva integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales. (Kristensen y Cols., 2005)

Otra definición dada al síndrome de burnout, plantea que se da como una respuesta inadecuada al estrés laboral, que aparece cuando fallan las estrategias de control y afrontamiento sobre la propia actividad, generando actitudes negativas hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, con sensación de agotamiento desproporcionado. Propone también que se puede generar por elementos de carácter cualitativo y menos por la sobrecarga cuantitativa de trabajo, y que existe una alta motivación por su tarea entre las personas afectadas, el Burnout suele desarrollarse en tres fases: una fase inicial en la que aparece un agotamiento físico y mental injustificado, una segunda fase en la que se observan sentimientos de aislamiento o falta de implicación en el trabajo y su entorno, y una tercera fase en la que se desarrollan cuadros de ansiedad o depresión, disminuyendo la propia estima personal y profesional (Ferrer, 2001).

El síndrome de burnout es más un fenómeno sociológico que una entidad clínico patológica o psicológica y proponen abandonar el término síndrome por el de fenómeno de burnout, otra manera de definirlo es el de síndrome del desengaño cuando se refieren al burnout, ya que es un término más descriptivo y específico y hace referencia a un momento anterior en el que los profesionales han estado engañados. (Gil-Monte y Peiró (2000). El término es puesto en consideración para ser replanteado ya que se habla de burnout o de profesionales quemados, y no de trastornos psicopatológicos de los profesionales, afirma que los síntomas que componen el síndrome de burnout pertenecen a categorías

psicopatológicas; sobre todo trastornos depresivos, trastornos por ansiedad excesiva, trastornos adaptativos y trastornos de personalidad ((Mingote & Pérez Corral, 1999).

La respuesta inespecífica del organismo a toda demanda o exigencia adaptativa producida por estímulos negativos excesivos, y se le denominó Síndrome General de Adaptación. Existen diferencias entre estresor, estrés y respuesta de estrés; ya que estresor es el acontecimiento objetivo, estrés es la experiencia subjetiva negativa, tal como es vivida por cada persona, y respuesta al estrés es la reacción fisiológica y conductual a la experiencia del estresor (Mingote & Pérez Corral, 1999).

En este modelo se ha incluido una nueva dimensión, el apoyo social, de forma que la ausencia de apoyo social supone una intensificación de la reacción estresante. El segundo modelo es el de crisis de gratificación en el trabajo, el cual surge de la relación de intercambio de la función laboral en el proceso de reciprocidad social: a un esfuerzo dado se conceden gratificaciones. Estas gratificaciones serían el salario o los ingresos, la estima y valoración en el trabajo y por último, la promoción laboral y la Seguridad en el empleo. Así, lo que se espera identificar con este modelo son las situaciones que se caracterizan por un alto esfuerzo y una baja recompensa (Fernández López 2003).

Es importante incidir sobre las causas en el trabajo que llevan a este tipo de estrés. Ya que este está íntimamente relacionado con las exigencias y presiones que el trabajador sufre en su puesto de trabajo, de manera que cuanto más se ajusten los conocimientos y capacidades del trabajador a esas exigencias y presiones, menor será la probabilidad de que sufra estrés laboral. Igualmente, las probabilidades serán menores si el trabajador recibe apoyo de los demás, ejerce control sobre su trabajo y participa activamente en la toma de decisiones con respecto a su actividad laboral. De esta forma, igual que la salud fue definida por la OMS como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, un entorno laboral saludable es aquel en el que no sólo hay ausencia de circunstancias perjudiciales, sino también abundancia de factores que promuevan la salud (OMS, 2004).

Siguiendo con las causas que generan estrés en el trabajo, enumera una serie de factores causantes de estrés laboral, entre ellos destaca el mal diseño de las tareas, que da lugar a jornadas de trabajo excesivamente largas, trabajo por turnos, escasa sensación de control en el trabajo, y en definitiva gran carga laboral. Otro de los factores implicados en

la aparición de estrés laboral es el estilo de gestión poco transparente, que da lugar a la escasa participación de los trabajadores en la toma de decisiones sobre su actividad laboral. También se cita como factor que genera estrés laboral la inquietud relacionada con las perspectivas de carrera, lo que produce inseguridad laboral, imposibilidad de ascender y la introducción de cambios súbitos en el trabajo para los cuales los trabajadores no están preparados. Se hace referencia igualmente a la falta de apoyo del empleado y al deterioro del ambiente social en el entorno laboral como factores causantes de estrés, así como a las tareas contradictorias o imprecisas y al entorno de trabajo peligroso o desagradable.

En contraposición a los factores mencionados anteriormente, las características del trabajo que se asocian con niveles elevados de productividad y satisfacción laboral son una cultura organizacional que valora el trabajo individual, el reconocimiento de los trabajadores por su buen desempeño, las perspectivas de carrera, unas políticas y acciones administrativas coherentes con las normas organizativas, una carga de trabajo adaptada a la persona, un nivel satisfactorio de participación en la adopción de decisiones, un sistema adecuado de apoyo social y un contenido de trabajo importante. Por tanto, un trabajador sometido a condiciones laborales desfavorables puede sufrir estrés, que se va a manifestar inicialmente por enfermedades gástricas, cefaleas, alteraciones del sueño y del estado de ánimo, depresión y relaciones perturbadoras con la familia, los amigos y los compañeros de trabajo. También el trabajador puede hacerse más vulnerable a las enfermedades infecciosas y pueden aparecer los llamados “comportamientos evasivos”, incrementándose el consumo de analgésicos, ansiolíticos, alcohol, tabaco y otras drogas. (Fernandez López, 2003)

En lo referente a las variables demográficas, se relacionan con el burnout la edad, el sexo, el estado civil y el nivel de estudios. En primer lugar la edad, ya que es la variable que más fuertemente se ha asociado con este síndrome; parece ser que el burnout es más alto entre los individuos más jóvenes. Estas personas, por su corta edad, llevarían menos tiempo en su puesto laboral, pero no se puede afirmar que el burnout sea mayor en personas que lleven menos tiempo de ejercicio profesional, ya que los individuos “quemados” abandonarían antes su puesto de trabajo y por tanto los más antiguos tendrían menos burnout. El sexo, es otra variable a tener en cuenta. Se ha demostrado por algunos estudios

que el burnout es más alto en el sexo femenino, otros muestran niveles más elevados en los varones y muchos no encuentran ninguna diferencia significativa.

En cuanto a las dimensiones del síndrome, el cinismo o despersonalización es más frecuente en los varones y en algunos estudios las mujeres puntúan más alto en cansancio emocional. Con respecto al estado civil, las personas solteras son más propensas a padecer burnout que las casadas o con pareja estable, incluso presentan mayores niveles de agotamiento que los divorciados. Parece ser que el soporte familiar amortigua los afectos del estrés laboral y anula la sobre implicación en el trabajo. Relacionada con la variable anterior se encuentra la presencia de hijos. Parece ser que la presencia de hijos disminuye las posibilidades de padecer el síndrome de burnout, ya que las personas con hijos son más realistas, maduras y estables emocionalmente, y con mayor capacidad de abordar problemas personales y conflictos emocionales. En cuanto al nivel de estudios, se ha encontrado una cierta relación entre el burnout y las personas con un nivel de estudios superior. Sin embargo, hay que tener en cuenta que estas personas tienen puestos de trabajo con mayores responsabilidades o bien tienen expectativas más altas en cuanto a su carrera profesional y esto se puede asociar con mayores niveles de burnout (Flórez, 2002).

Otro de los factores que influye en la aparición del síndrome de burnout es la personalidad del individuo. Se ha asociado a mayores niveles de burnout, especialmente de agotamiento emocional, un tipo de personalidad débil, individuos que participan poco en actividades diarias o que tienen poca capacidad en el control de acontecimientos. Igualmente, las personas que atribuyen sus logros a los demás en vez de atribuirlos a su capacidad y esfuerzo, o los que se enfrentan a acontecimientos de forma pasiva o defensiva también son más propensas a padecer burnout. Y por último, en cuanto a las actitudes de las personas frente al trabajo, aquellos individuos con altas expectativas en su carrera profesional, idealistas o poco realistas, tienen mayor riesgo de padecer burnout. Generalmente, estas altas expectativas conducen a trabajar con gran esfuerzo y a veces no se obtiene el resultado esperado, lo que conduce al agotamiento y la despersonalización.

En la prevención del burnout se deben incluir una serie de medidas durante la etapa de formación de los nuevos profesionales, que contemplen programas especiales de prevención y entrenamiento en afrontamiento del estrés laboral y proporcionen expectativas realistas acerca de la futura profesión. Así, en todos los casos se debe conseguir una

estructuración adecuada de las responsabilidades y funciones de cada profesional con el fin de reducir el estrés propio de la actividad laboral. En cuanto al grupo social, los métodos de intervención se orientan hacia la institucionalización del soporte social de jefes y compañeros a través de encuentros regulares establecidos. Ya que unas buenas relaciones interpersonales en el trabajo modera el nivel de burnout y aumenta la satisfacción laboral. Por tanto, para afrontar el burnout sería fundamental fortalecer los vínculos sociales entre los trabajadores y aumentar el control de los mismos sobre las demandas psicológicas del trabajo (Mingote y Perez, 1999).

Los trabajadores del sector salud son parte fundamental de la estructura social, no solo a nivel de servicio, también en la estructura económica, teniendo estos una fuente de ingreso, cubriendo características como establecer factores de auto determinación donde se crea un importante nivel de socialización y con esto se establece una importancia en el bienestar, orientándolo desde diferentes perspectivas físico y psicológico donde a partir de factores como el laboral, puede llegar a crearse una estabilidad, es así como el síndrome de burnout también puede tener algún impacto en personas del sector salud, a partir de los horarios laborales u otros factores que se deben identificar para que el trabajo no genere estados de agotamiento, fatiga y estrés, entre otros.

Los horarios laborales de este sector son una causa fundamental del síndrome, donde otros factores como “la mala utilización de habilidades, sobrecarga de trabajo, falta de control, conflicto de autoridad, desigualdad de salario, falta de seguridad en el trabajo, problemas de relaciones laborales, trabajo por turnos, entre otros”(Franco, Gonzalez, Saraz, 2007). Se Hace particular énfasis en el último factor indicado (trabajo por turnos) siendo el que tiene una mayor implicación en los trabajadores del sector salud, aislándolos del medio social entre ellos el familiar, es generar una limitante en la creación de experiencias tranquilizantes, adicional la responsabilidad de tener un vida a cargo puede generar el síndrome con un alto grado de factibilidad, Es en este punto donde los conocimientos en salud deben actuar, convirtiendo los inconvenientes a los que puedan llevar burnout, en un beneficio, ya que se está informado de las estrategias funcionales para afrontar haciendo que se active positivamente el bienestar y posteriormente la salud.

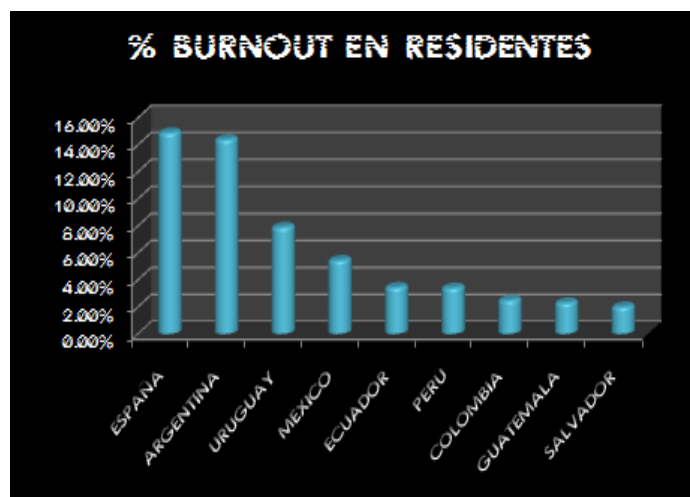
Indicadores del Síndrome de Burnout en los profesionales del sector salud:

Según el Instituto de Investigación Biomédica de Girona se identifica que el país con mayor presencia del síndrome es España con un 14,9% seguido Argentina con un 14,4%, Colombia ocupa el tercer puesto de abajo hacia arriba con un 3%.

Tabla 1. *Burnout en países de Hispanoamérica*

RESIDENTES	% BURNOUT
ESPAÑA	14,90%
ARGENTINA	14,40%
URUGUAY	7,90%
MÉXICO	5%
ECUADOR	3%
PERÚ	3%
COLOMBIA	3%
GUATEMALA	2%
SALVADOR	2%

Fuente: Grau (2009).



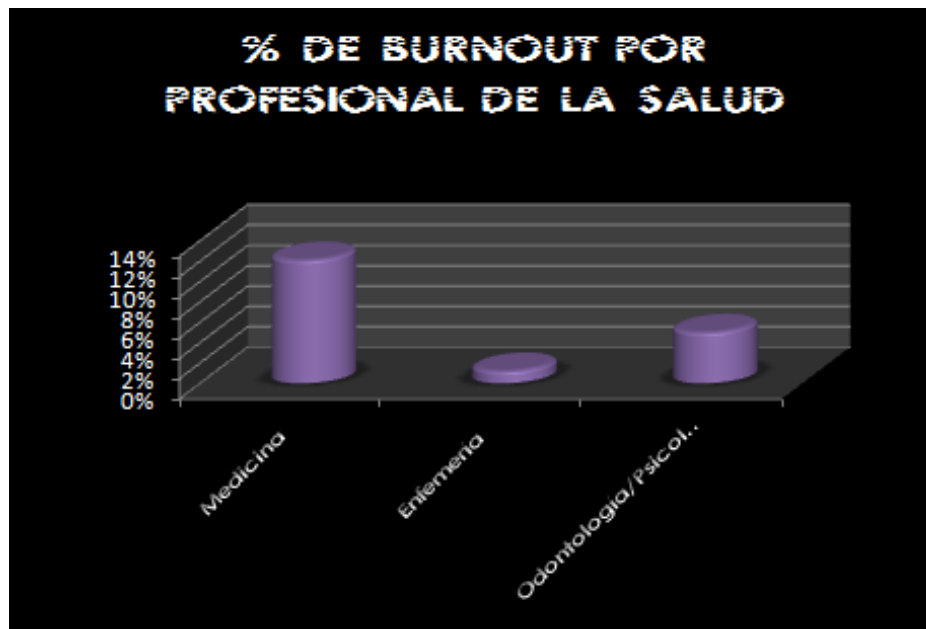
Fuente: Grau A (2009).

Gráfica 1. Porcentaje de Burnout en residentes Hispanoamérica

Tabla 2. *Burnout según la profesión*

PROFESIÓN	% BURNOUT
Medicina	12%
Enfermería	1%
Odontología/Psicología	5%

Fuente: Grau A (2009).



Fuente: Grau A (2009).

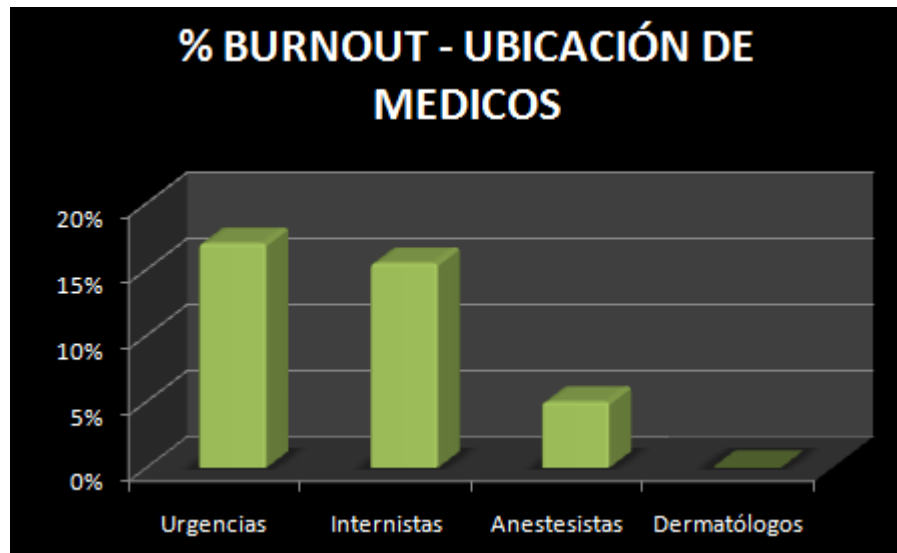
Gráfica 2. Porcentaje de Burnout en profesionales de la salud

Del sector salud la Medicina la cual se identifica para los doctores tiene un 12% de participación en los profesionales de salud con síndrome. Seguido por odontología y psicología con un 5% y finalmente Enfermería con un 1%.

Tabla 3. *Burnout según la ubicación del profesional de la salud*

UBICACIÓN/MEDICOS	% BURNOUT
Urgencias	17%
Internistas	15,50%
Anestesiistas	5%
Dermatólogos	5.3%

Fuente: Grau A (2009).



Fuente: Grau A (2009).

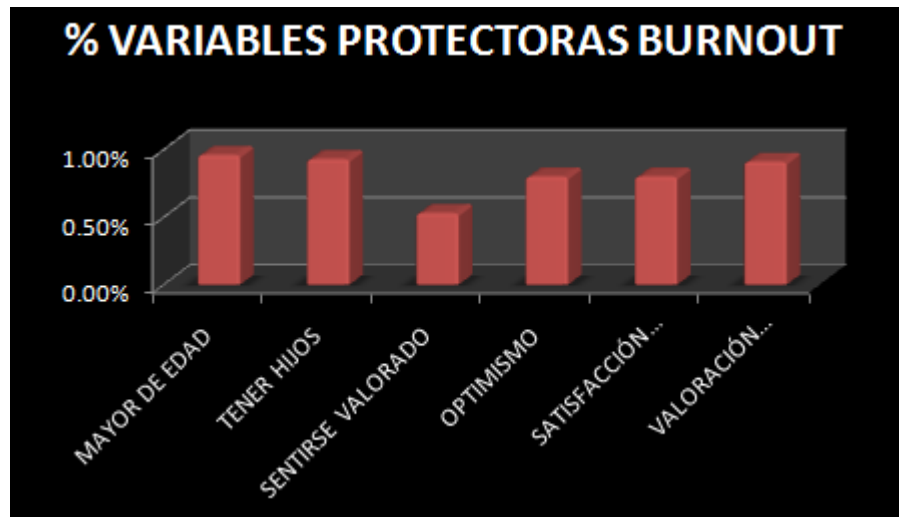
Gráfica 3. Porcentaje de Burnout en según ubicación del profesional de la salud

Si bien no se presentan todos los datos, se identifican que los médicos ubicados en urgencias presentan un alto grado de burnout con un 17%, seguidos por los internistas, y dermatólogos con un 15,5 y 5,3 respectivamente finalizado por Anestesiólogos con un 5%.

Tabla 4. *Burnout según variables protectoras*

VARIABLES PROTECTORAS	%
MAYOR DE EDAD	0,96%
TENER HIJOS	0,93%
SENTIRSE VALORADO	0,53%
OPTIMISMO	0,80%
SATISFACCIÓN PROFESIONAL	0,80%
VALORACIÓN ECONOMICA	0,91%

Fuente: Intramed.net



Fuente: intramed.net

Gráfica 4. Porcentaje de Burnout según variables protectoras

Las variables que permiten tener un control del síndrome en personas del sector salud son; en primera instancia los profesionales en edad adulta, 96% del 100% de los encuestados, seguido por tener hijo con un 0,93, valoración económica 91%, sentirse valorado con 0,53%, optimismo con un 0,80% y satisfacción profesional con el mismo porcentaje.

Marco Metodológico

Metodología

Se propone realizar una investigación de tipo teórico experimental para determinar la correlación existente entre la presencia de estrés laboral (burn-out), y la aparición de síntomas de depresión, de esta manera poder delimitar la prevalencia de los factores psicosociales que potencialmente pueden afectar a los empleados de la Centro de Protección.

Tipo de estudio

La investigación se realiza a través de un estudio de tipo descriptivo correlacional. El principal propósito de la investigación descriptiva es detallar situaciones y eventos y cómo se manifiesta determinado fenómeno. Este tipo de estudios buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis; y es una investigación correlacional cuando ésta tenga como objetivo medir el grado de relación que existe entre las variables (Hernández, Fernández y Baptista, 1991).

Participantes

La muestra esta compuesta por 54 participantes que equivale al 25.7% de la población total de la unidad de incorporación del Centro de Protección José Joaquín Vargas, de los cuales 10 representan el número de hombres y 44 el numero de mujeres. El procedimiento de selección mastral que se utilizo fue aleatorio. Los factores psicosociales que se tuvieron en cuenta fueron: edad, genero, estado civil, estrato, cargo, nivel académico y antigüedad mínima 1 año de vinculación laboral al centro de protección.

Instrumentos

El Inventario para la evaluación del estrés laboral, conocido también como el Burnout, fue creado por Maslach y Jackson en 1986 (Maslach, 2001). Mide la frecuencia e intensidad del Burn-out. Este cuestionario consta de 22 preguntas formuladas de manera afirmativa, con una escala de frecuencia en que se miden las tres dimensiones del Burn Out: Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal en el Trabajo, además de una escala para medir la distorsión.

La escala Cansancio Emocional (CE): definida como desgaste, pérdida de la energía, agotamiento y fatiga que puede manifestarse como fatiga física y psíquicamente, o como una combinación de ambas formas. Engloba también el exceso de tiempo directo en la actividad laboral y cansancio del contacto directo con la gente en el trabajo o los subordinados, en el caso de los jefes. Se presenta así mismo, en aquellos que se sientan estar al borde o en límite extremo de sus posibilidades o capacidades, fuerza, resistencia, tensión emocional o física. Abarca 8 ítems de la prueba: (2), (3), (6), (8), (12), (14), (16), (20). El puntaje máximo alcanzable en la respuesta es de 32 puntos.

La escala Despersonalización (D): Pone de manifiesto un cambio de actitudes en las respuestas hacia las otras personas, que dificultan la comunicación personal, específicamente hacia los beneficiarios del propio trabajo, acompañado de un incremento de la distancia afectiva con los demás o un endurecimiento en las relaciones (frialdad emocional) con los subordinados en el trabajo y de indiferencia por sus resultados. Abarca 7 ítems de la prueba (4), (5), (10), (11), (15), (21), (22). El puntaje máximo alcanzable en las respuestas es de 28 puntos.

La escala Realización Personal (RP): Agrupa una serie de respuestas y valoraciones negativas hacia sí mismo (autoestima) y hacia el propio trabajo o actividad, propios o típicos de la depresión, la baja moral, la frustración en el trabajo, el rechazo y evitación del contacto y las relaciones interpersonales en la actividad laboral, incluso en el manejo de los problemas con los colaboradores y otras personas involucradas con el proceso, englobando también el clima laboral que el individuo puede contribuir a crear en su grupo más o menos favorable y estimulante (motivación por los resultados) por ejemplo, y sus resultantes en productividad, capacidad para enfrentar presiones y soportarlas con éxito. Abarca 7 ítems

de la prueba (1), (7), (9), (13), (17), (18), (19). El puntaje máximo alcanzable en las respuestas es de 28 puntos.

Las respuestas se presentan en una escala tipo Likert de 4 puntos, con un valor de 0 a 4, donde: 0 = Nunca, 1 = Alguna vez al año o menos, 2= Una vez a la semana, 3= Varias veces a la semana, 4= Diariamente.

También la prueba establece un índice de confiabilidad, según se indica en la siguiente tabla.

Tabla 5. *Índice de confiabilidad*

INDICE	CALIFICACION	CONFIABILIDAD
0 - 2	Muy Bajo	Más confiable
2.1 - 4.0	Bajo	Confiable
* 4,1 - 6,0	Media	Dudosa
6,1 - 8,0	Alta	Poco Confiable
8,1 - 10	Muy Alta	no Confiable

Fuente: Maslach y Jackson(1981)

(*) En este caso (4.1 a 6.0), con respuesta de dudoso valor por su incoherencia se recomienda un análisis cualitativo de los ítems utilizando la entrevista personal.

Para considerar estrés laboral debe obtenerse más del 50% en el resultado de la prueba del máximo de puntos posibles y así con cada una de las dimensiones.

Con relación al Inventario de Depresión de Beck (BDI) su fundamentación teórica es el enfoque cognitivo de la depresión, que considera que este trastorno tiene manifestaciones conductuales, afectivas, cognitivas y somáticas. De acuerdo a esta perspectiva teórica, las manifestaciones afectivas y conductuales son el resultado de cogniciones de carácter depresivo que se basan, a su vez, en creencias irracionales, de ahí la fuerte carga en síntomas cognitivos del inventario (Beck AT, Ward Ch, Mendelson M, Mock J y Erbauhg J., 1961 Beck At, Steer RA y Garbin ME, 1988). El inventario Depresión de Beck se ha popularizado para evaluar la depresión, dada su bien demostrada confiabilidad y validez y es uno de los instrumentos más utilizados. El inventario consta de 21 categorías de síntomas y actitudes, con a 0 5 afirmaciones, cada una reflejando un grado creciente de

profundidad de la depresión. El sujeto debe marcar la alternativa más adecuada a su situación actual, 14 categorías corresponden a síntomas de naturaleza cognitiva y afectiva y 7 síntomas somáticos y conductuales. El inventario tiene una forma abreviada de 13 ítems, pero la más utilizada en la asistencia y la investigación es la de 21 ítems.

Cada una de las 21 proposiciones tiene varias alternativas de respuesta, a seleccionar una de ellas por el sujeto. De acuerdo a la alternativa seleccionada, este obtendrá una anotación que fluctúa entre 0 y 3 puntos. Se suma, además, la anotación alcanzada en cada una de las 21 categorías para obtener una anotación total. La misma, permite determinar el grado de depresión: leve, moderada y grave. Esta versión de 21 ítems no tiene puntos de corte establecidos. Las puntuaciones medias correspondientes a las distintas gravedades de la depresión están relacionadas en la siguiente tabla:

Tabla 6. *Escala de medición de depresión*

Depresión Ausente	0 - 10,9
Depresión Leve	11 - 18,7
Depresión Moderada	18,8 - 25,4
Depresión Grave	25,5 - 30

Fuente: Beck y Cols. (1961)

Definición de variables

Síndrome de Burn-out. Es el síndrome psicológico debido a un estresor interpersonal, que ocurre dentro del contexto laboral, caracterizado por presentar síntomas de Agotamiento o fatiga, con sentimientos de cinismo hacia las personas que atiende y una sensación de ineffectividad y carencia de logros (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001)

Depresión. La depresión comúnmente ha sido considerada como un trastorno psíquico de tipo afectivo, intelectual y de conducta caracterizado por tristeza, pesimismo, irritabilidad, ideas de culpa, desesperanza, problemas de memoria, concentración etc (Calderón 1990)

Procedimiento

A continuación se describen cada una de las fases que se llevaron a cabo durante el desarrollo del trabajo.

Fase I. La primera fase hace referencia a la revisión de las diversas bases teóricas desde diferentes posturas psicológicas teniendo en cuenta en mayor proporción lo relacionado con la psicología clínica.

Fase II. Se realizó la revisión de los instrumentos y se analizó su viabilidad para ser utilizados en esta prueba.

Fase III. Posterior a la planeación y revisión se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos a la población compuesta por 54 participantes del Centro de Protección Mental de Sábate, el cual fue seleccionado aleatoriamente. La aplicación de estas pruebas fue de tipo voluntario y con una previa información mediante un consentimiento informado brindado por parte de los investigadores en donde también se manifiesta la confidencialidad.

Fase V. una vez tabulados los datos se procede a analizar los resultados obtenidos tanto en la prueba de BDI como en la MBI con el fin de identificar la correlación existente entre el síndrome de estrés laboral BURN-OUT y la aparición de síntomas de depresión en el personal que labora en un Centro de Protección.; analizando la relación entre éstos e identificando cómo se comportan en función a las categorías socio demográficas que se tuvieron en cuenta para el estudio.

Resultados

En este aparte se presentan todos los resultados obtenidos con el desarrollo de la investigación realizada, las correlaciones existentes y el análisis de cada prueba implementada.

A continuación se analizan los factores psicosociales que se tuvieron en cuenta para el estudio. Correlaciones de los Ítems, teniendo en cuenta las categorías seleccionadas.

Tabla 7. *Edad*

		FRECUENCIA	PROCENTAJE	PROCENTAJE VALIDO	PROCENTAJE ACUMULADO
EDAD	20	6	11,1%	11,1%	11,1%
	21	3	5,6%	5,6%	16,7%
	22	2	3,7%	3,7%	20,4%
	23	1	1,9%	1,9%	22,2%
	25	2	3,7%	3,7%	25,9%
	26	3	5,6%	5,6%	31,5%
	27	3	5,6%	5,6%	37,0%
	28	4	7,4%	7,4%	44,4%
	29	1	1,9%	1,9%	46,3%
	30	7	13,0%	13,0%	59,3%
	31	3	5,6%	5,6%	64,8%
	32	2	3,7%	3,7%	68,5%
	34	1	1,9%	1,9%	70,4%
	35	1	1,9%	1,9%	72,2%
	36	2	3,7%	3,7%	75,9%
	37	5	9,3%	9,3%	85,2%
	38	2	3,7%	3,7%	88,9%
	39	1	1,9%	1,9%	90,7%
	40	2	3,7%	3,7%	94,4%
45	2	3,7%	3,7%	98,1%	
49	1	1,9%	1,9%	100,0%	
Total		54	100,00%	100,00%	

De acuerdo a la grafica, se observa que la muestra se encuentra entre los 20 y los 49 años, el dato más frecuente es el de 30 años con un 13% seguido de 20 años con un 11.1%, los datos menos frecuentes son 23,29,34,35,39 y 49 cada uno con un 1.9%.

Tabla 8. *Educación*

Rótulos de fila	Cuenta de GÉNERO
ADUCACION SUPERIOR	41
AUX DE ENF	36
1	3
2	24
3	9
PROFESIONAL	5
2	1
3	2
5	1
6	1
BACHILLER	13
OPERARIO	13
1	1
2	10
3	2
Total general	54

De un total de 54 participantes en el estudio, 10 eran hombres con un 18.5 % y 44 era mujeres con un 81.5%

Tabla 9. *Estado civil*

Rótulos de fila	Cuenta de No. Personas
CASADA	27
ADUCACION SUPERIOR	18
BACHILLER	9
SEPARADO	3
ADUCACION SUPERIOR	3
SOLTERO	23
ADUCACION SUPERIOR	19
BACHILLER	4
VIUDO	1
ADUCACION SUPERIOR	1
Total general	54

La mayor parte de la muestra son casados con el 50% seguidos de los solteros con el 42.6% y con una diferencia porcentual muy alta siguen los separados con el 5.6% y por último los viudos con 1.9%

Tabla 10. *Estrato socioeconómico*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
1	4	7.4	7.4	7.4
2	35	64.8	64.8	72.2
3	13	24.1	24.1	96.3
5	1	1.9	1.9	98.1
6	1	1.9	1.9	100
total	54	100	100	

35 participantes pertenecen al estrato 2 con un 64.8% en segundo lugar está el estrato 3 con un 24.1% seguido del estrato 1 con el 7.4% y por último los estratos 5 y 6 cada uno con el 1.9% respectivamente.

Tabla 11. *Antigüedad en la institución*

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE. VALIDO	PORCENT ACUMULADO
1	22	40.7	40.7	40.7
2	9	16.7	16.7	57.4
3	7	13	13	70.4
4	3	5.6	5.6	75.9
5	9	16.7	16.7	92.6
7	1	1.9	1.9	94.4
9	1	1.9	1.9	96.3
10	1	1.9	1.9	98.1
13	1	1.9	1.9	100
TOTAL	54	100	100	

Con 22 participantes de antigüedad mayor a un año, este es el dato mas alto de la muestra con el 40.7% seguido por antigüedad 2 años y 5 años cada uno con un 16.7% en tercer lugar se ubicaría el dato 3 años con el 13%, cuarto lugar 4 años con el 5.6% y por ultimo 7,9,10 y 13 años cada uno con el 1.9%

Tabla 12. *Cargo*

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENT VALID	PORCENT ACUM
AUX ENFERME	39	72.2	72.2	72.2
PROFESIONAL	5	9.3	9.3	81.5
SERV GRALES	10	18.5	18.5	100
TOTAL	54	100	100	

39 de los participantes son auxiliares de enfermería con el 72.2% seguidos por los auxiliares de servicios con el 18.5% y en tercer lugar los profesionales con el 9.3%

Tabla 13. *Nivel académico*

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENT VALID	PORCENT ACUM
UNIVERSITARIO	13	24.1	24.1	24.1
TECNICO	41	75.9	75.9	100
TOTAL	54	100	100	

13 de los participantes tienen formación universitaria con 24.1% y 41 formación técnica con el 75.9%

Tabla 14. *Correlacion entre beck y maslach*

PRESENCIA DE ESTRES LABORAL COMO PREDICTOR DE SINTOMAS DE DEPRESION

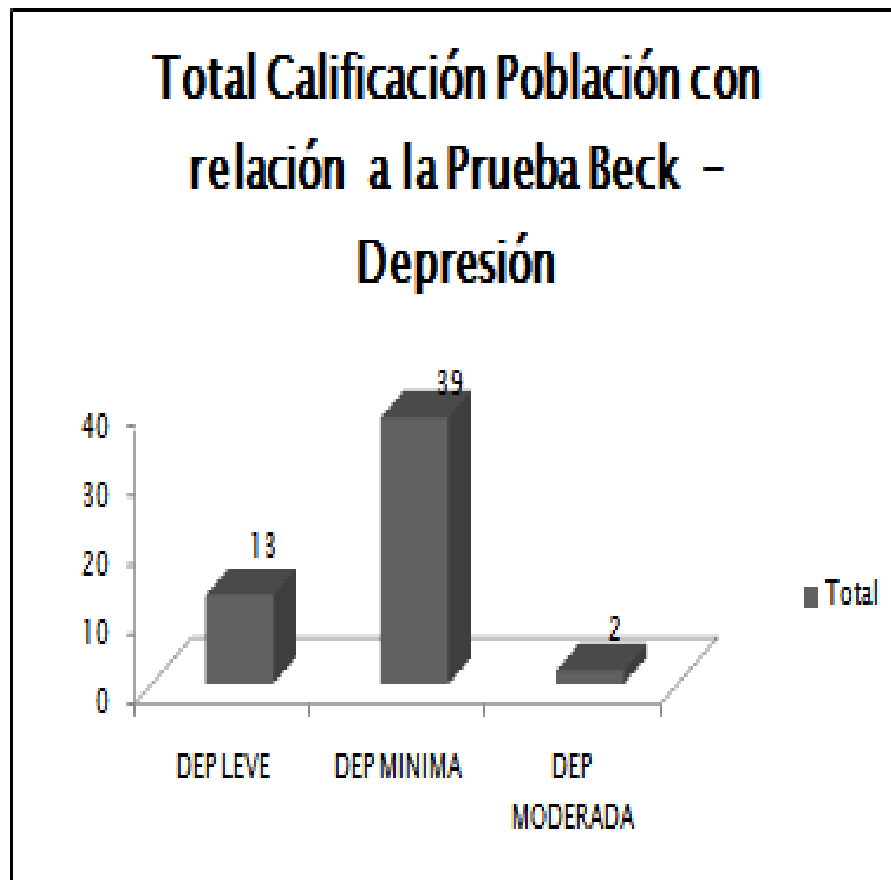
TABLA 9. CORRELACION ENTRE BECK Y MASLACH

		BECK	MASLACH
BECK	Pearson	1	,491(**)
	Correlacion		
	Significancia(,000
	2-cola)		
	N	54	54
MASLACH	Pearson	,491(**)	1
	Correlacion		
	Significancia(,000	
	2-cola)		
	N	54	54

La correlación entre las dos pruebas está dada en un 49%, si bien es menor a 1, es decir que no se considera que alguno de los síndromes dependa del otro, si se tiene relación alguna, indicando que una de las dos puede llegar a ser la causa de la otra.

Tabla 15. *Total de calificación*

Rótulos de fila	Cuenta de GENERO
DEP LEVE	13
DEP MINIMA	39
DEP MODERADA	2
Total general	54



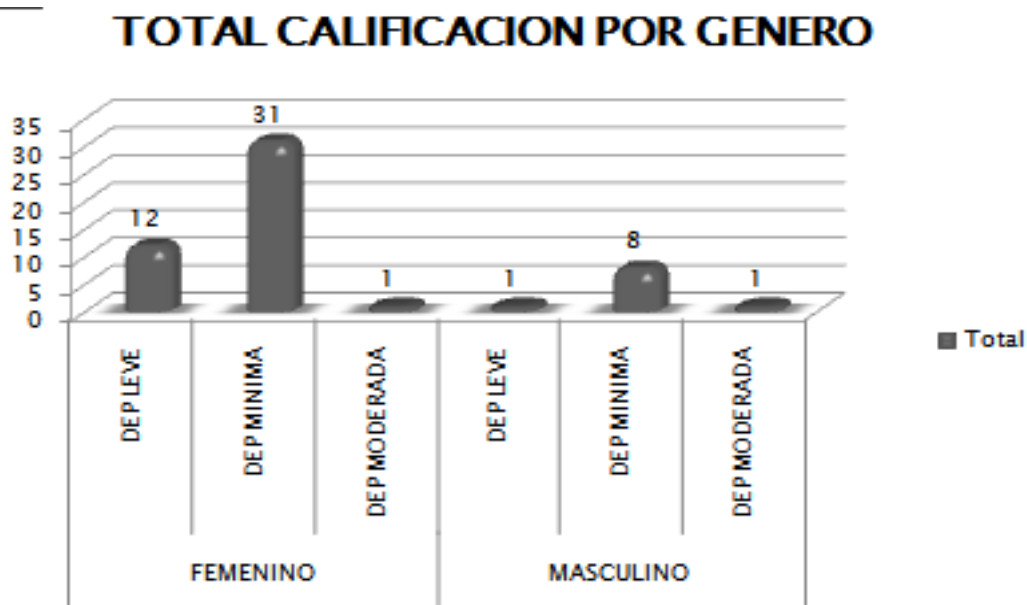
Fuente: Autores

Gráfica 5. Total calificación población prueba beck

Se identifica que de un total de 54 personas encuestadas 39 de ellas presentan una depresión mínima, siendo eso en nivel de participación de un 72%, seguido por una depresión leve de 13 personas representadas en un 24% de participación, finalmente 2 personas con depresión moderada siendo así el 4%.

Tabla 16. *Calificaición Por Género*

Rótulos de fila	Cuenta de CALIFICACION
FEMENINO	44
DEP LEVE	12
DEP MINIMA	31
DEP MODERADA	1
MASCULINO	10
DEP LEVE	1
DEP MINIMA	8
DEP MODERADA	1
Total general	54



Fuente: Autores

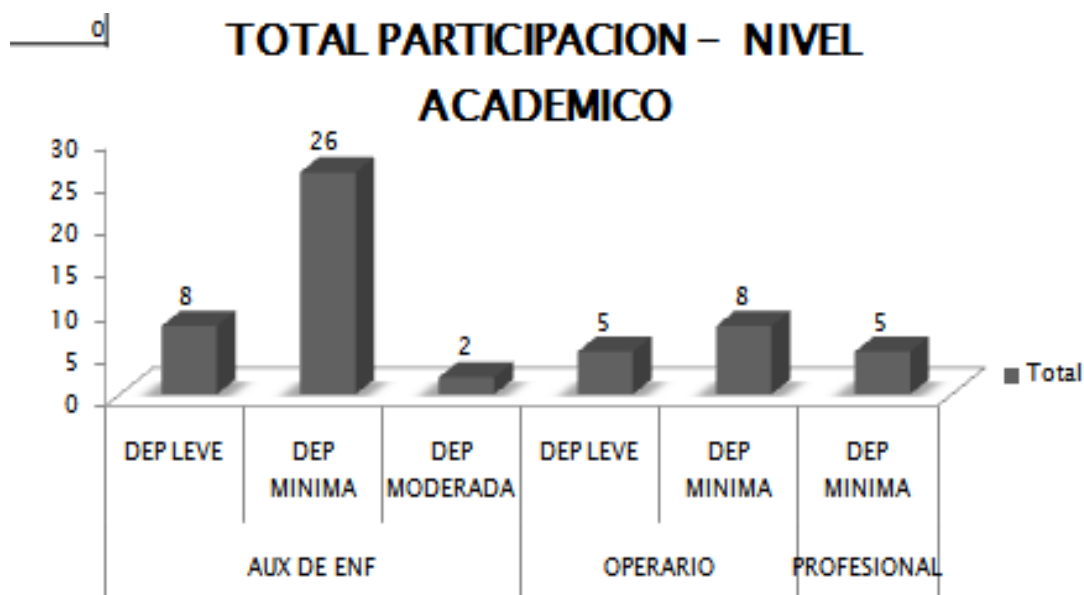
Gráfica 6. Total calificacion por genero

El total de personas encuestadas fue de 54, de ellas 44 son del genero femenino y 10 del genero masculino, es así como se establece que en el genero femenino se presentan personas con depresion leve, 31 mujeres con depresion minoma y una con depresion moderada. En el caso de los hombres se tienen 1 con depresion leve, 8 con depresion minima y 1 con depresion moderada.

Al analizarlo a nivel general se indica que el sexo femenino tiene una representación del 81% y el género masculino del 19, esto influye en la representación de los resultados si se toma de la muestra completa, teniendo una relación directa a mayor encuestados de determinado género, mayor será el grado de participación de este género en la muestra.

Tabla 17. Total – Nivel Académico

Rótulos de fila	Cuenta de CALIF NO.
AUX DE ENF	36
DEP LEVE	8
DEP MINIMA	26
DEP MODERADA	2
OPERARIO	13
DEP LEVE	5
DEP MINIMA	8
PROFESIONAL	5
DEP MINIMA	5
Total general	54



Fuente: Autores

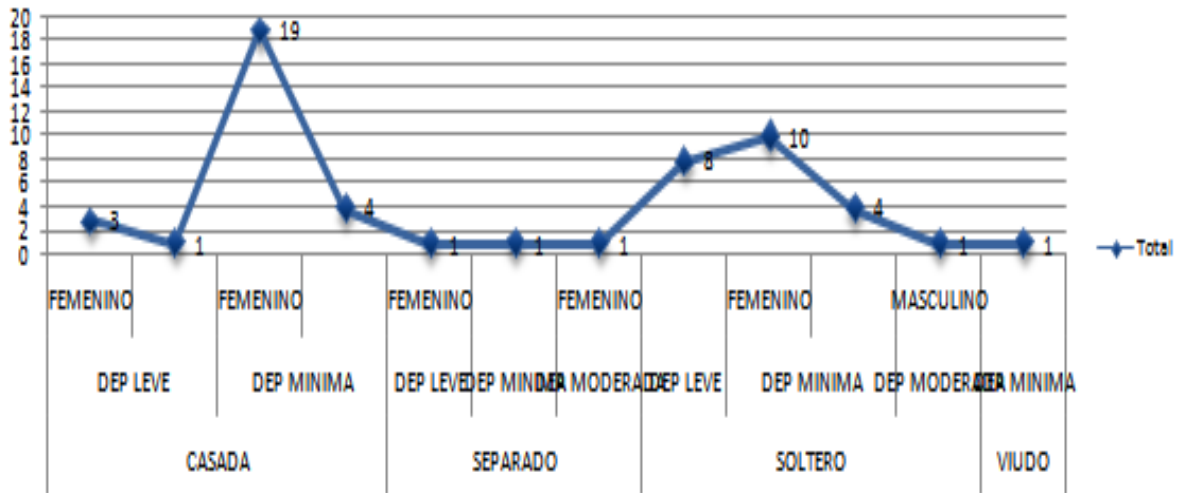
Gráfica 7. Total – nivel académico

Se tienen tres niveles académicos el primero Aux de enfermería el segundo Operario y el tercero Profesional. En los tres niveles el nivel de depresión que predomina es el mínimo y el nivel académico con mayor número de encuestados fue Auxiliar de Enfermería.

Tabla 18. *Análisis Estado Civil y Género*

CASADA	27
DEP LEVE	4
FEMENINO	3
MASCULINO	1
DEP MINIMA	23
FEMENINO	19
MASCULINO	4
SEPARADO	3
DEP LEVE	1
FEMENINO	1
DEP MINIMA	1
FEMENINO	1
DEP	1
MODERADA	
FEMENINO	1
SOLTERO	23
DEP LEVE	8
FEMENINO	8
DEP MINIMA	14
FEMENINO	10
MASCULINO	4
DEP	1
MODERADA	
MASCULINO	1
VIUDO	1
DEP MINIMA	1
FEMENINO	1
Total general	54

TOTAL DE SINTOMAS DE DEPRESION POR ESTADO CIVIL Y GENERO



Fuente: Autores

Gráfica 8. Estado civil género

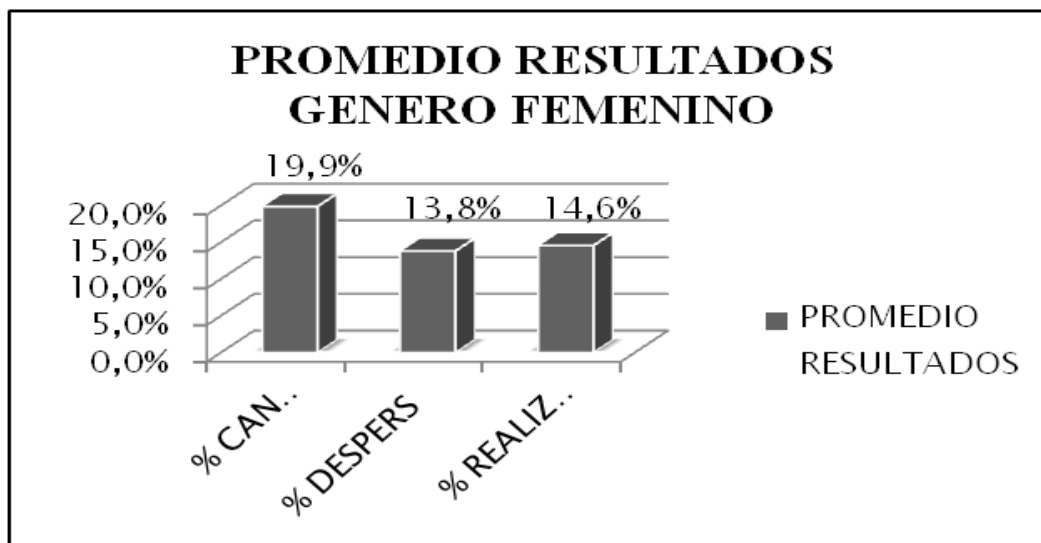
Son cuatro estados: casada, separado, soltero y viudo donde la depresión mínima es el estado que más se presenta, en el casado se refleja 23 personas, donde 19 son del género femenino y 4 del género masculino, para el estado separado la depresión mínima, la depresión leve y la depresión moderada esta con el mismo número de encuestados cada uno con 1 siendo este del género femenino, en el caso del estado soltero 8 personas del género femenino tienen depresión leve, 10 con depresión mínima donde 10 son del género femenino y 4 del género masculino, finalmente se encuentra el estado viudo con una persona en estado de depresión mínima.



Fuente: Autores

Gráfica 9. Analisis % Tendencia Cansancio Emocional por estado civil.

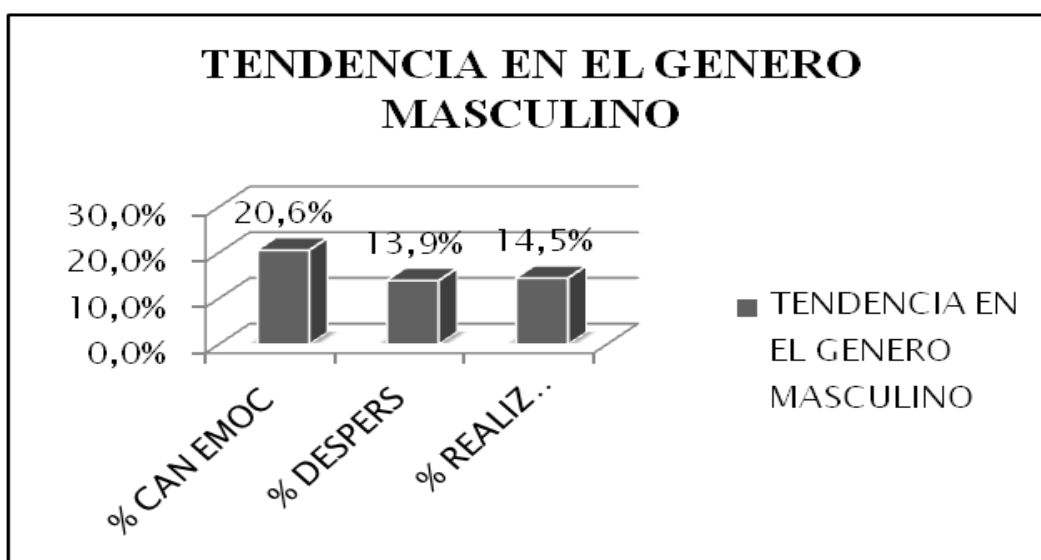
Se evidencia que en la categoría de cansancio emocional en los casados puntúan con un 20.5%, en la categoría de despersonalización los solteros puntúan con un 17.1% y por último en la categoría de realización personal los solteros igualmente puntúan con un 17.86%, es decir que los solteros indican mayores síntomas de estrés laboral comparados con el resto de la población.



Fuente: Autores

Gráfica 10. Promedio de resultados género masculino

El promedio de resultados en el género femenino establece que el cansancio emocional una vez mas es el que predomina en el estrés laboral con un 19,9% de tendencia, seguido por la realización personal con un 14,6% siendo esta la opción para tener apreciaciones negativas de la persona misma y finalmente la despersonalización con el 13,8%, en este último se crea una distancia afectiva con los demás.



Fuente: Autores

Gráfica 11. Tendencia de calificación en el género masculino

La tendencia en el género masculino, es más alta que en el género femenino en el cansancio emocional presentando un 20,6%, la despersonalización tiene una tendencia a presentarse en el total de encuestados del género masculino del 13,9% y la realización personal en un 14,5%, por lo anterior se crea una inclinación a que el exceso laboral genere este síndrome, a su vez afecta el grado de responsabilidad que se tenga.

Tabla 19. *Prueba F Varianza De Dos Muestras*

Prueba F para varianzas de dos muestras		
	<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
Media	8,203703704	14,42592593
Varianza	28,08979734	105,117051
Observaciones	54	54
Grados de libertad	53	53
F	0,267223986	
P(F<=f) una cola	1,88636E-06	
Valor crítico para F (una cola)	0,633842229	

Discusión

Este proyecto se baso en el análisis de la relación entre la presencia de estrés laboral y la depresión, así como el estudio de los resultados una vez aplicada las encuestas respectivas y analizados los resultados. A partir de esto se generaron preguntas como;

1. ¿ los profesionales de la salud tienden a tener un mínimo de afectación, a partir del conocimiento del manejo adecuado de este tipo de síndromes?.

2. ¿ Se establecen políticas organizaciones que generan una opción de minimización de estrés laboral en las clínicas?.

3. ¿Se lleva el concepto de bienestar en cuanto a la salud se hace referencia, en cada uno de los trabajadores, y se aplica haciendo que ellos tiendan a mantener su salud mental y física no solo en el ámbito laboral, también en el personal?.

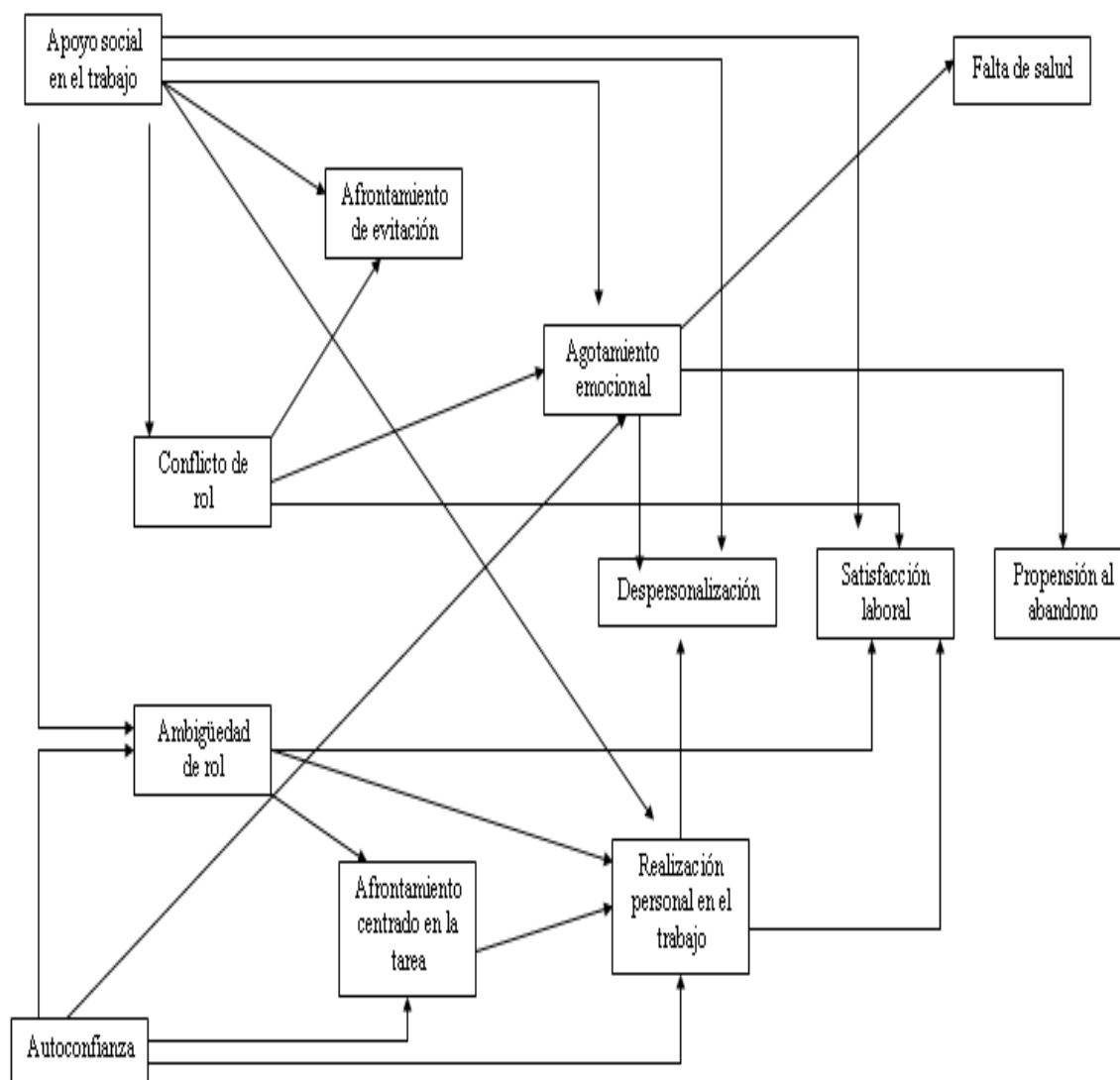
4 .¿Se identifica cuando uno de los trabajadores tiende a tener un alto nivel de estrés y/o cansancio mental?.

Si bien son profesionales de la salud es de compromiso y ética generar un estudio donde se establezca que se está en la capacidad de mantener un buen entorno laboral a partir de la salud, haciendo que este se transmita a los pacientes, generando posteriormente un grado de confiabilidad mayor en estos y sus familiares. Por lo anterior se identifica que la aplicación de estos estudios en profesionales de la salud es de vital importancia y darles a conocer sus resultados donde a su vez se generen alternativas para minimizar su impacto son un compromiso de la organización.

Es importante identificar las desviaciones del desempeño de quienes tienen a cargo pacientes, donde a partir de una evaluación de establece el impacto que esta puede generar, pero en Colombia que organización maneja este tipo de estudio, donde prevalezca el bienestar laboral antes que un bienestar organizaciones a nivel económico.

Es indiscutible que los análisis son variados y que los resultados siempre arrojaran una necesidad sobre el tratamiento adecuado que se le debe establecer a los trabajadores, pero la generación de estrategias y su aplicación para posteriormente un nuevo análisis es el inicio de la búsqueda de la forma adecuada para el respectivo desarrollo de la calidad en el trabajador y del paciente.

Pero este modelo tiene como fundamentación a una secuencia creada por Gil-Monte, Peiró y Varcárcel,



Fuente: Monte y Peiro (1997)

En la gráfica se identifica el detallado de la identificación de los resultados del síndrome de Burnout, entre ellos la presencia del agotamiento emocional, peor donde un apoyo social puede llegar a significar satisfacción laboral, un afrontamiento, autoconfianza, de lo contrario se generara una propensión al abandono y falta de salud

entre otras, el modelo identifica como el clima organizacional puede llegar a convertirse en un antecedente al síndrome de Burnout. Finalmente se encuentra a Maslach y Jackson definen tres características principales como se indica en el marco teórico de este documento, el agotamiento emocional, despersonalización y Reducida Realización personal, donde esta última lleva a la pérdida de la confianza, la despersonalización se manifiesta bajo actitudes negativas y el agotamiento emocional se identifica como un sobreesfuerzo físico. Maslach y Jackson (1986).

Para dar una respuesta aún más clara a las preguntas iniciales dadas en la discusión se da a conocer teorías acerca de síndrome que ayudan a minimizar el agotamiento físico por causa de patologías que alteran el estado mental y que se refleja cómo se indicó anteriormente el físico y/o respuesta de las personas, para este proyecto en personas que trabajan en la clínica mental de Sibate.

Los modelos teóricos establecen que este síndrome tiene su concepto principal en la década de los 70 "...En cierto sentido el estudio del Burn Out tiene la edad de la Psicología. Por ejemplo, Pavlov, al inicio del siglo, forzó a perros a la distinción entre un círculo y una elipse; después, al tornarse la diferencia paulatinamente cada vez menor, provocaba una ruptura en el comportamiento que acreditó tratarse de una "neurosis experimental". El can, forzado por la escuela y al mismo tiempo imposibilitado de realizarla, sería un modelo para el desarrollo de las neurosis humanas. Contemporáneamente, Freud desarrollaba su psicoanálisis, y con él el concepto de frustración (Versagung), "la satisfacción efectiva de su deseo que el sujeto se niega a sí mismo" (Diccionario del psicoanálisis, 204, Laplanche). Así, paradójicamente, el sujeto se enferma justamente en el momento en que obtiene éxito". (Wenderley, Ione Vasquez 2003).

Pero el control sobre el estado es posible "podemos desarrollar una actitud frente a la vida, acreditando la posibilidad del control sobre el medio (mecanismos de control interno) o acreditando en el control por la suerte, destino u otros poderes externos (mecanismos de control externos)" (Rotter 1961). Es por esto que se debe buscar alternativas de análisis donde los primeros en aplicarlas deben ser los profesionales y/o trabajadores del sector salud y de especialistas de la psicología, con el objetivo de generar un estado de tranquilidad que sea transmitidos en consultas y tratamientos.

Los propios límites generan un estrés laboral y personal, conocer e identificar hasta donde se puede llegar y hasta donde se tiene alternativa genera en el ser humano un estrés innato, esto combinado con el tener el compromiso de establecer límites a enfermos mentales, convierte a los trabajadores de la salud en posibles poseedores de estos síndromes, pero que pueden llegar a experimentar los que lo poseen “sentimientos de fracaso personal (falta de competencia, de esfuerzo o conocimientos), carencia de expectativas y horizontes en el trabajo, y una insatisfacción generalizada. Como consecuencia: la impuntualidad, el ausentismo y el abandono de la profesión, son síntomas habituales y típicos de esta patología laboral. En opinión de Álvarez y Fernández, el bajo logro puede, también, estar encubierto por una sensación paradójica de omnipotencia.” (Maslach,1986).

El utilizar técnicas de autoconocimiento para así identificar más fácil cuando se puede tener el síndrome es una alternativa de control, donde la conducta puede limitar el nivel de desempeño en los ámbitos que la persona se está ejecutando, dado que su energía se re direcciona y con ello se puede establecer un aislamiento y patologías posteriores físicas que exteriorizan las mentales, llevándolo a enfermedades inicialmente leves que pueden convertirse en alteraciones importantes sino se genera un control sobre estas.

Las patologías son progresivas a través de gestiones sociales, instituciones y del mismo yo, donde presiones y compromisos son generados, siendo estos a su vez unas de las fuentes, donde sino se lleva a satisfacción podría ser el inicio del síndrome requiriendo un grado de atención mayor y esfuerzo en la consecución de un tratamiento y del trabajo que el paciente ejecuta. Es por esto que estudiar este síndrome es no solo importante también interesante a partir de la premisa que es el síndrome del nuevo siglo y que el nivel de presencia es alto.

Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos, los cuales fueron establecidos una vez se generaron las encuestas, se indica que si existe una relación entre la aparición del síntomas de depresión y el síndrome de estrés laboral (Burn-out), esto se identifica en preguntas como la si se siente frustrado, i si se siente por debajo de las posibilidades normales en el ámbito laboral o identificación del nivel de agotamiento.

Para posteriormente darle continuidad a la depresión, esto también puede ser generado a partir del trabajo que desempeñan las personas encuestadas, siendo estas encargadas del centro de enfermos mentales de Sibate, donde se puede llegar a desarrollar una apropiación del síndrome del paciente y posteriormente interiorizarlo a nivel personal o en su medida a l no encontrar una respuesta positiva el encargado del centro puede crear un estrés laboral y/o depresión alguna.

La correlación entre los dos síndromes está dada en un 49%, si bien es menor a 1, es decir que no se considera que alguno de los síndromes dependa del otro, si se tiene relación alguna, indicando que una de las dos puede llegar a ser la causa de la otra, en el caso de de la clínica mental Sibate se encontró:

Se tiene un cansancio emocional importante en los encuestados, esto se podría asociar con la depresión mínima la cual es la más representativa en la calificación general, siendo alguna de las dos la causal de la otra de forma indirecta, donde a un cansancio emocional significara menos tiempo para el desarrollo total de sus actividades y posteriormente una depresión por el no cumplimiento al 100% de sus propósitos. La depresión también significara un incentivo menor para el desarrollo de sus actividades mostrando así que su energía tiene una dispersión y/o focalización variada, disminuyendo la capacidad de respuesta y con esto mostrando un cansancio emocional.

Los resultados también identifican que la ubicación demográfica tiene una afectación directa, el estrato, el nivel educativo, cargo e inclusive el género puede identificar el cómo se manejan los síndromes en este caso el de Bornouty el de depresión de Beck, la relación entre los datos socio demográficos puede evidenciar la búsqueda de

alternativas para contrastar una situación difícil, donde las situaciones difíciles son respuesta a demandas externas.

El síndrome de Bornaut tiene una prevalencia en auxiliares de enfermería y en un mayor grado en el sexo femenino y mujeres casadas, esto se debe al número de responsabilidades que estas adquieren y partiendo de la premisa que su desempeño debe ser igual al de mujeres solteras y/o hombres “ la mujer es un objeto de razón” (platon), o como lo plantea Mill “el principio regulador de las relaciones entre hombres y mujeres es la subordinación legal de uno al otro, y esto representa una traba importante en el progreso humano, ya que esto ratificaría la perfecta igualdad, debido a que no se admitiría poder ni privilegio para uno e incapacidad para otro”. Por lo anterior se genera una afirmación sobre la importancia del desempeño de la mujer en un mismo grado que el de el sexo opuesto y/o como se estableció anteriormente en mujeres que no tienen el mismo número de responsabilidades.

Otra afirmación que se genera a partir de los resultados es el de establecer que las personas con un menor grado de educación tienden a conocer menos sobre el manejo del síndrome, más aún cuando trabajan en lugares como clínicas de descanso y/o más directamente y como objeto de estudio en una clínica mental, es por esto que se indica que ellos deben tener una ayuda de profesionales en el área que estén cercanos esto debido a que el grado de vulnerabilidad es mayor.

Los profesionales en el área generan un grado de confiabilidad sobre el desarrollo y manejo del tema, así como su aplicabilidad a nivel profesional y personal, sin embargo ellos presentan una depresión mínima, siendo la ideal la depresión leve, sin embargo el entorno tiene una afectación directa, donde se establece que el no cumplimiento de los propósitos con determinados pacientes y/o la forma en que se debe desarrollar el tratamiento puede involucrar al profesional con el paciente y con esto puede tener incidencia en su desempeño laboral y/o personal.

En el ambiente clínico el síndrome de Bornaut no es tratado como un síndrome clínico, es decir no se controla y no se establecen parámetros de alerta que ayuden a la minimización de este, donde a su vez sea una herramienta de generador de indicadores para la aplicación en otros centros clínicos mentales.

El trabajo clínico esta generado en un ambiente de profesionales que aplican algún tipo de tratamiento a sus pacientes, siendo estos observados y estudiados, pero no se ha generado un estudio de hasta donde los profesionales de la salud pueden llegar a no afectarse por las enfermedades de los pacientes, donde algunos de ellos estigmatizan dolores y/o tristezas ajenas como propias llegando a ser esta una causal de estrés por el no manejo adecuado de ellas.

El estrés de un trabajador puede considerarse una respuesta a causas individuales, específicas, pero si se suman varios trabajadores que presentan estrés laboral y con esto depresión es motivo para analizar cuál es la causa organizacional que lleva a que sea un síndrome general.

Dando continuidad al análisis de los resultados de las encuestas, se establece que en el género masculino prevalece el cansancio emocional con un 20,6%, seguido por la realización personal con un 14,5% y finalmente la despersonalización con el 13,9%, por lo anterior también establece que el género masculino refleja un dominio mayor en el control del síndrome a partir del entorno en el que ejercen su profesión.

Se afirma que a nivel general el género masculino tiende a establecer un comportamiento más estable, esto a partir de los resultados que una persona casada tiene 4 hombres con depresión mínima y 19 mujeres con este mismo estado, en el estado de separado se tienen solo personas del género femenino, en el estado soltero se encuentran 8 del género femenino en depresión leve, 10 en mínima y 4 hombres en estado de depresión mínima, viudo no se establece ninguna persona del género masculino. En este punto se identifica que las mujeres tienden a afectarse en un grado mayor por factores externos que implican cambios en el comportamiento de su personalidad.

Los síndromes de Bornaut y de Beck son tan solo dos de los que se pueden presentar a nivel general en trabajadores y en especial en personas que tratan a pacientes con problemas mentales, es por esto que se indica que este es el inicio para que se de continuidad en el estudio de posibles generadores que arrojen resultados como los investigados en este proyecto, con el objetivo de buscar alternativas y posteriormente soluciones.

Recomendaciones

Se establece una importancia en el control del desarrollo de cada uno de los trabajadores, a través de entidades de vigilancia de la salud.

Tener descansos importantes donde se generen espacios para disminuir el estrés laboral y/o depresión alguna.

Conocer el desarrollo del trabajador de la clínica mental en la vida personal y familiar, con el objetivo que su ámbito laboral no afecta el personal.

Tener espacios en la clínica donde los trabajadores hablen de sus dificultades como un medio para el mejoramiento de la atención a pacientes y lo más importante que el trabajador se vea identificado con el concepto de salud siendo este aplicado en su vida cotidiana.

Establecer esta encuesta con un periodo determinado para análisis de resultados y mejoramiento de estrategias, así como la generación de talleres que permitan descansos y visualización de dificultades potenciales que disminuyan la calidad del trabajador.

Adecuar capacitaciones sobre temas como el síndrome de Bornout, con el objetivo de enseñar a los trabajadores de la clínica a que puede ocurrir determinado síndrome y que él y/o ella puede ser un afectado, pero estableciendo que se puede minimizar el riesgo.

Indagar sobre patologías que sean transmitidas a través de los pacientes a los profesionales de la salud. Así como establecer políticas de seguimiento a diferentes síndromes que puedan afectar a los profesionales de la salud por la ejecución de sus actividades.

Referencias

- Adler, Alfred (2000). El sentido de la vida. Madrid: Ahimsa.
- American Psychiatric Association (1995) DSM IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson.
- Almudena, G. (2000). Orígenes de la Depresión. Portal de la salud y Bienestar. Disponible en http://www.saludalia.com/docs/Salud/web_saludalia/temas_de_salud/depresionb1.htm. Recuperado el 29 de septiembre de 2011.
- Beck, A. Howard, C. Mendelson & Erbaugh, J. An inventory for measuring depression. Arc. Gen. Psychiatry.
- Botello, C. (2009). La Depresión no conoce fronteras. Revista Para el Técnico en Cuidados de Enfermería. Vol 57, No.18.
- Breton, S. (1998). La Depresión. Mexico, Ediciones Plameta. Pp.8-40.
- Calderón, N. (1998). Depresión, sufrimiento y liberación. México, Edición. Edamex.
- Carrasco, A. (2006). Depresión. BiblioPsiquisPsiquiatria.com. Recuperado el 30 de octubre de 2011. Disponible en <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/3822>
- Conti, Aldo, (2007). Historia de la Depresión. La Melancolía desde la Antigüedad hasta el siglo XIX. Editorial Polemos, Buenos Aires.
- Cox T., Griffiths A (2005). Investigación sobre el estrés relacionado con el trabajo. Agencia Europea para la seguridad y el trabajo.
- Ducasse, Isabelle (2010). La melancolía en Atlántida de Oscar Villegas. Universidad de Montreal. Canadá.
- Edelwich, J., y Brodsky, A. (1980): "Burnout: Stages of Desillusionment in the Helping Professions", en Human Science Press, New York.
- Fernández Lopez, JA, Siegrist J, Rödel A, Hernández R. 2003. El estrés laboral, un nuevo factor de riesgo: ¿qué sabemos y qué podemos hacer? Atención Primaria.
- Flórez, J. A. (2002). Signos de alarma para el burnout: una perspectiva integral para el autocontrol (pp. 31-38). Actas del XXIV Congreso Nacional Semergen.
- Franchi, S. (2001). La depresión en el hombre. Revista de psicología y ciencias afines. Vol.18, No.2, pp135-154. Argentina.

- Freud, Sigmund (1996) "Duelo y melancolía". Obras completas. Tomo XIV. Buenos Aires, Ediciones Amorrortu.
- (1923). El yo y el ello. Vol. XIX.
- (1920). Más allá del principio del placer. Vol. XVIII.
- Freudenberger, H. (1974). Personal con Burnout. Revista de Asuntos Sociales. New York.
- Gómez Restrepo, Carlos, Hernández B., Rojas U., Santacruz O. y Uribe R. (2008). "Psiquiatría Clínica". Editorial Médica Internacional. 3ra edición. Bogotá.
- Grau, A. (2009). Influencia de Factores Personales, Profesionales y Transnacionales en el Síndrome de Burnout en personal Sanitario Hispanoamericano y Español. Revista Española de la Salud Pública. 2, 215-230.
- Hernández J. El proceso suicida. En: Ros Montalbán S, ed. La Conducta Suicida. Madrid: Libro del Año, 1997; 29-41.
- Hume, David. (2002) Del suicidio. De la inmortalidad del alma. México: Océano.
- Jackson, S. (1989). Historia de la melancolía y la depresión. Desde los Tiempos Hipocráticos la Epoca Moderna. Ediciones Turner, Madrid.
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. Work & Stress.
- Maslach, C & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. Journal of occupational behaviour.
- Menninger, Karl. (1972) El hombre contra sí mismo. Barcelona: Ediciones Península.
- Mingote Adán, J. C., & Pérez Corral, F. (1999). El estrés del médico: manual de autoayuda. Madrid: Díaz de Santos.
- Lastra, I. (1996). La Depresión de Aparición Tardía. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/documentos/psiq_general_y_otras_areas/otras_areas/tesis/7150/ Recuperado el 23 de octubre de 2011.
- Polaino, Lorete. A. (1980). La depresión. Barcelona España, Ed. Martínez Roca.
- Ramos, J. & Cordero, A. (2007). Clasificación endógeno-neurótica de la depresión. Revista de Psiquiatría, Vol.1, No.2, Junio 2007.
- Seisdedos Nicolás. (1997). Manual MBI, Inventario "Burnout" de Maslach. Madrid: TEA Ediciones.

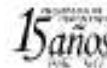
- Sauvagnat & Lame (1991). En: Garcia, M., Hinojal, R., y Bobes, J. El suicidio: aspectos fundamentales, doctrinales y jurídicos. Universidad de Oviedo, España.
- Scott, Jan (2003). Global burden of depression. Instituto de Psiquiatría de Londres. Inglaterra.
- Shopenhauer, Artur. (1999) Meditaciones sobre el dolor del mundo, el suicidio y la voluntad de vivir. Madrid: Tecnos.
- Vásquez, C. (1998). Trastornos del Estado de Animo: Aspectos Clínicos. Revista de Psicología General y Aplicada. Vol.41 pp101-113. Madrid.

Apéndices

Apéndice A. Carta Presentación Estudiantes Universidad Piloto de Colombia



UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
INVESTIGACIONES



INC 2-III-11

Bogotá, 22 de septiembre de 2011

Doctora

BLANCA SUAREZ

Directora administrativa

Centro Femenino Especial José Joaquín Vargas

Ref. Aplicación prueba

Apreciada Dra. Suarez,

Cordial saludo, deseándole éxitos en su destacada labor.

Me permito presentar los estudiantes que realizarán las pruebas: test de depresión de Beck e inventario de Burnout de Maslach, mediante las cuales se pretende establecer la relación entre el síndrome de desgaste profesional y la aparición de síntomas asociados a la depresión en el personal que labora en el campo de salud.

Los estudiantes son:

EDISSON CRUZ

CAROLINA VERGARA PUENTES

Posterior a la obtención de la información, esta será analizada y se entregarán, en el mes de enero del próximo año, los resultados de la investigación.

Agradezco su colaboración,

CLAUDIA PATRICIA ROA M.
Gestor curricular de investigaciones y publicaciones
claudia-roa@unipiloto.edu.co

Blanca Suarez
Prologo. TP. curso
3 Septiembre de 2011

Apéndice B. Formato de test aplicado a los profesionales del Centro de Protección de SIBATE.

Edad _____ **Estado civil** _____ **Sexo F**__ **M**__ **Estrato** _____

Cargo _____ **Antigüedad (Años)** _____ **Nivel Académico** _____

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

(BECK DEPRESSION INVENTORY, BDI)

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

Edad _____ **Estado civil** _____ **Sexo F**__ **M**__ **Estrato** _____

Cargo _____ **Antigüedad (Años)** _____ **Nivel Académico** _____

<p>1. Estado de ánimo</p> <p><input type="checkbox"/> Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos</p> <p><input type="checkbox"/> No me encuentro triste</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento algo triste y deprimido</p> <p><input type="checkbox"/> Ya no puedo soportar esta pena</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar</p>
<p>2. Pesimismo</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento desanimado cuando pienso en el futuro</p> <p><input type="checkbox"/> Creo que nunca me recuperaré de mis penas</p> <p><input type="checkbox"/> No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal</p> <p><input type="checkbox"/> No espero nada bueno de la vida</p> <p><input type="checkbox"/> No espero nada. Esto no tiene remedio</p>
<p>3. Sentimientos de fracaso</p> <p><input type="checkbox"/> He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> He tenido más fracasos que la mayoría de la gente</p> <p><input type="checkbox"/> Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena</p> <p><input type="checkbox"/> No me considero fracasado</p> <p><input type="checkbox"/> Veo mi vida llena de fracasos</p>
<p>4. Insatisfacción</p> <p><input type="checkbox"/> Ya nada me llena</p> <p><input type="checkbox"/> Me encuentro insatisfecho conmigo mismo</p> <p><input type="checkbox"/> Ya no me divierte lo que antes me divertía</p> <p><input type="checkbox"/> No estoy especialmente insatisfecho</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy harto de todo</p>
<p>5. Sentimientos de culpa</p> <p><input type="checkbox"/> A veces me siento despreciable y mala persona</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento bastante culpable</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable</p> <p><input type="checkbox"/> No me siento culpable</p>

<p>6. Sentimientos de castigo</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Presiento que algo malo me puede suceder<input type="checkbox"/> Siento que merezco ser castigado<input type="checkbox"/> No pienso que esté siendo castigado<input type="checkbox"/> Siento que me están castigando o me castigarán<input type="checkbox"/> Quiero que me castiguen
<p>7. Odio a sí mismo</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Estoy descontento conmigo mismo<input type="checkbox"/> No me aprecio<input type="checkbox"/> Me odio (me desprecio)<input type="checkbox"/> Estoy asqueado de mí<input type="checkbox"/> Estoy satisfecho de mí mismo
<p>8. Autoacusación</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> No creo ser peor que otros<input type="checkbox"/> Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal<input type="checkbox"/> Me siento culpable de todo lo malo que ocurre<input type="checkbox"/> Siento que tengo muchos y muy graves defectos<input type="checkbox"/> Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores
<p>9. Impulsos suicidas</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo<input type="checkbox"/> Siento que estaría mejor muerto<input type="checkbox"/> Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera<input type="checkbox"/> Tengo planes decididos de suicidarme<input type="checkbox"/> Me mataría si pudiera<input type="checkbox"/> No tengo pensamientos de hacerme daño
<p>10. Períodos de llanto</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> No lloro más de lo habitual<input type="checkbox"/> Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo<input type="checkbox"/> Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo<input type="checkbox"/> Ahora lloro más de lo normal
<p>11. Irritabilidad</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> No estoy más irritable que normalmente<input type="checkbox"/> Me irrito con más facilidad que antes<input type="checkbox"/> Me siento irritado todo el tiempo<input type="checkbox"/> Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba
<p>12. Aislamiento social</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto<input type="checkbox"/> Me intereso por la gente menos que antes<input type="checkbox"/> No he perdido mi interés por los demás<input type="checkbox"/> He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos
<p>13. Indecisión</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones<input type="checkbox"/> Tomo mis decisiones como siempre<input type="checkbox"/> Ya no puedo tomar decisiones en absoluto<input type="checkbox"/> Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda

<p>14. Imagen corporal</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado<input type="checkbox"/> Me siento feo y repulsivo<input type="checkbox"/> No me siento con peor aspecto que antes<input type="checkbox"/> Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)
<p>15. Capacidad laboral</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Puedo trabajar tan bien como antes<input type="checkbox"/> Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa<input type="checkbox"/> No puedo trabajar en nada<input type="checkbox"/> Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo<input type="checkbox"/> No trabajo tan bien como lo hacía antes
<p>16. Trastornos del sueño</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Duermo tan bien como antes<input type="checkbox"/> Me despierto más cansado por la mañana<input type="checkbox"/> Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir<input type="checkbox"/> Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche<input type="checkbox"/> Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme<input type="checkbox"/> Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas<input type="checkbox"/> Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas<input type="checkbox"/> No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas
<p>17. Cansancio</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Me canso más fácilmente que antes<input type="checkbox"/> Cualquier cosa que hago me fatiga<input type="checkbox"/> No me canso más de lo normal<input type="checkbox"/> Me canso tanto que no puedo hacer nada
<p>18. Pérdida de apetito</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> He perdido totalmente el apetito<input type="checkbox"/> Mi apetito no es tan bueno como antes<input type="checkbox"/> Mi apetito es ahora mucho menor<input type="checkbox"/> Tengo el mismo apetito de siempre
<p>19. Pérdida de peso</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> No he perdido peso últimamente<input type="checkbox"/> He perdido más de 2,5 kg<input type="checkbox"/> He perdido más de 5 kg<input type="checkbox"/> He perdido más de 7,5 kg
<p>20. Hipocondría</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas<input type="checkbox"/> Estoy preocupado por dolores y trastornos<input type="checkbox"/> No me preocupa mi salud más de lo normal<input type="checkbox"/> Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro
<p>21. Libido</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Estoy menos interesado por el sexo que antes<input type="checkbox"/> He perdido todo mi interés por el sexo<input type="checkbox"/> Apenas me siento atraído sexualmente<input type="checkbox"/> No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

MBI INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Tiene que saber que no existen respuestas mejores o peores. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. En cada una de las frases marque con una cruz la frecuencia con que tiene ese sentimiento,

		Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
1	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.					
2	Al final de la jornada me siento agotado.					
3	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.					
4	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis compañeros, jefes y demás personas de trabajo.					
5	Trato a los demás inadecuadamente, y no como se debe tratar a las personas.					
6	Trabajar con compañeros, jefes y diferentes personas todos los días es una tensión para mí.					
7	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis compañeros, jefes y otras personas.					
8	Me siento saturado y agobiado por el trabajo.					
9	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.					
10	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.					
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.					
12	Me encuentro con mucha vitalidad.					
13	Me siento frustrado por mi trabajo.					
14	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.					
15	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los compañeros, jefes y personas con los que comparto diariamente.					
16	Trabajar en contacto directo con los compañeros, jefes y otras personas me produce bastante estrés.					
17	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis compañeros, jefes y además con las personas que trato diariamente.					
18	Me encuentro animado después de trabajar junto con compañeros jefes y otras personas.					
19	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.					
20	En el trabajo siento que estoy por debajo de mis posibilidades.					
21	Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.					
22	Siento que las personas, compañeros y jefes me culpan de algunos de sus problemas.					

Apéndice C. Resultados de las encuestas realizadas en el Centro de Protección de SÍbate.

No. Personas	EDAD	ESTADO CIVIL	GENERO	ESTRATO	ANTIGÜEDAD	NIVEL ACADÉMICO	CARGO	CARRIBOC	DEPRES	REALIZ PER	% CARRIBOC	% DEPRES	% REALIZ PER
1	27	SOLTERO	FEMENINO	2	2	EDUC SUPERIOR	3	1	0	0	3.3%	0.0%	0.00%
2	38	CASADO	FEMENINO	2	1	EDUC SUPERIOR	3	5	6	9	15.6%	21.4%	32.14%
3	29	SOLTERO	FEMENINO	1	1	EDUC SUPERIOR	3	4	4	0	12.5%	14.3%	20.57%
4	31	CASADO	MASCULINO	2	1	EDUC SUPERIOR	3	4	3	3	12.5%	10.7%	10.71%
5	45	VIUDO	FEMENINO	2	13	EDUC SUPERIOR	3	9	0	2	22.2%	0.0%	7.14%
6	37	CASADO	FEMENINO	3	4	EDUC SUPERIOR	3	11	1	5	34.4%	3.6%	17.56%
7	38	CASADO	FEMENINO	3	5	EDUC SUPERIOR	3	12	2	0	37.5%	7.1%	25.57%
8	25	CASADO	FEMENINO	2	5	EDUC SUPERIOR	3	5	4	1	15.6%	14.3%	3.57%
9	28	SOLTERO	FEMENINO	1	1	EDUC SUPERIOR	3	0	1	2	25.0%	10.7%	7.14%
10	28	SOLTERO	FEMENINO	5	3	EDUC SUPERIOR	2	3	4	11	5.4%	14.3%	39.29%
11	38	SOLTERO	MASCULINO	2	2	EDUC SUPERIOR	3	16	12	0	81.3%	42.9%	26.57%
12	28	SOLTERO	MASCULINO	2	1	EDUC SUPERIOR	3	4	0	2	12.5%	0.0%	7.14%
13	24	SOLTERO	MASCULINO	6	1	EDUC SUPERIOR	2	5	0	1	15.6%	0.0%	3.57%
14	22	SOLTERO	FEMENINO	2	3	EDUC SUPERIOR	3	9	0	2	22.1%	0.0%	7.14%
15	28	CASADO	MASCULINO	2	1	EDUC SUPERIOR	3	4	0	2	12.5%	0.0%	7.14%
16	38	CASADO	FEMENINO	2	2	EDUC SUPERIOR	3	4	4	2	12.5%	14.3%	7.14%
17	35	CASADO	FEMENINO	3	9	EDUC SUPERIOR	3	9	0	3	25.1%	0.0%	10.71%
18	38	CASADO	FEMENINO	3	4	EDUC SUPERIOR	3	2	0	1	6.3%	0.0%	3.57%
19	33	CASADO	FEMENINO	3	1	BACHILLER	3	0	0	4	0.0%	0.0%	14.29%
20	28	CASADO	FEMENINO	3	1	BACHILLER	3	5	2	2	15.6%	7.1%	7.14%
21	40	CASADO	FEMENINO	2	4	BACHILLER	3	3	3	0	3.4%	10.7%	0.00%
22	32	SOLTERO	FEMENINO	2	5	EDUC SUPERIOR	3	2	4	9	6.3%	14.3%	32.14%
23	36	CASADO	FEMENINO	2	5	EDUC SUPERIOR	3	7	0	3	21.9%	25.6%	10.71%
24	29	CASADO	FEMENINO	2	1	BACHILLER	3	4	1	2	12.5%	3.6%	7.14%
25	37	CASADO	FEMENINO	2	1	BACHILLER	3	0	0	1	10.0%	0.0%	3.57%
26	49	CASADO	MASCULINO	2	10	BACHILLER	3	12	10	16	37.5%	35.7%	57.14%
27	38	CASADO	FEMENINO	2	1	EDUC SUPERIOR	2	5	1	2	15.6%	10.7%	7.14%
28	32	CASADO	FEMENINO	3	3	EDUC SUPERIOR	2	6	0	2	10.0%	0.0%	7.14%
29	34	CASADO	FEMENINO	3	5	EDUC SUPERIOR	3	6	4	1	10.0%	14.3%	3.57%
30	21	SOLTERO	FEMENINO	3	1	EDUC SUPERIOR	3	19	20	12	55.4%	71.4%	42.86%
31	45	CASADO	FEMENINO	3	5	EDUC SUPERIOR	2	18	9	9	40.6%	32.1%	32.14%
32	38	SOLTERO	FEMENINO	2	1	BACHILLER	3	1	0	0	3.3%	0.0%	0.00%
33	40	SEPARADO	FEMENINO	3	2	EDUC SUPERIOR	2	2	4	1	6.3%	14.3%	3.57%
34	21	SOLTERO	FEMENINO	2	2	BACHILLER	3	2	1	11	6.3%	17.9%	39.29%
35	38	SEPARADO	FEMENINO	2	2	EDUC SUPERIOR	3	8	1	1	25.0%	3.6%	3.57%
36	37	CASADO	FEMENINO	2	5	BACHILLER	3	9	0	2	20.1%	0.0%	7.14%
37	34	SOLTERO	FEMENINO	1	2	BACHILLER	3	6	5	0	10.0%	17.9%	0.00%
38	23	SOLTERO	FEMENINO	2	1	EDUC SUPERIOR	3	12	9	7	37.5%	32.1%	25.00%
39	27	SOLTERO	FEMENINO	2	1	EDUC SUPERIOR	3	0	4	5	25.0%	14.3%	17.56%
40	28	SOLTERO	FEMENINO	3	2	EDUC SUPERIOR	3	6	4	4	10.0%	14.3%	14.29%
41	28	SOLTERO	MASCULINO	2	1	EDUC SUPERIOR	3	4	3	3	12.5%	10.7%	10.71%
42	39	CASADO	FEMENINO	2	5	EDUC SUPERIOR	3	6	4	4	10.0%	14.3%	14.29%
43	27	SEPARADO	FEMENINO	2	2	EDUC SUPERIOR	1	5	3	0	15.6%	10.7%	25.57%
44	25	CASADO	FEMENINO	1	3	EDUC SUPERIOR	1	7	0	0	21.9%	0.0%	0.00%
45	21	CASADO	FEMENINO	2	1	BACHILLER	1	16	13	5	50.0%	39.3%	17.00%
46	37	SOLTERO	FEMENINO	3	3	EDUC SUPERIOR	1	4	8	3	12.5%	25.6%	10.71%
47	26	SOLTERO	FEMENINO	2	1	EDUC SUPERIOR	1	9	9	9	20.1%	32.1%	32.14%
48	31	CASADO	FEMENINO	2	7	EDUC SUPERIOR	1	0	4	3	10.0%	14.3%	3.57%
49	26	SOLTERO	FEMENINO	2	1	EDUC SUPERIOR	1	2	4	3	6.3%	14.3%	3.57%
50	38	SOLTERO	FEMENINO	2	5	BACHILLER	1	2	8	11	6.3%	25.6%	39.29%
51	38	SOLTERO	MASCULINO	2	3	EDUC SUPERIOR	1	4	3	5	12.5%	10.7%	17.86%
52	37	CASADO	FEMENINO	3	1	EDUC SUPERIOR	3	3	8	3	3.1%	25.6%	3.57%
53	22	SOLTERO	FEMENINO	1	3	EDUC SUPERIOR	1	4	1	2	12.5%	3.6%	3.57%
54	28	CASADO	MASCULINO	2	1	BACHILLER	3	9	4	0	20.1%	14.3%	20.57%

No. Personas	EDAD	ESTADO CIVIL	GENERO	ESTRATO	ANTIGÜEDAD	NIVEL ACADÉMICO	CARGO	TOTAL	CALIFICACION
1	27	SOLTERO	FEMENINO	2	2	EDUCACION SUPERIOR	AUX DE ENF	17	DEP LEVE
2	38	CASADA	FEMENINO	2	1	EDUCACION SUPERIOR	AUX DE ENF	17	DEP LEVE
3	28	SOLTERO	FEMENINO	1	1	EDUCACION SUPERIOR	AUX DE ENF	6	DEP MINIMA
4	31	CASADA	MASCULINO	2	1	EDUCACION SUPERIOR	AUX DE ENF	7	DEP MINIMA
5	45	VIUDO	FEMENINO	2	13	EDUCACION SUPERIOR	AUX DE ENF	6	DEP MINIMA
6	37	CASADA	FEMENINO	3	4	EDUCACION SUPERIOR	AUX DE ENF	4	DEP MINIMA
7	30	CASADA	FEMENINO	3	5	EDUCACION SUPERIOR	AUX DE ENF	4	DEP MINIMA
8	25	CASADA	FEMENINO	2	5	EDUCACION SUPERIOR	AUX DE ENF	4	DEP MINIMA
9	20	SOLTERO	FEMENINO	1	1	EDUCACION SUPERIOR	AUX DE ENF	8	DEP MINIMA
10	28	SOLTERO	FEMENINO	5	3	EDUCACION SUPERIOR	PROFESIONAL	5	DEP MINIMA
11	30	SOLTERO	MASCULINO	2	2	EDUCACION SUPERIOR	AUX DE ENF	19	DEP MODERADA
12	20	SOLTERO	MASCULINO	2	1	EDUCACION SUPERIOR	AUX DE ENF	3	DEP MINIMA
13	26	SOLTERO	MASCULINO	6	1	EDUCACION SUPERIOR	PROFESIONAL	4	DEP MINIMA
14	22	SOLTERO	FEMENINO	2	3	EDUCACION SUPERIOR	AUX DE ENF	2	DEP MINIMA
15	20	CASADA	MASCULINO	2	1	EDUCACION SUPERIOR	AUX DE ENF	9	DEP MINIMA
16	30	CASADA	FEMENINO	2	2	EDUCACION SUPERIOR	AUX DE ENF	3	DEP MINIMA
17	35	CASADA	FEMENINO	3	9	EDUCACION SUPERIOR	AUX DE ENF	8	DEP MINIMA
18	28	CASADA	FEMENINO	3	4	EDUCACION SUPERIOR	AUX DE ENF	1	DEP MINIMA
19	31	CASADA	FEMENINO	3	1	BACHILLER	OPERARIO	14	DEP LEVE
20	28	CASADA	FEMENINO	3	1	BACHILLER	OPERARIO	12	DEP LEVE
21	40	CASADA	FEMENINO	2	4	BACHILLER	OPERARIO	3	DEP MINIMA
22	32	SOLTERO	FEMENINO	2	5	EDUCACION SUPERIOR	AUX DE ENF	10	DEP MINIMA
23	36	CASADA	FEMENINO	2	5	EDUCACION SUPERIOR	AUX DE ENF	9	DEP MINIMA
24	29	CASADA	FEMENINO	2	1	BACHILLER	OPERARIO	2	DEP MINIMA
25	37	CASADA	FEMENINO	2	1	BACHILLER	OPERARIO	10	DEP MINIMA
26	49	CASADA	MASCULINO	2	10	BACHILLER	OPERARIO	14	DEP LEVE
27	30	CASADA	FEMENINO	2	1	EDUCACION SUPERIOR	PROFESIONAL	3	DEP MINIMA
28	32	CASADA	FEMENINO	3	3	EDUCACION SUPERIOR	PROFESIONAL	7	DEP MINIMA
29	36	CASADA	FEMENINO	3	5	EDUCACION SUPERIOR	AUX DE ENF	1	DEP MINIMA
30	21	SOLTERO	FEMENINO	3	1	EDUCACION SUPERIOR	AUX DE ENF	17	DEP LEVE
31	45	CASADA	FEMENINO	3	5	EDUCACION SUPERIOR	PROFESIONAL	5	DEP MINIMA
32	30	SOLTERO	FEMENINO	2	1	BACHILLER	OPERARIO	10	DEP MINIMA
33	40	SEPARADO	FEMENINO	3	2	EDUCACION SUPERIOR	AUX DE ENF	18	DEP LEVE
34	21	SOLTERO	FEMENINO	2	2	BACHILLER	OPERARIO	11	DEP LEVE
35	30	SEPARADO	FEMENINO	2	2	EDUCACION SUPERIOR	AUX DE ENF	7	DEP MINIMA
36	37	CASADA	FEMENINO	2	5	BACHILLER	OPERARIO	8	DEP MINIMA
37	34	SOLTERO	FEMENINO	1	2	BACHILLER	OPERARIO	5	DEP MINIMA
38	23	SOLTERO	FEMENINO	2	1	EDUCACION SUPERIOR	AUX DE ENF	9	DEP MINIMA
39	27	SOLTERO	FEMENINO	2	1	EDUCACION SUPERIOR	AUX DE ENF	15	DEP LEVE
40	20	SOLTERO	FEMENINO	3	2	EDUCACION SUPERIOR	AUX DE ENF	4	DEP MINIMA
41	20	SOLTERO	MASCULINO	2	1	EDUCACION SUPERIOR	AUX DE ENF	7	DEP MINIMA
42	39	CASADA	FEMENINO	2	5	EDUCACION SUPERIOR	AUX DE ENF	9	DEP MINIMA
43	27	SEPARADO	FEMENINO	2	2	EDUCACION SUPERIOR	AUX DE ENF	20	DEP MODERADA
44	25	CASADA	FEMENINO	2	3	EDUCACION SUPERIOR	AUX DE ENF	3	DEP MINIMA
45	21	CASADA	FEMENINO	2	1	BACHILLER	OPERARIO	10	DEP MINIMA
46	37	SOLTERO	FEMENINO	3	3	EDUCACION SUPERIOR	AUX DE ENF	13	DEP LEVE
47	26	SOLTERO	FEMENINO	2	1	EDUCACION SUPERIOR	AUX DE ENF	18	DEP LEVE
48	31	CASADA	FEMENINO	2	7	EDUCACION SUPERIOR	AUX DE ENF	5	DEP MINIMA
49	26	SOLTERO	FEMENINO	2	1	EDUCACION SUPERIOR	AUX DE ENF	11	DEP LEVE
50	38	SOLTERO	FEMENINO	2	5	BACHILLER	OPERARIO	14	DEP LEVE
51	30	SOLTERO	MASCULINO	2	3	EDUCACION SUPERIOR	AUX DE ENF	7	DEP MINIMA
52	37	CASADA	MASCULINO	2	1	EDUCACION SUPERIOR	AUX DE ENF	1	DEP MINIMA
53	22	SOLTERO	FEMENINO	1	3	EDUCACION SUPERIOR	AUX DE ENF	3	DEP MINIMA
54	20	CASADA	MASCULINO	2	1	BACHILLER	OPERARIO	1	DEP MINIMA

Apéndice D. Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA - INVESTIGACIONES

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Ciudad y fecha: _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación de los siguientes instrumentos de Psicología: **INVENTARIO DE ESTRÉS LABORAL (BURN-OUT) DE MASLACH E INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.**

El investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier información respecto a las características de la investigación, duración y manejo de los resultados, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, si que ello afecte la relación con la institución.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y Cédula: _____

Firma : _____