



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CAMPUS II
ESPECIALIZACIÓN EN SALUD EN EL TRABAJO

**SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO Y SU RELACIÓN CON LA
SATISFACCIÓN DEL TRATO RECIBIDO RESPECTO AL USUARIO, EN UNA
UNIDAD MÉDICA.**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN SALUD EN EL
TRABAJO**

PRESENTA:

ABDÓN GONZÁLEZ VÁSQUEZ

ASESORES

**DR. EN S.P. HORACIO TOVALÍN AHUMADA
MTRA. EN C. MARLENE RODRÍGUEZ MARTÍNEZ**

MÉXICO, D.F. SEPTIEMBRE DEL 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

CONTENIDO	PAG.
RESUMEN	4
I.- INTRODUCCIÓN	5
II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
III.- MARCO TEÓRICO	9
III.1 EL SQT EN PERSONAL DE SALUD	9
III.2 SATISFACCIÓN DEL USUARIO (TRATO)	17
III.3 SQT Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO	21
III.4 DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO	23
III.5 PERFIL DE PUESTO	26
IV.- OBJETIVO E HIPÓTESIS	28
V.- MATERIAL Y METODOS	29
VI.- RESULTADOS	35
VII.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	45
VIII.-RECOMENDACIONES	47
IX.- BIBLIOGRAFÍA	54
X.- ANEXOS	61

Agradecimientos

A mi **Padre** y amigo, por su consejo sabio y acertado, y sobre todo por su amor incondicional

Amanda y Alín, por su amor y paciencia

A mis **asesores** de tesis, por sus enseñanzas, consejos y tiempo

A mis **profesores** de la Especialización, por la oportunidad de impartir de sus conocimientos a mi formación académica

“Los verdaderos líderes de negocios, de la comunidad profesional, la educación, el gobierno y el hogar también parecen acercarse a una talla especial que los separa del resto de la sociedad. La talla especial no está en una noble cuna, en un elevado coeficiente intelectual o en el talento; está en la actitud, no en la aptitud”

Denis Waitley

RESUMEN

El **objetivo** de este trabajo fue identificar la asociación entre la presencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo en médicos y asistentes médicas, el grado de satisfacción en el trato recibido por los usuarios del servicio en una Unidad de Salud de Primer Nivel, la prevalencia en las categorías participantes, así como las condiciones laborales asociadas al SQT.

Metodología: Estudio transversal analítico llevado a cabo en una Unidad Médica de Primer Nivel, integrado por 28 médicos y 26 asistentes médicas, a los cuales se les aplicó el “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (CESQT) y a 231 pacientes se les aplicó el “Cuestionario Estandarizado para evaluación del Trato” (CET), el cual tuvo una fiabilidad de 0.863.

Resultados: Se encontró una asociación significativa estadísticamente entre el grado de SQT severo y el grado de detrimento de la satisfacción en el trato, sólo en el grupo de médicos (p . 0.035). La prevalencia del SQT por grado es de: 33.3% para bajo, 24.1% elevado, 9.3% moderado y 33.3% severo, encontrando solo una diferencia porcentual significativa para el grado severo entre médicos (66.7% $n=12$) y asistentes medicas (33.3% $n=6$).

Por perfiles, 1.9% de la población presenta el perfil 1.

La hostilidad laboral moderada 98%, reconocimiento en el trabajo desfavorable 61% y demanda de trabajo media 81% fueron los factores psicosociales más representativos.

El involucramiento bajo fue del 7.4%, el alto 31.5% y el muy alto 31.5%.

El factor más adverso es la hostilidad moderada (p .0.046), encontrándose para este índice solamente la asociación más significativa en relación con el SQT y baja satisfacción del trato. Para el único caso reportado de hostilidad severa se observó una evidente relación SQT severo y baja satisfacción del trato.

Para el turno vespertino existió mayor asociación con el SQT severo (p . 0.047) con la baja satisfacción en el trato.

Conclusiones: Se encontró asociación entre el SQT en médicos y detrimento de la satisfacción del trato en los pacientes, la prevalencia del SQT fue mayor en médicos, solo para grado severo, predominó la hostilidad laboral como el factor psicosocial más adversos, y no se encontró otro factor que moderara el grado de satisfacción del trato ni se asociara con la presencia de SQT.

I. INTRODUCCIÓN

La globalización en la cual se encuentra inmerso el mundo funcionando bajo estándares a todos los niveles, el área de la salud no es la excepción, lo cual ha demandado de un quehacer que visualice las diversas actividades con expectativas altas, por lo que es inevitable hablar de calidad, en específico calidad de la atención de los servicios de salud en México y el vínculo de la actividad laboral con calidad es innegable, multifacética, a tal grado que representa este vínculo una gran gama de investigación por los elementos humanos y técnicos que generan calidad, así como las implicaciones en cada uno de los actores.

Cabe mencionar que cada grupo tiene distintos intereses, conceptos y/o expectativas con respecto de la calidad, en muchas ocasiones son convergentes, en otras no y eso es lo que ha hecho que la calidad sea un área propositiva que se traslapa de forma multidisciplinaria, por lo que es menester encontrar las causalidades en una buena o no calidad de la atención de los servicios de salud. Esa causalidad multiforme apunta a diversos factores y dentro de la calidad de la atención (delimitada en este estudio por la satisfacción del usuario en la dimensión trato), el binomio prestador de servicio-usuario (médico-asistente/ médico-paciente), se considera que el prestador de servicios es una pieza fundamental en la percepción de buen trato por parte del usuario, ya que la organización mundial de la salud considera un elemento valioso al trabajador, siendo este a su vez impactado por factores psicosociales, los que repercuten en la relación con el benefactor y con otros miembros de la organización.

Pensar en uno de los efectos de los factores psicosociales como lo es el Síndrome de estar Quemado por el trabajo (SQT), el cual es un accionar del estrés crónico dado por el

trabajo incidiendo en el prestador de servicios, observándose respuestas características del Síndrome tales como: cognitivas, afectivas, actitudinales, conductuales y fisiológicas (Gil-Monte, 2005), existiendo una cohesión entre ellas, dándole vida a esta patología en diverso grado expresada en una forma de ser y hacer del trabajador.

El trato es la evidencia de lo que se ha gestado en la esfera subjetiva del trabajador, por lo que este estudio es indudablemente propositivo puesto que busca identificar, describir y analizar la asociación entre SQT y la satisfacción del paciente en la dimensión del trato en la atención recibida por el equipo médico-asistente médica. El SQT en los profesionales de los equipos asistenciales es un problema en los servicios de salud, de confirmar la asociación con la satisfacción en el trato en estudios ulteriores se podrán puntualizar las deficiencias o certezas que tiene que ver tanto con el prestador de servicios, así como con el usuario y toda la gama de factores que impactan en el clima del corte organizacional estudiado.

II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trabajo, la actividad que el hombre realiza para transformar la naturaleza en los bienes necesarios para su subsistencia, no sólo es fuente de riquezas materiales sino también espirituales, porque forma parte muy importante del sentido que le asignan los individuos a sus propias vidas, una forma de caracterización del trabajo como fenómeno psicosocial, es considerar al trabajo como fuente de beneficios así como de efectos negativos para la persona que trabaja.

De esta manera podemos inferir que tales efectos son transmitidos al entorno del trabajador y más allá de este. Considerando los efectos negativos del trabajo, podemos hablar de un sinnúmero de enfermedades, en este trabajo el enfoque es sobre el Síndrome de Quemarse por el Trabajo, que es una respuesta al estrés laboral crónico manifestado por situaciones cognitivas, afectivas, actitudinales, conductuales y fisiológicas (Gil-Monte, 2005) y quienes lo padecen más en el área de salud son los médicos, y en general personal de organizaciones de servicios, sin que este confinado a estos exclusivamente (Donabedian, 1993; Gil- Monte, 2005). Este síndrome tiene una prevalencia reportada del 3.45% en personal de atención a clientes. (Olivares, et al., 2009).

El presente estudio se incluye a médicos, asistentes médicas y usuarios de la atención (pacientes) de una Unidad Médica de Primer Nivel.

Al ser esta Unidad Médica de Primer Nivel parte de una gran institución de seguridad social en México y de servicios asistenciales es inevitable aislar el trato humano, el trabajador forja en manera importante este tipo de vínculo, así como la percepción que tiene el paciente del servicio por esa dinámica. La dimensión de percepción, de la satisfacción del

usuario por el trato, es un punto que cobra relevancia cuando sopesamos la importancia de ello y no solo en la plataforma organizacional.

El trato con la gente de manera exitosa es algo que marca la diferencia personal y colectiva en una organización. Según el Instituto Stamford de investigación dice que el dinero que se gana por cualquier medio está determinada por solo 12.5% de conocimiento y 87.5% de capacidad para tratar con la gente (Maxwell, 2008), en esa idea John D. Rockefeller dijo: "Pagaré más por la habilidad de tratar con la gente que por cualquier otra habilidad bajo el sol" (Carnegie, 1937).

El problema a estudiar será la relación de la presencia del SQT en médicos y asistentes médicas, con la satisfacción percibida por el usuario, en una unidad médica de primer nivel.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Derivado de este problema se plantea la siguiente pregunta:

¿Los pacientes atendidos por el personal médico y asistente médica con Síndrome de Quemarse por el Trabajo perciben insatisfactorio el trato recibido en consulta?

III MARCO TEÓRICO

III.1 EI SQT EN PERSONAL DE LA SALUD

Diversas investigaciones evidencian que existe una relación entre síndromes no específicos de carácter psicológico, de comportamientos somáticos y condiciones de trabajo estresantes.

Recordando que desde la resolución de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en los años 70's, el problema de los factores psicosociales había sido materia de diversas actividades dentro del marco del programa internacional para el mejoramiento de las condiciones y el medio ambiente de trabajo, demostrando al paso de los años la importancia de los factores psicosociales desfavorables de origen profesional, multitud de factores interactúan e inciden sobre la salud física y mental de los trabajadores.

Considerando los cambios surgidos por la revolución tecnológica, en donde si bien es cierto se ha disminuido la calidad e intensidad de la energía física consumida en el trabajo pero han aumentado las cargas mentales (O.I.T. 1986), por lo que según la OIT-OMS (Organización Mundial de la Salud) en 1984 define a los factores psicosociales en el trabajo como aquellos que "consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización por una parte y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, lo cual a través de percepciones y experiencias pueden influir en la salud, en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo". (Gil-Monte, 2007)

La conceptualización del Burnout, ha revolucionado a lo largo de más de 40 años desde su aparición descrita por Freudenberger, encontrándose que existen al menos diecinueve denominaciones en español para aludir al mismo fenómeno (Gil-Monte, 2003).

Resultado de las diversas investigaciones, cabe mencionar que (Burnout en adelante SQT) es un término que si bien es cierto es el que más se ha adoptado por la comunidad científica, actualmente existe la delimitación conceptual planteada por Gil-Monte (Gil-Monte, 2005), la cual es el resultado de múltiples estudios y análisis fehacientes, por lo que llamamos más correctamente Síndrome de Quemarse por el trabajo (SQT). Este es una respuesta a fuentes de estrés crónico originada en la relación profesional-cliente, así como en relación profesional-organización.

El SQT es definido como “ una respuesta al estrés laboral crónico caracterizada por la tendencia de los profesionales a evaluar negativamente su habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse con las personas a las que atienden, por la sensación de estar agotados a nivel emocional, por el desarrollo de sentimientos negativos, de actitudes y conductas de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo que son vistas de manera deshumanizada debido al endurecimiento afectivo del profesional” (Gil-Monte, 2003).

El SQT es el resultado de los evidenciados riesgos psicosociales que junto con los riesgos físicos, químicos o bilógicos, ocupan un lugar muy importante, surgiendo principalmente en el contexto social (Gil-Monte, 2002). Es un mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés producto de la doble relación, prestador de servicio- receptor y prestador de servicios-organización.

Es una forma de acoso psicosocial en el trabajo de naturaleza distinta al acoso psicológico (Olivares et al., 2009) y será desarrollado o no, dependiendo de la autoeficacia que posea el profesional o trabajador sobre sus capacidades que lo lleven a organizar y realizar las conductas necesarias para alcanzar los resultados deseados en la organización (Gil-Monte, 2005), ya que cuando esa autoeficacia para salir adelante es ineficiente entonces se presentan altos niveles de estrés.

El SQT es una de las posibles formas de desarrollo del proceso del estrés laboral, pero no la única. En el fenómeno SQT existen efectos exclusivamente negativos, mientras que en el estrés laboral existen tanto efectos positivos como negativos (Gil-Monte, 2003), encontrando síntomas cognitivos, afectivo-emocionales y síntomas actitudinales como se muestra en seguida.

Principales síntomas psicológicos del SQT

Síntomas cognitivos	Síntomas afectivo-emocionales	Síntomas actitudinales	Otros Síntomas
Sentirse contrariado Sentir que no valoran tu trabajo. Percibirse incapaz para realizar las tareas Pensar que no puedes abarcarlo todo. Pensar que trabajas mal. Todo se hace una montaña. Sensación de no mejorar. Inseguridad. Pensar que el trabajo no vale la pena. Pérdida de la autoestima	Nerviosismo. Irritabilidad y mal humor. Disgusto y enfado. Frustración. Agresión. Desencanto. Aburrimiento. Agobio. Tristeza y depresión. Desgaste emocional. Angustia. Sentimientos de culpa.	Falta de ganas de seguir trabajando. Apatía. Irresponsabilidad. Escaquearse. Pasar de todo. Estar harto. Intolerancia. Impaciencia. Quejarse por todo. Evaluar negativamente compañeros. Romper con el entorno laboral. Ver al paciente como un enemigo. Frialdad hacia los pacientes. No aguantar a los pacientes. Indiferencia. Culpar a los demás de su situación.	Conductuales Aislamiento. No colaborar. Contestar mal. Enfrentamientos. Físicos Cansancio.

Tomado de: Gil-Monte (2001b) y (2005)

La OMS en 1994 consideró que el SQT que presentaban los profesionales de los equipos asistenciales era un problema mayor en los servicios de salud (Gil-Monte et al., 2006).

El SQT se considera de importancia en el ambiente de salud en el trabajo, pues las consecuencias laborales del mismo son ausentismo y cambios frecuentes o abandono del trabajo. Desde el punto de vista institucional, el contar con personal en estas condiciones emocionales deteriora el ambiente laboral y es generador de conflictos con los compañeros de trabajo y con los integrantes de su familia (Gil-Monte et al., 1999).

En el modelo tradicional se encuentran tres componentes:

1. Deterioro cognitivo (desencanto profesional, fracaso, pérdida de ilusión, baja realización personal en el trabajo, baja eficiencia profesional e impotencia).
2. Deterioro afectivo (agotamiento /desgaste emocional y físico, cansancio, fatiga).
3. Deterioro actitudinal (indolencia, despersonalización, cinismo y deterioro relación con pacientes y/o familiares).

Sin embargo, existe un cuarto elemento que evoluciona el concepto original de Maslach y aporta una visión más amplia, la variable “culpa” que forma parte de una de las etapas principales en el desarrollo de este Síndrome, consolidada por Gil Monte en el 2005, hacen relación a este cuarto componente (Gil-Monte, 2005).

Se encuentran 2 perfiles en el SQT: perfil 1 presenta baja ilusión por el trabajo, junto a altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, pero los individuos no presentan sentimientos de culpa. El perfil 2 es un problema más serio que involucra el sentimiento de culpa (determina la gravedad del fenómeno) (Marucco et al., 2008; Gil-Monte, 2007), la proyección

de este sentimiento es directamente proporcional a múltiples variables, sui generis del prestador de servicios connotado por valores sociales, ética profesional entre otros, estos sentimientos les llevan a sumergirse más intensamente en su trabajo lo que a la larga quebranta la línea de su salud llevándoles a desarrollar crisis de ansiedad y depresión (Gil-Monte, 2007).

El SQT comienza con deterioro cognitivo (pérdida de la ilusión por el trabajo, baja realización personal en el trabajo) y emocional (desgaste psíquico, agotamiento emocional) aparece como primera respuesta a las fuentes de estrés laboral crónico y posteriormente aparecen las actitudes negativas hacia los receptores de la organización (indolencia, despersonalización), en donde estas son una respuesta del prestador de servicios en forma de estrategias al estrés laboral, de tal manera que cuando esos mecanismos de afrontamiento son deficientes, entonces aparecen sentimientos de culpa, la cual si se mantiene crónicamente tiene indudablemente consecuencia psicósomáticas para el trabajador y a su vez para la organización (Gil-Monte, 2007; Olivares, 2009).

Considerando que los mecanismos de afrontamiento suelen ser eficaces más no eficientes, puesto que se establece el deterioro tanto en el trato para el receptor del servicio (conductas de indiferencia, apatía, irresponsabilidad, cinismo, indolencia entre otros) y el detrimento conductual en el clima organizacional, sin embargo esta forma de afrontamiento suele ser una forma hasta cierto grado eficaz de sobrellevar el estrés laboral (Gil-Monte, 2007).

Los síntomas del SQT son dimensiones independientes, aunque, es recomendable establecerlo como un fenómeno multidimensional, ya que los síntomas patognomónicos que

denotan que el síndrome pueda estar presente, no representan con claridad que se emita dicho diagnóstico, puesto que están involucrados personalidad, fenómenos socioculturales, por lo que es importante considerar el contexto en el que surge la patología y su proceso de desarrollo, así como la presencia de los síntomas que involucran deterioro cognitivo, afectivo o actitudinal para considerar que un síntoma es indicador del síndrome.

El SQT es una consecuencia resultado del trabajo desarrollado por profesionales o trabajadores que se entregan a su vocación con altos niveles de idealismo profesional y que desarrollan su trabajo centrado en el trato hacia los demás, que puede ser contagioso dado el aprendizaje por observación durante los procesos de socialización laboral (Gil-Monte, 2005).

En el diagnóstico el “Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey “(MBI), es el cuestionario más usado en la mayoría de los estudios, con una propuesta de corte por medio de uso de percentiles para cada dimensión (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo), sin embargo se han descrito problemas psicométricos de este instrumento.

Por ello, Gil- Monte propone un constructo (CESQT) que supera las deficiencias del MBI y presenta cuatro dimensiones (Ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia y culpa), si bien con similitudes al MBI, ofrece un avance significativo que supera algunas deficiencias (problemas de alcance conceptual, dificultad en la forma de operacionalizar el concepto, reducida claridad en la definición de los síntomas, confusa composición gramatical de las traducciones, escaso dominio público del instrumento, problemas en el alcance conceptual del agotamiento emocional, dificultad en los resultados obtenidos con la presentación en positivo de los ítems que evalúan baja realización persona en el trabajo,

cuestionable estructura factorial, ambigüedad factorial de algunos ítems, los valores de alfa de Cronbach de las escalas, la creación de diferentes modelos teóricos derivados de las distintas versiones del MBI, la falta de validez discriminante, dificultad en las normas de diagnóstico, las escasas referencias a los aspectos cognitivos, conductuales y motivacionales, criterios diagnósticos validados clínicamente, cuestiones socioculturales) de otros instrumentos, ha obtenido buenos resultados de validez y fiabilidad (Olivares et al., 2009; Marucco et al., 2007; Olivares et al., 2007) y validado en diferentes países (España, Portugal, México, Argentina, Chile), superando insuficiencias psicométricas de la adaptación al español de otros instrumentos usados para evaluar el fenómeno, así como en todas las escalas han alcanzado valores de fiabilidad de alfa de cronbach adecuados (Olivares et al., 2009; Gil-Monte et al., 2010).

La versión para evaluar el síndrome en profesionales de la salud está formada por 20 ítems que se valoran con una escala de frecuencia para que los individuos indiquen en que grado experimentan cada una de las situaciones descritas en los elementos de la escala. Se aplican un rango de 5 adjetivos que van de “nunca” (0) a “todos los días” (4) en donde se explora: 1. Ilusión por el trabajo (esta dimensión es la única donde los ítems están formulados en forma positiva de tal manera que puntuaciones bajas en esta dimensión indican altos niveles en el SQT) con 5 ítems, 2. Desgaste psíquico, con 4 ítems, 3. Indolencia, con 6 ítems y 4. Culpa, con 5 ítems (Olivares et al., 2009).

En un estudio comparativo, en personal médico y de enfermería en instituciones del mismo corte organizacional (Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)), para el IMSS se

reportaron niveles superiores al 40% tanto en despersonalización y fatiga en el personal médico (Curiel et al., 2006).

La prevalencia del SQT en un grupo de médicos en España, la dimensión de agotamiento emocional fue de 59.7% (De Pablo et al., 1998) y para los médicos familiares en el IMSS fue de 42.3%, en este último grupo los problemas de salud más frecuentes asociadas fueron los músculo-esqueléticos 20% (Aranda et al., 2005), para las asistentes médicas la prevalencia fue mayor al 64% (Pareda et al., 2009).

En los profesionales en México y Centroamérica la prevalencia del SQT (usando el cuestionario para la Evaluación del SQT) es de entre 2.5 % y 7.2 %, mientras tanto en España y Argentina la prevalencia es del 14%, el grupo de profesionales con más alta prevalencia son los médicos (Grau et al., 2007; Marucco et al., 2007).

Dado todo este marco epidemiológico, es menester mencionar que al no tener criterios claros, alguno estudios la han sobre estimado y ello ha propiciado diversos resultados muy dispersos, obteniendo casuísticas poco confiables, sin embargo el establecer criterios más rigurosos validados clínicamente, permite dilucidar epidemiológicamente este fenómeno. Las cifras de prevalencia del síndrome del SQT comunicadas en la literatura varían según el cuestionario utilizado, los puntos de corte aplicados pueden provenir de diferentes fuentes y la interpretación de los resultados puede ser muy variable (desde considerar SQT con una sola dimensión alterada hasta requerir la alteración de las tres dimensiones) (Grau et al., 2009).

En general el “Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el trabajo” muestra una prevalencia del Síndrome de 3.45% (individuos con 3 o 4 dimensiones alteradas) en personal de atención a clientes (Olivares et al., 2009). Así también tener

presente que niveles más elevados del SQT y sus consecuencias se han denotado en las mujeres (Gil-Monte, 2007).

III.2 SATISFACCIÓN DEL USUARIO (DIMENSIÓN TRATO)

El inmensurable avance tecnológico trae consigo riesgos y beneficios que indudablemente tienen un acotamiento según el corte organizacional, el efecto en este avance es el cambio gradual en el quehacer laboral dada la necesidad de ofertar un bien o servicio de la más alta calidad. Abedis Donabedian, fue uno de los pioneros en el campo de la calidad de la atención a la salud, para los servicios (Frenk, 2000).

Para el sistema ISO (International Organization For Standarization) es un parámetro el cual surgió en 1947, como una necesidad de la industria para unificar las normas internacionales para asegurar y certificar la calidad de los procesos de una empresa y estar en condiciones de garantizar la calidad de los artículos que producen, se puede afirmar que una certificación por el ISO es útil para acreditar que un servicio o unidad médica están en condiciones de otorgar una atención de calidad, pero no la pueden garantizar. El sistema ISO así como el sistema de evaluación y mejoramiento continuo de la calidad de la atención médica, no son antagónicos ni son incompatibles, ni excluyentes, sino complementarios como sistemas tendientes a alcanzar una atención de calidad para nuestros pacientes (Aguirre, 2008).

Hablar de calidad es pensar en un concepto multifacético que debe ser definido en cada caso particular en términos de: "calidad para quién, definida por quién, para qué y que aspecto de la calidad" (Ortiz, 1981).

El Instituto Mexicano del Seguro Social, desde 1956 en el hospital “La Raza” inició en forma extraoficial la revisión de expediente y en 1957 formó la comisión de supervisión médica del I.M.S.S. y hasta 1983 la evaluación se había centrado en la información contenida en el expediente clínico, después se consideraron otras áreas.

La calidad de la atención se puede definir como aquella atención otorgada en forma oportuna al usuario, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución (Aguirre, 1990), los tres aspectos tienen su peso e importancia, sin embargo el enfoque en las expectativas del usuario es porque cuando se realiza la evaluación de la calidad de la atención médica dentro de los resultados esperados debe incluirse también la satisfacción de las expectativas de los usuarios por los servicios que le fueron otorgados (Aguirre, 1997), así como el concepto de salud desde el punto de vista del paciente es otorgar atención médica al usuario, con oportunidad, competencia profesional y seguridad, con respecto a los principios éticos de la práctica médica tendientes a satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas (Aguirre, 2008) y no es el costo de dar un servicio, es el valor que recibe el usuario en salud y bienestar (Ríos, 2000).

Por lo que la calidad es una estrategia que no se limita a una forma de hacer, si no a una manera de ser y que tiene todo un proceso basado en la participación de todos los involucrados. En las organizaciones de servicios de salud el factor humano juega un papel fundamental para el otorgamiento con calidad de estos servicios, ya que se encuentran estrechamente relacionados con el trato, lo que impacta directamente el nivel de calidad con que se atiende a los usuarios en términos de eficacia de la intervención, uso adecuado de la

técnica y la tecnología, la relación interpersonal, la calidez humana y el ambiente físico (Ponce, 2006).

Si bien las expectativas de los pacientes son multifacéticas el enfoque en este estudio es en la satisfacción del paciente en la dimensión de trato, ya que en una relación interpersonal el principal aspecto fundamental lo constituyen las vías de comunicación y pueden ser: verbal o extra verbal (expresiones faciales, el tacto, movimientos etc....) y el hecho de comunicar verbal o extra verbalmente hace denotar un mensaje que es recibido por el usuario y que resulta en un juicio. Lo anterior es importante si consideramos que uno de los componentes de la satisfacción de las expectativas del usuario es la amabilidad en el trato (Aguirre, 1997).

Se ha encontrado que para los usuarios la calidad está representada y definida por las características del proceso de atención, en donde el factor principal del proceso es el trato personal que se les brinda (Ramírez et al., 1998), el hablar de la satisfacción del usuario (dimensión trato) es importante ya que se consolida como una forma de evaluar la calidad de la atención médica (I.M.S.S.,1994), considerando el hecho de que aún cuando las prestaciones sean correctas desde el punto de vista del prestador, existe la posibilidad de que los usuarios expresen insatisfacción con respecto a algún aspecto del servicio.

En todos los casos estas muestras de insatisfacción deben ser detectadas, analizadas y tratadas, pues ofrecen la oportunidad de mejorar el servicio (Martínez, 1992). El usuario enmarca un quehacer organizacional, como Jesús Ríos cita "La calidad la determina el usuario del servicio, no el médico tratante o el encargado de relaciones públicas o los responsables de apoyo al tratamiento, ni mercadotecnia, ni la dirección general. Está basada

en la experiencia real del usuario con el servicio, medida contra sus *requisitos* -definidos o tácitos, conscientes o sólo percibidas, ya sea en su estado de salud o en sus perspectivas de vida o por completo subjetivos y siempre representa un objetivo móvil que lo demuestra en su entorno, esto es lo que le da el crédito a una institución de servicios de salud" (Ríos, 2000).

Por lo que es imperioso prestar atención a los pacientes como consumidores, ya que son jueces de la calidad de la atención y de cierta forma fijan los estándares al expresar su satisfacción o insatisfacción (Donabedian, 1993).

Sin olvidar también que los servicios se han convertido en una arena donde la influencia de los medios de comunicación, la injerencia de la gestión de calidad en todos los ámbitos plantea al usuario la protección para exigir la buena atención, sin embargo los usuarios no se perciben como miembros del sistema de salud por ende participan en la elaboración y calidad de ese servicio (Gil-Monte, 2005), por lo que en esta dinámica de interacción el sistema es en cierta forma un sistema proteccionalista, que indudablemente recibe el pago del grado de madurez a la que se induce con prácticas unidireccionales a satisfacer al usuario sin requerírsele la integración total activa a esa dinámica en el sistema de salud.

México y sus instituciones de salud tienen como objetivos en el plan nacional de desarrollo 2007-2012, brindar servicios de salud efectivos, seguros y eficientes, y responder de manera adecuada a las expectativas de los usuarios, siendo objetivo del gobierno federal situar la calidad en la agenda permanente del sistema nacional de salud (Programa Nacional de Desarrollo 2007-2012, 2007).

Para el IMSS, calidad de la atención médica son los atributos del sistema de atención médica, cuyas acciones consistentes y sistemáticas permiten promover, proteger y restaurar la salud, lo que contribuye al bienestar del paciente, su familia y al medio ambiente, así como a incrementar o mantener su calidad. Atributos que consideran las perspectivas del personal de salud, del derechohabiente y su familia, utiliza a la gestión clínica (utilización adecuada de los recursos para la mejor atención de los pacientes) para el funcionamiento de la organización (I.M.S.S., 2007).

La satisfacción del derechohabiente en su dimensión trato, es una dimensión de la calidad de la atención, la cual definimos como el respeto a los derechos humanos y a las características individuales de la persona, proporcionando información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente, interés manifiesto en la persona, en sus mensajes, sensaciones y sentimientos, así como amabilidad. Esta dimensión mide el grado de satisfacción del usuario por el trato que le brinda el personal de salud en la unidad.

III.3 SQT Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO

En el año 2000 el informe sobre la salud en el mundo que está dedicado a evaluar la calidad de los sistemas de salud y como proceder a su mejora, señala que los recursos humanos de un sistema de salud son vitales para el buen funcionamiento de este y para conseguir que éste ofrezca una buena calidad del servicio.

Para la OMS los trabajadores son el recurso más importante que posee un sistema de salud para lograr su eficacia, porque ésta depende de los conocimientos, las destrezas y de la motivación de los profesionales que trabajan en ese sistema (Gil-Monte et al, 2006). Por otro

lado tenemos al usuario como juez del sistema, así obtenemos entonces un binomio multifacético, que desde la óptica del planteamiento de este estudio permite sopesar y evidenciar un fenómeno en los trabajadores y su relación profunda en las relaciones humanas denotado por la satisfacción (dimensión trato).

El SQT se presenta en mayor porcentaje en los profesionales que desarrollan su actividad laboral hacia otras personas (Gil-Monte, 2009), por lo tanto inciden y dan lugar a quejas por parte de los receptores de servicios sobre el trato recibido (Gil-Monte, 2007).

En la unidad de medicina familiar donde se efectuó un estudio por medio del módulo de atención, quejas y orientación, se realizan encuestas a pacientes, en los resultados del 2005 al 2008, se detectó que de las 316 encuestas realizadas, las quejas para el servicio médico corresponde a un 29% (94 encuestas, según el centro de atención y quejas de la Unidad de Medicina familiar), evidenciando al prestador de servicios médicos y la insatisfacción en la dimensión trato por parte del paciente, por ello se puede considerar que podría existir un grado de asociación entre detrimento en trato en la atención en la Unidad Medica y SQT en el personal.

En un estudio sobre satisfacción del usuario en la dimensión trato en médicos y asistentes medicas, se encontró que más de la mitad de los usuarios perciben un buen trato (61%), aunque frecuentemente se muestran inconformes con la atención médica recibida (Guzmán et al., 2006; Hernández et al., 2002).

Un estudio de SQT efectuado en Cuba en un grupo de enfermeros que brindan atención al paciente oncológico, (la mayoría con puntuación alta en despersonalización) se

observó detrimento en la calidad de la atención, por ende la insatisfacción de los pacientes (Chacón et al, 1997).

Los altos niveles de SQT en médicos y enfermeras en un servicio de nefrología en Italia fueron asociados con la insatisfacción del paciente en diálisis, observando correlación positiva significativa entre el personal de agotamiento emocional y la insatisfacción del paciente (Argentero et al., 2008). Así mismo en un grupo de atención en rehabilitación psiquiátrica en Chicago, se encontró que hubo una relación significativa entre agotamiento emocional del equipo y la satisfacción del usuario (Garman et al., 2002).

El SQT en médicos es más fuertemente asociado con la mayor carga y tiempo de trabajo, resultando directamente proporcional al trato subóptimo del paciente (Torral et al, 2009).

Los médicos residentes de medicina interna con SQT fueron significativamente más propensos a otorgar una atención al paciente sub óptima, existiendo una asociación más fuerte en el dominio de la despersonalización (Bradley et al., 2002).

El SQT en diversos estudios apuntan a situaciones individuales, interpersonales y gerenciales como fuentes de estrés crónico, originadas en el nivel organizacional e interpersonal que definen finalmente las relaciones profesionales con la población usuaria y la calidad de la atención (Gutiérrez et al., 2006).

III.4 DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO

La unidad de atención primaria estudiada, pertenece a la zona de Los Reyes a la Delegación Oriente del Estado de México y sus áreas de influencia (delegaciones o

municipios) que son: Tláhuac, Milpa alta, Xochimilco Y Chalco, teniendo cobertura en 100 colonias, con un tiempo de llegada a la unidad que fluctúa entre 15 minutos y hasta 120 minutos.

La unidad cuenta con una población derechohabiente total de 80,436 según control de prestaciones de la unidad, esto es entonces que $(80,436/30 \text{ consultorios} = 2,681$ derechohabientes, esta es la población que cada consultorio en promedio debe atender con respecto al número de consultas otorgadas por la unidad, la cual es de 13,839 por mes de acuerdo al último reporte de ARIMAC (área de información médica y archivo clínico) de la unidad a febrero del 2010). Entonces tenemos que $13,839/29^a \text{ consultorios} = 477.2$ y esto entre los días laborados que son 22, entonces $477.2/22 = 22$ consultas en promedio por día. El promedio de atención médica por hora es de 3.90 a 4.4 consultas. De mayor intensidad es la atención en las primeras 2 horas de la jornada laboral.

El grupo de edad con mayor demanda de consulta es el de 20-59 años, predominando el grupo de las mujeres, el 82 % de la población adscrita a la unidad se encuentra en el D.F., el grado de alfabetismo de la población adscrita a esta unidad médica es para las mujeres un 90% y en los hombres un 95 % (para el grupo de más de 15 años) (Diagnóstico de salud de la Unidad; 2008, 2011).

El personal de salud es un conjunto de personas constituido por profesionales, técnicos y auxiliares, que interactúan o no, con el objetivo de generar acciones en el campo de la promoción, prevención, protección y recuperación de la salud. El primer nivel de atención es el sitio de entrada al sistema de salud institucional.

^a 1 consultorio en este mes estuvo deshabilitado.

III.5 Perfil de puesto (actividades sustanciales): médico y asistente médica:

Médico familiar:

Recibe al paciente y acompañante o familiar, registra en SIMF (Sistema de Informática en Medicina Familiar) los datos que se generan al otorgar la atención médica al paciente (en sus diferentes grupos etáreo, así como mujeres embarazadas), provenientes del interrogatorio, la exploración física, signos vitales (tensión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca), los resultados auxiliares de diagnóstico, el diagnóstico, el plan terapéutico que considere medidas de higiene, dieta, ejercicio, medicamentos y capacidad del paciente para el desempeño de sus actividades habituales, uso de oxígeno domiciliario, continuidad de la atención en otra instancia institucional.

Determinar altas laborales forma parte del protocolo para dictamen por pensión, riesgo de trabajo, secuelas, verifica en cartilla de salud acciones de acuerdo a grupo etáreo correspondiente y refiere por medio de formatos internos a los servicios necesarios como son: radiográficos, laboratorios, trabajo social, medicina preventiva, atención médica continua, curaciones, estomatología, enfermera materno infantil, medicina física y rehabilitación, medicina del trabajo.

Comunica a la asistente médica el tipo de exploración física a realizar para que prepare al paciente y le solicita que lo asista, requisita en caso de que sea receta manual por triplicado y entrega original y copia al paciente, en caso de prescripción de incapacidad temporal para el trabajo, requisita certificado de incapacidad temporal para el trabajo, y consentimiento informado en caso de aceptar la paciente Método de Planificación Familiar (M.P.F).

Requisita el consentimiento informado y aplica M.P.F., propicia la corresponsabilidad y el auto cuidado del paciente, realiza acciones educativas con el paciente y familia en su salud y manejo de la enfermedad, Identifica urgencias y envía al servicio de urgencias y/o envía atención médica continua.

Asistente médico:

Solicita por medio de vale en central de equipos y esterilizado (CEYE) el equipo, instrumental y material necesario para la exploración física, recibe en primera instancia al paciente, informa al paciente el procedimiento a realizar y solicita su colaboración para la medición de peso, talla y temperatura, registra actividades en registro de atención integral de la salud (RAIS) o en SIMF.

Acompaña al paciente al servicio de atención médica continua, en caso de referencia a otro nivel de atención institucional informa en forma clara y sencilla sobre los trámites administrativos correspondientes y sobre la ubicación de la unidad de referencia, otorga cita subsecuente por indicación del médico familiar en el día indicado o más próximo disponible y lo registra en la agenda, recibe y registra en la cartilla de salud del paciente, la fecha y hora de la cita y la regresa al paciente (también otorga citas de primera vez o subsecuentes por vía telefónica) previa información y sensibilización de la importancia del cumplimiento de su cita, glosa al expediente clínico los formatos como referencia-contrareferencia, vigilancia prenatal y riesgo reproductivo, emitidos del médico al paciente.

Informa al paciente en forma clara y sencilla sobre la ubicación del servicio de laboratorio clínico y de radiodiagnóstico, en caso de visita domiciliaria entrega al médico formato de solicitud, devuelve a CEYE el equipo completo de termometría, limpio y ordenado

así como el equipo no utilizado durante el proceso de la atención médica y rescata el vale a central de equipos, regresa las sabanas clínicas a ropería y rescata vale de ropa hospitalaria, entrega el original y copia del formato del registro de actividades de atención integral de la salud RAIS (cuando existe falla en el SIMF) lo entrega a la coordinadora de asistentes médicas y resguarda la segunda copia en su servicio durante 30 días.

IV. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivo General	Hipótesis Específica
Identificar la asociación entre la presencia del síndrome de quemarse por el trabajo en médicos y asistentes medicas y el grado de satisfacción en el trato recibido por los usuarios del servicio de primer nivel	La presencia de SQT en médicos y asistentes médicas, se relaciona con el deterioro de la satisfacción de trato recibido del usuario.
Objetivos Específicos	Hipótesis Específicas
Conocer la prevalencia de presentación de SQT en las diferentes categorías estudiadas	El grupo de médicos será el que presente mayor prevalencia de SQT
Conocer las condiciones laborales en médicos y asistentes médicas asociadas al SQT tales como: demanda de trabajo, reconocimiento, tipo de contrato, hostilidad	Las condiciones laborales son causa de SQT en médicos y asistentes médicas
Identificar las diferencias en la presentación del SQT entre los trabajadores de diferente sexo, edad, antigüedad laboral en los trabajadores estudiados, turno de trabajo, otra actividad laboral.	La relación del SQT según grupo de edad, sexo, antigüedad laboral, turno de trabajo y otra actividad laboral será distinta
Elaborar instrumento que permita evaluar la satisfacción en la atención respecto al usuario (dimensión trato).	El instrumento será adecuado estadísticamente para su uso en la población estudiada
Evaluar el grado de satisfacción del usuario por la atención recibida.	Los usuarios atendidos por personal con SQT reportarán una mala satisfacción por la atención recibida.

V. MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio.

Estudio analítico, transversal.

Población estudiada

Médicos (as) (especialización en medicina familiar y médicos generales), asistentes médicas y usuarios del servicio de medicina familiar.

Procedimiento de selección

Criterios de inclusión

Médicos: Personal de la unidad con funciones de médico familiar (médico con especialización en medicina familiar o médico general), que deseen participar en el estudio, personal de base o interinato.

Asistentes médicas: Que desee participar en el estudio.

Médicos y Asistentes Médicas que tengan el SQT

Pacientes: Mayores de 16 años, que tengan disposición de contestar el cuestionario, que haya recibido consulta en los consultorios de medicina familiar o en atención médica continua.

Criterios de exclusión

Trabajadores: personal de confianza ambas categorías (médicos y asistentes médicas).

Pacientes: usuarios menores de 16 años o con problemas auditivos.

Variables:

	Variables	Operacionalización indicadores
Variable Independiente	Síndrome de estar quemado por el trabajo	Cuestionario CESQT
Variable Dependiente	Satisfacción percibida del usuario (dimensión trato)	Cuestionario para evaluación de la dimensión trato. (CET)
Variabes Intervinientes	Tipo de trabajo Antigüedad laboral Edad Sexo Turno laboral Otro trabajo	Cuestionarios e historia laboral.

Instrumentos

a) Determinación de SQT

CESQT en su versión para profesionales de la salud (CESQT-PS) resulta un instrumento suficientemente fiable y válido para evaluar el SQT en médicos mexicanos, ya que ha sido validado en ellos en el IMSS (Gil-Monte et al., 2010), este cuestionario se aplicara previa autorización de autoridades correspondientes del instituto y participantes. (Anexo 1)

b) Cuestionario para evaluación de la dimensión trato (prueba piloto) (CET)

Primera fase, se diseñó un cuestionario para recoger información, cuantificar y universalizarla, en función de la respuesta se han codificado en dicotómicas: Sí/No, dicha fase está formado por 19 ítems que se distribuyen en dos partes: 10 ítems que evalúan al médico y 9 ítems que evalúan a la asistente médico. Para ello se realiza una prueba piloto para identificar, categorizar el tipo de preguntas más adecuadas y si existe resistencia a alguna

pregunta. Se realizaron en un grupo de personas con características similares a la población usuaria.

Evaluando en primera instancia la consistencia de este instrumento para lo cual se realizaron 20 encuestas a personas que usan/usaron el servicio de medicina familiar en el IMSS (no se realizó en pacientes de la unidad en estudio), el instrumento usado constituido por 19 ítems, realizándolo en 2 ocasiones y obteniendo una Phi= 0.7276.

Las propiedades psicométricas (fiabilidad y validez) del instrumento que evalúa la dimensión del trato, fueron las siguientes.

Nivel de Fiabilidad

Consistencia medida por medio del coeficiente de Cronbach, con el SPSS versión 15 obteniendo entonces una consistencia interna como se muestra.

Estadísticos de fiabilidad para médicos

Alfa de Cronbach	N de elementos
.899	8

Estadísticos de fiabilidad para asistente médicas

Alfa de Cronbach	N de elementos
.751	7

Estadísticos de fiabilidad del instrumento para médicos y asistentes médicas

Alfa de Cronbach	N de elementos
.863	15

Inicialmente se usaron 19 items, posteriormente por medio del análisis factorial realizado se eliminaron 4 preguntas (las preguntas 1 y 7 para médicos y las preguntas 11 y

16 para asistentes médicas) por la poca asociación con la dimensión trato. La versión final del cuestionario se presenta en el Anexo 2.

Procedimientos

Se aplicó el instrumento (CESQT) en primera fase a trabajadores (médicos n=28 y asistentes medicas n=26), iniciando en marzo 2010 con previa autorización y consentimiento por escrito. En una segunda fase aplicando instrumentos (Cuestionario para evaluación de la dimensión trato) el día 25 de mayo 2010 (no considerando el día lunes, ya que es el día que se registran mayor número de consultas, y la elección del 25 05 2010 fue aleatoria con respecto al resto de días) a los usuarios de la unidad (344 cuestionarios, de los cuales solo 231 fueron procesados, ya que el resto tuvo errores tales como: doble marca, sin marca en algunas preguntas), para ambos turnos, fueron entrevistados después de recoger su medicamento en la unidad de medicina familiar, por encuestadores ajenos a la institución, previamente capacitados con las siguientes características de la entrevista:

El entrevistador no deberá hacerse acompañar de personas ajenas a la encuesta, el entrevistador deberá identificarse como personal de la institución que corresponda (portar gafete) y expresar claramente el motivo de la entrevista en forma cordial, en términos similares a los siguientes: (mi nombre es_____, vengo de la U.N.A.M.), estamos realizando una encuesta para conocer su opinión acerca del trato que se le brinda en esta unidad médica, la información que me proporcione es muy importante para darle un mejor servicio y será confidencial y anónima.

Una vez hecha la presentación, explicando el propósito de la encuesta y con la aceptación del usuario a la entrevista, el encuestador iniciará la aplicación del instrumento de

medición, en caso contrario deberá agradecerle amablemente la atención prestada y despedirse cordialmente. En ningún caso se debe mostrar acuerdo, desacuerdo o sorpresa ante la respuesta del entrevistado, el entrevistador debe tener presente que la entrevista se refiere a los usuarios que acaban de recibir el servicio, y nunca al que está esperando hacer uso del servicio.

Durante la entrevista el encuestador solo escribirá las respuestas a las preguntas abiertas el resto de preguntas se le solicitará al usuario que marque la respuesta que el desee. Al concluir la entrevista, el entrevistador siempre deberá despedirse con cordialidad, dando las gracias por la colaboración del entrevistado y su tiempo.

Análisis de la información

Se elaboró y analizó una base de datos en el software SPSS (Statistical Package For the Social Sciences) versión 18.0 y Microsoft Excel 2007. Con el análisis según la siguiente matriz de análisis.

Hipótesis	Variable independiente	Variable dependiente	Prueba de asociación y significancia.
La presencia de SQT en médicos, y asistentes se relaciona positivamente con el deterioro del trato recibido por los usuarios del servicio de primer nivel	Puntaje del CSQT, Clasificación.CSQT	Puntaje del CET, Clasificación CET	Nivel de significancia de Razón de verosimilitudes
El grupo de médicos	Ocupación	Puntaje CSQT	Nivel de significancia

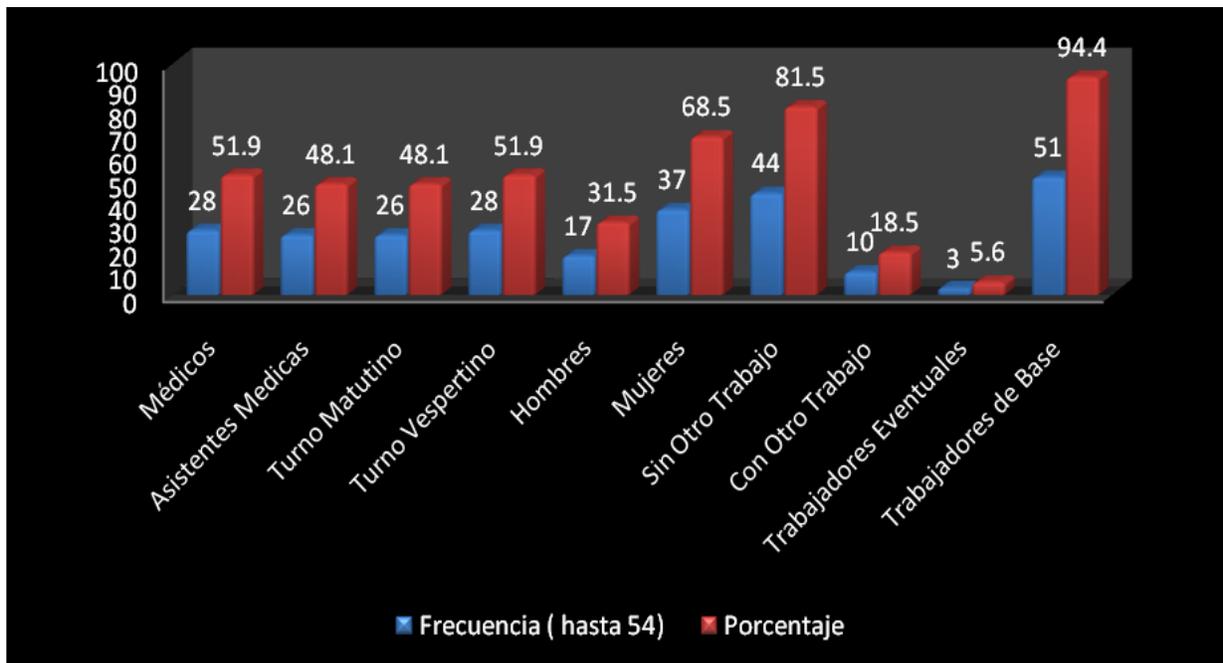
será el que presente mayor prevalencia de SQT		Clasificación CET	de Razón de verosimilitudes
La relación del SQT según grupo de edad, sexo, edad, antigüedad laboral, turno de trabajo, otra actividad laboral.	Edad, sexo, antigüedad laboral, turno de trabajo, actividad laboral	Puntaje CSQT	Nivel de significancia de Razón de verosimilitudes
Conocer las condiciones laborales en médicos y asistentes médicas asociadas al SQT, tales como: demanda de trabajo, reconocimiento, tipo de contrato, hostilidad e involucramiento.	Índices de: Demanda de trabajo, reconocimiento, hostilidad, involucramiento y tipo de contrato	Puntaje CSQT	Nivel de significancia de Razón de verosimilitudes

VI. RESULTADOS

a) Características generales de la población estudiada

En seguida como se muestra en el grafico número 1, en la cual se observan la frecuencia y porcentaje de las categorías participantes, el (52%) de los participantes son médicos, mismo porcentaje de trabajadores para el turno vespertino, la mayoría son mujeres (69%), el 94% de los trabajadores son de base y 82% no tienen otro trabajo.

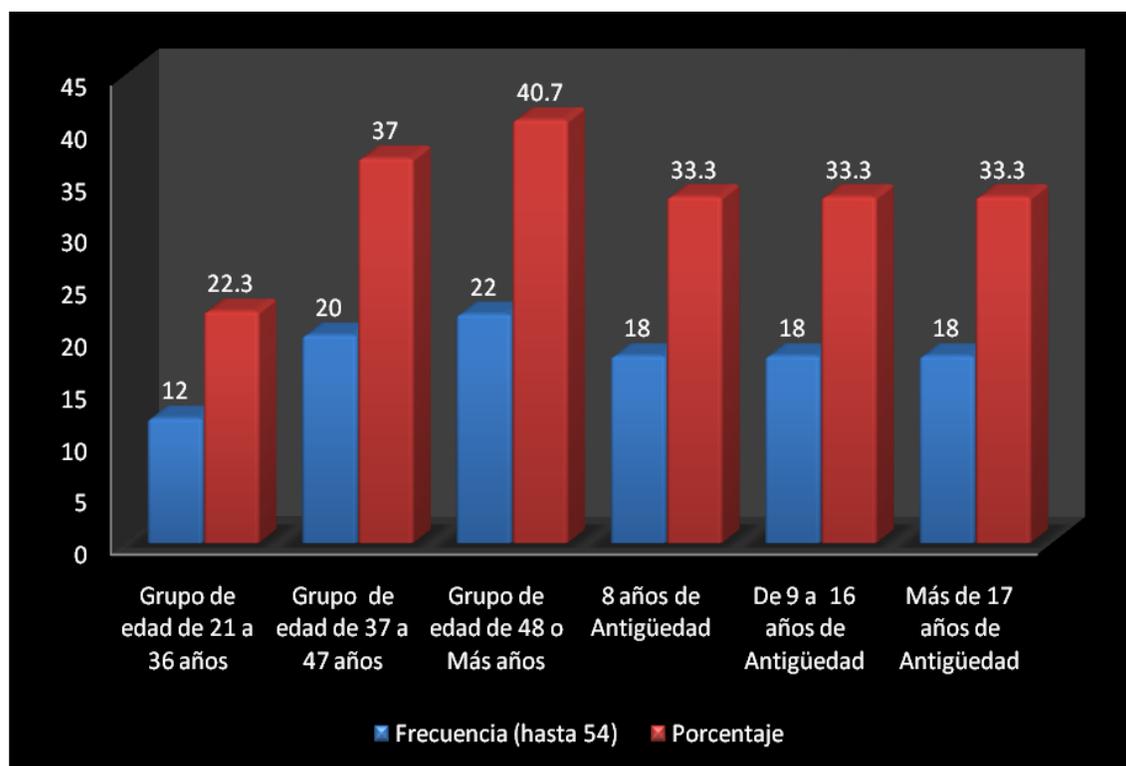
Gráfico 1. Características Generales de los trabajadores en estudio



Tomado de: cuestionario del estudio

Por grupos de edad tenemos que la mayor parte en este estudio como lo muestra el grafico número 2, corresponde al grupo de 48 o más años de edad y con respecto a la antigüedad hay una igualdad de proporciones en los tres grupos de antigüedad.

Gráfico 2. Grupo de edad y antigüedad en los trabajadores en estudio

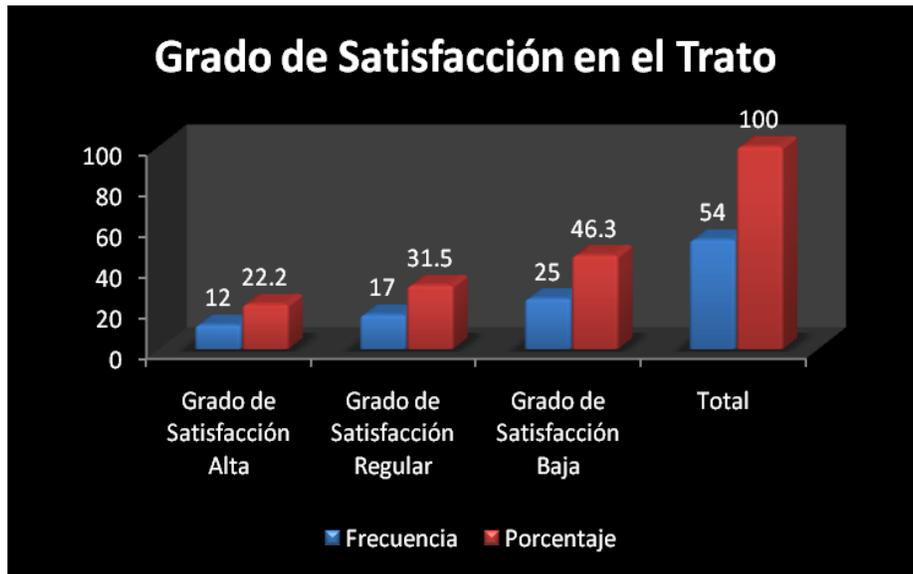


Tomado de: cuestionario del estudio

b) Percepción de satisfacción con el trato

En cuanto al grado de satisfacción con el trato como se muestra en el gráfico número 3, la mayoría de los pacientes percibe un grado de satisfacción baja (46.3%) y la minoría de la población un grado de satisfacción alta (22.2%).

Gráfico 3. Grado de satisfacción en el Trato

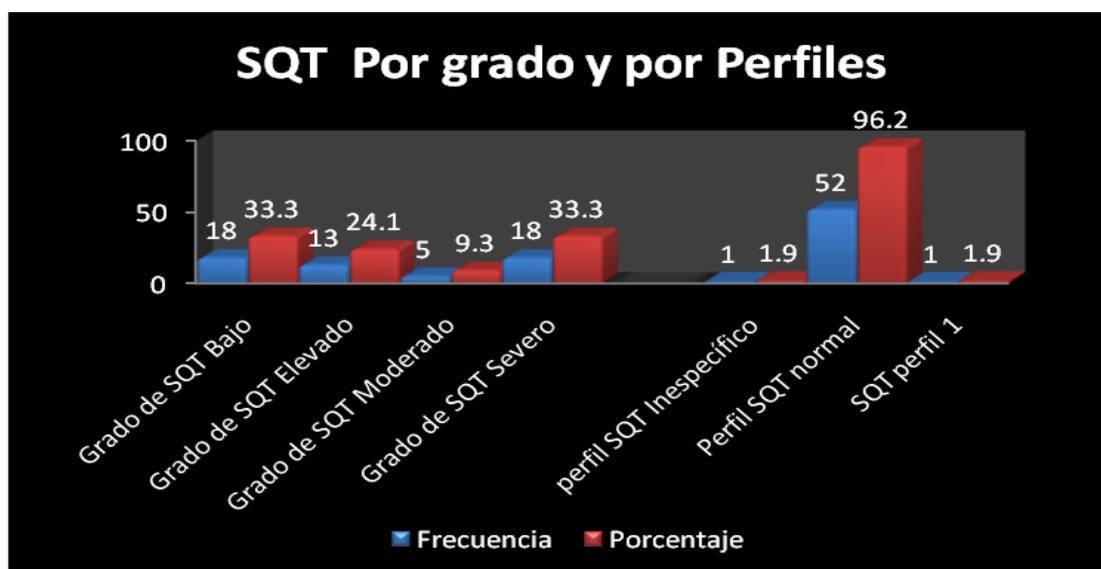


Tomado de: cuestionario del estudio

c) Presencia del SQT

Con respecto al SQT, en el gráfico número 4 muestra la clasificación por grado y por perfiles donde más de una cuarta parte de la población estudiada presenta un grado severo de SQT (33.3%), no así en cuanto a la clasificación por perfiles donde solo cerca del 2% presenta el perfil 1.

Gráfico 4. Clasificación por Grado y por Perfiles del SQT



Tomado de: cuestionario del estudio

En la tabla 1 se observa la diferencia de prevalencia por categoría en el grupo médico con respecto al de asistentes médicas, especialmente en el grado de SQT severo.

Tabla 1. Prevalencia del SQT Por Categoría

SQT POR CATEGORÍA		MEDICOS	ASISTENTES
Grado de SQT	Bajo	6	12
	%	33%	66%
	Elevado	7	6
	%	54%	46%
	Moderado	3	2
	%	60%	40%
	Severo	12	6
	%	66%	33%

Tomado de: cuestionario del estudio

d) Asociación del SQT y la satisfacción con el trato

Se hizo el análisis por cada dimensión del SQT y la percepción de la satisfacción con el trato recibido.

Para la asociación entre variables se aplicó la prueba de razón de verosimilitudes, encontrando para la hipótesis principal que hay una asociación significativa estadísticamente entre el grado de SQT y el grado de detrimento de la satisfacción en el trato, sólo para los médicos ($p. 0.035$), es decir, los pacientes de médicos con un grado severo de SQT reportan un bajo grado de satisfacción con el trato.

Como se observa en la tabla 2 donde según el tipo de trabajo, el grupo de médicos efectivamente es el que presenta mayor porcentaje de SQT, en puntajes severos siendo casi el doble del porcentaje de asistentes medicas en mismo nivel del SQT.

Tabla 2. Grado de SQT * Grado de Satisfacción * Tipo de trabajo

TIPO DE TRABAJO	Grado de SQT	Grado de Satisfacción			Total	
		Alta	Regular	Baja		
MÉDICOS	Bajo	Recuento	2	0	4	6
		% de Grado de SQT	33.3%	.0%	66.7%	100.0%
	Elevado	Recuento	3	0	4	7
		% de Grado de SQT	42.9%	.0%	57.1%	100.0%
	Moderado	Recuento	0	2	1	3
		% de Grado de SQT	.0%	66.7%	33.3%	100.0%
	Severo	Recuento	1	5	6*	12
		% de Grado de SQT	8.3%	41.7%	50.0%	100.0%
	Total	Recuento	6	7	15	28
		% de Grado de SQT	21.4%	25.0%	53.6%	100.0%
ASISTENTES	Bajo	Recuento	1	6	5	12
		% de Grado de SQT	8.3%	50.0%	41.7%	100.0%
	Elevado	Recuento	4	1	1	6
		% de Grado de SQT	66.7%	16.7%	16.7%	100.0%
	Moderado	Recuento	0	1	1	2
		% de Grado de SQT	.0%	50.0%	50.0%	100.0%
	Severo	Recuento	1	2	3	6
		% de Grado de SQT	16.7%	33.3%	50.0%	100.0%
	Total	Recuento	6	10	10	26
		% de Grado de SQT	23.1%	38.5%	38.5%	100.0%

Tomado de: cuestionario del estudio

*Chi2, Médicos, $p=0.035$, Asistentes médicas, $p=0.20$

La intensidad del SQT y su efecto sobre el grado de satisfacción con respecto al turno de trabajo, muestra un porcentaje mayor de SQT severo y baja satisfacción (57%) en el turno vespertino ($p. 0.047$) en comparación con el turno matutino ($p. 0.165$). Como se observa en la tabla 3, ningún paciente del turno vespertino tuvo alto grado de satisfacción en el trato cuando el personal mostró SQT severo.

Tabla 3. Grado de SQT* Grado de satisfacción* Turno

TURNO	Grado de SQT		Grado de Satisfacción Trato			Total
			Alta	Regular	Baja	
MATUTINO	Bajo	Recuento	1	3	5	9
		% de Grado de SQT	11.1%	33.3%	55.6%	100.0%
	Elevado	Recuento	1	0	2	3
		% de Grado de SQT	33.3%	.0%	66.7%	100.0%
	Moderado	Recuento	0	3	0	3
		% de Grado de SQT	.0%	100.0%	.0%	100.0%
	Severo	Recuento	2	4	5	11
		% de Grado de SQT	18.2%	36.4%	45.5%	100.0%
	Total	Recuento	4	10	12	26
		% de Grado de SQT	15.4%	38.5%	46.2%	100.0%
VESPERTINO	Bajo	Recuento	2	3	4	9
		% de Grado de SQT	22.2%	33.3%	44.4%	100.0%
	Elevado	Recuento	6	1	3	10
		% de Grado de SQT	60.0%	10.0%	30.0%	100.0%
	Moderado	Recuento	0	0	2*	2
		% de Grado de SQT	.0%	.0%	100.0%	100.0%
	Severo	Recuento	0	3	4*	7
		% de Grado de SQT	.0%	42.9%	57.1%	100.0%
	Total	Recuento	8	7	13	28
		% de Grado de SQT	28.6%	25.0%	46.4%	100.0%

Tomado de: cuestionario del estudio

*Chi2, Turno matutino, $p=0.165$, Turno vespertino, $p=0.047$

Entre el personal con otra actividad laboral, no existe una asociación positiva entre SQT y tener otro trabajo.

Al estudiar la presencia del SQT y satisfacción en el trato del paciente en médicos y asistentes por grupos de edad, no hay una relación positiva entre la presencia del SQT y el grupo de edad, solo cercana a lo significativo para el grupo de 48 años o más ($p. 0.058$).

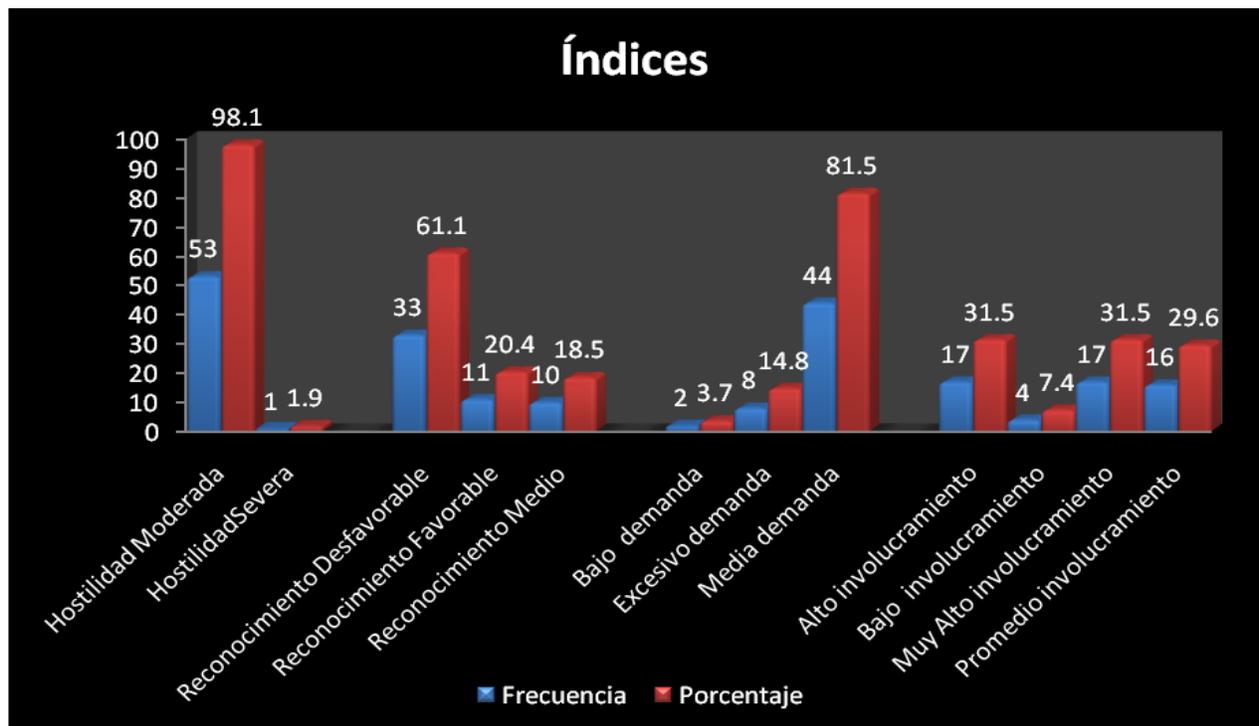
La asociación del SQT y satisfacción en el trato del paciente por sexo del trabajador, la prueba de significancia no fue significativa para las mujeres ($p.0.197$) y cercano a lo significativo para hombres ($p. 0.081$), debemos resaltar que en el grado severo del SQT, el

porcentaje de hombres es mayor, mientras que en el moderado es mayor el número de mujeres.

c) Factores psicosociales negativos

En el Gráfico número 5 se muestran los factores psicosociales analizados en este estudio: hostilidad, reconocimiento, demanda e involucramiento en el trabajo. Los factores psicosociales más adversos encontrados fueron: hostilidad laboral moderada (98%), reconocimiento en el trabajo desfavorable (61%), demanda de trabajo media (81%) y prevaleciendo el involucramiento alto y muy alto (63%).

Gráfico 5. Índices de los factores psicosociales



Tomado de: cuestionario del estudio

d) Asociación del SQT , satisfacción del trato y factores psicosociales negativos

En el grado de hostilidad moderada y baja satisfacción del trato tuvieron una asociación significativa con el SQT ($p.046$) como se muestra en la tabla 4.

Es importante mencionar que el único caso con Perfil I del SQT reportó hostilidad severa y se calificó con baja satisfacción por parte del paciente.

Tabla 4. Índice de Hostilidad, SQT y Trato

ÍNDICE DE HOSTILIDAD				Grado de Satisfacción Trato			Total
				Alta	Regular	Baja	
Moderada	Grado de SQT	Bajo	Recuento	3	6	9	18
			% de Grado de SQT	16.7%	33.3%	50.0%	100.0 %
	Elevado	Recuento	7	1	5	13	
		% de Grado de SQT	53.8%	7.7%	38.5%	100.0 %	
	Moderado	Recuento	0	3	2	5	
		% de Grado de SQT	.0%	60.0%	40.0%	100.0 %	
	Severo	Recuento	2	7	8	17	
		% de Grado de SQT	11.8%	41.2%	47.1%	100.0 %	
Total	Recuento	12	17	24*	53		
	% de Grado de SQT	22.6%	32.1%	45.3%	100.0 %		
Severa	Grado de SQT	Severo	Recuento			1	1
			% de Grado de SQT			100.0%	100.0 %
	Total	Recuento			1	1	
		% de Grado de SQT			100.0%	100.0 %	

Tomado de: cuestionario del estudio
 *Chi2, Hostilidad moderada, $p.=0.046$

Para el grado de involucramiento alto se encontró una asociación cercana a lo significativo para SQT, mostrando el mayor porcentaje de satisfacción en el trato baja cuando el involucramiento fue alto ($p.062$), como se muestra en la tabla 5.

Tabla 5. Índice de Involucramiento, SQT y Trato

INVOLUCRAMIENTO				Grado de Satisfacción			Total	
				Alta	Regular	Baja		
Alto	Grado de SQT	Bajo	Recuento	1	2	2	5	
			% de Grado de SQT	20.0%	40.0%	40.0%	100.0%	
	Elevado	Recuento	4	0	3	7		
		% de Grado de SQT	57.1%	.0%	42.9%	100.0%		
	Severo	Recuento	0	1	4	5		
		% de Grado de SQT	.0%	20.0%	80.0%	100.0%		
Total			Recuento	5	3	9*	17	
			% de Grado de SQT	29.4%	17.6%	52.9%	100.0%	
Bajo	Grado de SQT	Bajo	Recuento	1	0		1	
			% de Grado de SQT	100.0%	.0%		100.0%	
	Severo	Recuento	1	2		3		
		% de Grado de SQT	33.3%	66.7%		100.0%		
	Total			Recuento	2	2		4
				% de Grado de SQT	50.0%	50.0%		100.0%
Muy alto	Grado de SQT	Bajo	Recuento	1	2	6	9	
			% de Grado de SQT	11.1%	22.2%	66.7%	100.0%	
	Elevado	Recuento	0	0	2	2		
		% de Grado de SQT	.0%	.0%	100.0%	100.0%		
	Moderado	Recuento	0	2	1	3		
		% de Grado de SQT	.0%	66.7%	33.3%	100.0%		
	Severo	Recuento	0	3	0	3		
		% de Grado de SQT	.0%	100.0%	.0%	100.0%		
	Total			Recuento	1	7	9	17
				% de Grado de SQT	5.9%	41.2%	52.9%	100.0%

Tomado de: cuestionario del estudio
*Chi2, Involucramiento Alto, $p.=0.062$

Para el índice de reconocimiento se encontró una asociación cercana a lo significativo entre reconocimiento medio ($p 0.056$), SQT severo y baja satisfacción del trato,.

Para el índice de demanda laboral media también se encontró una asociación cercana a lo significativo (p 0.091).

VII DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Para la hipótesis principal se encontró que en efecto hay asociación significativa estadísticamente entre el grado de SQT y el grado de detrimento de la satisfacción en el trato, lo cual concuerda con lo reportado (Argentero et al., 2002; Toral et al., 2009), no así para el grupo de asistentes médicas en donde no existe asociación significativa entre SQT y detrimento del trato, pero se ha observado en otras categorías como enfermeras y rehabilitadores (Gorman et al., 2002; Chacón et al., 1997; Argentero et al., 2008).

Cabe mencionar que algunos estudios reportan la asociación en las diferentes dimensiones del SQT y su relación con la atención brindada (Bradley et al., 2002) sin embargo, en este estudio se realizó dicho análisis, no encontrando alguna asociación clara con respecto a las dimensiones del SQT y la satisfacción del paciente.

El grupo de médicos fue efectivamente según la hipótesis planteada, el grupo que mayor prevalencia del SQT.

Las condiciones laborales tales como hostilidad e involucramiento alto en el trabajo mediaron la respuesta para presentar SQT, encontrándose la asociación más importante entre la hostilidad laboral moderada y severa con la presencia de SQT y baja satisfacción del paciente, así mismo la hostilidad moderada quizás explica el SQT bajo y la baja satisfacción en el trato, por lo que es un factor coadyuvante en la percepción del trato. Para el caso del

involucramiento, encontramos que más allá de ser un factor protector (puesto que, de acuerdo a los modelos teóricos, deberíamos observar alto involucramiento, bajo SQT y alto grado de satisfacción, sin embargo, no es así) quizás como forma de afrontamiento ineficiente, que al perpetuarse las condiciones estresantes por el trabajo, esto produce un bucle que a larga puede convertir al involucramiento en una condición desfavorable que no evita al SQT y hasta cierto punto lo favorece.

No se observó una asociación significativa entre SQT y la satisfacción en el trato con respecto al grupo de edad, sexo, antigüedad laboral, y otra actividad laboral, solamente significativa entre los trabajadores del turno vespertino, quizás se explica por la mayor cantidad de pacientes atendidos en el turno vespertino (ARIMAC), así mismo la distribución de citas es heterogénea con respecto al tiempo destinado para cada cita médica, con menor tiempo para el turno vespertino.

En cuanto al instrumento de calidad del trato elaborado, este evalúa la satisfacción del paciente con respecto al trato de forma adecuada en esta población usuaria del primer nivel de atención (α de Cronbach: 0.863).

La alta responsabilidad para el grupo de médicos, implica mayor carga de factores estresantes lo que sin duda permea en la presencia del SQT y con ello el actuar cotidiano en la vida laboral y su efecto en el trato, la relevancia de este estudio es que se agrega a los pocos estudios de este corte asociativo, los considero primicia en nuestro país y sin duda contribuyen para hacer reformas desde una perspectiva de política de salud ecuánime, con la evidencia científica fortalecida por la internacional, para realizar cambios estructurales en la Ley Federal del Trabajo para dar claridad en la estructura legal a los factores psicosociales

como lo es el S.Q.T. y no menos importante fortalecer la directriz en el cuidado del personal médico.

Un ingrediente importante de bajo costo y alto impacto, es la actitud en el trato humano, ya que si bien es cierto la alta demanda de trabajo es un factor externo el cual no puedo controlar como individuo, sin embargo puedo controlar el medio interno hasta cierto nivel, la actitud debe en manera importante estar ligada fuertemente con la misión-visión, que en otras palabras es ¿Quién soy?, ¿Qué hago? y ¿Adónde voy? con respecto a la empresa, si es así, entonces se rompen con paradigmas erróneos en el trato con los pacientes. Para la organización estudiada la misión es "...mediante servicios de calidad, otorgados con sentido humano, respeto y responsabilidad....." y la visión ".....satisfacer las expectativas de nuestros usuarios", esto le otorga un grado imperativo en su rol al prestador de servicios donde se le exhorta a ser amable en el trato.

Entonces la misión-visión no solo como un conocimiento, si no como una forma de vida laboral rompería con estructuras de relaciones humanas de percepción por los usuarios que traen detrimento al servicio en esa área, ya que la actitud es una decisión aún por arriba de las circunstancias, sin hacer de ello la fuente centrípeta de la solución, por lo que la posibilidad de que el detrimento del trato sea condicionado por el SQT y por la paupérrima identidad con la visión y misión de la empresa o no, es una ventana de investigación interesante.

VIII. RECOMENDACIONES

Consideraciones a nivel personal, grupal y organizacional

Personal

→ Denotar las actitudes que causan problema

Si bien es cierta la actitud no lo es todo, como se muestra en la tabla 6, pero tiene un gran peso en la victoria organizacional de servicio al cliente, Considerando que nada es más difícil de lograr que cambiar acciones externas sin cambiar estructuras internas, entonces se debe aprender a adaptar o ajustar las actitudes, se pueden cambiar si se aprende a reemplazar el modo de pensar, ya que en gran manera la vida de pensamientos, no nuestras circunstancias, determinaran nuestra conducta

Tabla 6. Aptitud y Actitud

Habilidades	Actitudes	Resultados
Gran talento	+ Actitudes pésimas	=Organización mala
Gran talento	+ Actitudes malas	=Organización promedio
Gran talento	+ Actitudes promedio	=Organización buena
Gran talento	Actitudes buenas	=Organización excelente

(Maxwell, 2008)

Indirecta (Uso del CET)

Directa (Participación individual del personal)

→ Presentar a los grupos trabajadores la perspectiva correcta de la Misión-Visión organizacional, forjando en ellos una actitud positiva acerca del trabajo

→ Decidir cambiar esas actitudes, estar dispuesto a dedicar tiempo en el proceso de ese cambio con las siguientes sugerencias:

✚ Conocer las malas actitudes de forma:

Indirecta (Uso del CET)

Directa (Participación individual del personal con el grupo de atención especializada).

✚ Determinar la actitud positiva, para reemplazar la mala.

✚ Pensar en la buena actitud sus beneficios y consecuencias

✚ Tomar medidas para desarrollar esa actitud

✚ Autoevaluación diaria reforzando esas actitudes

✚ Hablar palabras amables

Emitir palabras sin enojo, ya que una respuesta con ira e indignación; es el preámbulo para la contienda y hace imposible la comunicación provechosa. Pero una contestación amable y suave es positiva, es como agua fría sobre carbones encendidos.

✚ Prestar atención

✚ Sonreír

✚ Aprender a pedir disculpas

Al cometer algún error en la transmisión de la información verbal o escrita

✚ Ser comprensivo

Es decir ir más allá de ser capaz de entender las palabras, es tratar de ver las cosas desde la perspectiva de la otra persona, aunque no estemos de acuerdo

con el paciente, es tratar de sentir lo que ellos sienten, y aceptar sus sentimientos, ya sea que los consideremos bien fundados o no.

→ Al personal de nuevo ingreso a través de su jefe inmediato se informa verbalmente y se hace entrega del manual de bienvenida a la unidad.

Grupal

→ Reafirmar en cada sesión semanal la misión-visión de la unidad

→ Informar por medio de sesiones o trípticos acerca del SQT a la población trabajadora

→ Evaluar en forma periódica por medio del CET, el avance en el trato con los pacientes

→ Impartir pláticas de Atención y Trato al usuario al personal y del SQT (Impartir cursos de afrontamiento del estrés)

→ Pausa para la salud

Con el fin de que el trabajador dedique un momento del día (desde 7 a 15 minutos) a realizar ejercicios de estiramiento, flexibilidad o actividad aeróbica de baja intensidad.

Organizacional

→ Invitar de forma personalizada a participar e involucrarse en mejora del trato con los pacientes al denotar actitudes desfavorables.

→ Homogeneizar los tiempos para cada cita en ambos turnos, asumiendo la recomendación de la OMS de otorgar como mínimo a una consulta subsecuente 15 minutos.

→ Formar un comité de evaluación del Trato (con personal especializado con cuerpo de gobierno y personal del Sindicato)

- Agregar al plan de trabajo de la Comisión local Mixta de Seguridad e Higiene la difusión seguimiento y tratamiento especializado del SQT
- Establecer un plan de trabajo
 - Involucrar a la mayor parte del personal por medio de información oportuna y veraz para conocer al SQT
- Establecer Sistemas de comunicación vía comité de evaluación del Trato y Comisión local Mixta de Seguridad e Higiene con los trabajadores de forma programada y no programada
- Dar seguimiento a las estrategias formuladas e implementadas en el trabajo de manera mensual y anual
- Levantar minutas de compromiso
- Encuestas del tipo de liderazgo que ejercen los Jefes de servicio
- Por medio de la Comisión de Actos y Festejos fomentar la integración y estimular el interés personal, a través de dinámicas, eventos encaminados a favorecer el involucramiento, la participación y comunicación eficaz del personal.
- Ofrecer atención de manera integral (Tratamiento y Rehabilitación) especializada a quien ya padece el Síndrome
- Tomar medidas preventivas del SQT para todo el personal formulando programas de intervención y seguimiento

IX. BIBLIOGRAFÍA

- ✚ Aguirre-Gas H. Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica. cirugía y cirujanos, 2008; 76(2): 187-196. Recuperado el 08 de Mayo del 2009 de:
<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/662/66276215.pdf>
- ✚ Aguirre-Gas H. Administración de la calidad de la atención médica. Rev. Med IMSS 1997; 35 (4):257-264.
- ✚ Aguirre-Gas H. Evaluación de la calidad de la atención médica, Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. Salud Pública Mex 1990; 32:170-180.
- ✚ Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Font-Mayolas S, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español, Rev. Esp Salud Pública 2009; 83 (2): 215-230. Recuperado el 13 de febrero del 2010 de:
<http://elbiruniblogspotcom.blogspot.com/2009/06/intramed-articulos-el-sindrome-burnout.html>
- ✚ Argentero P, Bianca D, Ferretti SM. Staff Burnout and Patient Satisfaction With the Quality of Dialysis Care. American Journal of Kidney Diseases 2008; 51 (1):80-92. Recuperado el 12 de febrero del 2010 de:
[http://www.ajkd.org/article/S0272-6386\(07\)01306-6/abstract](http://www.ajkd.org/article/S0272-6386(07)01306-6/abstract)
- ✚ Aranda-Beltrán C, Pando-Moreno M, Salazar-Estrada JG, Torres-López TM, Aldrete-Rodríguez MG, Pérez-Reyes MB. Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. Rev Cubana Salud Pública

2005; 31(2): Recuperado el 25 de febrero del 2010 de:

www.imbiomed.com/1/1/articulos.php

- ✚ Andrew NG, Patrick W, Scott M. Staff Burnout and Patient Satisfaction: Evidence of Relationships at the Care Unit Level. *Journal of Occupational Health Psychology* 2002; 7(3), 235–241. Recuperado el 24 de febrero del 2010 de: <http://psycnec.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2002-01632-004>
 - ✚ Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and Self-Reported Patient Care in an Internal Medicine. *Ann Intern Med.* 2002; 136:358-367. Recuperado el 27 de febrero del 2010 de: <http://www.annals.org/content/136/5/358.full.pdf+html>
 - ✚ Chacón-Roger M, Grau-Abalo J. Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. *Rev Cubana Oncol* 1997; 13(2):118-125. Recuperado el 24 de febrero del 2010 de: http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol13_2_97/onc10297.htm
 - ✚ Curiel-García M, Rodríguez-Moran F, Síndrome de agotamiento profesional en personal de atención a la salud. *Rev. Med IMSS* 2006; 44(3):221-226.
 - ✚ centro en atención orientación y quejas de la Unidad de Medicina Familiar.
 - ✚ Carnegie D. How to win friends and influence people. *The Rotarian* 1937; 50(2):1. Recuperado el 10 de febrero del 2011 de: www.books.google.com/books
 - ✚ De-Pablo G, Superviola-González JF. The prevalence of the burnout syndrome or professional exhaustion in primary care physicians. *Aten Primaria* 1998; 22: 580-584. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9887580>
- Programa Nacional de Salud 2007-2012
- http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf

- ✚ Donabedian A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención. Salud Pública Mex 1993; 35:94-97. Recuperado el 2 de Mayo del 2009 de: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/1993/ene_feb/ene_fen_93_10prioridad.pdf
- ✚ Fajardo-Ortiz G. control de calidad de los servicios en los hospitales de primer contacto y en la atención primaria de la salud. Rev. Med IMSS (1981); 19: 745-750.
- ✚ Frenk J, Avedis Donabedian. Salud pública Méx. 2000; 42 (6): 556-557. Recuperado el 12 de Febrero del 2010 de: www.bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2000/num_6/426_12_inmemoriam.pdf
- ✚ Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) como fenómeno transcultural, información psicológica 2008; 91: 4-11. Recuperado el 24 de febrero del 2010 de: <http://www.uv.es/unipsico/publicaciones/>
- ✚ Gil-Monte PR, Zúñiga-Caballero LC. Validez factorial del “Cuestionario para evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (CESQT) en una muestra de médicos mexicanos. Univ. Psychol. Bogotá, Colombia 2010; 9 (1): 169-178. Recuperado el 25 de Febrero del 2010 de: <http://www.uv.es/unipsico/instrumentos-de-evaluacion/>
- ✚ Gil-Monte PR. Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. Rev Salud Pública 2009; 83 (2): 169-173. Recuperado el 24 de febrero del 2010 de: <http://www.uv.es/unipsico/publicaciones/>
- ✚ Gil-Monte PR. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. Psicología en Estudio 2002; 7 (1): 3-10. Recuperado el 24 de febrero del 2010 de: <http://www.uv.es/unipsico/publicaciones/>

- ✚ Gil-Monte PR, Marucco M. Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) en médicos. Medicina y Sociedad 2006; 26 (2): Recuperado el 27 de Febrero del 2010 de: http://www.medicinaysociedad.org.ar/publicaciones/20_junio2006/sindromecompleto.htm
- ✚ Gil-Monte PR. El Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid, España: Pirámide; 2005.
- ✚ Gil-Monte PR, Peiró JM. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del Síndrome de Quemarse por el Trabajo. Anales de Psicología 1999, 15 (2): 261-268. Recuperado el 8 de Febrero del 2010 de: http://www.um.es/anales/v15/v15_2pdf/12v98_05Llag2.PDF
- ✚ Gil-Monte PR. Cómo evaluar y prevenir el síndrome de quemarse por el trabajo, Gestión práctica de Riesgos Laborales, (34), enero 2007. Recuperado el 27 de febrero del 2010 de: <http://www.uv.es/unipsico/publicaciones/>
- ✚ Gil-Monte PR. Burnout Syndrome: ¿Síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? Revista de psicología del trabajo y de las Organizaciones 2003; 19 (2): 181-197. Recuperado el 27 de febrero del 2010 de: <http://www.uv.es/unipsico/publicaciones/>
- ✚ Guzmán MA, Ramos-Córdova LF, Castañeda-Sánchez O, López del Castillo-Sánchez D, Gómez-Alcalá A. Satisfacción de los usuarios de una unidad de medicina familiar. Rev. Med Inst Mex IMSS 2006; 44 (1): 39-45.

- ✚ Gutiérrez-Aceves GA, Celis-López MA, Moreno-Jiménez S, Farías-Serratos F, Suárez-Campos JJ. Síndrome de burnout Arch Neurocién (Mex) 2006; 11 (4): 305-309. Recuperado el 10 de Noviembre del 2009 de: http://artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/Archivos_neurociencias/13%20Sindrome%20de%20burnout.pdf
- ✚ Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el Síndrome de Burnout en personal sanitario Hispanoamericano y español. (2007), Rev. Esp Salud Pública 2009; 83: 215-230. Recuperado el 27 de Febrero del 2010 de: <http://www.intramed.net/UserFiles/archivos/Burnout.pdf>
- ✚ Hernández-Leyva B, García-Peña C, Anzures-Carro R, Orozco-López M. Satisfacción de usuarios en unidades de medicina familiar Rev Med IMSS 2002; 40 (5): 373-378
- ✚ Instituto Mexicano del Seguro Social, Norma que establece las disposiciones para la atención de la atención médica en las unidades de medicina familiar. dic. 2007.
- ✚ Instituto Mexicano del Seguro Social, Modelo de atención a la salud. Rev. Med IMSS 1994; 32(suppl):38-39.
- ✚ Maxwell JC. Actitud 101 lo que todo líder necesita saber. Estados Unidos de Norteamérica: Thomas Nelson Publishers; 2008.
- ✚ Martínez-Carranza MG Et al. Calidad de la atención médica: efectos de la inasistencia del personal de salud. Revista de enfermería. IMSS, México. 1992; 5 (1): 37-43.
- ✚ Marucco M, Gil-Monte P, Flamenco E. Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en pediatras de hospitales generales, estudio comparativo de la prevalencia medida

con el MBI-HSS y el CESQT. Información Psicológica 2008; 91-92: 32-42. Recuperado el 12 de Febrero del 2010 de: <http://dialnet.uinirioja.es/servlet/articulo?codigo=2551791>

✚ Organización Internacional del Trabajo. Factores Psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención Serie Seguridad, Higiene y Medicina del Trabajo. Núm. 56 OIT; Ginebra. 1986

✚ Olivares-Faúndez VE, Gil-Monte PR. Análisis de las principales fortalezas y debilidades del “Maslach Burnout Inventory” (MBI). Ciencia y Trabajo 2009; 11(33):160-167.

Recuperado el 7 de Febrero del 2010 de:

http://www.uv.es/unipsico/pdf/Publicaciones/Articulos/01_SQT/2009_C__SQT/2009_C__T.pdf

✚ Olivares-Faúndez VE, Gil-Monte PR. Prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) en trabajadores de servicios en Chile. Ciencia y Trabajo 2009; 11(32): 63-71. Recuperado el 7 de Febrero del 2010 de:

<http://www.uv.es/unipsico/pdf/CESQT/internos/2009%20Olivares%20et%20al.pdf>

✚ Pereda-Torales L, Márquez-Celedonio F, Hoyos-Vásquez MT, Yáñez-Zamora MI. Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico, Salud Mental 2009; 32: 399-404. Recuperado el 13 de Marzo del 2010 de:

<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v32n5/v32n5a6.pdf>

✚ Ponce-Gómez J, Reyes-Morales H, Ponce-Gómez G. Satisfacción laboral y calidad de atención de enfermería en una unidad médica de alta especialidad. Rev enferm IMSS 2006; 14 (2); 65-73.

✚ Programa Nacional de Salud 2007-2012. Recuperado el 7 Mayo del 2009 de:

http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf

- ✚ Ramírez-Sánchez T, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México* 1998; 40(1): 3-12. Recuperado el 07 de Mayo del 2009 de:
<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n1/Y0400102.pdf>
- ✚ Rodríguez-Notario R, Oramas-Viera A, Castillo-Martín NP. Fatiga y tipo de trabajo según el modelo karasek en condiciones laborales de restricción. *Rev. cub de salud y trabajo* 2004; 5(1):31-8. Recuperado el 12 de febrero del 2010 de:
http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol5_01_04/rst06104.html
- ✚ Rocha-Romero R. Un punto de vista psicosocial sobre el trabajo en México. *Liber.*, 2006; 12 (12): 55-77. Recuperado el 7 de Febrero del 2010 de:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v12n12/a07v12n12.pdf>
- ✚ Ríos-Martínez J. Calidad y mejora continua en los servicios de salud. 2000. Satisfacción Laboral de profesionales de la salud en el IMSS, Jalisco 1999-2002. *Rev Med IMSS* 2004; 42 (3): 193-198.
- ✚ Toral-Villanueva R, Aguilar-Madrid G, Juárez-Pérez CA. Burnout and patient care in junior doctors in México City. *Occupational Medicine* 2009; 59 (1): 8-13. Recuperado el 5 de Abril del 2010 de:
<http://occmed.oxfordjournals.org/content/59/1/8.full.pdf>
- ✚ Unidad de Medicina Familiar 195. Diagnóstico de salud, Chalco, 2008.
- ✚ Unidad de Medicina Familiar 195. Diagnóstico de salud, Chalco, 2011.

X. ANEXOS

Anexo 1. CESQT¹

No. _____



“TRABAJO Y SALUD CARDIOVASCULAR”

LEA LO SIGUIENTE Y SI ESTÁ DE ACUERDO PONGA SU NOMBRE Y FIRMA

Firma de consentimiento:

El abajo firmante manifiesto libre y voluntariamente que estoy de acuerdo en proporcionar esta información para el estudio de la FES Zaragoza, UNAM “**Relación del Estrés por el Trabajo y la salud cardiovascular de los trabajadores**”, cuyo objetivo consiste en conocer la frecuencia de este problema laboral en diferentes grupos de trabajadores y examinar su relación con indicadores de salud cardiovascular de los trabajadores.

Estoy consciente que los procedimientos consisten en contestar un cuestionario, tomarme la presión arterial, mi peso, talla y proporcionar una muestra de saliva; estos procedimientos no implican ningún riesgo para mi persona.

Los responsables del estudio se comprometen a respetarán mi confidencialidad y utilizar esta información para promover condiciones saludables en mi sitio de trabajo.

Es de mi conocimiento que en cualquier momento puedo retirarme del estudio, sin que tenga una repercusión personal o laboral. También puedo solicitar información adicional a los responsables. Los responsables del estudio no proporcionarán sin mi consentimiento mi información personal a ninguna otra persona u organismo.

Al final del estudio los responsables me entregarán un reporte de los resultados generales obtenidos. Para cualquier aclaración podré ponerme en contacto en cualquier momento con el responsable del proyecto, Dr. Horacio Tovalín Ahumada en la FES Zaragoza de la UNAM, al 56 23 07 08 ext. 106.

Nombre y Firma del trabajador:

Fecha:

Nombre y Firma del entrevistador 1:

¹ Este cuestionario es parte del CESQT empleado para la investigación Trabajo y Salud Cardiovascular.

--

CUESTIONARIO DE CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD-CONACYT/UNAM1

- | | |
|---|---|
| <p>1. Centro de Trabajo: _____</p> <p>3. Nombre: _____</p> <p>6. Edo. Civil: <u> (Soltero) (Casado) (Unión Libre) (Divorciado)</u>
<u>(Viudo) (Separado)</u></p> <p>8. Número de hijos _____</p> <p>10. Antigüedad en el trabajo (años): _____</p> <p>12. Turno: <u> Mañana () Tarde () Noche () Mixto ()</u></p> | <p>2. Tiene otro trabajo: (Si) (No)</p> <p>4. Sexo: (Masc.) (Fem.) 5. Edad (años): _____</p> <p>7. Escolaridad: <u> (Prim) (Sec) (Pre) (Tec) (Profe)(Posg)</u></p> <p>9. Dirección personal (Indicar Delegación y CP): _____</p> <p>11. Antigüedad puesto(años): <u> </u> 11b. Otro trabajo: Si No</p> <p>13. Contrato: <u> Interinato() Base () Confianza ()</u></p> |
|---|---|

**TODA LA INFORMACIÓN QUE USTED PROPORCIONE ES CONFIDENCIAL.
LA INFORMACION PERSONAL NO SERA ENTREGADA A LA ADMINISTRACION.
ESTA INFORMACIÓN ES IMPORTANTE PARA MEJORAR SU TRABAJO.
POR FAVOR TRATE DE CONTESTAR LO MÁS CERCANO A SU SITUACION LABORAL Y DE SALUD.**

ELIGE UNA SOLA RESPUESTA PARA CADA UNA DE LAS PREGUNTAS SOBRE SU TRABAJO:

	No, Estoy Totalmente en Desacuerdo	Estoy en Desacuerdo	Estoy de Acuerdo	Sí, Estoy Totalmente de Acuerdo
27. Tengo que trabajar muy rápido	1	2	3	4
28. Tengo que trabajar muy duro	1	2	3	4
29. No se me pide que realice una cantidad excesiva de trabajo	1	2	3	4
30. Tengo suficiente tiempo para terminar mi trabajo	1	2	3	4
32. En mi trabajo tengo que responder a órdenes contradictorias, no claras	1	2	3	4

ELIJA UNA SOLA OPCIÓN PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS. SOBRE EL RECONOCIMIENTO A SU LABOR:

	Siempre	Muchas veces	Algunas Veces	Solo alguna vez	Nunca
41. En mi trabajo mis superiores me dan el reconocimiento que merezco	4	3	2	1	0
42. En las situaciones difíciles en el trabajo recibo el apoyo necesario	4	3	2	1	0
43. En mi trabajo me tratan injustamente	0	1	2	3	4
44. Pienso que el reconocimiento que recibo en mi trabajo por mi desempeño es adecuado	4	3	2	1	0

PIENSE CON QUÉ FRECUENCIA TIENE LAS SIGUIENTES IDEAS SOBRE SU TRABAJO:

	Nunca	Raramente: algunas veces al año	A veces: algunas veces al mes	Frecuente: algunas veces por semana	Muy frecuente: todos los días
45. Mi trabajo me supone un reto estimulante.	0	1	2	3	4
46. No me apetece hacer ciertas cosas de mi trabajo.	0	1	2	3	4
47- Estoy harto/a de mi trabajo.	0	1	2	3	4
48. Me preocupa el trato que he dado a algunas personas en el trabajo.	0	1	2	3	4
49. Veo mi trabajo como una fuente de realización personal.	0	1	2	3	4
50. Me siento decepcionado/a por lo que es mi trabajo.	0	1	2	3	4
51. Creo que merezco algo mejor que este trabajo.	0	1	2	3	4
52. Pienso que estoy saturado/a por el trabajo.	0	1	2	3	4
53. Me siento culpable por alguna de mis actitudes en el trabajo.	0	1	2	3	4
54. Pienso que mi trabajo me aporta cosas positivas.	0	1	2	3	4
55. Hay momentos en los que me gustaría desaparecer de mi trabajo.	0	1	2	3	4
56. Me siento agobiado/a por el trabajo.	0	1	2	3	4
57. Tengo remordimientos por algunos de mis comportamientos en el trabajo.	0	1	2	3	4
58. Pienso que estoy estancado/a y no progreso en mi trabajo.	0	1	2	3	4
59. Mi trabajo me resulta gratificante.	0	1	2	3	4
60. Pienso que debería pedir disculpas a alguien por mi comportamiento.	0	1	2	3	4
61. Me siento cansado/a físicamente en el trabajo.	0	1	2	3	4
62. Me siento desgastado/a emocionalmente.	0	1	2	3	4
63. Me siento ilusionado/a por mi trabajo.	0	1	2	3	4
64. Me siento mal por algunas cosas que he dicho en el trabajo.	0	1	2	3	4
65. Creo que algunas cosas que hago en mi trabajo no sirven para nada.	0	1	2	3	4

66. Pienso que la institución/empresa me está utilizando.	0	1	2	3	4
---	---	---	---	---	---

**A CONTINUACIÓN HAY UNA LISTA DE SITUACIONES QUE PUEDEN HABER OCURRIDO EN SU TRABAJO
INDIQUE CON QUE FRECUENCIA LE HAN OCURRIDO:**

	No ha ocurrido	Pocas veces	Es frecuente	Muy frecuente
67. No dejan que se exprese	0	1	2	3
68. Critican su trabajo	0	1	2	3
69. Lo evitan	0	1	2	3
70. Prohíben a otros que se le hable	0	1	2	3
71. Crean rumores falsos sobre usted.	0	1	2	3
72. Lo agreden los usuarios, trabajadores u otras personas	0	1	2	3

INDIQUE CON QUE FRECUENCIA TIENE CONFLICTOS EN SU TRABAJO

	Nunca	Raro algunas veces al año	A veces: algunas veces al mes	Frecuente: algunas veces por semana	Muy frecuente: todos los días
73. Tiene conflictos con su supervisor/a	0	1	2	3	4
74. Tiene conflictos con sus compañeros/as	0	1	2	3	4
75. Tiene conflictos con otras personas	0	1	2	3	4
76. Tiene conflictos con la dirección del centro	0	1	2	3	4
77. Tiene conflictos con otros trabajadores del centro	0	1	2	3	4

INDIQUE CUANTAS VECES O CON QUE FRECUENCIA SE HA SENTIDO ASÍ:

	Nunca (Ninguna vez)	Casi Nunca (Pocas veces al año)	Algunas veces (Una vez al mes o menos)	Regularmente (Pocas veces al mes)	Bastantes veces (Una vez a la semana)	Casi siempre (Pocas veces por semana)	Siempre (Todos los días)
199. En mi trabajo me siento lleno de energía	0	1	2	3	4	5	6
200. Me siento fuerte y vigoroso en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
201. Estoy entusiasmado con mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
202. Mi trabajo me inspira	0	1	2	3	4	5	6
203. Por las mañanas tengo ganas de ir a trabajar	0	1	2	3	4	5	6
204. Soy feliz cuando estoy absorto (metido) en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
205. Estoy orgulloso del trabajo que hago	0	1	2	3	4	5	6
206. Estoy inmerso en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
207. Me "dejo llevar" (me absorbe) por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6

¡Muchas gracias por su participación!

Sus respuestas servirán para proponer mejoras a sus condiciones de trabajo.

Por favor revise si contestó todas las preguntas

Anexo 2

INSTRUMENTO DE EVALUACION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
EVALUACIÓN DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN**

NOS INTERESA CONOCER SU GRADO DE SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN BRINDADA

ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL Y NO AFECTARÁ DE NINGUNA MANERA LA ATENCIÓN QUE RECIBA

1. Consultorio No.: _____, AMC (), Diabetimss (), Rehabilitación () 2. Turno: Matutino () Vespertino ()
3. Consulta: Primera vez () Subsecuente () 4. Con cita () Con ficha ()
5. Hora de consulta: _____ 6. Motivo de consulta: _____
7. 1. Sexo: (H) (M) 2. Edad: _____ 3. Escolaridad: _____ FECHA: _____
8. ¿Cuánto tiempo hace de su trabajo o casa a la clínica? _____

POR FAVOR MARQUE CON UNA  EN SI Ó NO

<i>PREGUNTA</i>		
<i>¿EL MÉDICO LE MIRO A LOS OJOS CUANDO USTED HABLABA?</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>¿EL MÉDICO LE PERMITIÓ HABLAR SOBRE SU ESTADO DE SALUD?</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>¿EL MÉDICO LE EXPLICÓ SOBRE SU ESTADO DE SALUD?</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>¿EL MÉDICO LE EXPLICÓ SOBRE EL TRATAMIENTO QUE DEBE SEGUIR?</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>¿LA INFORMACIÓN QUE LE DIO EL MÉDICO, FUE CLARA?</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>¿EL MÉDICO MOSTRÓ INTERES DURANTE SU CONSULTA?</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>¿EL MÉDICO LE ATENDIO PACIENTEMENTE?</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>¿EL MÉDICO SE DESPIDIO AMABLEMENTE CUANDO TERMINÓ SU CONSULTA?</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>¿LA ASISTENTE MÉDICA LE MIRO A LOS OJOS CUANDO USTED HABLABA?</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>¿LA ASISTENTE MÉDICA LE PERMITIÓ HABLAR SOBRE SU MOTIVO DE CITA?</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>¿LA ASISTENTE LE INFORMÓ SOBRE SU PESO?</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>¿LA INFORMACIÓN QUE LE DIO LA ASISTENTE, FUE CLARA?</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>¿LA ASISTENTE MÉDICA LE ATENDIO PACIENTEMENTE?</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>¿LA ASISTENTE LE EXPLICÓ SOBRE SU NUEVA CITA?</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>¿AL RETIRARSE DEL CONSULTORIO LA ASISTENTE SE DESPIDIÓ AMABLEMENTE DE USTED?</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>

GRACIAS POR SU COLABORACION

CONSISTENCIA PARA INSTRUMENTO DE EVALUACION DE LA SATISFACCION

DEL USUARIO

INSTRUMENTO PARA EVALUACION DE SATISFACCION EN EL TRATO (PRUEBA PILOTO).

Se realizaron 20 encuestas a personas que usan/usaron el servicio de medicina familiar en el IMSS (no en pacientes de la unidad de estudio), se usaron 19 ítems.

SE USO UNA ESCALA CUALITATIVA NOMINAL

Parámetros:

Si= en primera o segunda ocasión si= 10 ítems con respuesta sí.

	SI	NO		
SI	a 15	d 0	ad	15
NO	b 2	c 3	bc	5
	ab 17	Cd 3	abcd	20

Cálculos.

a	15	Phi= $\frac{axc-bxd}{\text{raíz cuadrada del producto}}$
b	2	
c	3	$(a+b)(c+d)(b+c)(a+d)$ =45-0/raíz cuadrada de 3825 =45/61.84599
d	0	
a+b	17	Phi= 0.7276
c+d	3	
a+d	0	
b+c	3	