

Síntomas Depresivos y Agotamiento en Personal Trabajador del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

Velásquez-Pérez, Leora^{*a}, González G., Margarita^b y Contreras, Guadalupe A.^a

^a Departamento de Epidemiología, Distrito Federal, México

^b Unidad de Conducta y Cognición Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Distrito Federal, México.

Artículo Breve

Resumen

En los centros de trabajo se generan estresores que influyen en el agotamiento emocional, despersonalización y en la falta de realización personal de los trabajadores, las poblaciones más vulnerables son las que tienen contacto con el público. El objetivo del estudio fue evaluar la prevalencia de síntomas depresivos y del Síndrome de Burnout en personal trabajador del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Se aplicó el Burnout Inventory (MBI-HS) y el inventario Depresión de Beck (BDI). El personal secretarial fue quien presentó mayor número de síntomas depresivos. Con respecto al (MBI-HS) se encontraron diferencias en relación a la falta de realización personal y sentimientos hacia los pacientes de acuerdo a las diferentes categorías de trabajadores.

Palabras claves:

Depresión; Burnout; Despersonalización; Realización personal; Agotamiento emocional.

Abstract

Burn-Out and depressive symptoms in the workforce of the National Institute of Neurology and Neurosurgery. There are stressors arising in the workplace that influence emotional exhaustion, depersonalization and lack of personal fulfillment of workers; the most vulnerable populations are those who have contact with the public. The aim of this study was to assess the prevalence of depressive symptoms and burnout syndrome in staff of the National Institute of Neurology and Neurosurgery. The Burnout Inventory (MBI-HS) and the Beck Depression Inventory (BDI) were applied. Secretarial staff presented the higher rate of depressive symptoms. Concerning the MBI-HS differences were found regarding the lack of personal accomplishment and feelings towards patients according to the different categories of workers.

Key Words:

Depression, Burnout, Depersonalization, Personal Accomplishment, Emotional Exhaustion.

Recibido el 11 de Marzo de 2010; Recibido la revisión el 18 de Mayo de 2010; Aceptado el 21 de Mayo de 2010

1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la depresión como un desorden mental caracterizado por disminución en el estado de ánimo, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, autoestima baja, alteraciones del sueño o el apetito y problemas para la concentración, puede ser crónico o recurrente y condicionar un deterioro substancial en las capacidades de los individuos para cuidarse por sí mismos o cumplir con sus responsabilidades diarias; es la principal causa de discapacidad en cuanto a años de vida perdidos.

Actualmente, 121 millones de personas sufren depresión, una de cada cinco personas desarrollará un cuadro depresivo en su vida. La incidencia es dos veces mayor en mujeres, afecta más a jóvenes (OMS, 2001, American Psychiatric Association, 1995; Rose, Hennis y Hambleton, 2008). Para el año 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos en el mundo y la primera en países desarrollados (Murray y López, 1997). La Organización Internacional del Trabajo considera que uno de cada diez trabajadores padecen

* Enviar correspondencia a: M em C. Leora Velásquez-Pérez.
E-mail: lvelasquez@innn.edu.mx

depresión, ansiedad, estrés o cansancio, que condiciona desempleo y atención hospitalaria (Phyllis y Ritta, 2000). En México, en el año 2002, la prevalencia nacional fue de 4.5% mayor en mujeres (5.8%) vs hombres (2.5%) (Bello, Puentes, Medina y Lozano, 2005).

La depresión afecta la vida laboral y condiciona la aparición del síndrome Burnout (SB), caracterizado por reducción en la efectividad en el trabajo de los empleados (Torral, Aguilar y Juárez, 2009); se presenta en trabajadores del servicio público (Bello et al., 2005; Pérez, 2006; Shanafelt, Bradley, Wipf y Back, 2000; Young, Klap, Sherbourne y Wells, 2001), puede ocasionar un fuerte impacto en el cuidado y atención de los pacientes cuando quienes los padecen son médicos o personal paramédico y puede condicionar farmacodependencia, alcoholismo, ausentismo laboral, conflictos familiares, etc., que afectan el rendimiento laboral y que contribuyen un mayor número de accidentes y de iatrogenias por el descuido de los pacientes o por que pueden recibir malos tratos, poca calidad y calidez de atención o descuido en la terapéutica (Gutiérrez, 2001, Juárez, 2004; Rosales, Gallardo y Conde, 2005).

Existen múltiples causas de la depresión (Ganatra, Zafar, Qidwai y Rozi, 2008; Gutiérrez, 2001; Silva-Júnior, Pinho, Mello, de Bruin, S y de Bruin P, 2009). Se considera un problema de salud pública a nivel mundial por su elevada prevalencia y por las repercusiones sociales de la enfermedad así como por el deterioro en la calidad de vida de quien la padece (Center et al., 2003; Parikh, Taukari y Bhattacharya, 2004; Collier, McCue, Markus y Smith, 2002; Pérez, 2006). Teniendo en cuenta que las mujeres son el grupo más afectado, se consideró importante realizar este estudio en un grupo de trabajadoras del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), con el objetivo de evaluar la presencia de síntomas depresivos, despersonalización, baja realización personal y agotamiento emocional en el personal que se encuentra en contacto permanente con el público.

2. Metodología

2.1. Esquema de Investigación

Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo, ya que son los más adecuados para

describir la frecuencia y las características más importantes de un problema de salud. Los datos obtenidos mediante estos estudios son esenciales para los administradores sanitarios así como para los epidemiólogos y los clínicos, ya que se pueden identificar los grupos de población más vulnerables y distribuir los recursos según dichas necesidades, son el primer paso en la investigación de los determinantes de la enfermedad y la identificación de los factores de riesgo (Kelsey, Thompson y Evans, 1986). Este tipo de investigaciones se han realizado en diferentes partes del mundo, sin embargo, cada ciudad, lugar e institución es diferente y por ello es importante realizar este tipo de estudios ya que permiten identificar el estado emocional de los empleados y permite a las Instituciones donde se realizan contar con información útil para buscar los medios para proporcionar a los trabajadores mayor bienestar, brindar apoyo social como forma de amortiguar, reducir o afrontar los problemas o angustias que los inquietan.

2.2. Participantes

Se incluyó a la población trabajadora del INNN asignado al área de enfermería, administrativa (secretarial) y de trabajo social. El personal de trabajo social está conformado en el 100% por mujeres, el 98% del personal secretarial y el 95% del personal de enfermería son del sexo femenino.

En este estudio se logró encuestar al 30% del personal trabajador de enfermería, al 86% del personal secretarial y al 43% del personal de trabajo social. La población de estudio consistió en 69 individuos del área de enfermería de los cuales 50 (72%) fueron mujeres, 12 (17%) hombres y 7(11%) pertenecían al personal de enfermería pero no proporcionaron su sexo; 75 secretarias y 6 trabajadoras sociales. El tiempo promedio que tenía el personal de laborar en el INNN era de 13.6 años. El promedio de edad fue de 38 ± 11 años. El 5.4% tenían una escolaridad de secundaria, el 25.3% carrera técnica básica, el 31.3% preparatoria, el 35.4% licenciatura o más y del 2.7% no se tuvo el dato.

2.3. Instrumentos.

La información se obtuvo mediante el *Inventario de Depresión de Beck* (BDI, por sus

siglas en inglés) y con el *Maslach Burnout Inventory* (MBI-HS). El BDI es un instrumento empleado mundialmente para medir la severidad de síntomas de depresión (Balev, 1996; Beck, Sterr y Garbin, 1988). Su fiabilidad ha mostrado una consistencia interna (alfa de Cronbach .76 – .95), oscila alrededor de $r = .80$ y muestra correlación con otras escalas (Beck, Steer y Garbin, 1988; Martinsen, Friisy, Hoffart, 1995; Richter, Werner, Heerlein, Kraus y Sauer, 1998; Robinso y Kelley, 1996). Tiene una sensibilidad para detectar los cambios semejante a la The Hamilton rating scale for depression (HDRS) (Edwards et al., 1984; Hedlund y Vieweg, 1979), con una correlación alta con diferentes tratamientos (Richter et al., 1997).

Se utilizó una versión estandarizada del BDI para México, con un índice de alfa de Cronbach de .80. La versión mexicana al igual que la original se compone de tres factores. La validez concurrente entre el BDI y una de las escalas más empleada anteriormente para la autoevaluación de rasgos depresivos (Zung, 1965), muestra una correlación de $r = .70$ $p < .000$. Es un cuestionario de 21 ítems, con 4 alternativas de respuesta para cada ítem, los cuales evalúan la gravedad / intensidad del síntoma, de menor a mayor gravedad. Hace referencia al momento actual y a la semana previa. Su contenido enfatiza en el componente cognitivo de la depresión, los síntomas de esta esfera abarcan el 50% de la puntuación total del cuestionario; el segundo bloque lo tienen los síntomas somático/vegetativos, otros 15 ítems hacen referencia a los psicológicos-cognitivos y los 6 restantes a los vegetativos. El rango de la puntuación es de 0-63 puntos. Cuantifica la sintomatología, no da un diagnóstico. Los puntos de corte aceptados son: no depresión: (0-9), depresión leve (10-18), moderada (19-29) y grave (> 30) (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez Loperena y Valera, 1998).

El Maslach Burnout Inventory (MBI-HS), es un instrumento validado (Gil y Peiró 1999), de los más utilizados para medir la presencia del SB. Elaborado para emplearse en profesionales de la salud (Mireles, 1996), tiene diferentes versiones. En México los índice de confiabilidad son mayores a $\alpha \leq .70$ (Mendoza y López, 2008). Tiene 22 ítems

distribuidos en tres factores: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal; los cuales forman tres subescalas (Maslach, Jackson y Leiter 1996; Pérez, 1996); en cada una se obtiene una puntuación baja, media o alta que caracteriza la mayor o menor frecuencia de SB; se suman los ítems de acuerdo con la dimensión, las dos primeras son positivas y la última se considera negativa (Aranda, 2006).

2.4. Procedimientos.

Dos enfermeras previamente capacitadas, con conocimiento sobre los instrumentos y objetivos del trabajo, acudieron a los diferentes servicios del INNN expusieron el motivo del estudio, entregaron los instrumentos, enfatizaron en que era anónimo y confidencial e indicaron la manera para que fueran depositados en un buzón.

2.5. Análisis de Datos.

La información se analizó con el programa estadístico SPSS versión 16. Se obtuvieron frecuencias de las variables para tener un panorama de la población. Para detectar posibles diferencias en las frecuencias de repuestas de las muestras de trabajadores se utilizó el estadístico de X^2 para diferencias de proporciones, se consideró estadísticamente significativa una $p \leq .05$. El BDI se analizó de acuerdo a las categorías de trabajadores, la de enfermería en ambos sexos. Al analizar el MBI-HS se estratificó en los tres factores del inventario y de acuerdo a sus niveles (bajo, medio y alto), se analizó de acuerdo a los tres grandes rubros de trabajadores, no se analizó por género de enfermería, ya que por ser pocos los enfermeros los resultados de ellos se diluirían en las diferentes subescalas del instrumento.

3. Resultados

El puntaje promedio BDI fue de 4.1, el 90% de la población no presentó sintomatología depresiva, un 9% leve y el 1% moderada. Al evaluar por categoría de trabajador, las secretarías y las enfermeras tuvieron mayor frecuencia de síntomas depresivos, aunque de tipo leve; el 1% de las secretarías presentó sintomatología moderada.

Tal como se puede observar en la Tabla 1, los enfermeros y las trabajadoras sociales no presentaron sintomatología depresiva. De la misma manera, no se encontraron diferencias entre

enfermeras y secretarias en cuanto a la sintomatología depresiva leve ($p > .005$).

Tabla 1.

Sintomatología depresiva por severidad y por categoría de trabajador.

Puntaje	Enfermeras	Enfermeros	Personal de Enfermería (No sexo)++	Trabajadoras sociales	Secretarias	Total
0-9	45	12	7	6	66	136
<i>Sin Depresión</i>	87%	100%	100%	100%	88%	90%
10-18	5	0		0	8	13
<i>Leve</i>	13% *	0%		0.0	11% *	9%
19-29	0	0		0	1	1
<i>Moderada</i>	0%	0%		0.0	1%	1%
Total	50	12	7	6	75	150

* χ^2 para diferencias de proporciones $p = .973$; Promedio 4.1; ++ Población del personal de enfermería que no proporcionó su sexo; Prevalencia de Síntomas depresivos leves y moderados 9.33%.

En cuanto al MBI-HS, la escala de despersonalización y la de agotamiento emocional tuvieron el mayor porcentaje de respuestas (nivel bajo), la escala de falta de realización personal presentó porcentajes de respuesta semejantes (nivel bajo y alto) (Tabla2). Al estratificar por las 3 categorías de trabajadores se observó que en la escala de despersonalización, el personal secretarial fue el que tuvo mayor frecuencia de respuesta en el nivel alto, lo cual es estadísticamente significativo ($p = .00$) al comparar con las otras dos categorías de trabajadores.

Tabla 2.

Distribución de la población general de acuerdo a los diferentes factores y subescalas del Inventario de Maslach Burnout

Factores del Inventario de Burnout	Subescalas		
	Bajo	Medio	Alto
Despersonalización	121 (80.7%)	24 (16%)	5 (3.3%)
Falta de realización personal	61 (40.7%)	27 (18%)	62 (41.3%)
Agotamiento emocional	124 (82.7%)	17 (11.3%)	9 (6%)

Con respecto a la escala de falta de realización personal y a la de agotamiento emocional, nuevamente el mayor porcentaje de respuesta en el nivel alto, lo tiene el personal secretarial y es estadísticamente significativo ($p = .00$) (Tabla 3).

Se analizó cada uno de los reactivos del MBI-HS de acuerdo a las diferentes categorías de trabajadores para tener un panorama más detallado y señalar aquellos reactivos con los que el personal se identificaba más. Se observó, que la mayoría de los trabajadores se sienten muy activos (91%) sin existir diferencias significativas entre las distintas

categorías de trabajadores; sin embargo, la mayoría refirió sentirse cansado al final de la jornada (87%), el 84% asintieron que trataban los problemas emocionales con mucha calma.

Tabla 3.

Distribución de la población por tipo de ocupación de acuerdo a los diferentes factores y subescalas del Inventario de Maslach Burnout

Categoría de trabajador	Factores del Inventario de Burnout		
	Bajo	Medio	Alto
<i>Despersonalización</i>			
Enfermería	56 46.3%	12 50%	1 20%
Trabajo Social	2 1.7%	3 12.5%	1 20%
Secretarial	63 52.1%	9 37.5%	3 60%
<i>Falta de realización personal</i>			
Enfermería	41 67.2%	17 63%	11 17.7%
Trabajo Social	3 4.9%	2 7.4%	1 1.6%
Secretarial	17 27.9%	8 29.6%	50 80.6%
<i>Agotamiento emocional</i>			
Enfermería	59 47.6%	9 52.9%	1 11.1%
Trabajo Social	4 3.2%	0 0%	2 2.2%
Secretarial	61 49.2%	8 47.1%	6 66.7%

Nota: Enfermería (n= 69), Trabajo social (n= 6) y Secretarial (n= 75)

* $\chi^2 = p \leq .05$

Al analizar por las 3 categorías de trabajadores, se encontraron diferencias estadísticamente significativas para los que evaluaban la facilidad para comprender el sentir de los pacientes, el influir con su trabajo de manera positiva en la vida de los pacientes, el crear fácilmente una atmósfera relajada con los pacientes, el sentirse estimulado después de trabajar con los pacientes, el tratar eficazmente los problemas de los pacientes y el

sentir que los pacientes los culpan por algunos de sus problemas; el resto de los reactivos no mostró diferencias entre los grupos de trabajadores. (Tabla 4).

Tabla 4.

Distribución de la frecuencia de presencia de sintomatología de acuerdo a los diferentes reactivos que constituyen el inventario de Burnout por categoría de trabajadores

Pregunta	Personal Enfermería	Trabajadoras Sociales	Secretarias	Total	p
	Si	Si	Si	Si	
1. Me siento muy activo	64 92.8 %	5 83.3 %	68 90.7 %	137 91 %	ns
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	62 89.9 %	6 100%	63 84 %	131 87 %	ns
3. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	59 85.5 %	5 83.3 %	62 82.7 %	126 84 %	ns
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes	66 95.7 %	5 83.3 %	47 62.7 %	118 79 %	.000*
5. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de los pacientes	63 91.3 %	4 66.7 %	46 61.3 %	113 75 %	.000*
6. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	54 78.3 %	4 66.7 %	51 68 %	109 73 %	ns
7. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes	64 92.8 %	6 100 %	38 50.7 %	108 72 %	.000*
8. Me siento fatigado cuando me levanto de la cama y tengo que ir a trabajar	45 65.2 %	3 50 %	58 77.3 %	106 71 %	ns
9. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes	63 91.3 %	6 100 %	37 49.3 %	106 71 %	.000*
10. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	52 75.4%	5 83.3 %	49 95.3 %	106 71 %	ns
11. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	59 85.5 %	6 100 %	40 53.3 %	105 70 %	.000*
12. Creo que estoy trabajando demasiado	39 56.5 %	4 66.7 %	43 57.3 %	86 57 %	ns
13. Trabajar directamente con personas me produce estrés	29 42 %	4 66.7 %	36 48 %	69 46 %	ns
14. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	26 37.7 %	4 66.7 %	32 42.7 %	62 41 %	ns
15. Me siento frustrado en mi trabajo	12 17.4 %	2 33.3 %	25 33.3 %	39 26 %	ns
16. Me siento "Quemado" por mi trabajo	15 21.7 %	1 16.7 %	18 24 %	34 23 %	ns

Nota: * $\chi^2 = p \leq 0.05$; ns: No significativo.

4. Discusión

La respuesta obtenida fue mayor al 45% en las diferentes categorías de trabajadores. Se detectó un bajo grado de sintomatología depresiva en el personal encuestado (9.3%) comparado con las cifras que reportan otros estudios realizados en personal trabajador del sector salud, donde se tienen valores del 16% hasta 47% (Blazer, Kessler, McGonagle y Swartz, 1994; Pérez, 2006). Se considera que en este estudio la problemática relacionada a los síntomas depresivos es menor ya que no se exteriorizaron síntomas depresivos graves.

Con respecto a los factores del SB, la población del área secretarial presentó mayores alteraciones en el área relacionada con la falta de

realización personal, sentimiento complejo de inadecuación personal al puesto del trabajo que surge cuando las demandas de trabajo exceden su capacidad para atenderlas debidamente, a pesar de sus intentos de adaptación (Aranda, 2004); lo cual concuerda con otros autores quienes detectaron que las enfermeras y el personal técnico muestran mayor desagrado en cuanto a la realización personal (Aragones, Labad y Pino, 2005). Hay que destacar que solo algunos autores encontraron asociación entre la realización personal y el tipo de profesión (Cabrera, 2006; Moreno; 2000; Olivar, González y Martínez, 2003), tal y como ocurrió en este estudio con respecto a la falta de realización personal y la categoría de secretarias. Otros estudios hallaron mayor frecuencia en los factores de despersonalización y cansancio emocional

(Pérez, 2006), completamente diferente a lo que se encontró en este estudio; sin embargo, la diferencia puede residir, en que en los otros estudios se incluyeron médicos cuyo nivel de escolaridad supera al del personal técnico y sus mecanismos de afrontar las problemáticas y presiones pueden diferir sustancialmente. Es probable, que el personal secretarial y de enfermería por no contar en su mayoría con estudios de licenciatura presenten más frecuentemente una baja realización personal y los médicos de otros estudios por el contrario presentan mayor cansancio emocional y despersonalización, aspectos más ligados al tipo de actividad y estrés al que se someten de manera rutinaria. El hecho de que las secretarias refirieran mayor agotamiento emocional y más apatía para el desempeño de sus actividades, entendido como el cansancio y la fatiga física y psíquica (la sensación de no poder dar más de sí mismo a los demás) (Maslach et al., 1981), puede estar relacionado con que son un grupo que frecuentemente se enfrentan a cambios imprevistos como el clima institucional, la incorporación de nuevas tecnologías, además que pueden existir factores personales que contribuyan a la presencia del síndrome.

El personal de enfermería y el de trabajo social fueron quienes en su mayoría comprenden a los enfermos, crean atmósferas relajadas y se sienten estimulados con el trato de los pacientes, lo cual puede reflejar la vocación de las profesiones en comparación con el personal secretarial. Las enfermeras y trabajadoras sociales son profesiones más sensibles a las necesidades humanas, con una fuerte motivación en la elección de la carrera con un compromiso al servicio de la sociedad. El personal del INNN no obstante que no presentó un franco SB, manifestó un fuerte agotamiento emocional (falta de energía y cansancio).

La edad del personal y la antigüedad en el puesto (promedio 13.6 años) no influyeron en las respuestas, ya que fueron semejantes en las distintas categorías de trabajadores, a diferencia de lo reportado por Atance (1997) quien encontró diferencias cuando se trataba de mujeres que sobrepasaban los 44 años y tenían más de 11 años en el mismo centro de trabajo. Estos resultados apoyan lo referido por Hidalgo y Díaz (2004),

quienes sostienen que conforme avanzan los años el trabajador adquiere mayor seguridad en las tareas que realiza y es menos vulnerable al estrés, señalando que, a las personas jóvenes les cuesta más trabajo enfrentarse a sus conflictos emocionales y tienen menor tolerancia al estrés.

Es importante realizar estudios de este tipo, ya que proporcionan un panorama del estado de salud de los trabajadores y permiten implementar estrategias para fortalecer las condiciones laborales y contribuir a mejorar la calidad de atención.

Referencias

- American Psychiatric Association (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders 4^o*. Ed. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Aragones, e., Labad, A., Pino, J.L. (2005). Estudio de los trastornos depresivos en atención Primaria de salud. *Psiquiatría Biológica*. 12(2), 58-61.
- Aranda, B. C. (2006). Diferencias por sexo, Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 15(1-7), 1409-1429.
- Aranda, B.C., Pando, M.M., Salazar. E. J., Torres, L. T., Aldrete, R. M. Pérez, R. M. (2004). Factores psicosociales laborales y síndrome de Burnout en médicos del primer nivel de atención. *Med Investigación en salud*, 6(001), 28-34.
- Atance, J.C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71(3), 293-303.
- Balev J. (1996). *Using a Bulgarian version of the beck Depression Inventory for screening nonclinical adolescents: findings and questions*. Trabajo presentado en el XXVIth Congreso Internacional de psicología. 16-21 de Agosto. Montreal, Canada.
- Beck, A.T., Sterr, A.R., Garbin, G.M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory; twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*, 8(1), 77-100.
- Bello, M., Puentes-Rosas, E., Medina, M.M.E., Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública México*, 47, S4-S11.
- Center, C., Davis, M., Detre, T., Ford, D.E., Hansbrough, W. Hending, H., Laszlo, J., Litts, D. A., Mann, J., Mansky, P.A., Michel, R., Miles, S.H., Proujansky, R., Reynolds, C.F. 3rd, Silverman, M.M. (2003). Confronting depresión and suicide in physicians: A consensus statement. *JAMA*, 289(23), 3161-3166.
- Collier, V.U., McCue, J.D., Markus, A., Smith, L. (2002). Stress in medical residency: status quo alter a decade of reform? *Ann Intern Med*, 136, 384-390.
- Edwards, B. C., Lambert, M. J., Moran, P. W, McCully, T, Smith, K. C., & Ellingson, A. G. (1984). A meta-

- analytic comparison of the Beck Depression Inventory and the Hamilton Rating Scale for Depression as measures of treatment outcome. *British Journal of Clinical Psychology*, 23(2), 93-99.
- Ganatra HA, Zafar SN, Qidwai W, Rozi, S. (2008). Prevalence and predictors of depression among an elderly population of Pakistan. *Aging Ment Health*, 12(3), 349-356.
- Gil, M.P., Peiró J.M. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothem*, 11(003), 679-689.
- Gutiérrez, R.(2001). Calidad de vida y estrés en ámbitos organizacionales. *Rev Mex Psicol*, 18,182-183.
- Hedlund, J.L., Viewig, B.W. (1979). The Hamilton rating scale for depression: a comprehensive review. *J Operat Psychiatry*, 10(2), 149-165.
- Hidalgo, R.I., Díaz, G.R. (2004). Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del Insalud de Avila. *Med Clin,(Barc)*, 103(11), 408-412.
- Juárez, G.A. (2004). Factores Psicosociales Relacionados con la Salud mental en profesionales de Servicios Humanos en México *Cienc Trab*, 6(14), 189-196.
- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Beck para residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Kelsey, J.J., Thompson, W.D., Evans, A.S. (1986). *Methods in Observational Epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Mendoza, M.I. (2008). *Estudio de Desgaste profesional de trabajadores de una institución pública de salud en el distrito Federal asociado a variables sociodemográficas y organizacionales*. XIII Congreso Internacional de Contaduría, Administración e informática. Junio, México.
- Martinsen, E.W., Friis, S., Hoffart, A. (1995). Assessment of depression: comparison between Beck Depression Inventory and subscales of Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Ppsychiatr Scand*, 92(6), 460-463.
- Maslach, C., Jackson, S.E. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto. Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C., Jackson, S.E., Leiter, M. (1996). *Maslach Burnout Inventory*. Manual 3rd ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1996.
- Mendoza, M.I. (2008). *Estudio de Desgaste profesional de trabajadores de una institución pública de salud en el distrito Federal asociado a variables sociodemográficas y organizacionales*. XIII Congreso Internacional de Contaduría, Administración e informática. Junio, México.
- Mireles P. A. (1996). *Exposición a factores psicosociales y síndrome de quemado por el trabajo (Burnout) en una empresa de la rama textil en Guadalajara, Jalisco*. Tesis de especialidad en medicina del trabajo. IMSS. Hospital Regional No. 46.
- Moreno, J.B., (2000). La evaluación del Burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista Psicología del trabajo y las organizaciones*,13(2),185-207.
- Murray, C.J., López, A.D (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of disease study. *Lancet*, 349, 1498-1504.
- Olivar, C., González, S., Martínez, M.M (2003). Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Aten Primaria*, 22(7), 352-59.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre Salud en el Mundo 2001*. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, 29-30.
- Parikh, P., Taukari, A., Bhattacharya, T. (2004). Occupation Stress and Coping among Nurses. *Journal of Health Management* 6(2),115-127.
- Pérez, F.J. (1996). Un instrumento para medir quemazón profesional en los docentes: adaptación catalana del Maslach Burnout Inventory (MBI). *Rev Psiquiatría Daf Med Barna*, 23(1),11-18.
- Pérez, C.E. (2006). Síndrome de Burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residente. *Med Int Mex*, 22(4), 282-286.
- Phyllis G, Ritta LM. (2000); *Mental Health in Workplace: Introduction*. Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra. Octubre 2000.
- Richter, P., Werner, J., Bastine, R., Heerlein, A., Kick, H., Sauer, H. (1997). Measuring treatment outcome by the Beck depression inventory. *Psychopathol*, 30(4), 234-240.
- Richter, P., Werner, J., Heerlein, A., Kraus, A., Sauer, H. (1998). On the validity of the Beck Depression Inventory. *Psychopathology*, 31 (3), 160-168.
- Robinson, B.E., Kelley, L (1996). Concurrent validity of the Beck Depression Inventory as a measure of depression. *Psychol Rep*, 79, 929-30.
- Rosales, J.J., Gallardo, C.R., Conde, M.J. (2005). Prevalencia de episodio depresivo en los médicos residentes del Hospital Juárez de México. *Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas*, 10(001), 25-36.
- Rose, A.M., Hennis, A.J., Hambleton, I.R. (2008). Sex and the city: differences in disease-and disability-free life years, and active community participation of elderly men and women in 7 cities in Latin America and the Caribbean. *BMC Public Health*; 21(8), 127-136.
- Shanafelt, T.D., Bradley, K.A., Wipf, J.E., Back, A.L. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*,136(5):358-367.
- Silva-Júnior, F.P., Pinho, R.S.N., Mello, M.T., de Bruin, V.M.S., de Bruin, P.F.C. (2009). Risk factors for depression in truck drivers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 44(2),125-129.
- Toral, V.R., Aguilar, M.G., Juárez, P, C. (2009). Burnout and

patient care in junior doctors in Mexico City.
Occupational Medicine, 5(1), 8-13.

Young, A.S., Klap, R., Sherbourne, C.D., Wells
K.B.(2001).The quality of care for depressive and
anxiety disorders in the United States. *Arch Gen
Psychiatry, 58(1), 55-61.*

Zung, W. W. K. (1965). A self-rating depression scale. *Arch
Genl Psychiatry 12:63-70.*