

UCUENCA

Universidad de Cuenca

Facultad de Psicología

Maestría en Psicología Clínica mención Salud Mental para Niños,
Adultos y Familias

**Síndrome de Burnout, depresión y ansiedad en personal sanitario del área de
admisión al usuario, Distrito 01D04 – Chordeleg – Gualaceo Ministerio de
Salud Pública, 2023**


Trabajo de titulación previo a la
obtención del título de Magíster
en Psicología Clínica mención
Salud Mental para Niños,
Adultos y
Familias

Autor:

María Cristina Alvarado León

Tutor:

Eva Karina Peña Contreras

ORCID:  0000-0003-3680-9218

Cuenca, Ecuador

2024-01-22

Resumen

El síndrome de burnout, caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal presenta implicaciones sustanciales en el bienestar de los profesionales que lo experimentan. Sus efectos negativos se manifiestan en diferentes ámbitos como el personal, social y laboral. Además, la correlación sustancial identificada entre la depresión y la ansiedad, estas últimas reconocidas por la Organización Mundial de la Salud como factores de considerable incidencia en la discapacidad a nivel mundial. Por tanto, se destacó la importancia de investigar estos fenómenos y prestar atención al personal sanitario de admisión al usuario, dado que se encuentran expuestos diariamente a una serie de estresores y desempeñan un papel esencial en el sistema de salud. Esta investigación se centró en identificar la relación entre el nivel del Síndrome de Burnout y los niveles de depresión y ansiedad en el personal sanitario de admisión al usuario de distrito 01D04 Chordeleg – Gualaceo – Ministerio de Salud Pública. Se utilizó un enfoque cuantitativo, analítico transversal, de alcance correlacional y de diseño no experimental en la que participaron 30 profesionales. Para la recolección de datos se emplearon: la Escala de Depresión y Ansiedad de BECK (BDI-II – BAI) y el Inventario de Burnout de Maslach. El programa JASP 0.18.0.0 se utilizó para la tabulación y análisis de los datos. Los resultados demostraron que el nivel del síndrome de burnout estuvo relacionado de manera directa con los niveles depresión ($p < .001$), así como con los niveles ansiedad ($p = .017$).

Palabras clave: estrés laboral, desequilibrio emocional, salud mental



El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Cuenca ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por la propiedad intelectual y los derechos de autor.

Repositorio Institucional: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Abstract

The burnout syndrome, characterized by emotional exhaustion, depersonalization and reduced personal accomplishment, has significant implications for the well-being of the professionals who undergo it. Its negative effects manifest in various domains, encompassing personal, social and occupational dimensions. Furthermore, the significant association that has been found with depression and anxiety, the latter conditions being recognized by the World Health Organization as significant causes of global disability. Therefore, the importance of investigating these phenomena and paying attention to healthcare personnel in user admission roles, as they are exposed to daily stressors and play an essential role in the healthcare system. This research aimed to identify the relationship between the level of burnout syndrome and the levels of depression and anxiety in healthcare personnel working in user admission in District 01D04 Chordeleg – Gualaceo – Ministry of Public Health. A quantitative, cross-sectional, correlational, and non-experimental approach was employed with the participation of 30 professionals. Data collection instruments included the Beck Depression and Anxiety Inventory (BDI-II - BAI) and the Maslach Burnout Inventory. Data tabulation and analysis were performed using JASP 0.18.0.0 software. The results show a direct relationship between the level of burnout syndrome and levels of depression ($p < .001$) as well as levels of anxiety ($p = .017$)

Keywords: work-related stress, emotional imbalance, mental health



The content of this work corresponds to the right of expression of the authors and does not compromise the institutional thinking of the University of Cuenca, nor does it release its responsibility before third parties. The authors assume responsibility for the intellectual property and copyrights.

Institutional Repository: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Índice de contenido

Fundamentación Teórica	6
Síndrome de burnout	6
Depresión	9
Ansiedad	11
Proceso metodológico.....	16
Enfoque, alcance y tipo de diseño	16
Participantes y contexto	16
Criterios de inclusión y exclusión	16
Instrumentos	17
Procedimiento.....	18
Plan de tabulación y análisis de los datos	19
Consideraciones éticas	19
Presentación y Análisis de los Resultados	20
Conclusiones	26
Recomendaciones y limitaciones.	28
Referencias.....	29
a) Anexo A: consentimiento informado	36
b) Anexo B: cuestionario de Maslach Burnout Inventory	38
c) Anexo C: inventario de Depresión de Beck (BDI-2)	40
d) Anexo D: inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	43

Índice de tablas

Tabla 1. Caracterización de los participantes	17
Tabla 2. Prueba de Shapiro-Wilk	19
Tabla 3. Niveles del síndrome de burnout y sus dimensiones	20
Tabla 4. Niveles de depresión y ansiedad.....	21
Tabla 5. Coeficiente de correlación de Spearman: dimensiones del burnout con la depresión y ansiedad	22
Tabla 6. Tabla cruzada entre el nivel del síndrome de burnout y los niveles de depresión..	23
Tabla 7. Estadístico Tau-b de Kendall.....	24
Tabla 8. Tabla cruzada entre el nivel del síndrome de burnout y los niveles de ansiedad...	24
Tabla 9. Estadístico Tau-b de Kendall.....	24

Fundamentación Teórica

Síndrome de burnout

La sociedad contemporánea atraviesa un ritmo de vida demandante, agitado y caótico, regido por el estrés y la tensión del día a día, lo cual explica porque las responsabilidades y demandas a nivel laboral van en aumento (Vitalle-Acosta et al., 2020), como resultado, se ha encontrado que la exposición a estrés crónico puede generar alteraciones y riesgos psicosociales como el síndrome de burnout [SB] (Martos et al., 2018), además, este síndrome tiene un impacto adverso en la salud y rendimiento ocupacional.

Previamente, al Síndrome de Burnout se lo conceptualizó como un factor de riesgo ocupacional, el cual alteraba el bienestar, el ejercicio profesional y la salud en general. No obstante, el Síndrome de Burnout fue incorporado por la Organización Mundial de la Salud [OMS] en el año 2019 dentro de las categorías diagnósticas de la undécima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) en el apartado: factores que impactan en el estado de salud subapartado: “problemas asociados al empleo y desempleo”, identificándose con el código QD85 denominado “síndrome del desgaste laboral”, distinguido con: 1) sensación de fatiga o falta de energía, 2) experiencias negativas relacionados al trabajo; y 3) ausencia de logro personal” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019). En consecuencia, esto advierte que el Síndrome de Burnout sea considerado como una alteración, producto de la exposición a sobrecargas laborales y estrés crónico prolongado que no han sido gestionadas de manera eficaz. El Síndrome de Burnout surge como resultado de estar expuesto a un entorno laboral desfavorable, por tanto, no debe utilizarse para describir situaciones que ocurran en otras esferas de la vida (OMS, 2019).

El Síndrome de Burnout se manifiesta como una respuesta individual frente al estrés que tiende a cronificarse y provoca alteraciones en la salud de quien lo padece (Edú-Valsania et al., 2022). A pesar que en este último tiempo ha tomado mayor relevancia, este síndrome ha estado presente desde hace muchos años, es así que, en 1970 Freudenberg, un reconocido psiquiatra, observó a varios voluntarios de un centro de rehabilitación para alteraciones mentales que, tras largos periodos de trabajo perdían poco a poco la energía, la motivación y el interés, además, experimentaban algunos síntomas depresivos y ansiosos. A raíz de esto se definió al burnout como el producto de una excesiva carga en términos de energía, capacidades individuales, igualmente, fuerzas laborales que producen un sentimiento de desilusión y agotamiento (Freudenberger, 1974). Posteriormente, el término burnout alcanzó mayor propagación por los trabajos desarrollados por Maslach y Jackson (1981), quienes conceptualizaron al Síndrome de Burnout, como una reacción que se manifiesta en personas cuya profesión implica el contacto humano significativo, siendo una experiencia compartida

por aquellos profesionales dedicados a la atención sanitaria y está representado por las tres dimensiones que fueron incluidas en la definición del CIE-11:

- a) **Agotamiento Emocional (AE):** caracterizado por sensación de fatiga, impotencia, cansancio y pérdida progresiva de energía, como resultado de los esfuerzos psicológicos ejecutados en el trabajo. Las personas que manifiestan estas sensaciones encuentran varios desafíos al ajustarse al entorno de trabajo, evidenciando la falta de energía emocional necesaria para hacer frente a las responsabilidades laborales de su campo.
- b) **Despersonalización (DP):** representado por sentimientos de desapego, indiferencia, irritabilidad y falta de empatía hacia el trabajo que deben ejecutar y una relación impersonal hacia los compañeros o usuarios que acuden al centro de salud, lo cual puede afectar sus relaciones laborales.
- c) **Baja Realización Personal (RP):** reflejada por una falta de interés, inseguridad a alcanzar objetivos laborales, tendencia a evaluarse negativamente en el ámbito profesional y dudas sobre su capacidad para desempeñar el rol que le corresponde. Así mismo, se caracteriza por un descenso de la productividad, una baja capacidad de afrontamiento a los problemas laborales y una sensación de estancamiento laboral.

Del mismo modo, las dimensiones del Síndrome de Burnout están interrelacionadas y se retroalimentan entre sí, en este sentido, el Agotamiento Emocional puede llevar al desarrollo de la Despersonalización y ambas conducen a la disminución del sentido de logro personal (Maslach y Jackson, 1981). Además, bajo una perspectiva psicológica, Maslach (2006) refiere que este síndrome genera alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales, que posteriormente, se traducen en actitudes adversas hacia sus colegas, los pacientes/clientes y su desempeño laboral (Grover et al., 2018).

Se debe mencionar que, las causas de este síndrome no son el resultado netamente de características individuales, sino, que se desarrolla por determinados factores externos relacionados con la actividad profesional como son: las demandas, las presiones del trabajo, el estrés crónico laboral, la desorganización, los roles difusos, ausencia de retroalimentaciones positivas, una baja remuneración y la gestión inadecuada de los incidentes profesionales (Bouza et al., 2020), que interactúan con factores internos como: el perfeccionismo, sentirse irremplazable en el trabajo, necesidad de reconocimiento, alta autoexigencia, sobreestimación para lidiar con los retos, supresión de sus propias necesidades y tendencia al neuroticismo (De Hert, 2020).

De Hert (2020) mencionó que al ser un síndrome complejo tiende a desarrollarse en varios estadios consecutivos, este autor hace mención al modelo de las cinco etapas para el desarrollo de este síndrome, las cuales se describen a continuación:

- a) **Estadio 1 – Entusiasmo:** en esta fase la persona se encuentra satisfecha laboralmente, es productiva, optimista, presenta niveles altos de energía y compromiso en el trabajo. El

autor comenta que, si en esta fase no se brindan estrategias de afrontamiento efectivas y positivas, el individuo se expone a que se inicie el proceso de burnout.

- b) **Estadio 2 – Aparición de estrés o estancamiento:** en esta fase se evidencian los primeros signos de estrés, los cuales influyen en la calidad de vida y desempeño profesional, siendo estos: incapacidad para concentrarse, irritabilidad, pérdida progresiva de la calidad del sueño, menor desempeño laboral, ansiedad, dolores de cabeza y reducción de la interacción social. El individuo comprende que algunos días son más difíciles que otros.
- c) **Estadio 3 – Estrés crónico o frustración:** en esta fase la persona se tiende a sentir cansada, impotente, exhausta, apática, con comportamiento agresivo, deseo sexual disminuido y con presión laboral incrementada. También, presenta un riesgo de consumir alcohol u otras sustancias y aislarse socialmente. Además, el acto de que el individuo no se sienta reconocido por su esfuerzo hace que se sienta incompetente e inadecuado.
- d) **Estadio 4 – desgaste o apatía:** en este estadio se manifiestan síntomas como la duda sobre sí mismo; síntomas somáticos como: dolores de cabeza y problemas gastrointestinales crónicos; negligencia hacia las necesidades personales, cambios comportamentales y perspectivas pesimistas. Asimismo, las personas no ven salida a su situación, lo cual, hace que se vuelvan resignadas e indiferentes.
- e) **Estadio 5 – desgaste habitual:** finalmente, se habitúa el Síndrome y se manifiestan los síntomas como: tristeza persistente, cansancio tanto mental como físico, junto con la presencia de ansiedad y depresión; evidenciando una reducción en el procesamiento cognitivo, la imaginación y el juicio.

También, se encuentran algunas repercusiones negativas asociadas con este síndrome, como la depresión y la ansiedad que son las manifestaciones más habituales (Williams et al., 2020). Molina-Rodríguez (2020) mencionó que el Síndrome de Burnout puede afectar en diferentes niveles como lo son:

- **Físico:** como sensación de cansancio, inapetencia, molestias dorsales, alteraciones cutáneas, enfermedades cardíacas, respiratorias y gastrointestinales. Además de dolores de cabeza, alteraciones hormonales y en el patrón del sueño.
- **Emocional:** como falta de plenitud, sentimientos de fracaso y vacío, baja capacidad para tolerar la frustración, desánimo, nervios, intranquilidad, problemas en la memoria y concentración, baja autoestima, ansiedad y depresión.
- **Conductual:** abuso de sustancias, conductas agresivas u hostiles hacia sí mismo o sus compañeros, aislamiento, capacidad de tomar decisiones y afrontamiento reducidos.
- **Familiar, social y laboral:** como problemas de pareja y familiares, conflictos con los compañeros de trabajo, relación negativa usuario-profesional, menor rendimiento y absentismo en el trabajo, y una mayor probabilidad de sufrir accidentes laborales.

Es importante realizar una diferenciación entre el estrés general y Síndrome de Burnout. El estrés de manera general, tiende a presentarse en todos los ámbitos de la vida humana como el área personal, familiar, académica, entre otras, además, se activa cuando el individuo se enfrenta a situaciones demandantes o exigentes, por ello, en cierto punto es beneficioso y positivo ya que impulsa al sujeto a actuar, moverse y enfrentarse a los retos. Por el contrario, el Síndrome de Burnout se relaciona con efectos únicamente negativos para el que lo sufre como para su entorno, este síndrome es la manifestación extrema de estrés asociado netamente al contexto laboral, asimismo, aparece cuando el sujeto se encuentra en un ambiente estresante, demandante y sin recursos personales para hacer frente a estas situaciones (Soriano-Hernández y Décaro-Santiago, 2021).

Si bien, no existe una fuente oficial que proporcione estadísticas globales o en el Ecuador sobre el Síndrome de Burnout, existen estudios específicos como el de Loya-Murguía et al. (2018) quienes demostraron que en Latinoamérica el porcentaje de individuos que presentan este síndrome en el personal sanitario varía entre el 2.11% y el 76%, especialmente entre profesionales que laboran en áreas altamente estresantes (Rendón-Montoya et al., 2020).

Depresión

La depresión, una afección mental que no distingue de religión, cultura, edad o raza, se destaca por ser altamente prevalente y discapacitante a nivel mundial (Piñar-Sancho et al., 2020). El Manual Diagnóstico y Estadísticos de los Trastornos Mentales en su edición quinta texto revisado (DSM-5-TR), considera depresión cuando se produce una perturbación en el estado de ánimo que implica la presencia significativa de tristeza o anhedonia y afecta de manera significativa la capacidad del individuo para llevar a cabo sus funciones (American Psychiatric Association [APA], 2022).

Por otro lado, la depresión incide en aproximadamente el 5% de la sociedad, además, es una alteración mental frecuente que puede alterar otros ámbitos como lo son el laboral, el académico, el familiar, el social y de pareja (OMS, 2023), esta enfermedad engloba una variedad de síntomas que abarcan desde manifestaciones cognitivas hasta somáticas, presentándose en varios niveles de gravedad (Ayala-Chilavert et al., 2021). Desde el enfoque cognitivo, Beck (1967) conceptualiza a este trastorno como una perturbación que surge durante el procesamiento de la información recibida del contexto, junto con alteraciones del sistema de creencias del individuo. Este autor mencionó tres elementos esenciales para explicar su formulación teórica (Beck et al., 1979):

- **Cognición:** hace mención al procesamiento de la información, la percepción, el pensamiento y las representaciones mentales, incorporado en el proceso, contenido y estructuración del mismo.

- **El contenido cognitivo:** hace referencia a, todos los significados que el individuo efectúa sobre los pensamientos, sucesos e imágenes que llegan a su mente. Es este sentido, el significado que el individuo de a un suceso en particular influirá en lo que siente.
- **Esquemas cognitivos:** entendidos como, aquellas creencias centrales que actúan como guía para procesar la información que llega a través del medio. Estos esquemas son producto del aprendizaje y de la experiencia a exponerse a eventos o acontecimientos anteriores (experiencias tempranas) y la identificación con figuras relevantes. Un esquema actúa como un punto de referencia para decodificar los estímulos y categorizarlos por medio de una matriz.

Es importante mencionar que, para la explicación de la depresión por medio de la teoría cognitiva, existen tres elementos cognitivos fundamentales, los cuales Beck (1967), los detalló de la siguiente manera:

- a) Triada cognitiva:** hace referencia a la forma en la que el contenido cognitivo de una persona con depresión tiende a ser disfuncional y negativo en relación consigo mismo, el entorno y el futuro. En este sentido, la persona que sufre depresión, se orienta a verse a sí mismo incapaz, con un entorno colmado de obstáculos y un futuro desalentador.
- b) Pensamientos automáticos negativos:** hace mención a aquellas cogniciones características de los individuos con depresión que desencadenan la activación emocional particular de esta enfermedad. Estos pensamientos se producen de manera automática, sin que el sujeto sea consciente de ellos o del proceso que ha llevado a su interpretación, además, que son repetitivos, involuntarios y difícilmente controlables. Aunque todas las personas pueden, en algún momento de su vida, tener pensamientos negativos, para el individuo que tiene depresión este pensamiento tiende a mantenerse y a hacerse repetitivo.
- c) Alteración en el proceso e interpretación de la información:** que le permiten al individuo permanecer firme con sus pensamientos, a pesar, de contar con la evidencia en contra de los mismo. Aquí se mencionan algunos como distorsiones cognitivas: inferencia arbitraria, personalización, dicotomía, generalización, abstracción selectiva, etc.

Con respecto a, su etiología, Corea del Cid (2021), refirió que esta es compleja y multicausal, dado que, intervienen varios factores que interactúan entre sí, siendo estos:

- **Biológicos:** alteraciones hormonales, cambios en la neurotransmisión cerebral sobre todo en los neurotransmisores serotoninérgicos, dopaminérgicos y noradrenérgicos; además de enfermedades orgánicas, factores genéticos y herencia.
- **Psicológicos:** haber sido diagnosticado con alguna enfermedad psicológica previamente, acontecimientos adversos y situaciones negativas en la infancia, rasgos de personalidad, baja autoestima, dificultad en las habilidades sociales, distorsiones

cognitivas, escasas habilidades de afrontamiento, estar constantemente sometido a estrés, etc.

- **Sociales:** estado civil, redes de apoyo escasas, problemas laborales, escolaridad, acceso a empleo o estar desempleado, problemas económicos, conflictos familiares, relaciones interpersonales conflictivas, migración, etc.

La depresión abarca diversos síntomas entre ellos se destacan: tristeza, pérdida de interés y placer; alteración en los patrones del sueño y alimentación; adelgazamiento sin recurrir a ejercicio ni dietas, sentimientos de culpa e inutilidad, dificultad en la concentración, la presencia de pensamientos o ideaciones suicidas, estos indicios deben manifestarse durante un periodo mínimo de dos semanas y generar un impacto sustancial en aspectos cruciales del desempeño de la persona (APA, 2022).

Con respecto al manejo de la depresión, se ha descubierto el enfoque que presenta mayor evidencia científica es la Terapia Cognitivo-Conductual. Esta terapia ha mostrado de manera consistente su eficacia, a través de, ensayos clínicos y metaanálisis, asimismo, se considera importante el uso de farmacoterapia, dado que, en casos severos de depresión, un tratamiento combinado puede ser una alternativa óptima para abordarlo (Vargas et al., 2019), es importante acotar, que cada persona podría responder de manera diferente a los tratamientos propuestos, por esta razón, es importante que la evaluación sea llevada a cabo por un especialista en salud mental y el tratamiento sea adaptado a las necesidades del individuo (Arrarás, 2019).

Para concluir, un informe denominado *“La carga de los trastornos mentales en la región de las Américas, 2018”*, coloca a este fenómeno en mención, como causa predominante de discapacidad en escala global, además, el Ecuador ocupa el cuarto lugar a nivel de Latinoamérica, en la tabla de discapacidad por esta enfermedad, lo cual señala aún más la necesidad e importancia de estudiarla y tratarla oportunamente (Organización Panamericana de la Salud [OPS] y OMS, 2018).

Ansiedad

Como última variable de este estudio, se encuentra la ansiedad. La ansiedad al ser una emoción, podría decirse que esta es beneficiosa para el ser humano, ya que, insta a la persona a cumplir aquellas tareas o exigencias y conserva la alerta ante cualquier modificación que tenga el medio, no obstante, esta emoción particular viene acompañada de reacciones fisiológicas desagradables y estados cognitivos específicos (González y Parra-Bolaños, 2023), al ser una emoción normal, no es posible eliminarla, sino, encontrar estrategias para regularla, sin embargo, cuando la frecuencia, intensidad y la duración de la respuesta ansiosa ante cualquier estímulo se torna difícil de controlar, se puede mencionar a

un tipo de ansiedad patológica que demanda la intervención oportuna de un profesional de salud mental (Chacón-Delgado et al., 2021).

Barlow (2002), interpretó la ansiedad como: *“una emoción que se proyecta al futuro y que está determinada por ausencia de control e incertidumbre relacionada con las situaciones potencialmente amenazantes o hacia la propia respuesta emocional ante tales eventos”* (p.104). Por otro lado, Tijerina-González et al. (2018) describieron este fenómeno como una expresión tanto física como cognitiva, adjudicada a peligros imaginarios, que funcionan por medio de cuatro procesos interrelacionados entre sí, tal como Díaz-Kuaik y De la Iglesia (2019) mencionaron a continuación:

- **Procesos cognitivos:** caracterizados por mecanismos orientados al análisis y procesamiento de información. A su vez, abarcan diversas manifestaciones que incluyen el miedo, percepción de pérdida de control, problemas en la memoria y concentración, sensación de irrealidad y otros síntomas similares.
- **Procesos fisiológicos:** activación involuntaria del sistema nervioso simpático, este sistema tiene el objetivo de activar el organismo para desenvolverse en entornos considerados o percibidos como amenazantes o peligrosos con el fin de preservar la vida y la supervivencia, incluyen algunos síntomas como la taquicardia, respiración acelerada, hiperventilación, rigidez muscular, midriasis, además, de la secreción de adrenalina y glucosa a nivel del organismo.
- **Procesos conductuales:** se caracteriza por todas las respuestas o acciones elaboradas para controlar, prevenir o huir del peligro inminente. Estas acciones pueden manifestarse por medio de lucha, inmovilidad, precaución, retirada o huida, búsqueda de seguridad y evitación de las situaciones. Estas acciones pueden afectar o deteriorar el desempeño del individuo en aspectos vitales importantes.
- **Procesos afectivos:** hacen referencia a la experiencia subjetiva del individuo y a la reevaluación cognitiva del proceso fisiológico experimentado anteriormente. Este proceso incluye: nerviosismo, intranquilidad, agitación motor y aprehensión, los cuales, demuestran el malestar subjetivo atravesado.

Tomando como referencia la perspectiva cognitiva, para Clark y Beck (2012), la ansiedad fue conceptualizada como *“un conjunto complejo de respuestas comportamentales, fisiológicas, emocionales y cognitivas que se activan para anticipar contextos, entornos o acontecimientos que puedan interpretarse como riesgosos y hostiles contra los intereses personales”* (p.23), además, estos autores plantearon que la respuesta ansiosa involucra dos pasos:

1. **La primera respuesta denominada: Valoración Inicial del Riesgo:** la cual es realizada de manera automática e involuntaria para evaluar de manera eficaz y eficiente el posible peligro ante la presencia del estímulo. Entendiendo que, en estas alteraciones ansiosas,

se presentan una interpretación incorrecta sobre la probabilidad de que ocurra algún daño y una magnificación de la gravedad del mismo (Clark y Beck, 2012).

- 2. La segunda repuesta llamada: Reconsideración de la Información Obtenida:** la cual requiere un procesamiento más reflexivo y estratégico de la información recopilada previamente. De esta manera, aquellos que experimentan ansiedad desadaptativa o trastornos de ansiedad, presentan mayor dificultad para reconocer los aspectos seguros de la situación peligrosa, además, que subestiman sus propias capacidades y estrategias de afrontamiento (Clark y Beck, 2012).

Siguiendo esta línea, la ansiedad es denominada un trastorno cuando los niveles que se presentan resultan patológicos, pudiendo observarse una mayor propensión a evaluar de manera incorrecta cualquier situación que contenga un matiz amenazante, esto a su vez estimula la activación de esquemas cognitivos que distorsionan la realidad e impiden que aquellas situaciones amenazantes sean resueltas. Aunque, este trabajo investigativo no se centra en un tipo de ansiedad en particular, se ha visto importante mencionar alteraciones comunes relacionadas a la ansiedad. El DSM-5-TR describe la agorafobia, fobia específica, el mutismo selectivo, ansiedad social, el trastorno de pánico, la ansiedad por separación y la ansiedad generalizada, siendo esta última una de los más comunes junto con el ataque de pánico (APA, 2022).

Hay que mencionar, que la ansiedad está determinada por varios síntomas, entre ellos constan: inquietud e intranquilidad, vigilancia en relación a un peligro futuro, sensación de tener los nervios de punta, pensamientos angustiantes acompañada de síntomas fisiológicos como taquicardia, respiración acelerada, sudoración, rubor y tensión muscular y presencia de conductas evitativas (Macías-Carballo et al., 2019). Finalmente, es necesario acotar que, según la OMS (2022), la ansiedad es considerada la alteración más discapacitante, luego de la depresión, además, de que las dos últimas afecciones aquí mencionadas se han incrementado en un 25% el primer año posterior a la pandemia por coronavirus.

A continuación, se exponen algunas investigaciones encontradas sobre las variables que este presente estudio propuso: a nivel internacional, en Australia se investigó a 248 psicólogos y se concluyó que el 27.8% de la muestra presentó burnout y que el 16.9% reportó síntomas depresivos leves. Por último, llegaron a la conclusión de que el burnout y la depresión se asociaron estadísticamente $p < .01$ (McCade et al., 2021). Con respecto a Sudáfrica, un estudio realizado por Naidoo et al. (2020), a 150 médicos, encontraron que el 59.0% de muestra puntuó para niveles altos de Síndrome de Burnout, por otro lado, el 20% presentó síntomas ansiosos y el 21.3% puntuó para síntomas depresivos. El Síndrome de Burnout fue significativamente correlacionado $p < .01$, con los síntomas depresivos y ansiosos, además, confirmó que los profesionales de salud presentaron con frecuencia estos fenómenos. En India, se realizó un estudio con 520 médicos posgradistas y encontraron que el 27.71%

presentó depresión y el 36.58% ansiedad, además, corroboraron que estar frente al sistema de salud puede dar lugar al desarrollo de estrés crónico y que estos fenómenos influyeron en el desempeño profesional (Dave et al., 2018).

En otra investigación realizada en Portugal, Marques et al. (2018), encontraron que los síntomas de Agotamiento Emocional y Despersonalización son altos en las profesiones de enfermería, administración y servicios técnicos. En este mismo sentido, Jutta et al. (2021) en Suiza, demostraron que el Síndrome de Burnout se correlacionó significativamente con la depresión y ansiedad, además, especificaron que el Síndrome de Burnout contiene sus propias características por lo cual es importante distinguirlo de cualquier otra manifestación. En México, se evaluaron a 86 participantes, de los cuales el 2.3% presentaron ansiedad grave, depresión mayor el 5.8% y estrés profesional en el 13.5% de los participantes evaluados, además, encontraron que estos fenómenos estaban estadísticamente asociados $p=.01$ (Gómez-Francisco et al., 2021); además, otra investigación realizada con una muestra mexicana, concluye que el personal sanitario tiene mayor probabilidad de desarrollar trastornos de estado de ánimo, esto reflejado en que el 44.7% de los participantes presentó síntomas depresivos, el 83.1% presentó síntomas ansiosos y el 66.3% tuvo puntuaciones para estrés (Lucas-Hernández et al., 2022). En Cuba los investigadores concluyeron que el personal sanitario evaluado de un estudio presentó ansiedad (54.1%) y depresión (59.2%) (Miranda-Pedroso y Murguía-Izquierdo, 2021). Finalmente, en el contexto peruano Yslado-Méndez et al. (2022), en su estudio cuya muestra fue de 366 participantes y cuyo objetivo fue asociar el Síndrome de Burnout, la depresión, ansiedad, evidenciaron una correlación estadísticamente significativa $p<.05$ entre las variables.

En cuanto al contexto ecuatoriano se han encontrado estudios relacionados con la prevalencia del Síndrome de Burnout. Ramírez et al. (2018), valoraron 2404 profesionales de la salud de 24 provincias, y demostraron que el 2.6% del personal encuestado presentaba Síndrome de Burnout. En Portoviejo, García-Cedeño et al. (2018), evaluaron a los profesionales del departamento de admisión al usuario de una casa de salud, y comprobaron altos niveles del fenómeno del Síndrome de Burnout, el cual, tuvo repercusiones directas en la relación usuario-profesional. En otra investigación, se evaluó a 224 especialistas de salud de la red del Ministerio de Salud Pública (MSP) y del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y corroboraron que más de 90% de la muestra presentaba Síndrome de Burnout en un nivel severo-moderado, además, la aparición de este síndrome estaba estadísticamente correlacionada con las funciones que desempeñaban (Vinueza-Veloz et al., 2020). En Riobamba, Lucero-Tapia et al. (2022), evaluaron a 65 profesionales de salud, de los cuales el 52.31% presentó Síndrome de Burnout, el 47.69% presentó depresión, además, corroboraron que estas variables estaban correlacionadas positivamente $p=.05$. Finalmente, Valencia-González et al. (2021), tras evaluar a 40 profesionales del área de salud,

encontraron que el 62.5% de los encuestados presentaron puntuaciones altas en la dimensión de Despersonalización, el 15% presentó alto niveles de Agotamiento Emocional y el 12.5% tuvo bajos niveles de Realización Personal. Sin embargo, pese a las revisiones realizadas, no se han podido encontrar investigaciones orientadas a asociar estas variables en el contexto cuencano.

Ante lo expuesto, el personal sanitario del área de admisión al usuario, desarrolla las funciones de recoger la información del centro, organizar la agenda de sus compañeros de salud y otorgar citas a los pacientes que acuden a la casa de salud, además, se exponen diariamente a un nivel alto de presión laboral y fatiga, puesto que, día a día son los primeros en enfrentarse a los problemas, padecimientos, irritabilidad y sentimientos de enojo con los que los pacientes acuden a la casa de salud; y de las relaciones laborales sus compañeros de trabajo, se llegan a configurar como un punto vulnerable para el desarrollo del Síndrome de Burnout (Vidotti et al., 2019), además, de influir en la práctica profesional y su salud, más aún, después de la correlación sustancial con la depresión y ansiedad que se ha encontrado (Koutsimani et al., 2019), es fundamental estudiar estos fenómenos que afectan el rendimiento, eficiencia y generan malestar. A pesar de la vasta investigación realizada con el fin de encontrar estudios que hayan involucrado la correlación del Síndrome de Burnout, depresión y ansiedad en esta población en particular no se tuvo éxito, por ello, este proyecto surgió con la necesidad de generar mayores fuentes de conocimiento en esta población específica, asimismo, brindó información basada en evidencia a las instancias administrativas del distrito médico con el objetivo de adoptar medidas orientadas a la prevención, promoción e intervención oportuna de estos fenómenos, finalmente consideró los beneficiarios directos e indirectos y esperó servir como una base para aquellas investigaciones futuras. Por tanto, la pregunta de investigación planteada para este estudio fue ¿existe una relación entre el nivel del síndrome de burnout y los niveles de depresión y ansiedad en el personal sanitario del área de admisión al usuario correspondiente distrito 01D04 – Chordeleg – Gualaceo del Ministerio de Salud Pública?, esta pregunta fue formulada en relación con el objetivo general el cual fue identificar la relación entre el nivel del síndrome del burnout y los niveles de depresión y ansiedad en el personal sanitario del área de admisión al usuario correspondiente al distrito 01D04 – Chordeleg – Gualaceo del Ministerio de Salud Pública, 2023; y con los objetivos específicos de: a) analizar el nivel del Síndrome de Burnout y sus dimensiones, b) determinar los niveles depresión en el personal de admisión al usuario y c) determinar los niveles de ansiedad en el personal de admisión al usuario.

Proceso metodológico

Enfoque, alcance y tipo de diseño

Esta investigación consideró un enfoque cuantitativo, puesto que se realizaron mediciones con datos numéricos de las variables, además, la recolección de los datos fue por medio de reactivos que ayudaron a medir los fenómenos y se usaron métodos estadísticos para cumplir con el objetivo de correlación. El diseño fue no experimental y de corte transversal, dado que, no se realizaron manipulaciones intencionadas de las variables propuestas y estas fueron estudiadas en un único momento temporal. Su alcance fue correlacional, ya que, el estudio se orientó a identificar la intensidad de la asociación estadística entre los fenómenos estudiados: Síndrome de Burnout, depresión, y ansiedad, por medio del patrón predecible para la población del estudio (Armijo et al., 2021).

Participantes y contexto

Este proyecto fue ejecutado en el Distrito norte 01D04 – Chordeleg - Gualaceo del Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador. El MSP se ubica en el cantón Gualaceo, en la provincia del Azuay, y está constituido por 33 establecimientos de salud, 23 de ellos se encuentran situados en la ciudad de Cuenca y 10 en Gualaceo. Estas casas de salud corresponden a la zona 6 y atienden a pacientes de los cantones: Cuenca, Gualaceo y Chordeleg. Este organismo tiene la obligación de asegurar el derecho al acceso a la salud en el país, mediante la promoción, prevención de las enfermedades, la investigación y prestación de servicios.

La población de este estudio fue conformada por N=30 profesionales del área de admisión al usuario de los cantones Cuenca, Gualaceo y Chordeleg, quienes cumplieron con los criterios de inclusión y accedieron a participar voluntariamente, a través, del consentimiento informado (anexo A), cabe destacar que la selección de la población del estudio fue instigada por iniciativa del distrito 01D04 con el propósito de comprender y abordar las posibles implicaciones en la salud de este grupo específico de profesionales. Se trabajó con todo el universo, por lo que no fue necesario realizar un muestreo (Armijo et al., 2021). Del total de los participantes 11 fueron hombres (36.67%) y el 63.33% fueron mujeres (19). En relación a el tiempo de trabajo se observa que el 10% (3) de los participantes han trabajado menos de un año, el 23.33% (7) trabajan entre 1 y 4 años, el 43.34% (13) trabajan entre 5 a 15 años y el 23.33% (7) laboran 16 años o más. Finalmente, la participación estuvo limitada a individuos con edades entre los 20 años (mínima) y 58 años (máxima) con una media de 42.20 (DE=10.51), según se detalla en la Tabla 1.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de **inclusión**: se consideró únicamente a los profesionales del departamento de admisión al usuario del MSP Distrito 01D04, además, que participen voluntariamente tras conceder su firma en el consentimiento informado. Como aspectos de **exclusión** fueron:

excluir al personal que no conforme el área de admisión al usuario, que labore en este puesto como reemplazo provisional o que no cumpla los tres meses desempeñando funciones inherentes al cargo.

Tabla 1.
Caracterización de los participantes (N=30)

Variable	Características	n	%
Sexo	Hombre	11	36.67
	Mujer	19	63.33
Tiempo de trabajo	Menos de un año	3	10.00
	1 a 4 años	7	23.33
	5 a 15 años	13	43.34
	16 años o más	7	23.33
Edad	Media	42.20	
	DE	10.51	
	Mínimo	20	
	Máximo	58	

Instrumentos

Maslach Burnout Inventory (Inventario de Burnout de Maslach) (anexo B): desarrollado por Maslach et al. (1981), se trata de un cuestionario que ha presentado una notable validez y fiabilidad en varios países. Su objetivo es identificar y medir el Síndrome de Burnout en diferentes profesionales. En este estudio se utilizó la versión validada en el contexto ecuatoriano por Calle-Cabezas et al. (2022) quienes en su estudio llamado “*Validez factorial del Maslach Burnout Inventory versión española en una población multiocupacional ecuatoriana*”, corroboraron que el instrumento posee un $\alpha=.908$ en relación a la consistencia interna. Este cuestionario tiene 22 ítems: 9 miden el agotamiento emocional (AE), 5 miden la despersonalización (DP) y la escala de realización personal (RP) está compuesta por 8 ítems. Esta escala es tipo Likert y su puntuación va desde nunca (0) hasta todos los días (6). Para las dimensiones de Síndrome de Burnout se tomaron como puntos de corte lo siguientes: para la dimensión de AE se consideró “alto” puntuaciones de ≥ 27 , puntuaciones entre 19 – 26 se consideró “medio” y puntuaciones entre 0 – 18 se consideró “bajo”, para la escala de DP se consideraron puntos “altos” ≥ 10 , entre 6 – 9 se consideró puntuación “media” y de 0 – 5 se consideró una puntuación “baja”. Para la dimensión RP se consideraron las puntuaciones: “bajo” entre 0 - 33, “media” entre 34 – 39 y “alto” ≥ 40 . Para la interpretación global del SB se contempló la forma original propuesta por Maslach et al. (1981): calificaciones elevadas en AE y DP con la puntuación media/baja en RP se consideró “SB Alto”; por el contrario, puntuaciones bajas en AE y DP junto con una puntuación alta/media en RP se consideró “SB Bajo”, por último, el resto de combinaciones con puntuaciones medias en las diversas escalas representaron casos de “SB Medio” (Saavedra-Rionda et al., 2021). Se reportó una elevada fiabilidad del instrumento ($\alpha=.918$) en esta investigación.

Beck Depression Inventory (Inventario de Depresión de Beck) (BDI-II) (anexo C): elaborado por Beck et al. (1996) este inventario tipo autoinforme se orienta a valorar la depresión y su gravedad en personas con y sin problemas emocionales. Posee un $\alpha=.83$ con lo que respecta a la consistencia interna. Se compone de 21 conjuntos de enunciados, de los cuales el evaluado debe seleccionar la opción que describe el estado de ánimo en los últimos 15 días incluyendo el día que se completa el reactivo. La calificación para cada conjunto de afirmaciones es tipo Likert (0 a 3), obteniendo la máxima puntuación de 63. Los puntos de corte considerados fueron: de 0-9 “sin depresión”, de 10-18 “depresión leve”, “depresión moderada” entre 19-29 y “depresión grave” entre 30 puntos o más. En esta investigación se empleó el reactivo validado por Rosas-Santiago et al. (2020) en México, quienes identificaron un nivel de fiabilidad de $p=.92$ en su escala total, lo que evidencia su notable utilidad y aplicabilidad. En nuestro país, se han encontrado estudios con respecto a la validación del test, sin embargo, estos se han realizado en la población adolescente. La fiabilidad del cuestionario en la presente investigación fue elevada, obteniendo un $\alpha=.920$.

Beck Anxiety Inventory (Inventario de ansiedad de Beck) (BAI) (anexo D): cuestionario elaborado por Beck y Steer (1993), cuyo objetivo es medir los síntomas emocionales, fisiológicos y conductuales asociados a la ansiedad tanto en población normal como en individuos que manifiestan alteraciones clínicas. Sanz (2011) realizó la adaptación al español, obteniendo un $\alpha=.90$. Este cuestionario está conformado por 21 afirmaciones, las cuales se puntúan en escala tipo Likert de 0 a 3 puntos. Su calificación total fluctúa entre 0 hasta 63. Para este reactivo se utilizaron los siguientes puntos de corte: “sin ansiedad” entre 0 a 7, entre 8-15 se consideró “ansiedad leve”, “ansiedad moderada” entre 16 a 25 y “ansiedad grave” entre 26 a 63 puntos. Este instrumento es utilizado con frecuencia en investigaciones relacionadas a la ansiedad (Piotrowski, 2018). El reactivo utilizado en esta investigación fue el validado por Vizioli y Pagano (2020) en Argentina, quienes corroboran que el test posee un alfa ordinal: .93, omega ordinal: .95 y una fiabilidad de $p=.92$, concluyendo que este reactivo presenta una adecuada consistencia interna. Por último, tras realizar la prueba de fiabilidad del reactivo en esta investigación, se concluye que esta es elevada obteniendo un $\alpha=.946$.

Procedimiento

En primera instancia, se solicitó autorización mediante oficio para la ejecución del proyecto investigativo a la Directora Distrital de la zona 6 del MSP, una vez se contó con su aprobación, se elaboró el cronograma interno con el Departamento de Salud Ocupacional para su cumplimiento. Posteriormente, se planificaron tres reuniones con el personal sanitario de admisión al usuario, en las cuales se les socializó el objetivo, la justificación y finalidad del proyecto por medio del consentimiento informado. Este documento fue firmado por los participantes que accedieron a formar parte de la investigación y se hizo énfasis en que su

participación era anónima y voluntaria. Finalmente, se presentaron los reactivos psicológicos, los cuales fueron aplicados de manera colectiva en un tiempo aproximado de 20 minutos.

Plan de tabulación y análisis de los datos

Con la información recolectada, se codificó e ingresó en el programa estadístico JASP 0.18.0.0 para Windows. Para este trabajo investigativo, fue importante calcular el coeficiente *Alfa de Cronbach* para identificar la fiabilidad de los cuestionarios aplicados. Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva mediante medidas de frecuencias, tendencia central y dispersión. Según la prueba de Shapiro-Wilk (Tabla 2) se determinó que los datos no siguieron una distribución normal ($p < .05$), por lo cual, se utilizó pruebas no paramétricas. El coeficiente de correlación de Spearman (Rho) se utilizó para examinar la asociación entre las dimensiones del síndrome de burnout (Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal) con depresión y ansiedad. Finalmente, se emplearon tablas cruzadas y la prueba Tau-b de Kendall para cumplir el objetivo del estudio. La significancia estadística considerada fue del 5% ($p < .05$) (Armijo et al., 2021).

Tabla 2.

Prueba de Shapiro-Wilk (N=30)

	Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal	Depresión	Ansiedad
Media	24.97	8.47	34.83	14.13	14.07
Desviación Típica	14.80	6.21	7.44	10.34	11.54
Shapiro-Wilk	.92	.91	.98	.87	.89
Valor de p	.030	.022	.86	.002	.005

Consideraciones éticas

Este estudio acogió los principios éticos establecidos por la APA (2017), los cuales incluyen: a) beneficencia y no maleficencia ya que se garantizó y procuró minimizar cualquier posible daño; asimismo fue importante salvaguardar el bienestar del participante y brindar información pertinente para la promoción y prevención de estos fenómenos; b) consideración hacia los derechos y la dignidad de las personas asegurando el respeto a la privacidad y confidencialidad; así también se aseguró que los datos obtenidos serían empleados únicamente para fines investigativos. Para que los participantes aceptaran a participar en esta investigación, se optó por aplicar el consentimiento informado, el cual contuvo información respecto al estudio y fue autorizado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad de Cuenca (CEISH-UC), haciendo mención que la participación era voluntaria y podían retirarse de la misma cuando ellos consideraban conveniente. Finalmente, se declaró que en esta investigación no existió ningún tipo de conflicto de interés que influyan en la objetividad e imparcialidad de los resultados.

Presentación y Análisis de los Resultados

En relación al primer *objetivo específico*, cuya finalidad fue analizar los niveles del Síndrome de Burnout y sus dimensiones, se evidenció que el 43.34% (13) puntuaron para Síndrome de Burnout bajo, el 23.33% (7) puntuaron para Síndrome de Burnout medio y el 33.33% (10) puntuaron para Síndrome de Burnout alto. Además, resultó importante identificar los niveles de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal ya que estas son las dimensiones que caracterizan el síndrome. Siguiendo esta línea, se encontró que las dimensiones: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal, presentaron en su mayoría puntuaciones para el nivel bajo, posteriormente le siguieron las puntuaciones en un nivel alto, y en tercer lugar se encontraron las puntuaciones en un nivel medio (Tabla 3). El 43.34% de los participantes presentaron Agotamiento Emocional y Despersonalización en un nivel bajo y el 40% presentó una Realización Personal baja. Por otro lado, el 16.66% puntuó para Agotamiento Emocional medio, el 23.33% presentó Despersonalización medio y el 30% tuvo una Realización Personal media. Por último, el 40% presentó Agotamiento Emocional en un nivel alto, el 33.33% presentó Despersonalización alta y el 30% presentó una Realización Personal alta. Las dimensiones más afectadas fueron el Agotamiento Emocional (40%) y la Realización Personal (40%).

Tabla 3.

Nivel del síndrome de burnout y sus dimensiones (N=30)

Nivel	Síndrome de Burnout		Agotamiento Emocional		Despersonalización		Realización Personal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bajo	13	43.34	13	43.34	13	43.34	12	40.00
Medio	7	23.33	5	16.66	7	23.33	9	30.00
Alto	10	33.33	12	40.00	10	33.33	9	30.00

Los resultados respecto a los niveles de Síndrome de Burnout se asemejan a los hallazgos de Loya-Murguía et al. (2018), quienes identificaron que los profesionales sanitarios evaluados sufrían de Síndrome de Burnout en un rango del 2.11% al 76%, asimismo, Vinuesa-Veloz et al. (2020), en su estudio hallaron que gran parte de la población sanitaria ecuatoriana sufre Síndrome de Burnout en un nivel severo-moderado (90%). Dentro de esta investigación, se encontró que los profesionales que sufren Síndrome de Burnout en un nivel medio-alto es del 56.66%, si bien es cierto los resultados de esta investigación no son idénticos al de los estudios encontrados si pueden ser semejantes en nuestro contexto y a la cantidad reducida de participantes, adicionalmente, es importante mencionar el estudio realizado por Denning et al. (2021), quienes determinaron que el porcentaje que experimentó Síndrome de Burnout entre los profesionales sanitarios evaluados fue del 67%. En este sentido puede inferirse que estar frente al sistema de salud puede resultar una experiencia compleja y demandante, además, genera condiciones propicias para el surgimiento de estrés

y Síndrome de Burnout. Del mismo modo, Marques et al. (2018), manifestaron que el Agotamiento Emocional y la Despersonalización son altas en los profesionales sanitarios, además, en nuestro contexto Cerón-López (2020), encontró que la dimensión del Síndrome de Burnout más afectada fue la de Agotamiento Emocional y Realización Personal entre especialistas sanitarios, respaldando los hallazgos de este estudio. No obstante, los resultados que de esta investigación difieren a los de Saavedra-Rionda et al. (2021) quienes manifestaron que la escala de Despersonalización fue la más afectada y la menos afectada fue la dimensión de Agotamiento Emocional con un 35.6%. Así también, estos resultados difieren a los de Valencia-González et al. (2021), quienes determinaron que el área más comprometida fue la Despersonalización (57.5%) y la menos afectada fue la Realización Personal (12.5%).

En referencia al *segundo y tercer objetivo específicos* orientados a determinar los niveles de depresión y ansiedad en los profesionales de este estudio, se encontró que en general existe una tendencia baja de síntomas depresivos y ansiosos; le sigue el nivel moderado, posterior el nivel leve y finalmente el nivel grave. Con respecto a la depresión, se evidenció que 13 (43.34%) participantes no presentaron síntomas depresivos, 20% (6) presentaron síntomas depresivos en un nivel leve, 23.33% (7) presentaron síntomas depresivos moderados y el 13.33% (4) presentaron sintomatología depresiva grave. En total de los 30 participantes, el 56.66% (17) presentaron síntomas asociados a la depresión (Tabla 4). De igual manera, en la distribución de los participantes según los diferentes niveles de ansiedad, se determinó que 11 (36.67%) participantes no manifestaron síntomas ansiosos, el 20% (6) presentaron síntomas leves, el 23.33% (7) presentaron síntomas moderados y el 20% (6) presentaron síntomas ansiosos en un nivel grave. En total de los 30 participantes, el 63.33% (19) presentaron síntomas ansiosos (Tabla 4).

Tabla 4.
Niveles de depresión y ansiedad (N=30)

Niveles	Depresión		Ansiedad	
	n	%	n	%
Sin síntomas	13	43.34	11	36.67
Leve	6	20.00	6	20.00
Moderado	7	23.33	7	23.33
Grave	4	13.33	6	20.00

Los resultados de esta investigación coinciden con las conclusiones de Lucas-Hernández et al. (2022) quienes encontraron que el personal sanitario tiene mayor predisposición a la aparición de alteraciones emocionales, asimismo, encontraron que el 44.7% presentó síntomas depresivos y el 83.1% síntomas ansiosos. Del mismo modo, estos resultados se asemejan a los encontrados por Miranda-Pedroso y Murguía-Izquierdo (2021) quienes

determinaron que el personal sanitario evaluado presentó 54.1% síntomas ansiosos y el 59.2% síntomas depresivos. Los hallazgos de Dave et al. (2018), respaldan de igual manera estos resultados, ya que en su investigación se encontró que el 27.71% reportaron síntomas depresivos y el 36.58% ansiosos. En nuestro contexto, Valencia-Carrión et al. (2021) encontraron que el 33.6% del personal sanitario evaluado presentó síntomas ansiosos y el 27.5% síntomas depresivos. Los resultados antes mencionados son similares en cuanto a que los síntomas ansiosos se presentaron en mayor porcentaje en contraste con los síntomas depresivos, añadido a esto, es importante mencionar que si bien es cierto los porcentajes no resultan ser idénticos se puede inferir que las diferencias se deben a las muestras con las que se trabajaron en cada investigación. Ante ello, se puede entender que el personal sanitario es propenso para experimentar depresión o ansiedad debido a la naturaleza del trabajo que desarrollan, haciendo énfasis en la carga emocional de enfrentarse diariamente a situaciones emocionalmente intensas.

Finalmente, y en respuesta al **objetivo general** que busca identificar la relación entre el nivel del Síndrome de Burnout y los niveles de depresión y ansiedad en los profesionales sanitarios del departamento de admisión al usuario distrito 01D04 – Chordeleg – Gualaceo del Ministerio de Salud Pública, 2023; se ha visto importante, en primer lugar, establecer la relación entre las dimensiones del Síndrome de Burnout con depresión y ansiedad, ya que este fenómeno es un constructo tridimensional representado por: Agotamiento Emocional, Despersonalización y la disminución en la escala de Realización Personal. Para esto se realizó la prueba Sharipo-Wilk y se optó por utilizar la prueba del coeficiente de correlación de Spearman (Rho) (Tabla 5).

Tabla 5.

Coefficiente de correlación de Spearman: dimensiones del síndrome de burnout con la depresión y ansiedad.

Variable		Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal
Depresión	Rho	.619***	.543**	-.577 ***
	Valor p	< .001	.002	< .001
Ansiedad	Rho	.459*	.438*	-.528 **
	Valor p	.011	.016	.003

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Se encontró una asociación significativamente estadística con intensidad fuerte entre la escala de Agotamiento Emocional y la depresión ($p < .001$); así mismo, se evidenció una relación estadísticamente significativa con intensidad moderada entre la Despersonalización y la depresión ($p = .002$), es decir, mientras a más Agotamiento emocional y Despersonalización mayor es la depresión. Finalmente, se encontró que la Realización

Personal está relacionada estadísticamente con intensidad fuerte y de manera inversa con la depresión ($p < .001$), es decir a menor Realización Personal mayor fue la depresión. Por otra parte, existió una relación significativa con intensidad leve entre Agotamiento Emocional ($p = .011$), Despersonalización ($p = .016$) y la ansiedad, es decir a mayor Agotamiento Emocional y Despersonalización mayores son los síntomas de ansiedad. Por último, se evidenció una correlación estadísticamente significativa de carácter inverso y magnitud moderada entre la Realización Personal y la ansiedad, es decir, mientras menor es la Realización Personal mayor es la ansiedad. Estos hallazgos concordaron con los estudios realizados por Huarcaya-Victoria y Calle-González (2020), quienes corroboraron que las dimensiones del Síndrome de Burnout se correlacionaron estadísticamente con la depresión, además, la dimensión de Agotamiento Emocional tuvo mayor influencia con la aparición de los síntomas depresivos, seguida de la dimensión de Realización Personal. Adicionalmente, las dimensiones encontraron una asociación estadística significativamente con la variable ansiedad en el estudio realizado por Caravaca-Sánchez et al. (2022), estos resultados respaldaron los resultados de esta investigación. Sin embargo, estos resultados son contrarios a los resultados obtenidos en México, ya que no encontró una relación estadísticamente significativa entre las dimensiones de Síndrome de Burnout y la depresión (Agotamiento Emocional y depresión $p = .173$, Despersonalización y depresión $p = .337$ y Realización Personal y depresión $p = .057$), además, la correlación entre las dimensiones del Síndrome de Burnout y la ansiedad fue estadísticamente significativa solo con la dimensión de Agotamiento Emocional ($p = .48$) (Montañez-Díaz de León et al., 2023).

Por último, para correlacionar el nivel del Síndrome de Burnout y los niveles de depresión y ansiedad, se utilizó tablas cruzadas junto con el estadístico Tau-b de Kendall, dado que esta técnica estadística se orienta a medir la asociación o concordancia entre dos variables consideradas como ordinales (nivel de burnout y niveles de depresión y ansiedad).

Tabla 6.

Tabla cruzada entre el nivel del síndrome de burnout y los niveles de depresión (N=30)

Nivel de depresión	Nivel de Síndrome de Burnout			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Sin depresión	10	1	2	13
Leve	1	3	2	6
Moderada	1	3	3	7
Grave	0	1	3	4
Total	12	8	10	30

La tabla 6 demuestra cómo se relacionan el nivel de Síndrome de Burnout con los niveles de depresión. El nivel "bajo" de Síndrome de Burnout, 10 participantes no presentaron depresión, un participante tuvo depresión leve y uno presentó depresión moderada. En el nivel Síndrome

de Burnout “medio”, un participante no presentó síntomas depresivos, tres presentaron depresión leve y depresión moderada respectivamente y un participante tuvo depresión grave. En el nivel “alto” de burnout, dos participantes no presentaron sintomatología depresiva, dos tuvieron depresión leve, tres participantes presentaron depresión moderada grave respectivamente.

Tabla 7.
Estadístico Tau-b de Kendall

Tau-b de Kendall	Z	p
.534	3.293	<.001

En cuanto al estadístico de Tau-b de Kendall (Tabla 7) entre nivel del Síndrome de Burnout y los niveles de depresión se obtuvo un valor $\tau=.534$, asociado a un valor $p<.001$, es decir, existió una asociación estadística significativamente entre las variables de estudio. En otras palabras, se demuestra que existe una relación directa entre el nivel del Síndrome de Burnout y los niveles de depresión, es decir, mientras más el nivel de Síndrome de Burnout más será la depresión. Se identifica la relación entre el nivel del síndrome de burnout y los niveles de ansiedad (Tabla 8).

Tabla 8.
Tabla cruzada entre el nivel del síndrome de burnout y los niveles de ansiedad (N=30)

Nivel de ansiedad	Nivel de Síndrome de Burnout			
	Bajo	Medio	Alto	Total
Sin ansiedad	7	1	3	11
Leve	3	3	0	6
Moderada	1	3	3	7
Grave	1	1	4	6
Total	12	8	10	30

En el nivel “bajo” de Síndrome de Burnout, siete participantes no presentaron ansiedad, tres presentaron ansiedad leve, uno presentó ansiedad moderada y ansiedad grave respectivamente. En el nivel “medio” de Síndrome de Burnout un participante no presentó ansiedad, tres presentaron ansiedad leve y moderada respectivamente, y uno presentó ansiedad grave. Finalmente, en el nivel “alto” de Síndrome de Burnout tres no presentaron ansiedad, tres presentaron ansiedad moderada y cuatro participantes presentaron ansiedad grave.

Tabla 9.
Estadístico Tau-b de Kendall

Tau-b de Kendall	Z	p
.385	2.389	.017

En referencia al estadístico Tau-b de Kendall entre el nivel de Síndrome de Burnout y los niveles de ansiedad, se obtuvo un valor $\tau=.385$ asociado a un valor $p=.017$, es decir se encontró una asociación significativamente estadística entre el nivel de Síndrome de Burnout

y los niveles de ansiedad (Tabla 9). Estos hallazgos corroboran los resultados del Naidoo et al. (2020) quienes encontraron que el nivel del Síndrome de Burnout esta correlacionado estadísticamente con las variables de depresión y ansiedad ($p < .01$). Del mismo modo, Koutsimani et al. (2019) en su investigación encontraron que el nivel del Síndrome de Burnout se correlacionó con depresión ($p = .012$) y ansiedad ($p = .014$), además, corroboran que los fenómenos estudiados son constructos diferentes, y que el Síndrome de Burnout se debe identificar en el ámbito laboral, a diferencia de la depresión y ansiedad que puede desarrollarse en cualquier contexto, así también, resultó importante analizarlos para identificar si el Síndrome de Burnout puede predecir la depresión y ansiedad o viceversa. Por otro lado, Jutta et al. (2021) e Yslado-Méndez et al. (2022), encontraron que el Síndrome de Burnout tuvo una correlación estadística con la depresión y ansiedad ($p = .05$). Estos hallazgos confirman que la prevalencia del Síndrome de Burnout, depresión y ansiedad en los profesionales sanitarios es notablemente alta y estas alteraciones están relacionadas.

En este contexto, se observó que los profesionales sanitarios que se desempeñan en el departamento de admisión al usuario enfrentan demandas laborales que superan las habituales en su campo de trabajo. Además, con frecuencia se observa que los recursos de protección disponibles resultan insuficientes (López-Cortacans et al., 2021). La exposición constante al estrés crónico que incluye: la sobrecarga de demandas asistenciales, la interacción directa con los pacientes, los desafíos en las relaciones y clima laboral deteriorado; la falta de apoyo y la desorganización los vuelve vulnerables al desarrollo de sentimientos negativos y conflictos laborales, lo que propicia la aparición del Síndrome de Burnout (Soriano-Hernández y Décaro-Santiago, 2021; Denning et al., 2021). Este fenómeno tiene un impacto directo con la salud de los profesionales (López-Cortacans et al., 2021), y provoca perturbaciones cognitivas, emocionales y comportamentales (Maslach, 2006), que posteriormente se convierten en consecuencias negativas para el trabajador y su desempeño profesional. En conexión con Maslach y Jackson (1981), mencionaron que el Síndrome de Burnout se caracteriza por ser un constructo complejo tridimensional que esta interconectado. Uno de sus elementos fundamentales es el incremento de los sentimientos de Agotamiento Emocional que pueden llevar a la Despersonalización, y finalmente a una baja Realización Personal. Los hallazgos de esta investigación identificaron que la dimensión de Agotamiento Emocional resultó ser la más afectada, lo que posiblemente influyó en el desarrollo de las otras dimensiones y favorecer a la aparición del síndrome, además, es importante considerar las actividades que ejecuta el personal sanitario ya que actúan como factores externos.

Conclusiones

El Síndrome de Burnout, desde su concepción inicial, ha sido tradicionalmente asociado como un fenómeno intrínseco a aquellas profesiones que implican una interacción significativa con el ámbito humano, este fenómeno conlleva el deterioro de la motivación, la calidad del trabajo y en bienestar en general, además, de las repercusiones negativas siendo las habituales la depresión y ansiedad. Basándonos en los objetivos establecidos y los hallazgos obtenidos, en primer lugar, se concluye que gran parte de los participantes exhibieron niveles medios a altos de Síndrome de Burnout, fenómeno justificado por la naturaleza extenuante, agotadora y exigente de su labor. Igualmente, se dedujo que formar parte del sistema de salud conlleva enfrentarse a procesos, trámites y desafíos inherentes a la atención médica y cuidado sanitario, considerados elementos cruciales en el desarrollo del Síndrome de Burnout. Además, dado que el Síndrome de Burnout comprende tres dimensiones fundamentales, se encontró que las dimensiones de Agotamiento Emocional y Realización Personal fueron las más afectadas en estos profesionales.

En segundo lugar, se puede concluir que se observó una mayor cantidad de participantes que mostraron síntomas de depresión y ansiedad contemplados en sus diferentes niveles (ya sea leve, moderado o grave), en contraste con aquellos participantes que no manifestaron ningún tipo de síntoma relacionado con estas condiciones. Esto respaldó la idea de que trabajar en el ámbito del sistema de salud puede inducir la aparición de desequilibrios emocionales debido a la naturaleza de las tareas a las que se enfrentan de manera cotidiana.

En tercer lugar, se concluye que tras el análisis de la correlación entre las dimensiones del Síndrome de Burnout (Agotamiento Emocional, Despersonalización, Realización Personal) y depresión y ansiedad, y se encontró que el Agotamiento Emocional y la Despersonalización estaban relacionadas de manera directa con la depresión y la ansiedad. Al contrario, se identificó que la dimensión relacionada con la Realización Personal se relacionó de manera inversa con la depresión y ansiedad.

Finalmente, y en relación al objetivo general y la pregunta de investigación planteada sobre si existió una relación entre el nivel del síndrome de burnout y los niveles de depresión y ansiedad, se concluye que existió una correlación estadísticamente relevante entre el nivel del síndrome de burnout tanto con los niveles de depresión ($p < .001$) como con los niveles de ansiedad ($p = .017$). En este sentido, la asistencia al usuario o cliente en la esfera de la salud resulta ser una labor intrincada y desgastante con potencial para ejercer un efecto adverso en la salud mental del personal del área de admisión al usuario. Estos profesionales desempeñan una función esencial dentro del sistema de salud y abarcan las responsabilidades desde solventar y atender todas las necesidades de los usuarios que acuden a las casas de salud, hasta planificar el horario del médico y la gestión de la

información que ingrese al centro cada día. A pesar de la importancia innegable de estas responsabilidades, su influencia en el bienestar y salud no debe ser subestimada. El constante enfrentamiento a demandas complejas y el ritmo sostenido del trabajo pueden conllevar a niveles significativos de Síndrome de Burnout, depresión y ansiedad los cuales afectan la calidad de vida, el desempeño laboral y la dinámica en las relaciones entre profesionales.

Recomendaciones y limitaciones.

Una de las limitaciones más evidentes que se encontró en la investigación fue el número reducido de población, lo cual complicó extender los resultados obtenidos a situaciones más amplias o a un contexto más general. Por otra parte, si bien es cierto todos los participantes firmaron y accedieron a participar en la investigación de manera voluntaria, cabe destacar que a partir de los datos obtenidos se acordó con el Ministerio brindar apoyo y terapia psicológica a los participantes del estudio, lo cual dio valor a los datos obtenidos a pesar de ser pocos. En las sesiones terapéuticas hubo una mayor presencia de mujeres en contraste con la reducida representación de los hombres en la población analizada.

En torno a las limitaciones se recomienda que en futuras investigaciones se cuente con número mayor de participantes con el fin de poder generalizar los resultados y obtener conocimientos más sólidos respecto a la relación de estos fenómenos, además, de que la muestra será homogénea en cuanto al sexo. Del mismo modo, es importante incluir al personal sanitario de todo el territorio ecuatoriano que desarrolle las funciones inherentes al cargo del área de admisión al usuario.

Esto permitirá obtener un conocimiento más amplio sobre estos fenómenos y desarrollar programas de intervención destinados a atender las necesidades específicas de esta población. Asimismo, es importante enfocar las futuras investigaciones a estudiar el Síndrome de Burnout con las estrategias de afrontamiento, inteligencia emocional y se examinen a mayor detalle aspectos relacionados con las funciones específicas de este cargo, pudiendo actuar como factores de protección o, al contrario, como variables ocupacionales de riesgo. Finalmente, es fundamental generar y crear programas destinados a prevenir y promocionar la salud mental en estos profesionales. Dirigidos a garantizar la calidad de vida, el bienestar emocional y un adecuado progreso en su desarrollo profesional. En cuanto a los programas de prevención, estos pueden enfocarse en dos caminos: el primero que se oriente a fomentar y mejorar las relaciones interpersonales, donde se promuevan el apoyo mutuo y se diseñen espacios de convivencia entre profesionales que estimule el cuidado entre los mismos; y, por otro lado, identificar estrategias y técnicas que minimicen los factores de riesgo a los que se exponen diariamente.

Referencias

- American Psychiatric Association [APA]. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). https://doi.org/10.1176/appi.books.97808_90425787
- APA. (2017). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/ethics/code>
- Armijo, I., Aspillaga, C., Bustos, C., Calderón, A., Cortés, C., Fossa, P., Melipillan, R., Sánchez, A., y Vivanco, A. (2021). *Manual de metodología de investigación*. Universidad del Desarrollo. Facultad de Psicología.
- Arrarás, J.I. (2019). La percepción de la depresión y de su tratamiento. *An. Sist. Sanit. Navar.* 42(1), 5-7. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0591>
- Ayala-Chilavert, C., Arzamendia-Monges, A., León-Villalba, C., Machado-Rodríguez, G., Silva-Castro, M., y Mirtes-Minck, A. (2021). Niveles de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes universitarios de la carrera de ciencias médicas de la universidad del pacifico filial Pedro Juan Caballero. *Rev. Medicinae Signum*, 1(1):10-18. <https://revistas.unc.edu.py/index.php/fmunc/article/view/67>
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic, 2nd edition*, New York: the Guildford Press, 704 pp.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: clinical experimental and theoretical aspects*. [Depresión: aspectos clínicos, experimentales y teóricos]. Hoeber Medical Division Harper & Row.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression [Terapia cognitiva de la depresión]. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 36(2):272-5. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.t01-4-01015.x>
- Beck, A. T. & Steer R. A. (1993). *Bai: beck anxiety inventory: manual [BAI: inventario de ansiedad de Beck: manual]*. Psychological Corp. Harcourt Brace.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II [Manual para el Inventario de Depresión de Beck-II]*. Psychological Corporation.
- Bouza, E., Gil-Monte, P.R., Palomo, E., Cortell-Alcocer, M., Del Rosario, G., González, J., Gracias, D., Martínez-Moreno, A., Melero-Moreno, C., Molero-García, JM., Montilla, P., Peñacoba, E., Rodríguez-Créixems, M., Rodríguez de la Pinta, ML., Romero-Aguit, S., Sartorius, N. y Soriano JB. (2020). Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en los médicos de España. *Revista Clínica Española* 220(6), 359-363. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.02.002>
- Calle-Cabezas, R., Aguirre-Pluas, C., Calle-Cabezas, J., e Izquierdo-Cevallos, D. (2022). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory versión española en una población multiocupacional ecuatoriana. *Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies*, 3(1), 776-785. <https://doi.org/10.51798/sijis.v3i1.261>

- Caravaca-Sánchez, F., Pastor-Seller, E., Barrera-Algarín, E., Sarasola, J.L. (2022). Burnout, apoyo social, ansiedad y satisfacción laboral en profesionales del Trabajo Social. *Revista de Psicológicas y Ciencias Afines*, 39(1), 179-194. <https://doi.org/10.16888/interd.2022.39.1.11>
- Cerón-López, E. (2020). Síndrome de burnout en enfermeros de hospitales públicos y privados en Guayaquil, Ecuador. *Revista Medicina e Investigación Clínica Guayaquil* 1(1), 33-40. <https://doi.org/10.51597/rmicg.v1i1.55>
- Chacón-Delgado, E., Xatruch De la Cera, D., Fernández-Lara, M. y Murillo-Arias, R. (2021). Generalidades sobre el Trastorno de Ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), 23-36. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
- Clark, D.A., y Beck, A.T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica*. Desclee de Brower. Biblioteca de psicología. https://www.srmcursos.com/archivos/arch_5847348cec977.pdf
- Corea del Cid, M. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Rev Méd Hondur*, 89(1), 46-42. <https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>
- Dave, S., Parikh, M., Vankar, G. & Valipay, SK. (2018). Depression, anxiety and stress among resident doctor of a Teaching Hospital [Depresión, Ansiedad y Estrés en Médicos Residentes de un Hospital Universitario]. *Indian Journal of Social Psychiatry* 34(2), 163-171 https://doi.org/10.4103/ijsp.ijsp_72_17
- Denning, M., Goh, ET., Tan, B., Kanneganti, A., Almonte, M., Scott, A., Martin, G., Clarke, J., Sounderajah, V., Markar, S., Przybylowics, J., Huak-Chan, Y., Sia, C., Sim, K., Lim, L., Tan, L., Tan, M., Sharma, V., Ooi, S., Winter-Beatty, J.,... Kinross, J. (2021). Determinants of burnout and other aspects of psychological well-being in healthcare workers during the Covid-19 pandemic: a multinational cross-sectional study. [Determinantes del agotamiento y otros aspectos del bienestar psicológico en los trabajadores de la salud durante la pandemia de Covid-19: un estudio transversal multinacional]. *PLoS ONE* 16(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238666>
- De Hert, S. (2020). Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Local Reg Anesth*, 28(13), 171-183. <https://doi.org/10.2147/LRA.S240564>
- Díaz-Kuaik, I. y De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. *Summa Psicológica*, 16(1), 42-50. <https://doi.org/10.18774/0719-448x.2019.16.1.393>
- Edú-Valsania, S., Laguía, A. y Moriano, J.A. (2022). Burnout: A Review of Theory and Measurement. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19(3), 1780. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031780>
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burnout. [Burnout en personal]. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>

- García-Cedeño, M., Delgado-Tejeda, E., y Lazo-Moreira, MV. (2018). "Síndrome de Burnout y la atención al público en el hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo", *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. (Septiembre, 2018 - ISSN: 2254-7630) <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/09/sindrome-burnout-hospital.html/hdl.handle.net/20.500.11763/caribe1809sindrome-burnout-hospital>
- Gómez-Francisco, L.A., Ocampo-Marín, S., Montoya-Narváez, D.E., Valtierra-Conteras, C.G., Rentería-Hernández, F.L., Vázquez-Rincón, M.A., Reyna-García, A.S., y Rodríguez-Nava, V.F. (2021). Ansiedad, depresión y estrés laboral asistencial en personal sanitario de un hospital de psiquiatría. *Lux Médica*, 16(48). <https://doi.org/10.33064/48lm20212918>
- González, R., y Parra-Bolaños, N. (2023). Neuropsicología de los trastornos de ansiedad. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(1), 5206-5221. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i1.4825
- Grover, S., Sahoo, S., Bhalla, A. y Avasthi, A. (2018). Psychological problems and burnout among medical professionals of a tertiary care hospital of North India: A cross-sectional study [problemas psicológicos y burnout entre profesionales de medicina de un hospital de tercer nivel del norte de la India: un estudio transversal]. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(2),175-188. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_254_17
- Huarcaya-Victoria, J. y Calle-González, R. (2020). Influencia del síndrome de burnout y características sociodemográficas en los niveles de depresión de médicos residentes de un hospital general. *Educación Médica*, 22(2), 142-146. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.01.006>
- Jutta, E., Jordan, K.D., Weilenmann, S., Sazpinar, O., Gehrke, S., Paolercio, F., Petry, H., Pfaltz, M., Oriane, M., Gachoud, D., Morina, N., Von Känel, R., y Spiller, T. (2021). Burnout, depression and anxiety among Swiss medical students – A network análisis. [Burnout, depresión y ansiedad en estudiantes de medicina suizos: una análisis de red]. *Journal of Psychiatric Research*, 143, 196-201. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.09.017>
- Koutsimani, P., Montgomery, A., & Georganta, K. (2019). The Relationship Between Burnout, Depression, and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis [La relación entre el burnout, depresión y ansiedad: una revisión sistemática y meta-análisis]. *Front. Psychol.* 10(284), 1-15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00284>
- López-Cortacans G., Pérez-García M., Pérez-García R. y Pérez-García D. (2021). Burnout syndrome and adverse effects: The unavoidable prevention [Síndrome de burnout y efectos adversos: la prevención ineludible]. *Aten Primaria* 53(10):102154. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102154>
-

- Loya-Murguía, K., Valdez-Ramírez, J., Bacardí-Gascón, M., y Jiménez-Cruz, A. (2018). El síndrome de agotamiento en el sector de salud de Latinoamérica: revisión sistemática. *Journal of Negative and No Positive Results*, 3(1), 40-48. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6234746>
- Lucas-Hernández, A., González-Rodríguez, V., López-Flores, A., Kammar-García, A., Mancilla-Galindo, J., Vera-Lastra, O., Jiménez-López, JL., Peralta-Amaro, AL. (2022). Estrés, ansiedad y depresión en trabajadores de salud durante la pandemia por COVID-19. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 60(5):556-562. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10395996/pdf/04435117-60-5-556.pdf>
- Lucero-Tapia, M., Noroña-Salcedo, D. y Vega-Falconi, V. (2022). Burnout y depresión en médicos de medicina interna y unidad de cuidados intensivos en Riobamba, Ecuador. *Revista Cubana de Reumatología*, 24(1), e255. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962022000100007&lng=es&tlng=pt
- Macías-Carballo, M., Pérez-Estudillo, C., López-Meraz, L., Beltrán-Parrazal, L., y Morgado-Valle, C. (2019). Trastornos de ansiedad: revision bibliográfica de la perspectiva actual. *eNeurobiología*, 10(24). <https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2019/24/Mac%C3%ADAs/HTML.html>
- Marques, M., Alves E., Queirós C., Norton P. y Henriques A. (2018). The effect of profession on burnout in hospital staff [El efecto de la profesión sobre el burnout en personal hospitalario]. *Occup Med (Lond)* 68(3), 207-210. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqy039>
- Martos, A., Pérez-Fuentes, M., Molero, M., Gázquez, J., Simón, M. y Barragán, A. (2018). Burnout y engagement en estudiantes de Ciencias de la Salud. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 8(1), 23-36. <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v8i1.223>
- Maslach, C. (2006). *Understanding job burnout. In Stress and Quality of Working Life: Current Perspectives in Occupational Health [comprendiendo el agotamiento laboral. En estrés y calidad de vida laboral: perspectivas actuales en salud ocupacional]* Rossi, A.M., Perrewé, P.L., Sauter, S.L., Eds.; Information Age Publishing, pp. 37–51.
- Maslach, C., Jackson, S y Leiter, M. (1981). Maslach Burnout Inventory Manual and Non-Replicable Instrument and Scoring Guides – Third Edition [*Manual de Inventario de Burnout de Maslach, Instrumentos no reproducibles y guías de calificación – tercera edición*]. Mind Garden. 191-215. https://www.researchgate.net/profile/Christina-Maslach/publication/277816643_The_Maslach_Burnout_Inventory_Manual/links/5574dbd708aeb6d8c01946d7/The-Maslach-Burnout-Inventory-Manual.pdf

- Maslach, C. y Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout [La medida de agotamiento experimentado]. *Journal of Occupational Behaviour*, 2(2), 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- McCade, D., Frewen, A. & Fassnacht, D. (2021). Burnout and depression in Australian psychologists: The moderating role of self-compassion [burnout y depresión en psicólogos australianos: el papel moderador de la autocompasión]. *Australian Psychologist*, 56(2), 111-122. <https://doi.org/10.1080/00050067.2021.1890979>
- Miranda-Pedroso, R. y Murguía-Izquierdo, ED. (2021). Síntomas de Ansiedad y Depresión en Personal de Salud que Trabaja con Enfermos de COVID-19. *Revista Internacional de Ciencias Médicas y Quirúrgicas*, 8(1), 1-12. <https://doi.org/10.32457/ijmss.v8i1.655>
- Molina-Rodríguez, D. (2020). Consecuencias del síndrome de burnout en el trabajo y estrategias de prevención de riesgos para la seguridad y salud laboral. *Cielo Labora*. 3, 2020. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7317360>
- Montañez-Díaz de León, J., Chavarría-Mireles, M., Delgado-Romo, F., Ramos-Cortes, D., Terán-Ramírez, J., Roque-Gaytan, M. y Gómez-Cardona, J. (2023). Relación del síndrome burnout con ansiedad y depresión en el personal de enfermería adscrito al área COVID 19. *Rev Ocronos* 6(6), 54. <https://revistamedica.com/relacion-burnout-ansiedad-depresion-enfermeria-area-covid-19/>
- Naidoo, T., Tomita, A. y Paruk S. (2020) Burnout, anxiety and depression risk in medical doctors working in KwaZulu-Natal Province, South Africa: Evidence from a multi-site study of resource-constrained government hospitals in a generalised HIV epidemic setting [Riesgo de agotamiento, ansiedad y depresión en médicos que trabajan en la provincia de KwaZulu-Natal, Sudáfrica: Evidencia de un estudio multicéntrico de hospitales gubernamentales con recursos limitados en un entorno de epidemia generalizada de VIH]. *PLOS ONE* 15(10): e0239753. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239753>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11)*. <https://icd.who.int/browse11>
- OMS. (2022). *Informe Mundial sobre Salud Mental: transformar la Salud Mental para todos*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/356118>
- OMS. (2023). Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de Salud [OPS] y OMS. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y

- Piñar-Sancho, G., Suárez-Brenes, G., y De La Cruz-Villalobos, N. (2020). Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. *Revista Médica Sinergia*, 5(12), e610. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i12.610>
- Piotrowski, C. (2018). The status of the Beck inventories (BDI, BAI) in psychology training and practice: A major shift in clinical acceptance [El estado de los inventarios de Beck (BDI, BAI) en la formación y la práctica de la psicología: un cambio importante en la aceptación clínica]. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 23(3), e12112. <https://doi.org/10.1111/jabr.12112>
- Ramírez, M., Otero, P., Blanco, V., Ontaneda, M., Díaz, O. & Vázquez, F. (2018). Prevalence and correlates of burnout in health professionals in Ecuador [Prevalencia y correlación del burnout en profesionales de la salud en Ecuador]. *Comprehensive Psychiatry*, 82, 73-83. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.11.011>
- Rendón-Montoya, M.S., Peralta-Peña, S.L., Hernández-Villa, E.A., Hernández-Pedroza, R.I., Vargas, M.R. y Favela-Ocaño, M.A. (2020). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. *Enfermería Global*, 19(59), 479-506. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.398221>
- Rosas-Santiago, F., Rodríguez-Pérez, V., Hernández-Aguilera, R., y Lagunes-Córdoba, R. (2020). Estructura factorial de la versión mexicana del Inventario de Depresión de Beck II en población general del sureste mexicano. *Revista Salud Uninorte*, 36(2), 436-449. <https://doi.org/10.14482/sun.36.2.616.85>
- Saavedra-Rionda, I., García- González, J., Llamazares-Granda, F., Arbesú-Fernández, E., López-Díaz, A. (2021). Grado de burnout en especialistas en formación de medicina y psicología clínica. *Educación Médica* 22(2), 55-61. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2019.05.002>
- Sanz, J. (2011). Inventario de Ansiedad de Beck traducida al español. Pearson.
- Soriano-Hernández, M. y Décaro Santiago, L. (2021). Estrés y burnout. efectos en la organización. *Revista Académica de Investigación* 12(36), 36-57. ISSN-e 1989-9300. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7958804>
- Tijerina-González, L.Z., González-Guevara, E., Gómez-Nava, M., Cisneros-Estala, M.A., Rodríguez-García, K.Y. y Ramos-Peña, E.G. (2018). Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de nuevo ingreso a la educación superior. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 17(4), 41-47. Universidad Autónoma de Nuevo León. México. <https://doi.org/10.29105/respyn17.4-5>
- Vargas-Cajahuanca, G; Gallegos-Cazorla, C; Salgado-Valenzuela, C; Salazar De la Cruz, M; Huamán-Sánchez, K; Bonilla-Untiveros, C; Reyes-Puma, N. y Caballero-Ñopo, P. (2019). Guía de práctica clínica basada en evidencias para el tratamiento de depresión

- en adultos en un hospital especializado en salud mental. *An Fac med* 80(1), 123-30. <https://doi.org.10.15381/anales.v80i1.15882>
- Valencia-Carrión, K., Mesa-Cano, I. y Ramírez-Coronel, A. (2021). Anxiety and Depression in Health Professionals Dedicated to Teleworking at the General Hospital of the IESS of the City of Machala [ansiedad y depresión en profesionales de la salud dedicados al teletrabajo en el Hospital General del IESS de la Ciudad de Machala]. *International Journal of Innovative Science and Research Technology*, 6(3), 349-354. <https://www.ijisrt.com/anxiety-and-depression-in-health-professionals-dedicated-to-teleworking-at-the-general-hospital-of-the-iess-of-the-city-of-machala>
- Valencia-González, E.G., Correa-Sinche, D.A., & Pazmiño-Cruz, V.K. (2021). Burnout syndrome in health personnel who provide care to patients with COVID-19 [Síndrome de burnout en personal de salud cuidadores de pacientes con COVID-19]. *Revista Scientific*, 6(21), 144-162. <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2021.6.21.7.144-162>
- Vidotti, V., Martins, J., Galdino, M.J.Q., Ribeiro, R.P., y Robazzi, M.L de C.C. (2019). Síndrome de burnout, estrés laboral y calidad de vida en trabajadores de enfermería. *Enfermería Global*, 18(3), 344-376. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.325961>
- Vinueza-Veloz, A.F., Aldaz-Pachacama, N.R., Mera-Segovia, C..M, Pino-Vaca, D.P., Tapia-Veloz, E.C. y Vinueza-Veloz, M.F. (2020). Burnout syndrome among Ecuadorian medical doctors and nurses during COVID-19 pandemic. [Síndrome de Burnout en médicos y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19] *In SciELO*, 2-21. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.708>
- Vittale-Acosta, F., Velázquez-Abente, S. y Ortiz-Galeano, I. (2020). Frecuencia del síndrome de Burnout en residentes de Medicina Interna del Hospital de Clínicas. *Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int*, 7 (2), 72-79. <https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2020.07.02.72>
- Vizioli, N. y Pagano, A. (2020). Adaptación del Inventario de Ansiedad de Beck en población de Buenos Aires. *Interacciones*, 6(3), e171. <https://doi.org/10.24016/2020.v6n3.171>
- Williams, E.S., Rathert, C., & Buttigieg S.C. (2020). The Personal and Professional Consequences of Physician Burnout: A Systematic Review of the Literature [Las consecuencias personales y profesionales de el agotamiento: una revision sistemática de la literatura]. *Medical Care Research and Review* 77(5),371-386. <https://doi.org/10.1177/1077558719856787>
- Yslado-Méndez, R., Nuñez-Zarazú, Ll., Montané-López, L., Bobadilla-Chávez, R., de la Cruz Díaz, L., Pinto-Flores, I., Rojas-Gamboa, A., y Obeso-Díaz, H. (2022). *Burnout*

syndrome, anxiety, depression and occupational well-being among Perú hospital staff during the COVID-19 pandemic. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas, 41, e2555.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002022000100012&lng=es&tlng=

Anexos

a) Anexo A: consentimiento informado

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: "Síndrome de *Burnout*, depresión y ansiedad en personal sanitario del área de admisión al usuario, Distrito 01D04 – Chordeleg – Gualaceo Ministerio de Salud Pública".

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal (IP)			Universidad de Cuenca

¿De qué se trata este documento?

De la manera más comedida y respetuosa le invitamos a usted a participar en este estudio, que se realizará en el Distrito 01D04 – Chordeleg – Gualaceo del Ministerio de Salud Pública. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio.

Introducción

El lugar de trabajo de una persona, ocupa gran parte del tiempo en la vida de la misma, esto implica que algunas condiciones laborales, el estrés asociado al empleo y la carga laboral puedan afectar otras áreas de la vida, incluyendo su salud mental. El síndrome de burnout (SB), del cual tratará el presente estudio, se hace manifiesto cuando las capacidades de afrontamiento de la persona han quedado por debajo del umbral de las exigencias laborales. Algunas de las consecuencias del SB son: la irritabilidad, el cansancio, la sensación de vacío y las consideradas en este estudio: la ansiedad y la depresión. Con respecto a estas últimas, la Organización Mundial de la Salud, en su último informe elaborado en marzo de 2022, manifiesta que el primer año, tras la pandemia, se han incrementado en un 25% estas afecciones a nivel mundial. Durante ese tiempo, el personal sanitario del área de admisión al usuario ha estado expuesto a múltiples estresores laborales. Si bien es cierto, se han encontrado muchos estudios sobre la relación de tres fenómenos (SB, depresión y ansiedad), en el personal sanitario de diferentes áreas como medicina, enfermería, odontología, etc., no se han encontrado estudios en el personal sanitario del área de admisión al usuario. Por ello, este estudio está dirigido a relacionar estas variables en esta población, considerando que la misma forma parte esencial dentro de centro al que pertenece. Al igual, esta información nos ayudara a tomar medidas orientadas a la promoción y prevención en el área de estudio, considerando que la salud no incluye solo la parte física, sino también la esfera emocional y mental.

Objetivo del estudio

El objetivo del presente proyecto es relacionar el nivel del síndrome de burnout y los niveles de depresión y ansiedad del personal sanitario del área de admisión al usuario del Distrito 01D04 – Chordeleg – Gualaceo del Ministerio de Salud Pública.

Descripción de los procedimientos

En primer lugar, se realizará la respectiva socialización del proyecto de investigación con el personal de admisión al usuario y se entregará el consentimiento informado, este último, explica la finalidad, riesgos-beneficios y objetivos de la investigación. Esto se realizará por medio de una reunión con todos los participantes. Tras la aceptación del consentimiento informado, se entregarán a los participantes tres reactivos psicológicos:

1. Inventario de burnout de Maslach: el objetivo de este reactivo es identificar el nivel de burnout y las dimensiones del mismo, entendiendo que las dimensiones se dividen en agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.
2. Inventario de depresión de BECK, este reactivo está orientado a evaluar la depresión y el grado de la misma.
3. Inventario de ansiedad de BECK, este instrumento mide síntomas relacionados a la ansiedad y el grado de la misma.

Todos estos reactivos serán autoaplicados y se estima una duración de 20-25 minutos en ser contestados. Es importante mencionar que, los participantes, no serán remunerados por su participación en el proyecto de investigación. Finalmente, se realizará la respectiva tabulación de los resultados para cumplir con el objetivo de esta investigación; y se seguirá con la siguiente parte: realizar intervenciones grupales con el personal sanitario de admisión al usuario, y en caso de los participantes lo deseen intervenciones individuales

Riesgos y beneficios

Dentro de la investigación existen algunos riesgos como: obtener información alterada, datos incorrectos o invalidación de los reactivos porque quedan preguntas sin contestar, para evitar esto, se alentará en todo momento a los participantes a ser sinceros en sus respuestas y recalcar que no existen respuestas buenas o malas. A su vez, este proyecto proporcionará algunos beneficios directos hacia usted: entre ellos tenemos el acceder a intervenciones grupales para tratar esta problemática, por otro lado, en caso de que sea necesario y existan personas que deseen libre y voluntariamente, pueden acceder a intervenciones individuales, para esto usted no deberá realizar ningún gasto. Además, algunos beneficios indirectos estarán relacionados con: brindar información relevante tanto a profesionales que deseen profundizar el tema, a la institución a la que usted pertenece sobre promoción y prevención, y a todos los participantes del estudio en cuanto a identificar ciertos aspectos que pueden influir en nuestra salud. Finalmente, la participación en el estudio será siguiendo leyes éticas en cuanto al manejo de la información, pues los reactivos serán anonimizados y no se podrán relacionar con usted de ninguna manera.

Otras opciones si no participa en el estudio

Al ser una investigación que requiere una participación libre y voluntaria, el profesional que no desee participar, se puede retirar cuando crea conveniente.

Derechos de los participantes

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio;
- 8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 9) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 10) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 12) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
- 13) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
- 14) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono que pertenece a o envíe un correo electrónico a

Consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombres completos del/a participante

Firma del/a participante

Fecha

Nombres completos del/a investigador/a

Firma del/a investigador/a

Fecha

b) Anexo B: cuestionario de Maslach Burnout Inventory

Edad: Sexo Años de trabajo.....

INSTRUCCIONES:

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con la que siente los enunciados según la siguiente escala:

- 0 = Nunca.
- 1 = Pocas veces al año o menos.
- 2 = Una vez al mes o menos.
- 3 = Unas pocas veces al mes o menos.
- 4 = Una vez a la semana.
- 5 = Pocas veces a la semana.
- 6 = Todos los días.

No.	ENUNCIADOS	Puntuación
1.	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.	
2.	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.	
3.	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.	
4.	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.	
5.	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.	
6.	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	
7.	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.	
8.	Siento que mi trabajo me está desgastando.	
9.	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente.	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo.	
13	Me siento frustrado en mi trabajo.	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.	

c) Anexo C: inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto.

1 Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2 Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3 Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4 Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5 Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6 Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7 Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusta a mí mismo.

8 Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9 Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10 Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11 Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3. Me es difícil interesarme por algo.

13 Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14 Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15 Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16 Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17 Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18 Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1^a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a . No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19 Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20 Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21 Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

d) Anexo D: inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

El siguiente cuestionario tiene como objetivo medir los síntomas comunes de la ansiedad. Por favor, lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuánto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

	Afirmaciones	Nada (0)	Ligero (1)	Moderado (2)	Grave (3)
1	Hormigueo o entumecimiento				
2	Sensación de calor				
3	Temblor en las piernas				
4	Incapacidad para relajarse				
5	Miedo a que suceda lo peor				
6	Mareos o vértigos				
7	Palpitaciones o taquicardia				
8	Sensación de inestabilidad o inseguridad física				
9	Terrores				
10	Nerviosismo				
11	Sensación de ahogo				
12	Temblor en las manos				
13	Temblor generalizado o estremecimiento				

14	Miedo a perder el control				
15	Dificultad para respirar				
16	Miedo a morir				
17	Sobresaltos				
18	Indigestión o malestar del abdomen				
19	Sensación de desmayo o palidez				
20	Rubor facial				
21	Sudoración				