



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON UMF #1**

***FACTORES PSICOSOCIALES, BURNOUT Y ENGAGEMENT EN MÉDICOS  
RESIDENTES E INTERNOS DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1: UN  
ESTUDIO LONGITUDINAL***

Número de registro SIRELCIS R- 2014 – 1701 - 16

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**DR. JESÚS SÁMANO GARCÍA**



DIRECTOR DE TESIS:  
***MTRA. ANABEL CAMACHO ÁVILA***

ASESORES DE TESIS  
***DR. SERGIO ARTURO JUÁREZ MÁRQUEZ***  
***MTRO. OMAR PLACENCIA REYES***



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

**“FACTORES PSICOSOCIALES, BURNOUT Y ENGAGEMENT EN MÉDICOS RESIDENTES E INTERNOS DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1: UN ESTUDIO LONGITUDINAL”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:

**DR. JESÚS SÁMANO GARCÍA**  
**RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGR #1**

**A U T O R I Z A C I O N E S :**

---

**DRA. ANITA ROMERO RAMIREZ**  
**JEFE DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL**

---

**DRA. LAURA ÁVILA JIMÉNEZ.**  
**COORD. AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

---

**DRA. MARIA CRISTINA VAZQUEZ BELLO.**  
**COORD. AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD.**

---

**DRA. AMELIA MARISSA LEIVA DORANTES**  
**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

---

**DRA. MONICA VIVIANA MARTINEZ MARTINEZ.**  
**PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

---

**DIRECTOR DE TESIS**

---

**MTRA. ANABEL CAMACHO ÁVILA.**  
PROFESORA DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA UAEM

**ASESORES DE TESIS**

---

**DR. SERGIO ARTURO JUÁREZ MÁRQUEZ**  
MEDICO FAMILIAR IMSS

---

**MTRO. OMAR PLACENCIA REYES**  
ORIENTADOR TÉCNICO MÉDICO 20

**“FACTORES PSICOSOCIALES, BURNOUT Y ENGAGEMENT EN MÉDICOS  
RESIDENTES E INTERNOS DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1: UN  
ESTUDIO LONGITUDINAL”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:

**DR. JESÚS SÁMANO GARCÍA**

A U T O R I Z A C I O N E S

---

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

---

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

---

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

---

**“FACTORES PSICOSOCIALES, BURNOUT Y ENGAGEMENT EN MÉDICOS  
RESIDENTES E INTERNOS DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1: UN  
ESTUDIO LONGITUDINAL”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:

**DR. JESÚS SÁMANO GARCÍA  
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

---

PRESIDENTE DEL JURADO  
DRA. MONICA VIVIANA MARTINEZ MARTINEZ.  
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGR#1

---

SECRETARIO DEL JURADO  
DR. DANIEL ALVAREZ ESCOBEDO  
MEDICO FAMILIAR ADSCRITO AL  
HOSPITAL GENERAL REGIONAL #1

---

VOCAL DEL JURADO  
MTRA. ANABEL CAMACHO AVILA  
PROFESORA DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA UAEM

---

## AGRADECIMIENTOS

A mis padres **Rosa María (Ocha) y Jesús (Picha)**, por todo el esfuerzo, sacrificio y tiempo que invirtieron en mi para poder educarme y hacerme salir adelante, todo su cariño y amor hacia mí a pesar de todas las situaciones difíciles que hemos pasado, seguimos adelante y este es un logro más gracias a ustedes. **Sin ustedes no sería nada.**

A mis hermanos **Kareni, Jenny y Raúl** y sobrinos **Jafeth Aarón y Karime** por entender mi carrera, por apoyarme moral y económicamente, disculpando todos los momentos importantes que me ausente por lograr esta meta. **Los quiero.**

A **Tany** por esa hija maravillosa que me dio, por todo su apoyo y comprensión para terminar esta meta a pesar de todas las diferencias que pasamos. **Gracias.**

**Anabel**, muchas muchas gracias por todo ese tiempo y esfuerzo invertido en mi para poder lograr este trabajo, sé que tienes “mucho” engagement en todo lo que haces (así deberíamos de ser todos), eres una persona exitosa y por el camino que vas, llegarás muy lejos. **Hay que hacer siempre lo que a uno le guste.**

A **Sergio Juárez**, un verdadero placer conocerlo y más haber trabajado con usted, me deja mucha enseñanza, sobre todo, de cómo ser un buen médico y persona. **Mónica**, por ser guía en nuestro proceso de formación como especialistas, **Omar**, muchas gracias por su por tu confianza y asesoría en este proyecto. **Gracias.**

**Ale, Nely, Héctor y Sergio**, compañeros de la especialidad pero sobre todo amigos, todas las guardias, las diferencias, los malos entendidos, los pacientes complicados, prácticamente todo lo bueno y lo malo de la carrera lo hemos pasado juntos, formamos un gran equipo de trabajo y estoy seguro que seguiremos siendo grandes amigos. **Los estimo mucho.**

**Aylin (Mi Gordis, Pirinola, Traviesa, Amor, Princesa, Reyna)** mi motor, mi fuerza para siempre seguir a adelante, sé que no estoy siempre a tu lado pero siempre estás en mi mente, eres lo más grande y mejor que me ha pasado en la vida, estoy feliz y orgulloso de tener una hija como tú. Estaré siempre para tí, eres la más importante en este logro (sin menospreciar a los demás). **TE AMO Y SIEMPRE LO HARE.**

---

# INDICE GENERAL

<b>1.- MARCO TEORICO</b> -----	<b>1</b>
1.1.- INTRODUCCIÓN-----	1
1.1.1 <i>Estrés y Síndrome de Burnout</i> -----	1
1.1.2 <i>Engagement</i> -----	3
1.1.3 <i>Factores psicosociales asociados a Burnout y Engagement</i> -----	3
1.1.4 <i>El médico residente e interno</i> -----	6
1.1.5 <i>Antecedentes empíricos</i> -----	8
<b>2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> -----	<b>10</b>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN</b> -----	<b>10</b>
<b>4.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</b> -----	<b>11</b>
<b>5.- OBJETIVOS</b> -----	<b>11</b>
5.1.- OBJETIVO GENERAL-----	11
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS-----	11
<b>6.- HIPÓTESIS</b> -----	<b>11</b>
<b>6.- MATERIAL Y MÉTODO</b> -----	<b>13</b>
6.1 DISEÑO-----	13
6.2 LUGAR-----	13
6.3 PERIODO DE ESTUDIO:-----	13
6.4 POBLACIÓN-----	13
6.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN-----	13
6.5.1 <i>Inclusión</i> -----	13
6.5.2 <i>No inclusión</i> -----	13
6.5.3 <i>Exclusión</i> -----	14
6.6 RECOLECCION DE DATOS-----	14
6.6.1 <i>Método de muestreo</i> -----	14
6.6.2 <i>Universo de trabajo:</i> -----	14
6.6.3 <i>Recolección de la información.</i> -----	14
6.7.- INSTRUMENTOS-----	14
6.8.- PROCEDIMIENTO-----	16
6.9.- OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES-----	18
6.10.- ASPECTOS ÉTICOS-----	22
<b>7.- RESULTADOS</b> -----	<b>23</b>
7.1 PARTICIPANTES-----	23
7.2 BURNOUT-----	25
7.2.1 <i>COMPARACION DE MEDIAS</i> -----	26

---



7.3 ENGAGEMENT (PUNTAJES) -----	26
7.3.1 COMPARACIÓN DE MEDIAS -----	27
7.4 MODELO DEMANDA-CONTROL /APOYO SOCIAL -----	28
7.5 MODELO ESFUERZO-RECOMPENSA -----	30
7.5.1 COMPARACIÓN DE MEDIAS -----	32
7.6 CORRELACIONES -----	34
7.6.1 Burnout y Factores Psicosociales -----	34
7.6.2 Engagement y Factores Psicosociales -----	35
7.7 ANALISIS DE REGRESIÓN -----	35
7.7.1 Síndrome de Burnout -----	35
7.7.2 Engagement -----	37
<b>8.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES -----</b>	<b>38</b>
<b>9.-BIBLIOGRAFÍA -----</b>	<b>43</b>
<b>10.- ANEXOS -----</b>	<b>46</b>
10.1.- ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO -----	46
10.2 ANEXO 2.- EVALUACIONES -----	47

---

# **1.- MARCO TEORICO**

## **1.1.- INTRODUCCIÓN**

### **1.1.1 Estrés y Síndrome de Burnout**

“El estrés en el trabajo es un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y de angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación” (1)

Cuando las personas experimentan estrés laboral, a menudo se sienten tensas y angustiadas y sienten que no pueden hacer frente a las situaciones. Debido a la globalización y a los cambios en la naturaleza del trabajo, las personas en los países en desarrollo tienen que lidiar con un aumento en el estrés laboral (2). Aunque no existe una concepción unánimemente aceptada sobre la explicación del Burnout, sí parece haber consenso en que se trata de una respuesta al estrés laboral crónico, una experiencia subjetiva que engloba sentimientos y actitudes con implicaciones nocivas para la persona y la organización. Gil-Monte y Peiró han afirmado que el Síndrome de Burnout puede estudiarse desde dos perspectivas: la clínica y la psicosocial. (3)

Desde la perspectiva clínica, Freudenberger empleó por vez primera el término Burnout para describir un conjunto de síntomas físicos sufridos por el personal sanitario como resultados de sus condiciones de trabajo. Según este autor es típico en las profesiones de servicios de ayuda y se caracteriza por un estado de agotamiento como consecuencia de trabajar. Este enfoque defiende que el Burnout aparece más frecuente en los profesionales más comprometidos, en los que trabajan más intensamente ante la presión y demandas de su trabajo, poniendo en segundo término sus intereses. Se trata de una relación inadecuada entre profesionales, excesivamente celosos en su trabajo y clientes excesivamente necesitados, una respuesta del profesional asistencial al realizar un sobreesfuerzo. (4)

En esta misma línea se consideró el Burnout como un estado resultante del trauma narcisista que conlleva a una disminución en la autoestima de los sujetos, mientras que otros autores lo conceptualizan como un estado en el que se combinan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad y baja autoestima. Va acompañado de un conjunto de síntomas que incluyen vacío físico, sentimiento de desamparo y desesperanza, desilusión y desarrollo de un auto-concepto y una actitud negativa hacia el trabajo y hacia la vida misma. En su forma más extrema, el Burnout

representa un punto de ruptura más allá del cual la capacidad de enfrentarse con el ambiente resulta severamente disminuida y es especialmente duro para personas entusiastas e idealistas.

Desde la perspectiva psicosocial los adeptos afirman que el Síndrome de Burnout hay que entenderlo como un proceso que se desarrolla secuencialmente a la aparición de sus rasgos y de sus síntomas globales.

La presente investigación se apoya principalmente en Gil-Monte quien se refiere al Síndrome de Burnout como Síndrome de Quemarse por el Trabajo y lo define como “Una respuesta al estrés laboral crónico, acompañado de una experiencia subjetiva de sentimientos, cogniciones y actitudes, las cuales provocan alteraciones psicofisiológicas en la persona y consecuencias negativas para las instituciones laborales” (3)

Componentes principales del síndrome según Gil-Monte:

**Ilusión por el trabajo.** Es el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque supone una fuente de placer personal. El individuo percibe su trabajo atractivo y alcanzar las metas profesionales es fuente de realización personal. Incorpora también un componente de autoeficacia profesional.

**Desgaste psíquico.** Es la aparición de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas.

**Indolencia.** Es la presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización.

**Culpa.** Es la aparición de sentimientos de culpa por el comportamiento y las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo, en especial hacia las personas con la que se establecen relaciones laborales. (5)

Es importante mencionar, que en nuestro país la conotación de “quemarse” en el contexto laboral tiene un significado diferente al Burnout, por lo que en adelante se utilizará el término Síndrome de Burnout en referencia al Síndrome de Quemarse por el Trabajo.

Aunque existen varias pruebas para evaluar el BO, por ejemplo, el Cuestionario breve de Burnout, el Maslach Burnout Inventory en su versión General Survey (MBI-

GS) o versión Human Services Survey (MBI-HSS), el Burnout Measure (BM), (6) es el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse en el trabajo (CESQT) el que mejores índices de confiabilidad y validez ha mostrado para población mexicana, este instrumento en su versión para profesionales de la salud está formado por 20 ítems los cuales estiman la frecuencia con la cual los participantes perciben los síntomas, se distribuyen en las siguientes dimensiones: Ilusión por el trabajo, Desgaste Psíquico, Indolencia y Culpa, este instrumento ha presentado muestras de validez factorial adecuados en población mexicana. (7)

### **1.1.2 Engagement**

En la última década, investigadores alrededor del mundo se han interesado hacia los efectos que el estrés positivo “eustrés” puede tener sobre la salud física y mental de los trabajadores; parte de los resultados ha sido el diseño de modelos teóricos que permitan explicar esta relación. Uno de ellos ha sido el propuesto por Schaufeli y Salanova conocido como Engagement. Éste ha sido definido como “Un estado mental positivo, satisfactorio y relacionado al trabajo, caracterizado por vigor, dedicación y absorción. Más que un estado específico y momentáneo, el Engagement se refiere a un estado afectivo cognitivo más persistente e influyente, que no está enfocado sobre un objeto, evento, individuo o conducta en particular. El vigor se caracteriza por una gran voluntad de dedicar el esfuerzo al trabajo y la persistencia ante las dificultades. La dedicación se refiere a estar fuertemente involucrado en el trabajo y experimentar una sensación de entusiasmo, inspiración, orgullo, reto y significado. La absorción se caracteriza por estar totalmente concentrado y felizmente inmerso en el trabajo, de tal manera que el tiempo pasa rápidamente y se experimenta desagrado por tener que dejar el trabajo.” (8)

### **1.1.3 Factores psicosociales asociados a Burnout y Engagement**

La participación de ciertos factores psicosociales negativos que se asocian al síndrome de Burnout, entendiéndolo por "**factores psicosociales**" aquellos estresores percibidos con carácter crónico que ocurren en el ambiente laboral como son, dentro de los aspectos organizacionales, el ambiente físico de trabajo, contenido del puesto, desempeño de roles, relaciones interpersonales, desarrollo de la carrera, tecnologías nuevas, oportunidades de decisión y de realización personal, rotación de turnos, sobrecarga laboral y otros más (3). En la medida que éstos están presentes aumentará o disminuirá el grado de estrés laboral percibido afectando el desarrollo del síndrome.

Las teorías actuales sobre el estrés laboral estudian la interacción que se produce entre el trabajador y su entorno laboral. La mayoría de ellas consideran esta interacción como un desequilibrio, es decir existe una descompensación entre el trabajador y su organización. Por supuesto en este tipo de interacciones los estresores (factores psicosociales) no suponen una amenaza directa para la vida de los trabajadores y son

un fruto de relaciones laborales muy complejas.

De entre las teorías que estudian la interacción entre el trabajador y su entorno laboral tomaremos dos de ellas, teniendo como criterio para la elección, la evidencia empírica que han demostrado a lo largo de las últimas dos décadas; éstas son, el modelo de Demanda-Control (Demand-Control Model), (9) ampliado posteriormente con la variable Apoyo social; y el Modelo del Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa (Effort-Reward Imbalance Model) (10)

El **Modelo Demanda-Control** Desarrollado por Robert Karasek (véase Figura 1.1.3.1), y complementado posteriormente por Johnson, postula que las principales fuentes de estrés se encuentran en dos características básicas del trabajo: las demandas psicológicas y el grado de control que se tiene en el mismo. La dimensión **Demandas** hace referencia a cuánto se trabaja (la imposición de plazos, carga mental, conflictos, etc.), en esta dimensión no se incluyen las demandas físicas, aunque éstas pueden dar lugar a demandas psicológicas. En la dimensión de **Control** se tiene en cuenta tanto el control sobre las tareas, como el control en las capacidades. El control sobre la tarea se entiende como el control socialmente predeterminado sobre aspectos pormenorizados del cumplimiento de la tarea (autonomía); el control sobre capacidades sería aquel que ejerce el sujeto sobre el empleo de sus capacidades.

Posteriormente, el modelo fue complementado con la dimensión de **Apoyo Social**, bajo el supuesto de que éste funcionaría como un amortiguador, ya que los trabajadores expuestos a demandas elevadas, poco control y bajo apoyo social presentan un riesgo dos veces mayor de morbilidad por enfermedades cardiovasculares que los que tienen empleos de baja demanda, mucho control y fuerte apoyo social. La dimensión de “Apoyo social” hace referencia a todos los posibles niveles de interacción en el trabajo, tanto con los compañeros como con los superiores. (11)

Esto crea 4 tipos de trabajos:

- 1.- Alto estrés (alta demanda, bajo control)
- 2.- Pasivos (Baja demanda, bajo control)
- 3.- Activos (alta demanda, alto control)
- 4.- Bajo estrés (baja demanda, alto control):

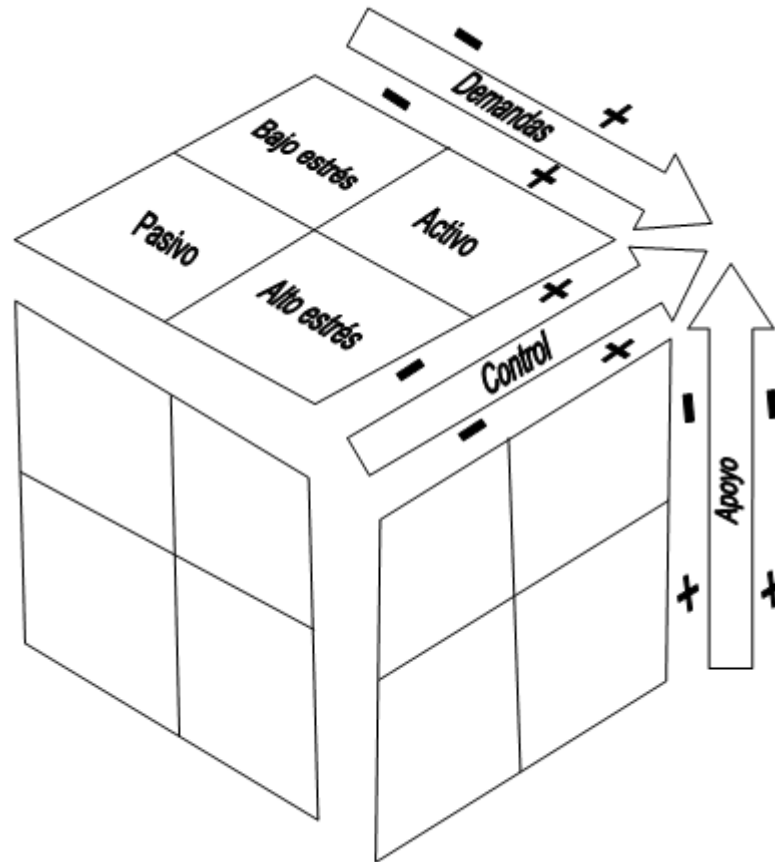


Figura 1.1.3.1 Modelo Demanda-Control, R. Karasek, T. Theorell

Otro de los modelos con mayor evidencia empírica es el Modelo Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa (véase Figura 1.1.3.2), diseñado por Siegrist (12), mismo que postula que el estrés laboral se produce cuando se presenta un alto esfuerzo y una baja recompensa (13). Y ha sido operativizado, centrándose en las variables que lo sustentan: variables de esfuerzo extrínseco, variables de esfuerzo intrínseco y variables de recompensa.

El alto esfuerzo en el trabajo puede ser extrínseco (demandas y obligaciones) o intrínseco (alta motivación con afrontamiento). Y la baja recompensa está en función de tres tipos de recompensas fundamentales: dinero, estima, y control del estatus. Este tercer tipo de recompensa refleja las poderosas amenazas producidas por la posible pérdida de trabajo o degradación en el empleo. Se trata, por tanto, de gratificación en términos de perspectivas de promoción, seguridad laboral, y ausencia de riesgo de descenso o pérdida de empleo.

El modelo predice que el estrés laboral se produce porque existe una falta de balance (equilibrio) entre el esfuerzo y la recompensa obtenida. Siegrist señala que el estrés laboral se genera a partir de un elevado esfuerzo, un salario inadecuado y un bajo control sobre el propio estatus ocupacional. Y se asume que bajo estas condiciones, tanto la autoestima como la autoeficacia del trabajador estarán seriamente mermadas. (13)

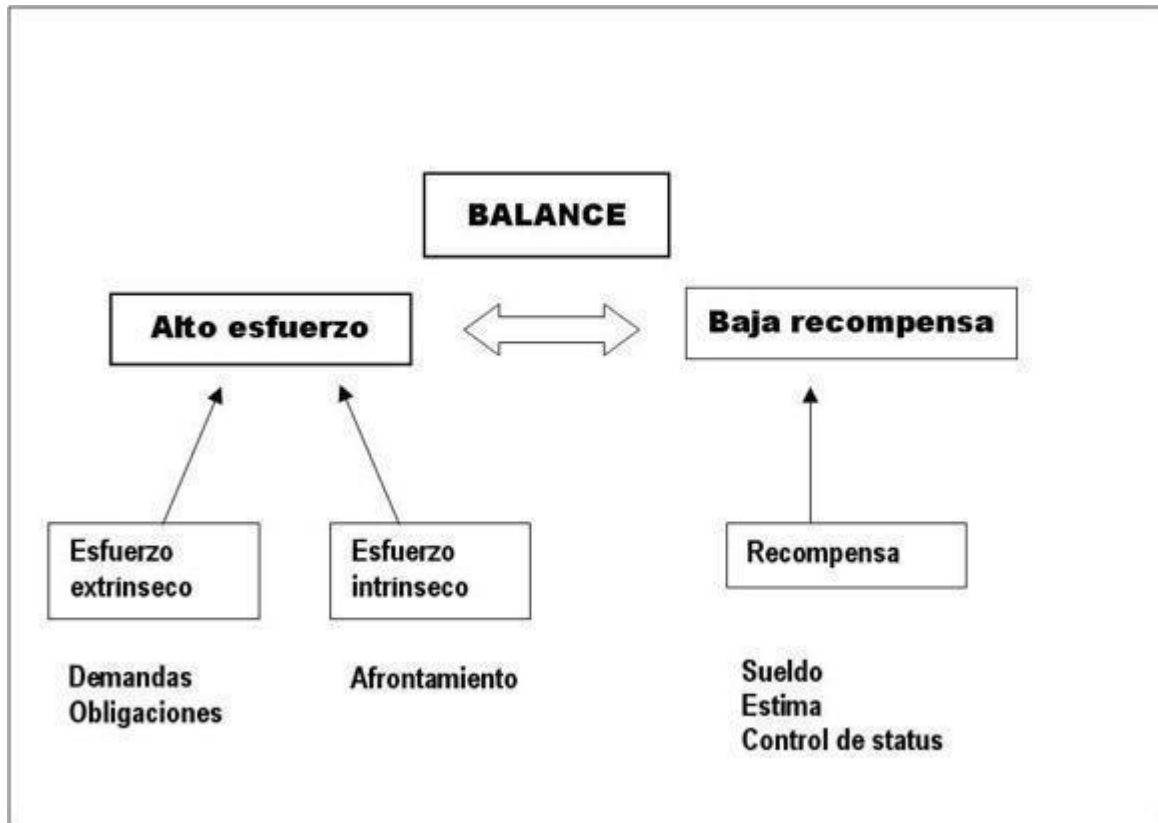


Figura 1.1.3.2 Modelo de desbalance entre esfuerzo y recompensa (Siegrist 1996)

#### 1.1.4 El médico residente e interno

Muchos estudios acerca del síndrome de BO, Engagement y/o factores psicosociales, se han realizado en médicos en formación académica, entendiendo al **médico residente** como profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora de residentes para realizar una especialidad médica a tiempo completo (14) y al **Internado de pregrado** como el ciclo académico teórico-práctico que se realiza como parte de los planes de estudio de licenciatura en medicina, como una etapa que debe cubrirse previamente al servicio social, al examen profesional y al título respectivo. (15)

Se considera “**interno de pregrado**” al alumno que ha acreditado los ciclos académicos del plan de estudios de la Institución Educativa que procede y se incorpora como becario a las unidades hospitalarias del Sector Salud convenidas para su educación y adiestramiento.

En 1983 se crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, con representantes de Instituciones Educativas y del Sector Salud, mismos que emitieron las normas académicas y administrativas para el desarrollo del Internado, en las sedes hospitalarias autorizadas para: SSA, IMSS, ISSSTE, ISSEMYM, e Instituciones de salud privadas.

En 1983 aparece en el Diario Oficial las bases para la realización del Internado en la Licenciatura de Medicina. Se establece que el internado médico de pregrado dura 12 meses consecutivos, por ser un ciclo académico deberá cubrir un 80% de asistencia, en caso de ausentismo no justificado, aún por enfermedad que rebase más del 20% de inasistencia, con justificación o sin ella, se tramitará baja.

Para acreditar es necesario:

- Haber cumplido con las seis rotaciones de los módulos programados
- Tener calificaciones aprobatorias de todos los módulos cursados y obtener un promedio ponderado aprobatorio
- Obtener la carta de terminación expedida por la Jefatura de Enseñanza de la Sede Hospitalaria donde se mencione haber cumplido satisfactoriamente con las actividades programadas y con calificaciones aprobatorias

Con respecto al horario en todas las sedes hospitalarias del Sector Salud los alumnos tendrán un horario matutino de 8 horas de lunes a viernes, (de 7:00 a 15:00 horas). Las prácticas clínicas complementarias (guardias) serán A, B, C, de 16 horas en días alternos y de 24 horas los días sábados, domingos y festivos.

Como se puede observar en los párrafos anteriores, aunque la residencia y el internado se tratan de actividades de formación académica, éstas se realizan en un contexto y ambiente laboral activo; las condiciones laborales no son similares con respecto a las condiciones de cualquier otro trabajador de la institución, ya que los médicos residentes e internos técnicamente tienen menos experiencia y habilidades que el personal de base son diferentes ya que las condiciones laborales son diferentes (jornadas laborales, jerarquías, nivel de exigencia).



### **1.1.5 Antecedentes empíricos**

En el ámbito administrativo se han propuesto mediciones simultáneas de Engagement y Burnout, incluso lo proponen como un concepto integrador. Bajo este tipo de medición se identificó la asociación entre Engagement – BO y características del rol desempeñado por los sujetos de estudio, específicamente con ambigüedad y conflicto de rol. (16)

En nuestro país se han realizados diferentes estudios principalmente sobre el BO, aunque también se han realizado para Engagement, generalmente los estudios realizados fueron en médicos, enfermeras, paramédicos, psicólogos, secretarias y profesores así como custodios de reclusorios, sin embargo es importante continuar realizando estos estudios, respecto a la evaluación de Engagement y Burnout, de forma simultánea así como su relación con factores desencadenantes, de esta manera poder aplicarlos en el ámbito laboral a forma de prevenir el BO así como los efectos en la salud que éste puede desencadenar, o bien fomentar el desarrollo de Engagement y mantenerlo, lo que daría como resultado beneficios para los usuarios de los servicios, así como para el mismo personal de salud. (17)

En México se han realizado diversos estudios intentando determinar la incidencia y prevalencia del síndrome de Burnout, diversos autores mencionan una prevalencia tan amplia desde 25% hasta 60%. En un estudio del 2009 con 450 profesionales de la salud, 10% presentó agotamiento emocional, 19.6%, despersonalización, y 74.9% baja realización personal. En otro estudio en México publicado en el 2008 con 312 participantes, se encontró una prevalencia de 40%, concluyeron que el personal que labora turnos >12 hrs. estaban más fatigados pero no hay relación con la calidad de la atención que brindan. Un estudio norteamericano en residentes donde se valoró la calidad de la atención médica se encontró que el 76% de los médicos en formación fueron afectados por dicho síndrome. (18) (19)

También se han reportado estudios en el IMSS en los cuales se ha evaluado el síndrome de BO, en un estudio se obtuvieron resultados interesantes de los cuales, un gran porcentaje (39.7%) tiene desgaste profesional en al menos uno de los tres dominios, además se menciona que un porcentaje de 1.6% presentó los tres dominios que son agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal lo que en si cumple con los criterios del síndrome de Burnout. Los factores asociados analizados fueron área física inadecuada, relación con el personal, falta de medicamentos, falta de estudios de gabinete, salario, alta carga de trabajo y falta de estímulos laborales. (20) Otros estudios también mencionan que el síndrome de Burnout se desarrolla por la interacción de las características personales del trabajador y de su entorno laboral, lo que ocurre como una respuesta al estrés crónico, cuando

fallan las estrategias funcionales de afrontamiento habitualmente usadas por el sujeto, con esto se comprende el planteamiento de porque no todos los profesionales expuestos al mismo estrés laboral desencadenan o no el síndrome de burnout ya que influyen muchos las características de adaptación de cada persona. Este síndrome es considerado como un problema social y de salud pública por afectar la calidad de vida del profesional de la salud y la calidad asistencial, generando aumento de costos económicos y sociales. (21)

También se han realizado estudios con médicos residentes e internos de pregrado, uno de ellos se realizó en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, en la ciudad de México, el tipo de estudio fue observacional, realizando una encuesta auto aplicable (MBI-HS y el inventario de Beck) para estudiar BO y la depresión en los médicos residentes de Neurocirugía, Neurología y Psiquiatría, se aplicó al momento de su ingreso, a los 6 meses y al año de su curso de la especialidad encontrando como resultados a su ingreso 97.7% de los médicos se encontraban sin depresión, pero esto cambió ( $p=0.008$ ), pues se incrementó la sintomatología depresiva leve ( $p=0.02$ ). Con respecto al MBI-HS, hubo un incremento en el agotamiento emocional significativo a los 6 y 12 meses posteriores. Los médicos de Psiquiatría fueron los más afectados. Mencionan como conclusión que es importante realizar estudios exploratorios en médicos residentes para detectar sintomatología depresiva y BO para actuar oportunamente y evitar la progresión. (22)

En cuestión a las medidas que se han realizado para disminuir el estrés laboral y por lo tanto el burnout, se han hecho ensayos clínicos controlados, en los cuales a los participantes se les aplicó una intervención la cual fue realizar ejercicios de estiramiento 10 minutos después de la actividad laboral obteniendo como resultados importantes mejoras en los niveles de ansiedad, dolor corporal agotamiento, así como aumentar la vitalidad, salud mental, salud general y flexibilidad, por lo que resultaría interesante aplicar estas medidas en lugares donde esté manifestado el síndrome o donde se encuentren rasgos del síndrome como tal para la prevención del mismo. (23)

Un estudio observacional descriptivo-correlacional transversal realizado en el IMSS HGR No 1 Cuernavaca, Mor, tuvo como objetivo determinar la prevalencia de BO en estudiantes de Pre y postgrado y su relación con factores psicosociales, de personalidad y variables sociodemográficas realizado en 82 médicos estudiantes en el mes de Junio del 2008 en una sola medición se aplicó el cuestionario CESQT y cuestionario para evaluar la calidad de vida en el trabajo en personal de salud, se obtuvo como resultado que 95% de los participantes tuvo niveles altos de ilusión por el trabajo, 74.4% niveles altos de agotamiento emocional, 13.6% niveles altos de indolencia, 9.8% altos en culpa, y niveles altos de sobreinvolucramiento en 78% de los

participantes, encontraron en esta última variable una relación significativa con agotamiento emocional, indolencia, culpa, conflictos interpersonales e ilusión por el trabajo; parte de las sugerencias propuestas por los autores fue dar seguimiento a esta población en estudios longitudinales así como la incorporación de otras variables psicosociales como las demandas psicológicas, el control y la recompensa. (24)

## **2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En México, como en otros países, existe una preocupación creciente por la presencia del Síndrome de Burnout, pues en años recientes se han dado a conocer algunos estudios sobre el desarrollo y la prevalencia del síndrome de Burnout con distintas poblaciones, por ejemplo: enfermeras, médicos, docentes, estudiantes de posgrado; en algunos de ellos se encontraron prevalencias de 41.8% y hasta 56.9%. Algunos de los estudios mencionados han destacado que los médicos son una población vulnerable, pues el Síndrome de Burnout se está caracterizando como la amenaza más seria que acecha la salud de estos profesionales, afectando su calidad de vida y su rendimiento. Sin embargo, la preocupación no es casual; comúnmente se imagina a los médicos como invulnerables en su profesión y protegidos del estrés amenazador para otros ciudadanos; en muchas ocasiones es difícil reconocer que las características de su profesión son altamente exigentes tanto intelectual como desde el ángulo de las actitudes y las emociones, pues su labor consiste en atender al dolor, la muerte, la enfermedad terminal, y la situación límite de otros con el sentimiento frecuente de no poder hacer nada, o muy poco, lo cual, sin duda genera estrés, aún más cuando a las situaciones que se tiene que enfrentar vienen definidas por la urgencia y la toma de decisiones inmediatas en cuestiones que son de vida o muerte. (24) En estos estudios solo se ha medido BO en una ocasión sin incluir Engagement ni factores Psicosociales, en un intento por proporcionar una perspectiva más integral del médico en formación.

## **3.- JUSTIFICACIÓN**

El proceso de formación de los médicos en el pre y postgrado tienen una carga intensa de jornadas laborales extensas, altos niveles de exigencia por parte de médicos de mayor jerarquía, salario bajo lo que hace pensar solo en el BO, pero estos médicos logran terminar su formación e incorporarse al mercado laboral.

A través de la medición de la presencia del síndrome de BO se podrán explorar los factores psicosociales presentes en el médico en formación y hacer una descripción del comportamiento de estos eventos (BO y Engagement) y explorar una posible asociación.

Fue posible realizar esta investigación ya que los recursos financieros necesarios para ello son mínimos, además se contó con acceso gratuito a los instrumentos por no tratarse de una investigación con fines de lucro, lo disminuyó sustancialmente los costos. La población de médicos en esta institución estuvo dispuesta a participar en el estudio en su gran mayoría.

## **4.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la diferencia en la puntuación, medido en 2 momentos, del síndrome de Burnout y Engagement, así como los factores psicosociales asociados en los Médicos Residentes e Internos del HGR 1 de Cuernavaca, Morelos?

## **5.- OBJETIVOS**

### **5.1.- OBJETIVO GENERAL**

- Estimar la diferencia en la puntuación del síndrome de Burnout y Engagement, así como los factores Psicosociales asociados, medidos en 2 momentos, en los Médicos Residentes e Internos del HGR 1 de Cuernavaca, Morelos.

### **5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Estimar la prevalencia del Síndrome de Burnout en 2 momentos diferentes.
- Estimar la prevalencia de Engagement en 2 momentos diferentes.
- Comparar los resultados de las variables obtenidos en 2 momentos diferentes.
- Estimar el grado de asociación entre los factores psicosociales y el Síndrome de Burnout y Engagement en 2 momentos diferentes

## **6.- HIPÓTESIS**

En la primera medición (Tiempo 1), se espera encontrar baja incidencia de BO y alta de Engagement, sin embargo se espera que estos índices se inviertan en la segunda medición (Tiempo 2).

Se espera que en relación a las dimensiones de Burnout la Ilusión del trabajo sea alta y disminuya en el tiempo dos, así mismo Desgaste Psíquico aumente conforme pasa el tiempo, e indolencia se presente con menor puntaje sin embargo aumente a través del tiempo. Se espera encontrar pocos casos de Burnout en tiempo 1 y encontrar más casos del síndrome en el tiempo dos.

Con respecto a *Engagement* se espera encontrarse que la mayoría de los participantes se encuentren en niveles altos y muy altos ya que asumimos que entran con entusiasmo a la residencia e internado, y conforme pasa el tiempo y la carga de trabajo es mayor, el estrés aumenta y por lo tanto en el tiempo dos se espera encontrar que los niveles de *Engagement* disminuyan y se encuentren la mayoría en niveles promedio hacia abajo en sus tres dimensiones.

En el modelo demanda-control-apoyo social se espera que en un inicio se encuentre con altos niveles de demandas psicológicas las cuales en el tiempo dos disminuyan los niveles ya que a mayor tiempo disminuyan las demandas sobre los médicos en formación, de cierta forma “adaptándose” a las demandas exigidas. Control Laboral se espera que en el tiempo uno sean menor que el tiempo dos ya que conforme pasa el tiempo los médicos en formación tienen mejor control sobre las actividades que en un inicio. Apoyo social se espera encontrarse elevado en el tiempo uno por encontrarse se forma reciente en adaptación al medio y podrían recibir más apoyo, sin embargo mientras pasa el tiempo podríamos decir que disminuye el apoyo social debido a que los propios compañeros se encuentran sometidos a mayor estrés y les resulta difícil apoyar a sus mismo compañeros si ellos mismo se encuentran en situaciones similares. Se espera encontrar que en el tiempo uno se tenga bajo control y altas demandas en su mayoría (Mucha Tensión) y quizá en el tiempo dos persistan con demandas altas sin embargo con mejor control laboral por la experiencia obtenida en los meses previos encontrándose así en el rubro de Activos en su mayoría.

El modelo esfuerzo recompensa se espera encontrar niveles altos de esfuerzo extrínseco en ambos tiempos, ya que los niveles de exigencia son constantes. Con respecto a esfuerzo intrínseco se encuentren con niveles altos en tiempo uno y posteriormente disminuyan en tiempo dos, quizá explicándolo de que a mayor tiempo y ver la misma carga de trabajo el médico en formación evita realizar el esfuerzo en su mayor intensidad, ya que continuarán las mismas demandas realizando un alto o bajo esfuerzo, Y de recompensa, podemos decir que se encontraran bajas en los dos tiempos en porcentajes similares, ya que la recompensa no varía con respecto al tiempo en formación. El desequilibrio se espera encontrar en al menos un cuarto de la población por el alto esfuerzo y poca recompensa obtenida, encontrando porcentajes similares de participantes que se encuentren con Altos niveles de estrés laboral con respecto de T1 y T2.

Se espera encontrar correlaciones significativas entre las dimensiones de Burnout con los factores psicosociales, así mismo *Engagement* con factores psicosociales en los dos tiempos.

## **6.- MATERIAL Y MÉTODO**

### **6.1 DISEÑO**

- Estudio no experimental, longitudinal prospectivo, de panel, descriptivo-correlacional

### **6.2 LUGAR**

- Instituto Mexicano del Seguro Social Hospital General Regional Número Uno con Medicina Familiar “Ignacio García Téllez” Cuernavaca, Morelos, México.

### **6.3 PERIODO DE ESTUDIO:**

- Marzo del 2014 a Febrero 2015.

### **6.4 POBLACIÓN**

- Médicos internos de pregrado de ingreso en el mes de Enero del 2014.
- Médicos residentes de primer año de medicina familiar, ginecología y obstetricia, pediatría, urgencias, medicina interna y anestesiología (Ingreso Marzo 2014)
- Médicos residentes de 2do (Ingreso Marzo 2013) y 3er año (Ingreso Marzo 2012) de medicina Familiar.
- Todos los anteriores que se encuentren en formación académica en el Instituto Mexicano del Seguro Social Hospital General Regional Número Uno con Medicina Familiar “Lic. Ignacio García Téllez” Cuernavaca Morelos México.

### **6.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **6.5.1 Inclusión**

- Médicos residentes e internos que consientan participar en el estudio y estén realizando su formación académica en el HGR 1 Cuernavaca, Morelos.
- Médicos residentes e internos que contesten las dos aplicaciones en los diferentes tiempos.

#### **6.5.2 No inclusión**

- Médicos que no acepte participar en el estudio
- Médicos internos de pregrado de ingreso en el mes de Julio del 2013.

### 6.5.3 Exclusión

- Médicos que no respondan completamente las encuestas
- Médicos que contesten las encuestas sólo en un momento de medición

## 6.6 RECOLECCION DE DATOS

### 6.6.1 Método de muestreo

Se convocó al total de la población de médicos residentes e internos (**122**) para tener una mejor representación de la misma, tomando en cuenta que aproximadamente un 10% de los médicos no consentirían participar en el estudio, o bien, un 3% de los participantes causarían baja del programa.

### 6.6.2 Universo de trabajo:

- Médicos residentes e internos adscritos al HGR c/MF No 1. “Lic. Ignacio García Téllez”.

### 6.6.3 Recolección de la información.

- Se realizó un consentimiento informado para los médicos que aceptaron participar en el estudio, se les explicó acerca de la mecánica y el objetivo del estudio.

## 6.7.- INSTRUMENTOS

En el presente estudio se realizó la aplicación de los siguientes cuestionarios (Ver anexo 3)

El Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) en su versión para profesionales de la salud (25) (26). Este instrumento está formado por 20 ítems valorados con una escala tipo Likert con 5 grados para estimar la frecuencia con la cual los participantes perciben los síntomas, (0 = nunca, 4= Muy frecuentemente: todos los días). Los ítems se distribuyen en las siguientes dimensiones: Ilusión por el trabajo (5 ítems,  $\alpha=.81$ ), Desgaste Psíquico (4 ítems,  $\alpha=.81$ ), Indolencia (6 ítems,  $\alpha=.78$ ) y Culpa (5 ítems,  $\alpha=.73$ ). Este instrumento ha presentado muestras de validez factorial adecuados en población mexicana. (24) (7). (Ver Sección B del Anexo 3)

La Utrecht Work Engagement Scale (UWES) en su versión de 15 ítems, con una escala de respuesta tipo likert de 7 opciones: 0= “Nunca” hasta 6= “Diariamente”, misma que según estudios realizados en población mexicana obtuvo resultados de validez satisfactorios, así como valores alfa de Cronbach satisfactorios (.79 para vigor, .83 para dedicación, y .81 para absorción). (27) (Ver Sección A del Anexo 3)

Así mismo, se utilizó el cuestionario del Contenido del Trabajo (JCQ por sus siglas en inglés) con 23 preguntas de un total de 27 reactivos (debido a que no se contemplará la dimensión inseguridad en el trabajo) de la versión corta en español traducido por Cedillo en 1999 para la población mexicana. Es un instrumento con 4 opciones de respuesta tipo Likert que van desde: “1= No, Totalmente en Desacuerdo” hasta “4= Si, Totalmente de Acuerdo.” Está integrado por 3 escalas, demandas psicológicas (6 reactivos,  $\alpha=.72$ ) y control (9 reactivos,  $\alpha=.67$ ; de los cuales 6 reactivos evalúan utilización de habilidades y 3 latitud de decisión), y la tercera escala conformada por las dimensiones: apoyo social del jefe, (4 reactivos,  $\alpha=.86$ ) y apoyo social de los compañeros (4 reactivos,  $\alpha=.79$ ). El instrumento cuenta con datos de validez y confiabilidad en población mexicana, específicamente en población del sector salud. (28) (Ver sección C del Anexo 3)

Y finalmente, el Cuestionario Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa (DER, ERI por sus siglas en inglés) el cual contiene 22 reactivos. (10) Estos reactivos definen las tres sub-escalas: “esfuerzo extrínseco” (5 reactivos), “recompensa”, que refiere tres dimensiones, estima (5 reactivos), seguridad (2 reactivos) y salario (4 reactivos), en total 16 reactivos; y “sobreinvolucramiento” (como indicador de esfuerzo intrínseco) (6 reactivos). Los primeros 16 reactivos (esfuerzo extrínseco y recompensa) se encuentran en una escala Likert de 4 puntos (1= Totalmente en desacuerdo, hasta 4= Totalmente de acuerdo). (Ver sección D del Anexo 3) Para sobreinvolucramiento la escala es también de 4 puntos, (1.- No, Totalmente en desacuerdo, al 4.- Sí, totalmente de acuerdo). (12) Se reportaron alfas de Cronbach de .82, .90 y .69 para esfuerzo, recompensa y sobreinvolucramiento respectivamente, lo cual refleja niveles de confiabilidad satisfactorios. (29) Los últimos 6 reactivos de la escala de sobreinvolucramiento, fueron adheridos a la sección C, al tener escala de respuestas similares. Por tanto, ésta última sección quedó con 29 reactivos y la sección D sólo con 16 reactivos.

Para asegurar que las instrucciones y el contenido de los instrumentos antes mencionados fue claro, se llevó a cabo un pilotaje con 2 participantes externos a la muestra original; sin embargo se consideró que tuvieran características sociodemográficas y profesionales similares a las de la población en estudio, se realizó a dos médicos internos de pregrado de diferente año. Los resultados fueron satisfactorios, pues no hubo duda alguna respecto al contenido de los reactivos (ítems) y tampoco respecto las escalas de evaluación.



## 6.8.- PROCEDIMIENTO

El levantamiento de información se realizó en 2 momentos con diferencia de 6 meses entre cada uno (Mayo y Noviembre, 2014), quedando de la siguiente manera:

- Médicos internos de pregrado de ingreso en el mes de Enero del 2014: Se realizó la primera evaluación a los 5 meses de transcurridos su formación académica y posteriormente la segunda evaluación a los 11 meses, ya que su periodo de internado es de 12 meses
- Médicos residentes de primer año de ingreso en Marzo 2014: Se realizó la primera evaluación a los 3 meses de transcurridos su formación académica y posteriormente la segunda evaluación a los 9 meses.
- Médicos residentes de segundo año de ingreso en Marzo 2013: Se realizó la primera evaluación a los 15 meses (1 año 3 meses) de transcurridos su formación académica y posteriormente la segunda evaluación a los 21 meses (1 año 9 meses).
- Médicos residentes de tercer año de ingreso en Marzo 2012: Se realizó la primera evaluación a los 27 meses (2 años 3 meses) de transcurridos su formación académica y posteriormente la segunda evaluación a los 33 meses (2 años 9 meses). Cabe mencionar que los residentes de tercer año realizan 6 meses en el HGR 1 y los otros 6 meses en campo, siendo los estados de Oaxaca, Guerrero, Puebla, Chiapas, Veracruz, por lo que se realizó una encuesta en la sede y la siguiente en su sede de campo, la cual se realizó vía electrónica.

En las encuestas, se agregó un apartado de datos sociodemográficos, y se les preguntó acerca de su deseo de obtener el resultado por escrito o por vía electrónica, mismos que se hicieron llegar al finalizar el estudio.

Una vez que el protocolo fue aceptado por el comité, se solicitó a la coordinación de educación e investigación de médicos residentes e internos para realiza la aplicación de los instrumentos al termino del seminario de investigación de los días jueves, en el cual se concentran semanalmente los médicos residentes, dicha aplicación fue realizada por personal externo a la institución debidamente capacitado; en relación a los médicos residentes e internos que no participan del seminario de investigación se les realizó la encuesta al terminar le sesión general semanal. Los médicos sean residentes o internos que por su ausencia a las reuniones antes mencionadas no contestaron los cuestionarios se les localizó en su área de trabajo.

Para realizar la segunda encuesta en el mes de Noviembre del 2014 se realizó la misma estrategia, tomando en cuenta que los residentes de tercer año de medicina familiar ya se encontraban fuera del estado de Morelos, se realizaron las aplicaciones vía electrónica.

Una vez que se completó el levantamiento de encuestas, se realizó una doble captura en el programa Excel, para cada uno de los tiempos de medición, la primera realizada por personal y la otra por parte del autor de esta tesis, posteriormente se realizó la comparación de las dos bases para identificar y corregir posibles errores de captura. Posteriormente se analizó la información utilizando el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS Version 22).

Se utilizó estadística descriptiva (Frecuencias), y análisis estadísticos paramétricos para evaluar el grado de relación y/o diferencia entre variables, grupos y tiempos de estudio; como: correlación de Pearson (para evaluar la relación entre dos variables continuas), prueba “t” de student, para grupos iguales e independientes (para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias), así como análisis de regresión (para evaluar el grado de asociación entre variables continuas, asumiendo dependencia y/o direccionalidad entre éstas).

## 6.9.- OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
<b>ENGAGEMENT</b> (Variable dependiente)	Es un estado mental positivo, satisfactorio y relacionado al trabajo, caracterizado por vigor, dedicación y absorción	Niveles altos en Vigor, Dedicación y Absorción	NOMINAL	Presente o ausente
<b>VIGOR</b>	Se caracteriza por una gran voluntad de dedicar el esfuerzo al trabajo y a la persistencia ante las dificultades	Nivel alto y muy alto	CUANTITATIVA CONTINUA	Muy Alto: $\geq 5.66$ , Alto 4.81-5.65, Promedio 3.21-4.80 Bajo 2.01 - 3.20, Muy Bajo $\leq 2$ (8)
<b>DEDICACIÓN</b>	Se refiere a estar fuertemente involucrado en el trabajo y experimentar una sensación de entusiasmo, inspiración, orgullo, reto y significado.	Nivel alto y muy alto	CUANTITATIVA CONTINUA	Muy Alto: $\geq 5.80$ , Alto 4.91-5.79, Promedio 3.01-4.90 Bajo 1.61 - 3.00, Muy Bajo $\leq 1.6$ (8)
<b>ABSORCIÓN</b>	Se caracteriza por estar totalmente concentrado y felizmente inmerso en el trabajo de manera que el tiempo pasa rápidamente y se experimenta desagrado por tener que dejar el trabajo.	Nivel alto y muy alto	CUANTITATIVA CONTINUA	Muy Alto: $\geq 5.41$ , Alto 4.41-5.40, Promedio 2.76-4.40 Bajo 1.61 - 2.75, Muy Bajo $\leq 1.60$ (8)

<b>BURNOUT (Variable dependiente)</b>	Es una respuesta al estrés crónico laboral en profesionales que trabajan hacia personas caracterizado por las dimensiones de ilusión en el trabajo, desgaste psíquico, indolencia y culpa.	Niveles altos en desgaste psíquico, e indolencia y niveles bajos en ilusión por el trabajo (Perfil 1) Niveles altos en desgaste psíquico, indolencia y culpa, así como niveles bajos en ilusión por el trabajo (Perfil 2)	NOMINAL	Presente o ausente
<b>ILUSIÓN POR EL TRABAJO</b>	Es el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque supone una fuente de placer personal	Nivel bajo	CUANTITATIVA CONTINUA	Hasta 1.99= Bajo = ó > a 2 Alto para cada dimensión (5)
<b>DESGASTE PSÍQUICO</b>	Es la aparición de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas.	Nivel alto	CUANTITATIVA CONTINUA	Hasta 1.99= Bajo = ó > a 2 Alto para cada dimensión (5)
<b>INDOLENCIA</b>	Es la presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización.	Nivel alto	CUANTITATIVA CONTINUA	Hasta 1.99= Bajo = ó > a 2 Alto para cada dimensión (5)

<b>CULPA</b>	Es la aparición de sentimientos de culpa por el comportamiento y las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo.	Nivel alto	CUANTITATIVA CONTINUA	Hasta 1.99= Bajo = ó > a 2 Alto para cada dimensión (5)
<b>TENSIÓN LABORAL (Variable independiente)</b>	Se presenta con altas demandas y bajo control	Nivel alto	CUANTITATIVA CONTINUA	Hasta 4.90 = Bajo, = ó > a 4,91 Alto (30)
<b>BAJO CONTROL (Variable independiente)</b>	Se tiene en cuenta tanto el control sobre las tareas, como el control en las capacidades.	Nivel bajo	CUANTITATIVA CONTINUA	Hasta 69.99= Bajo = ó > a 70 Alto (30)
<b>ALTAS DEMANDAS (Variable independiente)</b>	Hace referencia a cuanto se trabaja (la imposición de plazos, carga mental, conflictos, etc.)	Nivel alto	CUANTITATIVA CONTINUA	Hasta 29.99= Bajo = ó > a 30 Alto (30)
<b>FALTA DE APOYO SOCIAL (Variable independiente)</b>	Aquel percibido por el trabajador, proveniente de sus compañeros, supervisores y directores en la organización el cual ayuda a moderar o contrarrestar los efectos negativos del estrés	Nivel bajo	CUANTITATIVA CONTINUA	Hasta 23.99= Bajo = ó > a 24 Alto (30)

<b>DESEQUILIBRIO ESFUERZO-RECOMPENSA</b>	Quando se presenta un alto esfuerzo y una baja recompensa	Nivel alto	CUANTITATIVA CONTINUA	Hasta 0.99 = Bajo, = ó > a 1 Alto (30)
<b>BAJA RECOMPENSA (Variable independiente)</b>	Son los incentivos económicos o de reconocimiento que otorga el patrón o empresa para motivar al personal en la consecución del logro de sus objetivos	Nivel bajo	CUANTITATIVA CONTINUA	Hasta 43.99= Bajo = ó > a 44 Alto (30)
<b>ALTO ESFUERZO (Variable independiente)</b>	Unidad de esfuerzo máximo permitida para el cálculo de un elemento estructural, supeditada a la carga de trabajo	Nivel alto	CUANTITATIVA CONTINUA	Hasta 13.99= Bajo = ó > a 14 Alto (30)

## **6.10.- ASPECTOS ÉTICOS**

El protocolo de investigación fue evaluado por el Comité Local de Investigación en Salud, fue aceptado con número de registro R-2014-1701-16, posteriormente se invitó a los participantes y se les dio a conocer de manera general el objetivo del proyecto y se procedió a obtener el consentimiento, asegurándoles la confidencialidad de la información.

Consideraciones de las Normas e Instructivos Institucionales en materia de Investigación

Bases legales. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4º. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990.

La Ley General de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1987; en su Artículo 2º. Fracción VII, 68 fracción IV, 96 fracción I a VII, 97, 98, 99 y 100 fracciones I a VII; 101 y 102 fracciones I a IV, 103 y 115 fracciones V; 119 fracción I; 141, 160, 164 y 168 fracciones VI; 174 fracción I; 186 y 189 fracción I; 238, 321 y 324.

El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987.

Acuerdo con el que crea la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de octubre de 1983.

El Manual de Organización de la Subdirección General Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social fechado en Junio de 1991

## 7.- RESULTADOS

La presentación de los resultados se hará utilizando la siguiente estrategia.- Inicialmente se presentaran los datos sociodemográficos de los participantes y posteriormente se prestarán los resultados según los objetivos planteados en el presente estudio.

### 7.1 PARTICIPANTES

- Se realizaron las aplicaciones del primer tiempo en el mes de Mayo del 2014, en el cual participaron un total de 89 médicos en formación, equivalente a un 72.9% del total de la población, entre médicos residentes e internos. Posteriormente en el mes de Noviembre del mismo año se realizó la misma evaluación a quienes participaron en el tiempo 1, recolectando un total de 87 encuestas. Es decir, hubo 2 participantes excluidos del estudio ya que sólo contestaron las aplicaciones en el tiempo 1, dichos participantes se encontraban en Servicio Social fuera del estado durante la aplicación del tiempo 2.

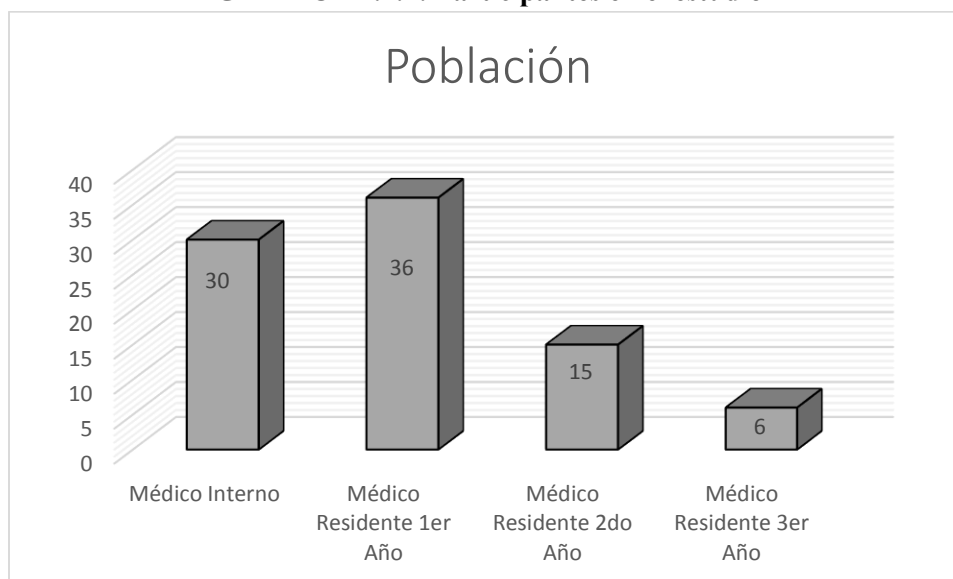
Del total de la muestra final 87 (71.3%) participantes, 30 (34.5%) fueron Médicos Internos y 57 (65.5%) Médicos residentes de los diferentes grados y especialidades (Medicina Interna, Medicina Familiar, Urgencias, Pediatría, Ginecología) siendo la especialidad de Medicina Familiar la mayor cantidad de la población (Ver Tabla 7.1.1 Grafica 7.1.1).

**Tabla 7.1.1.- Poblacion Participante**

CATEGORIA	CENSO	PARTICIPANTES	% Participación
Médicos Internos de pregrado de ingreso del mes de Enero 2014	38	30	78.95%
Médicos residentes 1er año	84	57	67.86%
Médicos residentes de primer año de Ginecología y Obstetricia	7	3	42.86%
Médicos residentes de primer año de Medicina Interna	8	5	62.50%
Médicos residentes de primer año de Pediatría	6	3	50.00%
Médicos residentes de primer año de Urgencias	6	6	100.00%
Médicos residentes de primer año de Anestesiología	4	0	0.00%
Médicos residentes de primer año de Medicina Familiar	19	19	100.00%
Médicos residentes de segundo año de Medicina Familiar	16	15	93.75%
Médicos residentes de tercer año de medicina familiar	18	6	33.33%
<b>Médico Residentes</b>	<b>84</b>	<b>57</b>	<b>67.86%</b>
<b>Médicos Internos de Pregrado</b>	<b>38</b>	<b>30</b>	<b>78.95%</b>

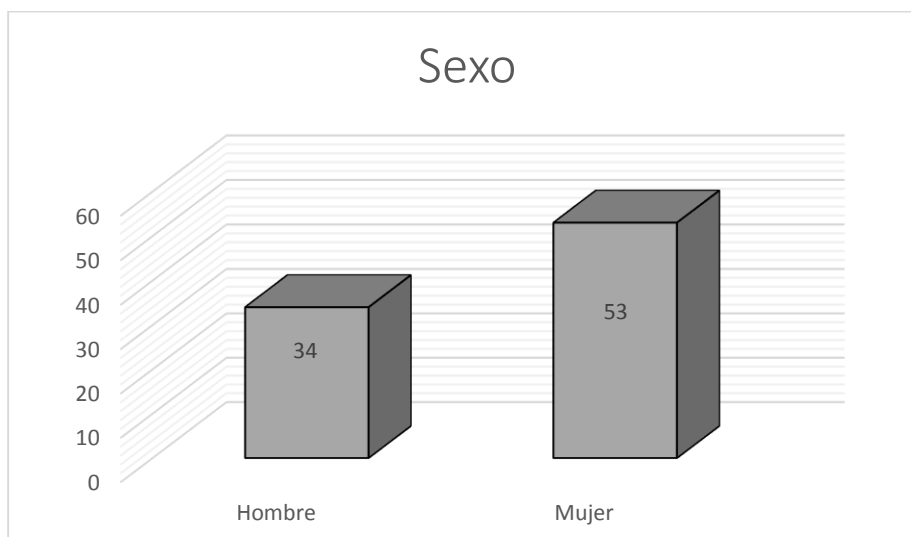


**GRAFICA 7.1.1: Participantes en el estudio**



El rango de edad de los participantes estuvo entre los 22 y 38 años, siendo la media de 27 (d.e.  $\pm 3.4$ ) años, con una moda estadística de 24 años. En relación al género, hubo predominio del sexo femenino con un total de 53 (61%), mientras que 34 (39%) participantes fueron del sexo masculino (Ver Grafica 7.1.2). Con respecto al Estado civil predominaron los solteros con 69 (80%) y en menor cantidad participantes casados, divorciados y viudos. Se encontró que 72 (82.8%) de los participantes no tienen hijos y 15 (17.2%) tienen al menos 1 hijo. Con respecto a vivienda, 26 (30%) participantes viven solos, 16 (18.4%) viven con padres o hermanos, 10 (11.5%) viven con compañeros, el resto no especificó; finalmente 58 (66.7%) participantes son económicamente independientes, mientras que 12(13.8%) dan apoyo económico a sus padres; no se exploró cuántos de los participantes aún dependen económicamente de los padres o familiares, como pudiera ser el caso de los médicos internos.

**GRAFICA 7.1.2: Distribucion de la población de acuerdo al Género**



## 7.2 BURNOUT

A continuación se presentan los resultados referentes al Síndrome de Burnout, en relación al primer objetivo específico. La conversión de los puntajes naturales en categorías se hicieron según el manual de evaluación del CESQT (5), obteniendo la siguiente información; según las dimensiones del Síndrome de Burnout:

**Ilusión por el trabajo** en la primer evaluación se obtuvo un 98.9% de puntajes altos, para la segunda evaluación se mantuvo el mismo porcentaje.

**Desgaste psíquico** en el tiempo uno se encontró que 63.2% de los participantes obtuvo niveles altos, mientras que en el tiempo dos el porcentaje fue del 55.2%.

**Indolencia** en el tiempo uno se encontró un 8% con altos niveles mientras que en el tiempo dos el porcentaje se incrementó a 12.6%. Culpa, elemento importante para la identificación de casos Burnout de perfil 2, en el tiempo uno se encontró que el 11.5% obtuvo puntajes altos, porcentaje que se mantuvo en la evaluación del tiempo dos. (Ver Tabla 7.2.1)

**Tabla 7.2.1: Porcentaje de los puntajes altos en cada dimensión del Síndrome de Burnout**

Dimension de BO	Tiempo 1	Tiempo 2
<b>Ilusion por el Trabajo</b>	98.90%	98.90%
<b>Desgaste Psíquico</b>	63.20%	55.20%
<b>Indolencia</b>	8%	12.60%
<b>Culpa</b>	11.50%	11.50%

Según las posibles combinaciones de categorías se obtuvieron 8 grupos como se muestra en la Tabla 7.2.2.

**Tabla 7.2.2: Grupos de acuerdo a la combinación de las dimensiones del Burnout**

	GRUPO 1	GRUPO 2 (BO)	GRUPO 3	GRUPO 4	GRUPO 5	GRUPO 6	GRUPO 7	GRUPO 8
<b>ILUSIÓN</b>	ALTO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	ALTO	ALTO	ALTO
<b>DESGASTE</b>	ALTO	ALTO	BAJO	BAJO	ALTO	BAJO	ALTO	BAJO
<b>INDOLENCIA</b>	ALTO	ALTO	ALTO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	ALTO
<b>TIEMPO 1</b>	7 (8%)	0	0	1 (1.1%)	0	31 (35.6%)	48 (55.2%)	0
<b>TIEMPO 2</b>	8 (9.2%)	<b>1 (1.1%)</b>	0	0	0	37 (42.5%)	39 (44.8%)	2 (2.3%)

$$87 \quad 7+1+31+48= \text{TIEMPO1 PREVALENCIA}= 0/87=0$$

$$87 \quad 8+1+37+39+2= \text{TIEMPO 2 PREVALENCIA}= 1/87= \mathbf{1.15}$$

Como se puede observar en la tabla 2, en la medición de Mayo 2014 (Tiempo 1) **no se encontraron casos de Burnout** (Baja Ilusión + Alto Desgaste Psíquico + Alta indolencia) sin embargo, se presentaron 7 casos con niveles altos de Desgaste Psíquico e Indolencia, por lo que se consideran participantes en riesgo. La mayoría de los participantes se encontraron con alta ilusión y sus variables con bajo Desgaste e Indolencia (Grupo 6) o alto Desgaste y baja Indolencia (Grupo 7).

Con respecto en la medición del mes de Noviembre 2014 (Tiempo 2) **se encontró un caso de Síndrome de Burnout**, el cual presentó niveles **bajos de culpa** por lo que cumple con las características del **Perfil 1**. También aumentó un caso más del perfil para desarrollar burnout, con un total de 8 casos con niveles altos de Ilusión, Desgaste e Indolencia. Nuevamente la mayoría de los participantes se encontraron en el grupo 6 y 7.

### 7.2.1 COMPARACION DE MEDIAS

Con respecto a la diferencia en la evaluación por dimensiones del Burnout en ambos tiempos, sólo se encontró diferencia estadísticamente significativa en los puntajes de la media de **Ilusión por el trabajo** ( $t= 2.543$ ,  $p=0.013$ ) (Ver Tabla 7.2.1.1)

Tabla 7.2.1.1: Comparacion de Medias de las dimensiones de Burnout

	Media	Desv Estandar	t	Grados Libertad	Sig
<b>ILUSION T1 - ILUSION T2</b>	<b>0.16552</b>	<b>0.6071</b>	<b>2.543</b>	<b>86</b>	<b>0.013</b>
DESGASTE PISQUICO T1 - DESGASTEPSIQUICO T2	0.11494	0.76135	1.408	86	0.163
INDOLENCIA T1 - INDOLENCIA T2	0.06513	0.66002	0.92	86	0.36
CULPA T1 - CULPA T2	0.02299	0.80604	0.266	86	0.791

### 7.3 ENGAGEMENT (PUNTAJES)

En relación al segundo objetivo específico, a continuación se presentan los resultados referentes a la prevalencia de Engagement. La conversión de los puntajes naturales en categorías se hicieron según el manual de evaluación del UWES (8), obteniendo la siguiente información según los componentes:

**Vigor** en la primer evaluación se obtuvo un 58.6% de puntajes promedio, 29.9% en puntajes altos, un 9.2% de niveles bajos y 2.3% niveles muy altos, sin obtener niveles muy bajos; para la segunda evaluación se presentó un 1.1% de niveles muy bajos, y un 10.4% de niveles bajos, predominando nuevamente niveles promedio con 54% y alto con 27.6% seguido de muy alto 6.9%.

**Dedicación**, en el tiempo uno se encontró que 44.8% de los participantes obtuvo niveles altos, seguido por niveles promedio (32.2%), sólo el 2.3% de la población presentó niveles bajos y el mismo porcentaje en muy bajos y 18.4% niveles muy altos, mientras que en el tiempo dos el porcentaje fue del 36.8% para nivel alto 41.4% promedio, invirtiéndose en el tiempo 2; además no se obtuvieron puntajes muy bajos y se encontró el 3.4% de niveles bajos y 18.4% muy altos.

**Absorción** en el tiempo uno se encontró un 46% con altos niveles, seguido de 43.7% de niveles promedio, y 2.3% de niveles muy bajos, 8% muy altos, sin presencia de niveles bajos, mientras que en el tiempo dos el porcentaje disminuyó de forma importante en niveles altos a 29.9% y se elevó a 47.2% el nivel promedio, se encontró sólo un 1.1% en niveles muy bajos y 9.2% en niveles bajos, el cual en el tiempo 1 era de 0% y 12.6% niveles muy altos. (Ver tabla 7.3.1)

**Tabla 7.3.1: Porcentaje de puntajes obtenidos en cada dimensión de Engagement**

	VIGOR		DEDICACION		ABSORCION	
	may-14	NOV. 2014	may-14	NOV. 2014	may-14	NOV. 2014
MUY BAJO	0%	1.10%	2.30%	0	3.40%	1.10%
BAJO	9.20%	10.40%	2.30%	3.40%	0%	9.20%
PROMEDIO	58.60%	54%	32.20%	41.40%	42.60%	47.20%
ALTO	29.90%	27.60%	44.80%	36.80%	46%	29.90%
MUY ALTO	2.30%	6.90%	18.40%	18.40%	8	12.60%

### 7.3.1 COMPARACIÓN DE MEDIAS

Al comparar las medias de los componentes de Engagement en los dos tiempos evaluados, sólo se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la variable absorción ( $t= 2.266$ ,  $p= 0.026$ ). (Ver tabla 7.3.1.1). En la cual la media era mayor en el T1 que en T2.

**Tabla 7.3.1.1: Comparacion de Medias de las dimensiones de Engagement**

	Media	Desv Estandar	t	Grados Libertad	Sig
VIGOR T1 - VIGOR T2	0.02299	0.80834	0.265	86	0.791
DEDICACION T1 - DEDICACION T2	0.13333	0.72987	1.704	86	0.092
<b>ABSORCION T1 - ABSORCION T2</b>	<b>0.25057</b>	<b>1.03124</b>	<b>2.266</b>	<b>86</b>	<b>0.026</b>

## 7.4 MODELO DEMANDA-CONTROL /APOYO SOCIAL

Primero se estimó la prevalencia de los factores psicosociales a través del Modelo Demanda-Control y sus componentes, así como el modelo Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa y sus componentes, para posteriormente realizar el análisis de asociación entre factores psicosociales, síndrome de Burnout y Engagement en dos momentos diferentes.

En la evaluación del promedio se encontró que 89.7% de los participantes percibieron **Demandas Psicológicas Altas** y sólo 10.3% las perciben bajas; mientras que en el tiempo dos se encontró que 11.5% presenta bajas demandas psicológica y 88.5% demandas psicológicas altas.

En relación al **Control laboral** se encontró un 39.1% con bajos niveles de control laboral y un 60.9% con niveles elevados de control laboral. Con respecto al tiempo dos, 43.7% con bajos niveles de control laboral y 56.3% niveles altos de control laboral.

Con respecto a la percepción de **Apoyo Social por parte de jefes o compañeros** un 50.6% percibe niveles bajos mientras que un 49.4% niveles elevados. Con respecto al tiempo dos, los porcentajes se modifican, por lo que el 65.5% percibe bajos niveles de apoyo y el 34.5% niveles altos.

En el Tiempo1, se observó que en cuestión Altas demandas psicológicas + Alto control laboral (**ACTIVO**): 49 (56.3%) participantes se encuentran en esta categoría, siendo la mayoría de los cuales 32 (36.8%) perciben alto apoyo social mientras que 17 perciben lo contrario. Con respecto a Altas demandas psicológicas + Bajo control laboral (**MUCHA TENSION**): 29 (33.3%) participantes se encuentran en esta categoría, 21 (24.2%) con bajo apoyo social y 8 (9.2%) con alto apoyo social. El resto siendo la mínima cantidad de la población se encuentra entre Bajas demandas psicológicas + Alto control laboral (**POCA TENSION**): 4 (4.6%) participantes, con respecto a bajo y alto apoyo social se encontraron en la misma cantidad, 2 (2.3%). Bajas demandas psicológicas + Bajo control laboral (**PASIVOS**): 5 (5.7%) participantes de los cuales 4(4.6%) con alto apoyo y 1 con bajo apoyo social. Cabe destacar que 78 (89.6%) participantes perciben demandas psicológicas altas y 34 (39%) bajo control, además con respecto a apoyo social 44 (50.5%) participantes perciben bajo apoyo social. (Ver tabla 7.4.1 y 7.4.2)

**Tabla 7.4.1: Porcentaje de acuerdo a Control Laboral y Demandas Psicologicas en Tiempo 1**

		TIEMPO 1 DEMANDA-CONTROL	
		DEMANDAS PSICOLOGICAS	
		BAJO	ALTO
CONTROL LABORAL	ALTO	4 (4.6%)	49 (56.3%)
	BAJO	5 (5.7%)	29 (33.3%)

**Tabla 7.4.2: Porcentaje de acuerdo a Control Laboral, Demandas Psicológicas y Apoyo social en Tiempo 1**

TIEMPO 1 DEMANDA-CONTROL- APOYO SOCIAL				
	DEMANDAS PSICOLOGICAS BAJAS N=9		DEMANDAS PSICOLOGICAS ALTAS N=78	
	ALTO APOYO SOCIAL	BAJO APOYO SOCIAL	ALTO APOYO SOCIAL	BAJO APOYO SOCIAL
CONTROL ALTO N=53	2 (2.3%)	2 (2.3%)	32 (36.8%)	17 (19.5%)
CONTROL BAJO N= 34	1 (1.1%)	4 (4.6%)	8 (9.2%)	21 (24.1%)

Con respecto al Tiempo2, se observó que en relación a Altas demandas psicológicas + Alto control laboral (**ACTIVO**): 42 (48.3%) participantes se encuentran en esta categoría, siendo la mayoría, 20 (23%) con alto apoyo social y 22 (25.3%) con bajo apoyo social, mientras que Altas demandas psicológicas + Bajo control laboral (**MUCHA TENSION**): 35 (40.2%) participantes se encuentran en esta categoría, 5 (5.7%) con alto apoyo social y 30 (34.5%) con bajo apoyo social, cabe mencionar que el participante que presento el Síndrome de Burnout Perfil 1 se encontró en esta celda de mucha tensión con bajo apoyo social. El resto de los participantes, siendo la mínima cantidad, se encuentra entre Bajas demandas psicológicas + Alto control laboral (**POCA TENSION**): 7 (8%) participantes, 2 (2.3%) y 5 (5.7%) con bajo y alto apoyo social y Bajas demandas psicológicas + Bajo control laboral (**PASIVOS**): 3 (3.4%) participantes, todos con bajo apoyo social. (Ver Tabla 7.4.3 y 7.4.4)

**Tabla 7.4.3: Porcentaje de acuerdo a Control Laboral y Demandas Psicológicas en Tiempo 2**

TIEMPO 2 DEMANDA-CONTROL			
CONTROL LABORAL	DEMANDAS PSICOLOGICAS		
		BAJO	ALTO
	ALTO	7 (8%)	42 (48.3%)
BAJO	3 (3.4%)	35 (40.2%)	

**Tabla 7.4.4: Porcentaje de acuerdo a Control Laboral, Demandas Psicológicas y Apoyo social en Tiempo 2**

TIEMPO 2 DEMANDA-CONTROL- APOYO SOCIAL				
	DEMANDAS PSICOLOGICAS BAJAS		DEMANDAS PSICOLOGICAS ALTAS	
	ALTO APOYO SOCIAL	BAJO APOYO SOCIAL	ALTO APOYO SOCIAL	BAJO APOYO SOCIAL
CONTROL ALTO	5 (5.7%)	2 (2.3%)	20 (23%)	22 (25.3%)
CONTROL BAJO	0 (0%)	3 (3.4%)	5 (5.7%)	30 (34.5%)

Con respecto **Tensión Laboral** se encontró en el tiempo 1 una frecuencia del 58.6%, mientras que en el tiempo 2, la frecuencia disminuyó al 51.7% (Ver tabla 7.4.5).

**Tabla 7.4.5: Comparacion de Medias de las dimensiones del Modelo Demanda-Control-Apoyo social**

	Media	Desv Estandar	t	gl	Sig
DEMANDAS PSICOLOGICAS T1 - DEMANDAS PSICOLOGICAS T2	1.28736	6.0596	1.982	86	0.051
CONTROL LABORAL T1 - CONTROL LABORAL T2	-0.66667	9.65771	-0.644	86	0.521
APOYO SOCIAL T1 - APOYO SOCIAL T2	0.77011	4.84336	1.483	86	0.142
TENSION LABORAL T1 - TENSION LABORAL T2	0.05267	0.28931	1.698	86	0.093

Al comparar las medias de los componentes del Modelo Demanda-Control-Apoyo social en los dos tiempos evaluados, no se encontró diferencia significativa, sin embargo se encontró en limites ( $t= 1.982$ ,  $p=0.051$ ) la variable de Demandas Psicológicas

## 7.5 MODELO ESFUERZO-RECOMPENSA

Con respecto a Esfuerzo Extrínseco, en el Tiempo 1, el 4.6% de los participantes presentaron niveles bajos y un 95.4% niveles altos. En el tiempo 2, el 5.7% presentó bajos niveles de esfuerzo extrínseco y el 94.3% niveles altos (Ver Tabla 7.5.1).

**Tabla 7.5.1: Porcentaje de participantes con Esfuerzo Extrínseco**

Esfuerzo Extrínseco				
	Tiempo 1		Tiempo 2	
		%		%
Bajo	4	4.6	5	5.7
Alto	83	95.4	82	94.3

Con respecto a **Esfuerzo Intrínseco** un 52.9% se encuentra con bajos niveles y 47.1% con niveles elevados. Con respecto al tiempo dos 60.9% con bajos niveles y 39.1% niveles altos. (Ver Tabla 7.5.2)

**Tabla 7.5.2: Porcentaje de participantes con Esfuerzo Intrínseco**

Esfuerzo Intrínseco				
	Tiempo 1		Tiempo 2	
		%		%
Bajo	46	52.9	53	60.9
Alto	41	47.1	34	39.1

Con respecto a **Recompensa** 90.8% se encuentra con niveles bajos y 9.2% con niveles altos. Con respecto al tiempo dos 86.2% con niveles bajos y 13.8% niveles altos. (Ver Tabla 7.5.3)

**Tabla 7.5.3: Porcentaje de participantes con Recompensa**

Recompensa				
	Tiempo 1	%	Tiempo 2	%
Bajo	79	90.8	75	86.2
Alto	8	9.2	12	13.8

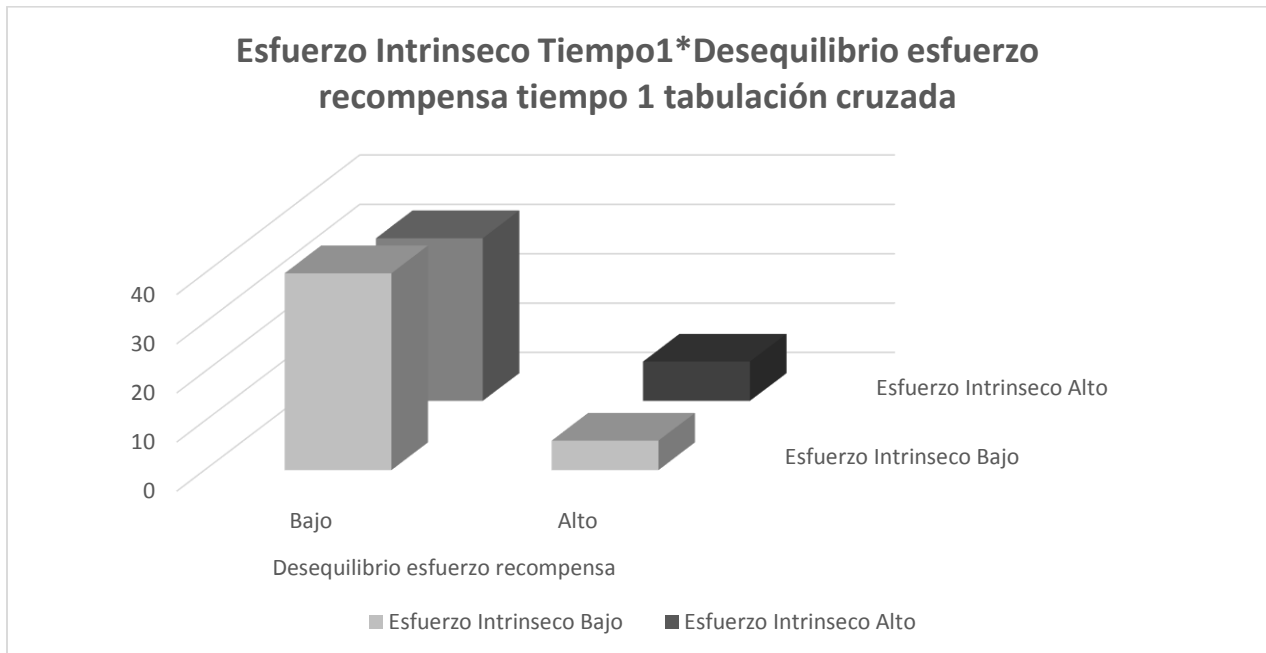
**Desequilibrio esfuerzo recompensa (DER)** En el tiempo uno con respecto a la media latinoamericana se encontró que un 16.1% presento desequilibrio en esfuerzo recompensa y en tiempo dos un 14.9% presento este desequilibrio. (Ver tabla 7.5.4).

**Tabla 7.5.4: Porcentaje de participantes con Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa**

Desequilibrio Esfuerzo Recompensa				
	Tiempo 1	%	Tiempo 2	%
Bajo	73	83.9	74	85.1
Alto	14	16.1	13	14.9

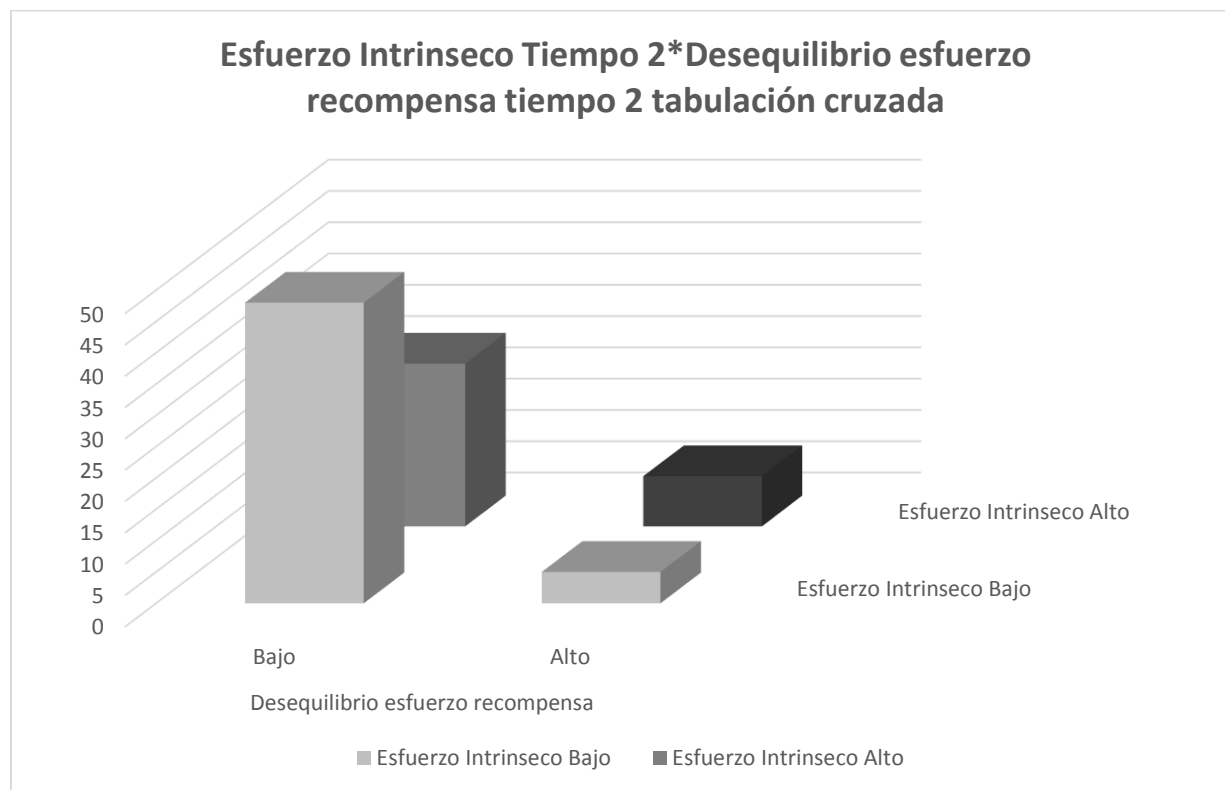
En este modelo cabe resaltar que el desequilibrio entre el esfuerzo y la recompensa (DER), junto con un puntaje alto de sobreinvolucramiento (esfuerzo intrínseco) implica un **alto nivel de estrés laboral** con grandes afecciones a la salud. (31). En el Tiempo 1, se encontró que 8 (9.2%) participantes presentaron DER y alto sobreinvolucramiento; en el tiempo 2, se encontró la misma cantidad de participantes con éstas características, sin embargo sólo 2 participantes prevalecieron del tiempo 1. La mayoría de los participantes se encontró con Bajo sobreinvolucramiento y sin DER, siendo similares los porcentajes en los dos tiempos evaluados.(Ver Gráfica 7.5.1, 7.5.2)

**Gráfica 7.5.1: Esfuerzo Intrínseco T1 y Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa T1, tabulación cruzada**





**Gráfica 7.5.2: Esfuerzo Intrínseco T2 y Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa T2, tabulación cruzada**



### 7.5.1 COMPARACIÓN DE MEDIAS

Al comparar las medias de los componentes del Modelo Esfuerzo-Recompensa en los dos tiempos evaluados, no se encontró diferencia significativa, lo que coincide con lo esperado para el presente estudio. (Ver tabla 7.5.1.1)

**Tabla 7.5.1.1: Comparación de Medias de las dimensiones del Modelo Esfuerzo-Recompensa**

	Media	Desv Estandar	t	Grados Libertad	Sig
ESFUERZO EXTRINSECO T1 - ESFUERZO EXTRINSECO T2	0.045598	3.23465	0.133	86	0.895
ESFUERZO INTRINSECO T1 - ESFUERZO INTRINSECO T2	0.03448	3.39784	0.095	86	0.925
RECOMPENSA T1 - RECOMPENSA T2	-0.5977	5.2373	-1.064	86	0.29
DER T1 - DER T2	0.01484	0.21038	0.658	86	0.512

**Tabla 7.6.1: Correlacion de Pearson de las dimensiones de Burnout, Engagement y Factores Psicosociales en dos tiempos.**

Correlaciones																														
	Media	Desviación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
1 Ilusión1	3.3264	.58835	1																											
2 Ilusión2	3.1609	.59286	.472**	1																										
3 Indolencia1	1.0402	.62772	-.165	0.229	1																									
4 Indolencia2	.9751	.70277	-.242*	-.189	.513**	1																								
5 Culpa1	.8437	.73543	-.055	.084	.569**	.363**	1																							
6 Culpa2	.8207	.75639	-.085	-.065	.341**	.741**	.416**	1																						
7 DesgastePsi	2.1580	.85003	-.111	-.127	.397**	.239*	.299**	.194	1																					
8 DesgastePsi	2.0431	.84410	-.223*	-.320**	.351**	.222*	.088	.228*	.596**	1																				
9 Vigor1	4.4345	.76930	.416**	.399**	-.013	.040	.143	.068	-.268**	-.302**	1																			
10 Vigor2	4.4115	.91974	.244*	.365**	-.112	-.208	.112	-.177	-.299**	-.502**	.554**	1																		
11 Dedicacion1	4.9678	.85773	.727**	.513**	-.116	-.190	-.066	-.096	-.140	-.263**	.628**	.329**	1																	
12 Dedicacion2	4.8345	.87668	.493**	.685**	-.177	-.231**	.099	-.167	-.216**	-.437**	.516**	.650**	.646**	1																
13 Absorcion1	4.4529	.89519	.645**	.454**	-.049	-.162	.107	-.061	-.074	-.130	.466**	.346**	.560**	.492**	1															
14 Absorcion2	4.2023	1.11041	.272*	.386**	.015	-.156	.044	-.102	.023	-.129	.277**	.414**	.296**	.421**	.488**	1														
15 Demandas_	37.0690	5.69127	.008	.068	.181	.088	.034	.013	.482**	.170	-.054	-.103	.099	.006	.113	.199	1													
16 Demandas_	35.7816	5.96779	-.196	-.068	.238*	.203	.081	.227*	.438**	.545**	-.172	-.297**	-.077	-.247*	-.128	.146	.461**	1												
17 Control_Labo	69.8391	10.61906	.413**	.371**	-.184	-.268**	-.126	-.174	-.308**	-.268**	.357**	.279**	.492**	.396**	.376**	.141	-.117	-.175	1											
18 Control_Labo	70.5057	10.61906	.342**	.444**	-.124	-.148	.035	-.035	-.053	-.294**	.323**	.468**	.317**	.425**	.413**	.332**	.044	-.176	.586**	1										
19 Apoyo_Soc_T	22.8966	4.46962	.314**	.306**	-.099	-.070	-.208	-.050	-.084	-.082	.295**	.203	.310**	.315**	.237**	.185	-.105	-.109	.473**	.408**	1									
20 Apoyo_Soc_T	22.1264	4.03993	.206	.150	-.039	-.139	.025	-.110	-.190	-.159	.321**	.296**	.216**	.281**	.315**	.212*	-.162	.287**	.354**	.374**	.356**	1								
21 Tension_Lab	1.0978	.31454	-.293**	-.251**	.249**	.195	.106	.080	.461**	.238**	-.262**	-.208	-.336**	-.316**	-.179	.085	.635**	.385**	.768**	.364**	-.337**	.327**	1							
22 Tension_Lab	1.0452	.26741	-.403**	-.370**	.202	.226**	-.013	.131	.299**	.525**	-.321**	-.475**	-.299**	-.436**	-.382**	-.135	.274**	.745**	.518**	.758**	-.322**	.411**	.516**	1						
23 Esfuerzo_Extr	18.0460	3.22385	-.058	.102	.225**	.002	.112	-.086	.545**	.247**	.005	.080	.026	.087	.146	.194	.627**	.379**	-.089	.118	.004	.050	.416**	.185	1					
24 Esfuerzo_Extr	18.0000	3.03851	-.010	.000	.192	.063	.169	.074	.376**	.445**	.039	-.161	.016	-.108	.079	.030	.332**	.638**	-.130	-.062	-.077	-.213**	.288**	.454**	.468**	1				
25 Recompensa	39.1379	3.59319	-.402**	-.183	-.103	.079	-.141	.048	.094	.027	.334**	-.232**	-.450**	-.409**	-.278**	-.092	.193	.098	.479**	.311**	-.541**	-.306**	.468**	.285**	.052	-.033	1			
26 Recompensa	39.7356	4.22743	.107	-.083	-.078	-.280**	-.192	-.315**	.205	.098	-.213**	-.106	-.045	-.056	-.048	-.026	.199	-.038	-.118	-.074	.022	-.366**	.230**	.030	.121	.046	.110	1		
27 Desequilibrio	.8544	.19923	.124	.132	.315**	-.035	.228**	-.125	.428**	.249**	.195	.210	.221**	.264**	.253**	.232**	.405**	.278**	.125	.246**	.234**	.241**	.132	.026	.811**	.425**	-.497**	.024	1	
28 Desequilibrio	.8396	.16707	-.066	.029	.219**	.232**	.241**	.243**	.222**	.336**	.163	-.087	.049	-.079	.091	.045	.170	.564**	-.040	.016	-.091	.012	.108	.352**	.333**	.822**	-.086	.511**	.351**	1

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

\* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

## 7.6 CORRELACIONES

Con el objetivo de conocer de manera exploratoria la relación entre las variables de Burnout y Engagement con los Factores Psicosociales (en los dos tiempos de evaluación) se llevó a cabo un análisis de relación utilizando Correlación de Pearson (Tabla 7.6.1), los resultados muestran lo siguiente.

### 7.6.1 Burnout y Factores Psicosociales

Existe una correlación positiva estadísticamente significativa entre la dimensión de Ilusión por el Trabajo (T1) y Control Laboral en T1 ( $r=.412$ ,  $p=.000$ ) y T2 ( $r=.342$ ,  $p=.000$ ), así como con Apoyo Social T1 ( $r=.314$ ,  $p=.000$ ), y de manera negativa con Tensión Laboral en T1 ( $r=-.293$ ,  $p=.000$ ) y T2 ( $r=-.403$ ,  $p=.000$ ), así como Recompensa T1 ( $r=-.402$ ,  $p=.000$ ). Ilusión por el Trabajo T2 estuvo relacionada significativamente con los mismos factores, (respectivamente  $r=.371$ ,  $p=.000$ ;  $r=.444$ ,  $p=.000$ ;  $r=.306$ ,  $p=.000$ ;  $r=-.251$ ,  $p=.05$ ,  $r=-.370$ ,  $p=.000$ ) a excepción de Recompensa T1 ( $r=-.183$ ,  $p=.090$ ).

Para la dimensión de Indolencia T1, las relaciones encontradas que resultaron estadísticamente significativas fueron: Demandas Psicológicas T2 ( $r=.238$ ,  $p=.05$ ), Tensión Laboral T1 ( $r=.249$ ,  $p=.05$ ), Esfuerzo Extrínseco T1 ( $r=.225$ ,  $p=.05$ ), Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa (DER) T1 ( $r=.315$ ,  $p=.000$ ) y T2 ( $r=.219$ ,  $p=.05$ ), sin embargo, la situación fue diferente en la relaciones con Indolencia T2 misma que estuvo relacionada con Control Laboral T1 ( $r=-.268$ ,  $p=.05$ ), Tensión Laboral T2 ( $r=.226$ ,  $p=.05$ ), Recompensa T2 ( $r=-.280$ ,  $p=.000$ ) y DER T2 ( $r=.232$ ,  $p=.05$ ).

En la dimensión Desgaste Psíquico T1 se encontraron relaciones estadísticamente significativas con Demandas Psicológicas T1 ( $r=.482$ ,  $p=.000$ ) y T2 ( $r=.438$ ,  $p=.000$ ), Control Laboral T1 ( $r=-.308$ ,  $p=.000$ ), Tensión Laboral T1 ( $r=.461$ ,  $p=.000$ ) y T2 ( $r=.299$ ,  $p=.000$ ), con Esfuerzo Extrínseco T1 ( $r=.545$ ,  $p=.000$ ) y T2 ( $r=.376$ ,  $p=.000$ ) y DER T1 ( $r=.428$ ,  $p=.000$ ) y T2 ( $r=.222$ ,  $p=.05$ ). Respecto a Desgaste Psíquico T2 las relaciones significativas son similares (Ver tabla 10.16) a excepción de Demandas Psicológicas T1 ( $r=.170$ ,  $p=.115$ ) que no resultó significativa, mientras que Control Laboral T2 se agregó a la lista de relaciones significativas ( $r=-.294$ ,  $p=.000$ ).

Respecto a las relaciones con Culpa T1 encontramos al Desequilibrio Esfuerzo Recompensa (DER) T1 ( $r=.228$ ,  $p=.05$ ) y T2 ( $r=.241$ ,  $p=.05$ ), sin embargo la relación de Culpa T2 sólo fue significativa con Demandas Psicológicas T2 ( $r=.227$ ,  $p=.05$ ), Recompensa T2 ( $r=-.315$ ,  $p=.000$ ) y con DER T2 ( $r=.243$ ,  $p=.05$ ).

## 7.6.2 Engagement y Factores Psicosociales

Existe una correlación positiva estadísticamente significativa entre la dimensión de Vigor T1 y Control laboral T1 ( $r=.357$ ,  $p=.000$ ) y T2 ( $r=.323$ ,  $p=.000$ ), Apoyo social T1 ( $r=.295$ ,  $p=.000$ ) y T2 ( $r=.321$ ,  $p=.000$ ), Tensión Laboral T1 ( $r=-.262$ ,  $p=.05$ ) y T2 ( $r=-.321$ ,  $p=.000$ ), Recompensa T1 ( $r=-.334$ ,  $p=.000$ ) y T2 ( $r=-.213$ ,  $p=.05$ ), Vigor T2 se encontró significativo con Demandas Psicológicas T2 ( $r=-.297$ ,  $p=.000$ ), Control Laboral T1 ( $r=.279$ ,  $p=.000$ ) y T2 ( $r=.468$ ,  $p=.000$ ), Apoyo social T2 ( $r=.296$ ,  $p=.000$ ), Tensión Laboral T2 ( $r=-.475$ ,  $p=.000$ ), Recompensa T1 ( $r=-.232$ ,  $p=.05$ ).

Respecto a la dimensión de Dedicación T1 se encontró correlación significativa con Control Laboral T1 ( $r=.492$ ,  $p=.000$ ) y T2 ( $r=.317$ ,  $p=.000$ ), Apoyo social T1 ( $r=.310$ ,  $p=.000$ ) y T2 ( $r=.216$ ,  $p=.05$ ), Tensión Laboral T1 ( $r=-.336$ ,  $p=.000$ ) y T2 ( $r=-.299$ ,  $p=.000$ ), Recompensa T1 ( $r=-.450$ ,  $p=.000$ ), DER T1 ( $r=.221$ ,  $p=.05$ ). Dedicación T2 se encontró correlación significativa similares a las anteriores, sólo se agregó Demandas Psicológicas T2 ( $r=-.247$ ,  $p=.05$ ) (Ver tabla 10,16).

La dimensión de Absorción T1 se encontró correlación significativa con Control Laboral T1 ( $r=.376$ ,  $p=.000$ ) y T2 ( $r=.413$ ,  $p=.000$ ), Apoyo Social T1 ( $r=.237$ ,  $p=.05$ ) y T2 ( $r=.315$ ,  $p=.000$ ), Tensión Laboral T2 ( $r=-.382$ ,  $p=.000$ ), Recompensa T1 ( $r=-.278$ ,  $p=.000$ ) y DER T1 ( $r=.253$ ,  $p=.05$ ). Absorción T2 se encontró correlación significativa sólo con Control Laboral T2 ( $r=.332$ ,  $p=.000$ ), Apoyo social T2 ( $r=.212$ ,  $p=.05$ ) y DER T2 ( $r=.232$ ,  $p=.05$ ).

## 7.7 ANALISIS DE REGRESIÓN

Para dar cumplimiento al último objetivo específico de esta investigación se presentan los resultados de la regresión lineal múltiple (método enter) realizada para comprobar las relaciones longitudinales entre dimensiones del síndrome de Burnout y Engagement y los Factores Psicosociales.

### 7.7.1 Síndrome de Burnout

El análisis de regresión teniendo como variable dependiente Ilusión por el Trabajo T2 aceptó como variables predictoras Ilusión por el Trabajo T1 ( $\beta=.421$ ,  $p=.000$ ), Esfuerzo T1 ( $\beta=.217$ ,  $p=.05$ ) y Tensión Laboral T1 ( $\beta=-.218$ ,  $p=.05$ ), mismas que explican un 27% de la varianza. Mientras que el análisis para la variable dependiente Desgaste Psíquico T2 las variables predictoras fueron: Esfuerzo T1 ( $\beta=-.783$ ,  $p=.000$ ), Recompensa T1 ( $\beta=.415$ ,  $p=.066$ ), Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa T1 ( $\beta=.819$ ,  $p=.05$ ) y Desgaste Psíquico T1 ( $\beta=.634$ ,  $p=.000$ ), explicando el 39.9% de la varianza; sin embargo la variable Recompensa T1 no fue significativa para el modelo y la variable esfuerzo no se presentó en el sentido esperado. Para la dimensión de

Indolencia T2, resultaron predictoras las variables Tensión Laboral T1 ( $\beta=-.591$ ,  $p=.05$ ), Apoyo social T1 ( $\beta=.191$ ,  $p=.075$ ), Demandas Psicológicas T1 ( $\beta=.417$ ,  $p=.05$ ), Control Laboral T1 ( $\beta=-.623$ ,  $p=.000$ ), Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa T1 ( $\beta=-.274$ ,  $p=.000$ ) e Indolencia T1 ( $\beta=.575$ ,  $p=.000$ ), explicando el 37.9% de la varianza, cabe destacar que la variable Apoyo social T1 no resultó estadísticamente significativa para el modelo. Finalmente, para la dimensión de Culpa T2, las variables predictoras en el modelo de regresión fueron: Tensión Laboral T1 ( $\beta=-.590$ ,  $p=.05$ ), Apoyo Social T1 ( $\beta=.271$ ,  $p=.05$ ), Demandas Psicológicas T1 ( $\beta=.470$ ,  $p=.000$ ), Control Laboral T1 ( $\beta=-.591$ ,  $p=.000$ ), Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa T1 ( $\beta=-.347$ ,  $p=.000$ ) y Culpa T1 ( $\beta=.524$ ,  $p=.000$ ). (Ver Tabla 7.7.1.1)

**7.7.1.1: Tabla Análisis de Regresión para comprobar las relaciones longitudinales entre Factores Psicosociales y dimensiones del Síndrome de Burnout**

Modelo	Variable	Beta	R2	R2 Ajustada	F	Significación
	VARIABLES INDEPENDIENTES		VARIABLE DEPENDIENTES			
			Ilusión T2			
1	Ilusión T1	0.421 **	0.275	0.249	10.509	0.000
	Esfuerzo T1	0.217 *				
	Tensión Laboral T1	-0.218 *				
			Desgaste Psíquico T2			
1	Esfuerzo T1	-0.783 **	0.399	0.37	13.604	0.000
	Recompensa T1	0.415				
	Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa T1	.819 *				
	Desgaste Psíquico T1	.634 **				
			Indolencia T2			
1	Tensión Laboral T1	-0.591 *	0.379	0.333	8.145	0.000
	Apoyo Social T1	.191				
	Demandas Psicológicas T1	.417 *				
	Control Laboral T1	-.623 **				
	Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa T1	-.274 **				
	Indolencia T1	.575 **				
			Culpa T2			
1	Tensión Laboral T1	-.590 *	0.310	0.258	5.982	0.000
	Apoyo Social T1	.271*				
	Demandas Psicológicas T1	.470 **				
	Control Laboral T1	-.591 **				
	Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa T1	-.347 **				
	Culpa T1	.524 **				

## 7.7.2 Engagement

El análisis de regresión para las dimensiones de Engagement evaluadas en el Tiempo 2 mostró que en los tres casos sólo la misma dimensión evaluada en Tiempo 1, resultó predictor significativo. En el caso de Vigor T2, se explicó el 30% de la varianza; para Dedicación T2 el 41.7% y para Absorción T2 el 23.9%. (Ver tabla 7.7.2.1)

**Tabla 7.7.2.1: Análisis de Regresión para comprobar las relaciones longitudinales entre Factores Psicosociales y dimensiones de Engagement**

Modelo	Variable	Beta	Incremento R2	R2 Ajustada	F	Significación
	VARIABLES INDEPENDIENTES	VARIABLES DEPENDIENTES				
		Vigor T2				
1	Vigor T1	0.554 **	0.307	0.299	37.688	0.000
		Dedicación T2				
1	Dedicación T1	.646 **	0.417	0.410	60.883	0.000
		Absorción T2				
1	Absorción T1	.488 **	0.239	0.23	26.623	0.000

## 8.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como se mencionó anteriormente se han realizado múltiples estudios con respecto al Síndrome de Burnout y Engagement en diferentes poblaciones, sin embargo la presente investigación tiene como ventaja no sólo la evaluación del Síndrome de Burnout, Engagement y factores psicosociales sino que ésta se hace en dos momentos diferentes, por lo que resaltamos la importancia del presente estudio al dar seguimiento a una población. Con la finalidad de discutir los resultados iniciaremos analizando el Síndrome de Burnout, posteriormente Engagement continuando con factores psicosociales y por último asociaciones entre dichas variables como lo plantea el objetivo de esta investigación.

Respecto a la prevalencia del Síndrome de Burnout sólo se detectó la presencia del conjunto de síntomas (Baja Ilusión por el Trabajo y Altos niveles de Desgaste Psíquico e Indolencia) en un sólo participante, sin la presencia de Culpa, lo que conforma el Perfil 1 propuesto por Gil-Monte (5) esto sucedió en la evaluación del Tiempo 2. Así mismo se encontró que la mayoría de los participantes cuentan con Altos Niveles de Ilusión, Alto desgaste y Baja Indolencia en T1 y T2 (55.2% y 44.8% respectivamente); sin embargo un 8% de T1 y 9.2% en T2 se encontró con Altos niveles de desgaste, Indolencia e Ilusión, lo cual considerando la información ofrecida en el manual de CESQT nos hace pensar que de continuar así el siguiente paso, sería la presencia de baja Ilusión y con ello presentar el cuadro sintomático completo del Síndrome de Burnout.

Se observó que en los dos tiempos los niveles de Ilusión se encontraban elevados en un 98.9%, en Desgaste Psíquico en T1 y T2 los niveles altos se encontraron en un 63.2% y 55.2% respectivamente, e Indolencia presentó niveles altos en T1 y T2 en un 8% y 12.6% respectivamente, mientras que la dimensión de culpa los niveles altos se encontraron en un 11.5% en los dos tiempos evaluados, estos resultados coinciden con el estudio de investigación denominado “Síndrome de Burnout y factores asociados en médicos estudiantes” realizado en población similar durante el año 2008, estos investigadores también utilizaron como método de evaluación el CESQT, y encontraron una prevalencia del Síndrome de Burnout en 1.64%, siendo de igual forma Ilusión 95% el porcentaje más elevado, seguido de Desgaste Psíquico 74.4%, el 13.6% niveles elevados de indolencia y finalmente con 9.8% de niveles altos de culpa, sin embargo los autores de ese estudio recomendaron realizar estudios longitudinales que además incorporaran otras variables psicosociales como, las demandas psicológicas, el control y la recompensa, mismas que si fueron consideradas en la presente investigación y que por tanto generan un aporte al conocimiento. (24)

Es importante resaltar también que los resultados obtenidos en la prevalencia del Síndrome de Burnout no coinciden con algunos estudios reportados en la literatura, por ejemplo, Pereda-Torales, refiere un estudio en población similar en la que encontró una prevalencia del Síndrome que va desde un 25 a un 60% (18), sin embargo otro estudio de López-León, encontró una prevalencia del síndrome en 1.6% en personal IMSS, lo que es similar a lo encontrado en el presente estudio; además menciona que el 39.7% presenta desgaste psíquico (20).

Los resultados obtenidos en este estudio sobre la baja prevalencia de Burnout son similares a los obtenidos en otros estudios, por lo que el Burnout como síndrome no representa un problema de Salud Pública en México; sin embargo, si es importante continuar con la evaluación y control epidemiológico de este síndrome ya que las consecuencias para quien lo padece podrían ser severas.

La ilusión y desgaste psíquico elevados encontrados en la presente investigación son interesantes, ya que a pesar de que los médicos están sometidos a jornadas laborales extensas, carga de trabajo, presión por los superiores, entre otras, reportaron niveles elevados de ilusión, una posibilidad de explicación es que desde la formación inicial en la carrera, se genera la expectativa de mayor carga de trabajo durante el periodo del Internado médico de pregrado por lo que de cierta forma se mentalizan o preparan para que en ese año se pueda dar lo mejor de si, aceptando pocas horas de descanso y muchas horas de trabajo, aceptando también que se privaran de muchas reuniones familiares entre otras cosas, pero que sin embargo, al terminar este periodo están a sólo un año más de Servicio Social periodo en el cual estarán incluso en posibilidades de actuar como responsables del Centro de Salud al los cuales serán asignados y posteriormente obtener el grado de Licenciado en Medicina General, pudiendo así entrar a un mercado laboral con mejores condiciones. Algo similar puede suceder con los médicos residentes, pues al inscribirse al ENARM (Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas) se van mentalizado en que la especialidad que elijan será con mucha carga de trabajo, mucho estrés y tensión, y que incluso el sólo pasar el examen implica un proceso estresante de competencia y resistencia, pues año con año el número de aspirantes a residencias médicas aumenta, contrario al número de plazas disponibles, por ejemplo en el año 2013 hubo más de 26 mil aspirantes de los cuales sólo 7150 lugares fueron asignados (32). Así mismo, al concluir el periodo de la residencia tendrán una especialidad y podrán aspirar a un ingreso económico estable, en la mayoría de los casos incluso la posibilidad de ser seleccionados para obtener una plaza en el IMSS, así mismo al reconocimiento de los demás médicos e inclusive la población en general, pues una especialidad implica un estatus jerárquico más alto.



Con respecto a la estabilidad de las mediciones en el tiempo, en las dimensiones de Burnout, sólo se encontró diferencia significativa entre Ilusión por el Trabajo ( $p=0.013$ ), ya que en el tiempo 1 se presentó una media más alta que en tiempo dos lo que nos indica que disminuyó significativamente la ilusión de T1 a T2, situación que aumenta el riesgo de presentar el síndrome de Burnout, esto puede deberse a que entre más tiempo pasa como médico en formación, va disminuyendo la ilusión por el trabajo, debido quizá a la carga de trabajo y desgaste que se tiene al paso del tiempo.

Con respecto a la prevalencia de Engagement, la mayoría de los participantes se encontró dentro del promedio con respecto a la población de Latinoamérica en sus tres dimensiones (8), seguido de promedio alto, esto nos puede orientar a que la mayoría de los médicos residentes e internos se encuentran “entusiasmados” en su trabajo, les gusta realizar sus actividades, a pesar del estrés ya mencionado en Burnout, pues no olvidemos que tanto el internado como la residencia médica se tratan de procesos de aprendizaje continuos. Así mismo, menos del 10% de la población estudiada se encontró con niveles bajos y muy bajos de Engagement, porcentajes que se esperaban dadas las condiciones de la población, pues quienes deciden por una especialidad médica en teoría se encuentran realizando actividades laborales que les gusta realizar. Respecto a la estabilidad en el tiempo en las mediciones de Engagement sólo se encontró diferencia significativa para Absorción T1 y T2, con un valor de  $p=0.026$ , fue menor la Absorción en T2 que en T1, esto se podría explicar que entre más pasa el tiempo disminuye la absorción, situación que es similar a la pérdida de Ilusión por el Trabajo, quizá este proceso está asociado al aumento progresivo del desgaste psíquico.

En el Modelo Demanda-Control/Apoyo Social, evaluación tiempo uno, la mayoría de los participantes se ubicó en el cuadrante Activo (Altas demandas + alto control laboral) con un 56.3%, lo que era esperado al tratarse de un proceso de formación académica y luego entonces de aprendizaje activo, sin embargo, también se encontró un alto porcentaje de participantes ubicados en el cuadrante de Mucha Tensión (Altas demandas + Bajo control) 33.3% y el resto de los participantes se ubicaron en los cuadrantes Pasivo (4.6%) y Poca tensión (5.7%); el porcentaje de participantes ubicados en el cuadrante de Mucha Tensión puede deberse a la sobre carga de tareas y actividades que les son requeridas, además de la dependencia hacia los médicos adscritos respecto a la toma de decisiones, el bajo apoyo que reciben de ellos, así como a la falta de experiencia o pericia en las tareas que les solicitan, sin considerar las demandas constantes (exigencias) de atención por parte de los pacientes y familiares de éstos. Algo interesante a resaltar son los porcentajes encontrados en la segunda medición, pues aumentó el porcentaje de casos ubicados en el cuadrante de Mucha tensión (40.2%) y disminuyeron en 8 puntos porcentuales los casos ubicados en el cuadrante Activo (48.3%), situación que corresponde a lo esperado ya que

conforme pasa el tiempo se consolida la carga de trabajo, las demandas constantes de pacientes y familiares no disminuye y por otro lado no aumenta el grado de autonomía en las decisiones ni al apoyo por parte de los médicos adscritos o compañeros de mayor grado jerárquico.

Respecto al Modelo Esfuerzo-recompensa no se encontraron diferencias significativas entre T1 y T2 en ninguno de sus componentes; sin embargo, la prevalencia de Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa disminuyó del 16.1% en T1 al 14.9% en T2 sin que la diferencia fuera estadísticamente significativa. A pesar de la disminución en la prevalencia, en ambos casos se encuentran por arriba del promedio esperado e incluso de las prevalencias reportadas en población mexicana y latinoamericana de distintos sectores ocupaciones, la cual no rebasa el 5% (33). Estas prevalencias pueden explicarse desde el elevado esfuerzo (extrínseco e intrínseco) constante por parte de los médicos en formación durante las extensas jornadas laborales, a cambio de una recompensa económica mínima, (en el caso de los internos cercana a mil pesos mensuales y en el caso de los residentes cercana a los 12 mil pesos mensuales), y bajo reconocimiento por parte de los médicos adscritos e inclusive compañeros médicos de mayor jerarquía.

La asociación entre las variables predictoras y dependientes fue según lo esperado, en el caso de la dimensión de Ilusión por el Trabajo T2 se encontraron valores predictivos y estadísticamente significativos con con Esfuerzo T1 en sentido positivo y Tensión laboral T1 en sentido negativo, lo que explica el Esfuerzo en el proceso de aprendizaje genera una condición positiva, de crecimiento, de ilusión, mientras que bajos niveles de tensión laboral pueden también ser generadores de condiciones óptimas o motivadoras para el desarrollo de ilusión y/o significado en el trabajo.

En el caso del Desgaste Psíquico T2 se encontraron valores predictivos por parte del Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa T1 y Desgaste Psíquico T1, en ambos casos en sentido positivo y Esfuerzo T1 en sentido negativo, los resultados anteriores permiten corroborar el valor predictivo del Modelo Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa en relación al Síndrome de Burnout y/o procesos de estrés, y aunque en el modelo de regresión la variable recompensa no fue significativa sería importante considerar en futuros estudios el valor mediador o moderado que puede tener con respecto al Síndrome de Burnout, pues quizá su efecto no es directo sino a través de otras variables. Respecto a la Indolencia T2 los resultados muestran que las variables Demandas Psicológicas T1 e Indolencia T1, ambas en sentido positivo, y en sentido negativo la Tensión Laboral T1, Control laboral T1 y Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa T1, son variables predictoras, es decir el trato constante con pacientes, familiares y compañero o jefes de trabajo que constantemente demandan de un

servicio o atención, así como la falta de control sobre las actividades, la presencia de desequilibrio en la percepción de lo que se hace y lo que a cambio se recibe así como la presencia de tensión laboral son razón suficiente para la presencia de un desgaste actitudinal por parte de los estudiantes (internos y residentes) que los llevan a utilizar frases como “me vale” así como a desarrollar indiferencia o falta de interés hacia su trabajo y sus pacientes. Lo anterior es fundamental de considerar pues lo anterior los puede llevar a cometer errores médicos, no ofrecer un trato digno o de calidad y con ello no discutir los padecimientos o las posibilidades de tratamiento con los pacientes o familiares o incluso proporcionar información errónea.

Es importante resaltar que contrario a lo esperado, en esta investigación no se encontró asociación entre las variables Psicosociales y el Engagement, a pesar de que algunos de estos factores se consideran protectores o positivos y generadores de entusiasmo, como el Control Laboral y el Apoyo Social.

Finalmente y a manera de conclusión consideramos que la presente investigación, aunque con limitaciones, aporta al estudio y conocimiento del Síndrome de Burnout y Engagement al tratarse de un acercamiento longitudinal, así mismo aportó al abordar también algunos factores psicosociales como predictores del Burnout y el Engagement lo que permite no sólo dar cuenta de en qué medida se presenta estos fenómenos sino también a partir de dónde se pueden evitar o promover (según sea el caso).

Es de fundamental consideración reconocer que según los resultados cuando hablamos de Burnout no se trata de un problema de Salud Pública como se ha manifestado en otras publicaciones, lo que no significa que se deba ignorar esta situación, al contrario merece atención pertinente y preventiva especialmente al tratarse de una población joven, aún en formación académica, por ello se sugiere generar comités evaluadores o de vigilancia epidemiológica al respecto, con la intención de generar una cultura de prevención que permita mejorar las estrategias de enseñanza-aprendizaje en los médicos internos y residentes para no exponerlos a estrés crónico; así mismo éstos comités deberán tener la función de detectar y tratar de manera oportuna y eficaz aquellos casos que pudieran presentarse y que muy probablemente presentan sintomatología física y/o psicológica a causa del Síndrome.

## 9.-BIBLIOGRAFÍA

1. *TRABAJEMOS CONTRA EL ESTRES, SEMANA EUROPEA OCTUBRE. 1-6, s.l. : INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO, 2002.*
2. *SENSIBILIZANDO SOBRE EL ESTRES LABORAL EN LOS PAISES EN DESARROLLO. 1-50, s.l. : PROTECCION DE SALUD DE LOS TRABAJADORES OMS, 2008, Vol. 6.*
3. *DESGASTE PSÍQUICO EN EL TRABAJO: EL SÍNDROME DE QUEMARSE. MADRID. GIL-MONTE P, Y PEIRÓ, J. M. MADRID : SÍNTESIS PSICOLOGIA, 1997.*
4. *STAFF BURN-OUT. FREUDENBERGER, H. J. 159-65, s.l. : JOURNAL OF SOCIAL ISSUES, 1974, Vol. 30.*
5. *CESQT. CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO. MANUAL. GIL-MONTE, P. R. MADRID : TEA EDICIONES, 2011.*
6. *BURNOUT; "SÍNDROME DE QUEMARSE EN EL TRABAJO (SDT). QUINCENO JM, VINNACCIA-ALPI S. 117-125, s.l. : ACTA COLOMBIANA DE PSICOLOGIA, 2007, Vol. 10 (2).*
7. *VALIDEZ FACTORIAL DEL "CUESTIONARIO PARA LA EVALUCACION DEL SINDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (CESQT) EN UNA MUESTRA DE MEDICS MEXICANOS. GIL-MONTE, P.R, ZUÑIGA-CABALLERO, L.C. s.l. : UNIVERSITAS PSYCHOLOGICA, EN PRENSA, 2010.*
8. *UTRECHT WORK ENGAGEMENT SCALE (UWES). SCHAUFELI W, BAKKER A. 1-39, s.l. : OCCUPATIONAL HEALTH PSYCHOLOGY UNIT UTRECHT UNIVERSITY, 2011.*
9. *STRESS, PRODUCTIVITY, AND THE RECONSTRUCTION OF WORKING LIFE. KARASEL R, THEORELL T. NEW YORK : HEALTHY WORK BASIC BOOKS.*
10. *ERI-QUESTIONNAIRES- USER GUIDE, VERSION 22.11.2012. SIEGRIST J, MONTANO D. 1-6, GERMANY : UNIVERSITY DÜSSELDORF, 2013, MAYO.*
11. *FACTORES PSICOSOCIALES EN EL ENTORNO LABORAL, ESTRÉS Y ENFERMEDAD. LUCEÑO-MORENO L, GARCÍA JM, RUBIO-VALDEHITA S, DÍAZ-RAMIRO E. 95-108, s.l. : EDUPSYKHÉ. REVISTA DE PSICOLOGÍA Y PSICOPEDAGOGÍA, 2004, Vol. 3 (1).*
12. *EFFORT-REWARD IMBALANCE AL WORK: THEORY, MEASUREMENT AND EVIDENCE. [HTTP://WWW.UNI-DUESSELDORF.DE/MEDICALSOCIOLOGY/EFFORT-REWARD\\_IMBALANCE\\_AT\\_WOR.112.0.HTML](http://www.uni-duesseeldorf.de/medicalsociology/effort-reward_imbalance_at_wor.112.0.html). DUESSELDORF : DEPARTMENT OF MEDICAL SOCIOLOGY, DUESSELDORF UNIVERSITY, 2008.*
13. *ADVERSE HEALTH EFFECTS OF HIGH-EFFORT/LOW-REWARD CONDITIONS. SIEGRIST, J. 27-41, s.l. : JOURNAL OF OCCUPATIONAL HEALTH PSYCHOLOGY, 1996, Vol. 1 (1).*
14. *NOM-001-SSA3-2012,EDUACION EN SALUD. PARA LA ORGANIZACION Y UNCIONAMIENTO DE RECIDENCIAS MEDICAS. 2012.*
15. *UTILIZACION DE CAMPOS CLINICOS PARA CICLOS CLINICOS E INTERNADO DE PREGRADO. s.l. : NOMA OFICIAL MEXICANA (NOM-234-SSA1-2003).*

16. *ANTECEDENTES Y EFECTOS DEL BURNOUT-ENGAGEMENT DEL VENDEDOR*. VILA-LÓPEZ N, KÜSTER-BOLUDA I, PARDO-SANDEN E. 154-167, s.l. : CUADERNOS DE ECONOMÍA Y DIRECCIÓN DE EMPRESA, 2012.
17. *ENGAGEMENT VS BURNOUT*. HERNANDEZ-VARGAS CI, DICKISON-BANNACK ME. 1-2, s.l. : ATEN FAM , 2006, Vol. 13 (1).
18. *SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS Y PERSONAL PARAMÉDICO*. L, PEREDA-TORALES. 399-404, s.l. : SALUD MENTAL, 2009, Vol. 32.
19. *BURNOUT AND PATIENT CARE IN JUNIOR DOCTORS IN MÉXICO CITY*. TORAL-VILLANUEVA R, AGUILAR-MADRID G, JUÁREZ-PÉREZ CA. 8-13, MEXICO CITY : OCCUP MED (LOND, 2009 , Vol. 59 (1).
20. *DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS FAMILIARES Y SU ASOCIACIÓN CON FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y LABORALES*. LÓPEZ-LEÓN E, RAYMUNDO-MOCTEZUMA JR, LÓPEZ-CARMONA JM, PERALTA-PEDRERO ML, MUNGUI-MIRANDA C. 13-19, s.l. : REV. MEX INST. MEX. SEGURO SOC, 2007, Vol. 45 (1).
21. *FACTORES QUE DESENCADENAN EL ESTRÉS Y SUS CONSECUENCIAS EN EL DESEMPEÑO LABORAL EN EMERGENCIA*. MAMANI-ENCALADA A, OBANDO-ZEGARRA R, URIBE-MALCA AM, VIVANCO-TELLO M. 44-50, s.l. : REV. PER OBST ENF, 2007, Vol. 3 (1).
22. *AFRONTANDO LA RESIDENCIA MÉDICA; DEPRESIÓN Y BURNOUT*. VELÁSQUEZ-PÉREZ L, COLÍN-PIANA R, GONZÁLEZ-GONZÁLEZ M. 183-195, s.l. : GACETA MÉDICA DE MÉXICO, 2013, Vol. 149.
23. *EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE ESTIRAMIENTO SOBRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD DE LOS TRABAJADORES DE UNA PLATAFORMA LOGÍSTICA; UN ESTUDIO CONTROLADO ALEATORIZADO*. MONTERO-MARIN J, ASUN S, ESTRADA-MERCEN N, ROMERO R, ASUN R. 376-387, s.l. : R. ATEN PRIMARIA, 2012, Vol. 45 (7).
24. *SÍNDROME DE BURNOUT Y FACTORES ASOCIADOS EN MÉDICOS ESTUDIANTES*. CAMACHO-ÁVILA A, JUÁREZ-GARCÍA A, ARIAS-GALICIA F. 251-256, s.l. : CIENCIA Y TRABAJO, 2010, Vol. 12 (35).
25. *EL SINDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (BURNOUT). UNA ENFERMEDAD LABORAL EN LA SOCIEDAD DEL BIENESTAR*. GIL-MONTE, P. ESPAÑA : EDICIONES PIRAMIDE, 2005.
26. *RIESGOS PSICOSOCIALES Y SINDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (BURNOUT). CONFERENCIA PRESENTADA EN EL 1ER FORO DE LAS AMERICAS EN INVESTIGACION SOBRE FACTORES PSICOSOCIALES, ESTRES Y SALUD MENTAL EN EL TRABAJO*. GIL-MONTE, P. CUERNAVACA, MOR : s.n., 2006 OCTUBRE.
27. *ENTUSIASMO LABORAL EN PROFESIONALES DE LA SALUD: PROPIEDADES PSICOMETRICS DE LA UTRECH WORK ENGAGEMENT SCALE*. JUÁREZ-GARCÍA, A, y otros. s.l. : EN PRENSA.
28. *VALIDEZ FACTORIAL Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO DEL CONTENIDO DEL TRABAJO (JCQ: JOB CONTENT QUESTIONNAIRE) EN EMPLEADOS DEL SECTOR SALUD*. GONZALEZ-JAIMES, NL., y otros. MEXICO : EN PRENSA.

29. **DESEQUILIBRIO ESFUERZO-RECOMPENSA: UN ESTUDIO DE VALIDEZ DE CONSTRUCTO EN TRABAJADORES DE MANUFACTURA EN MÉXICO.** CAMACHO-AVILA, A., y otros. MEXICO : EN PRENSA.
30. **WORKSHOP: JOB PSYCHOSOCIAL STRESS PREVENTION THROUGH DC AND ERI MODELS.** GARCIA, DR. ARTURO JUAREZ. CUERNAVACA, MORELOS : IV INTERNATIONAL CONVENTION ON STRESS: RESEARCH AN PRACTICE, 2011.
31. **FACTORES PSICOSOCIALES LABORALES RELACIONADOS CON LA TENSION ARTERIAL Y SINTOMAS CARDIOVASCULARES EN PERSONAL DE ENFERMERIA EN MEXICO.** JUÁREZ-GARCÍA, A. 109-117, MEXICO : SALUD PUBLICA DE MEXICO, 2007, Vol. 49.
32. **RESULTADOS EXAMEN NACIONAL PARA ASPIRANTES A RESIDENCIAS MEDICAS.** SALUD, COMISION INTERINSTITUCIONAL PARA LA FORMACION DE RECURSOS HUMANOS PARA LA. 2013.
33. **VALIDITY OR THE EFFORT/REWARD IMBALANCE QUESTIONNAIRE IN HEALTH PROFESSIONALS FROM SIX LATIN-AMERICAN COUNTRIES.** JUÁREZ-GARCÍA A, VERA-CALZARETTA A, BLANCO-GOMEZ G, GOMEZ-ORTIZ V, HERNANDEZ-MENDOZA E, JACINTO-UBILLUS J, BONGHYOO CHOI. S.L. s.l. : AMERICAN JOURNAL OF INDUSTRIAL MEDICINE, WILEY PERIODICALS, INC, 2015.
34. **SÍNDROME DE BURNOUT Y FACTORES PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO, EN ESTUDIANTES DE POSTGRADO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA, MÉXICO.** ARANDA C, PANDO M, VELÁZQUEZ-BRIZUELA I, ACOSTA M, PÉREZ-REYES MB. 193-199, MEXICO : REVISTA DE PSIQUIATRÍA FAC MED BARNA, 2003, Vol. 30 (4).
35. **SENSIBILIZANDO SOBRE EL ESTRES LABORAL EN LOS PAISES EN DESARROLLO.** SALUD, ORGANIZACION MUNDIAL DE LA. s.l. : PROTECCION DE SALUD DE LOS TRABAJADORES, 2008.



## 10.- ANEXOS

### 10.1.- ANEXO 1: Consentimiento Informado

#### Hospital General Regional con Medicina Familiar “Ignacio García Téllez” Instituto Mexicano Del Seguro Social Cuernavaca Morelos

**Nombre:**

**Fecha:**

**Edad:**

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente: Yo \_\_\_\_\_  
expreso mi libre voluntad para autorizar mi participación en el proyecto titulado “BURNOUT, ENGAGEMENT Y FACTORES PSICOSOCIALES EN MÉDICOS RESIDENTES E INTERNOS DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1: UN ESTUDIO LONGITUDINAL” el cual consiste en realizar una serie de cuestionarios con preguntas personales avaladas y validadas en nuestro país por personal experto en la materia.

Me han anticipado un mínimo de riesgo al participar en esta investigación. Con respecto a los cuestionarios, tal vez encuentre algunas de las pruebas repetitivas o sienta incomodidad en compartir mis sentimientos en ciertos tópicos.

Acepto que no recibiré ningún beneficio directo por mi participación. *De solicitarlo, al finalizar el estudio, se me entregará un informe completo, confidencial e individualizado de los resultados obtenidos durante mi participación.* En caso de obtener resultados no favorables a mi salud, me será notificado en el informe junto con información acerca de instituciones en las cuales pueda recibir atención.

Me queda claro que esta investigación sólo intenta incrementar el conocimiento del tema de los factores psicosociales y salud en nuestro país.

Declaro además que he recibido una explicación amplia y detallada en las sesiones clínicas y académicas realizadas entre los médicos becarios de este hospital sobre el propósito de la actividad, así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera estos produzcan.

Declaro estar en pleno conocimiento que la información obtenida de la actividad en la cual participaré será absolutamente confidencial apegada a la ética que todos tenemos por el simple hecho de ser médicos y del secreto profesional que tanto guardamos por ley y por ética propia, por lo que no aparecerá mi nombre ni mi datos personales en libros, revistas u otros medios de publicación derivados de la investigación ya descrita. Los archivos de información estarán bajo acceso restringido. La información se utilizará únicamente con fines de análisis estadísticos.

Dejo constancia que mi participación es voluntaria y que puedo dejar de participar en el momento que yo lo decida.

**FIRMAS:**

**TESTIGO**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE COMPLETO DEL PARTICIPANTE**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA**

\_\_\_\_\_  
**Psic. Omar Placencia Reyes**  
**Responsable del estudio**

## 10.2 ANEXO 2.- Evaluaciones

FOLIO:

**TITULO: “BURNOUT, ENGAGEMENT Y FACTORES PSICOSOCIALES EN MÉDICOS RESIDENTES E INTERNOS DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1: UN ESTUDIO LONGITUDINAL”**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

MATRICULA: \_\_\_\_\_

FECHA DE ING. A IMSS: \_\_\_\_\_

FECHA DE NAC. \_\_\_\_\_

En esta parte del cuestionario con datos personales será reguardado por los investigadores en una base separada que solo los investigadores usarán con el fin de ser necesario contactarlo.

**INSTRUCCIONES:** LEA CUIDADOSAMENTE LAS PREGUNTAS Y MARQUE CON UNA X CORRECTAMENTE EN EL CUADRO QUE CORRESPONDA,

<b>D0. Categoría</b>	Médico interno	1	<b>D0.1</b> Servicio Actual: _____
	Residente primer año	2	<b>D0.1</b> Especialidad: _____
	Residente segundo año	3	<b>D0.1</b> Especialidad: _____
	Residente tercer año	4	<b>D0.1</b> Especialidad: _____

**D1. Edad** \_\_\_\_\_ años

<b>D2. Género</b>	Hombre	1
	Mujer	2

<b>D3. Estado Civil</b>	Soltero(a)	1
	Casado (a)	2
	Unión Libre	3
	Divorciado (a)	4

<b>D4 ¿Tiene hijos?</b>	Si	1	<b>D4.1</b> Cuantos: <input type="text"/>
	No	2	

**D5. ¿Cuánto tiempo ha laborado en esta Institución?** Años \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_

<b>D6. ¿Quiere que se le envíe el resultado obtenido por email?</b>	Si	1
	No	2

**ESPECIFIQUE** \_\_\_\_\_



**SECCIÓN A.** En la siguiente sección existen 16 oraciones relacionadas con sus sentimientos al trabajo. Por favor lea cada una cuidadosamente y decida si alguna vez ha sentido esto acerca de su trabajo. Si Nunca lo ha sentido marque una “X” en “0”, si ha tenido este sentimiento marque entre el “1” y el “6” de acuerdo a la siguiente escala:

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Esporádicamente: Pocas veces al año o menos	De vez en cuando: Una vez al mes o menos	Regularmente: algunas veces al mes	Frecuentemente: Una vez por semana	Muy frecuentemente: Varias veces por semana	Diariamente
1) En mi trabajo, me siento seguro de que soy eficaz para hacer las cosas.					0 1 2 3 4 5 6	
2) En mi trabajo me siento lleno de energía.					0 1 2 3 4 5 6	
3) Puedo continuar trabajando durante largos períodos de tiempo.					0 1 2 3 4 5 6	
4) Cuando me levanto por las mañanas tengo ganas de ir al trabajo.					0 1 2 3 4 5 6	
5) Soy muy persistente en mis responsabilidades.					0 1 2 3 4 5 6	
6) Soy fuerte y vigoroso en mis responsabilidades.					0 1 2 3 4 5 6	
7) Mi trabajo está lleno de retos.					0 1 2 3 4 5 6	
8) Mi trabajo me inspira.					0 1 2 3 4 5 6	
9) Estoy entusiasmado sobre mi trabajo.					0 1 2 3 4 5 6	
10) Estoy orgulloso del esfuerzo que doy en el trabajo.					0 1 2 3 4 5 6	
11) Mi esfuerzo está lleno de significado y propósito.					0 1 2 3 4 5 6	
12) Cuando estoy trabajando olvido lo que pasa alrededor de mí.					0 1 2 3 4 5 6	
13) El tiempo vuela cuando estoy en el trabajo.					0 1 2 3 4 5 6	
14) Me “dejo llevar” por mi trabajo.					0 1 2 3 4 5 6	
15) Estoy inmerso en mi trabajo.					0 1 2 3 4 5 6	
16) Soy feliz cuando estoy absorto en mi trabajo.					0 1 2 3 4 5 6	

**SECCIÓN B.** En la siguiente sección existen 20 oraciones, Por favor lea cada una cuidadosamente y decida si alguna vez ha sentido esto acerca de su trabajo. Si Nunca lo ha sentido marque una “X” en “0”, si ha tenido este sentimiento marque entre el “1” y el “4” de acuerdo a la siguiente escala:

0	1	2	3	4
Nunca	Raramente: algunas veces al año	A veces: algunas veces al mes	Frecuentemente: algunas veces por semana	Muy frecuentemente: todos los días
1) Mi trabajo me supone un reto estimulante.			0	1 2 3 4
2) No me apetece atender algunos pacientes.			0	1 2 3 4
3) Creo que muchos pacientes son insoportables			0	1 2 3 4
4) Me preocupa el trato que he dado a algunas personas en el trabajo.			0	1 2 3 4
5) Veo mi trabajo como una fuente de realización personal.			0	1 2 3 4
6) Creo que los familiares de los pacientes son unos pesados			0	1 2 3 4
7) Pienso que trato con indiferencia a algunos pacientes			0	1 2 3 4
8) Pienso que estoy saturado/a por el trabajo.			0	1 2 3 4
9) Me siento culpable por alguna de mis actitudes en el trabajo.			0	1 2 3 4
10) Pienso que mi trabajo me aporta cosas positivas.			0	1 2 3 4
11) Me apetece ser irónico (a) con algunos pacientes.			0	1 2 3 4
12) Me siento agobiado/a por el trabajo.			0	1 2 3 4
13) Tengo remordimientos por algunos de mis comportamientos en el trabajo.			0	1 2 3 4
14) Etiqueto o clasifico a los pacientes según su comportamiento.			0	1 2 3 4
15) Mi trabajo me resulta gratificante.			0	1 2 3 4
16) Pienso que debería pedir disculpas a alguien por mi comportamiento.			0	1 2 3 4
17) Me siento cansado/a físicamente en el trabajo.			0	1 2 3 4
18) Me siento desgastado/a emocionalmente.			0	1 2 3 4
19) Me siento ilusionado/a por mi trabajo.			0	1 2 3 4
20) Me siento mal por algunas cosas que he dicho en el trabajo.			0	1 2 3 4

**SECCION C.** A continuación encontrará una serie de enunciados respecto a su trabajo y manera de pensar. Solicitamos su opinión sincera al respecto. Lea cuidadosamente cada enunciado y conteste colocando una **X** sobre los números de la columna del lado derecho (1, 2, 3, 4) de acuerdo a las siguientes clasificaciones:

1	2	3	4	
No, Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Estoy de acuerdo	Si, Completamente de acuerdo	
1. En mi trabajo necesito estar aprendiendo cosas nuevas	1	2	3	4
2. Mi trabajo implica muchas actividades repetitivas	1	2	3	4
3. Para mi trabajo necesito ser creativo(a)	1	2	3	4
4. En mi trabajo puedo tomar muchas decisiones por mi mismo(a)	1	2	3	4
5. Mi trabajo requiere de un alto nivel de habilidad	1	2	3	4
6. Tengo mucha libertad para decidir cómo hacer mi trabajo	1	2	3	4
7. Existe variedad en las actividades que realizo en mi trabajo	1	2	3	4
8. Mis opiniones cuentan mucho en mi trabajo	1	2	3	4
9. En mi trabajo tengo oportunidad de desarrollar mis propias habilidades	1	2	3	4
10. Mi trabajo es aburrido	1	2	3	4
11. Tengo que trabajar muy rápido	1	2	3	4
12. Tengo que trabajar muy duro	1	2	3	4
13. Se me pide que realice una cantidad excesiva de trabajo	1	2	3	4
14. Tengo suficiente tiempo para terminar mi trabajo	1	2	3	4
15. En mi trabajo tengo que responder a órdenes contradictorias	1	2	3	4
16. Mi jefe se preocupa del bienestar del personal a su cargo	1	2	3	4
17. Mi jefe presta atención a lo yo que digo	1	2	3	4
18. Mi jefe ayuda a que trabajo se realice	1	2	3	4
19. Mi jefe es bueno para lograr que se trabaje bien en equipo	1	2	3	4
20. Mis compañeros de trabajo son competentes para hacer su labor	1	2	3	4
21. Mis compañeros de trabajo se interesan en mí a nivel personal	1	2	3	4
22. Mis compañeros de trabajo son amigables	1	2	3	4
23. Mis compañeros de trabajo ayudan a que el trabajo se realice	1	2	3	4
24. Siempre me falta tiempo para terminar mis pendientes del trabajo	1	2	3	4
25. Muchos días me despierto con los problemas del trabajo en la cabeza	1	2	3	4
26. Al llegar a casa me olvido fácilmente del trabajo	1	2	3	4
27. Las personas más cercanas dicen que me sacrifico demasiado por mi trabajo	1	2	3	4
28. No puedo olvidarme del trabajo, incluso en la noche estoy pensando en ello	1	2	3	4
29. Cuando aplazo algo que necesariamente tenía que hacer hoy, no puedo dormir por la noche	1	2	3	4

**SECCIÓN D.** Por favor, marque con una cruz cómo las afirmaciones siguientes reflejan su situación en los últimos 3 meses. Muchas gracias por su colaboración al contestar todas las preguntas.

1	No, Totalmente en desacuerdo	2	En desacuerdo	3	Estoy de acuerdo	4	Si, Completamente de acuerdo
---	------------------------------	---	---------------	---	------------------	---	------------------------------

1	Tengo constantes presiones de tiempo debido a una fuerte carga de trabajo	1	2	3	4
2	Me interrumpen y molestan con frecuencia en mi trabajo.	1	2	3	4
3	En mi trabajo tengo mucha responsabilidad	1	2	3	4
4	A menudo, me veo obligado a trabajar más tiempo del estipulado	1	2	3	4
5	Mi trabajo requiere esfuerzo físico	1	2	3	4
6	Últimamente, mi trabajo es cada vez más demandante	1	2	3	4
7	Mis superiores me dan el reconocimiento que merezco	1	2	3	4
8	Mis compañeros de trabajo me dan el reconocimiento que merezco	1	2	3	4
9	En situaciones difíciles del trabajo, recibo el apoyo necesario	1	2	3	4
10	En mi trabajo me tratan injustamente	1	2	3	4
11	Las oportunidades de crecimiento en mi trabajo son escasas	1	2	3	4
12	Estoy padeciendo –o esperando- un empeoramiento de mis condiciones de trabajo (horario, carga laboral, salario, etc.).	1	2	3	4
13	Puedo perder el trabajo en cualquier momento	1	2	3	4
14	Si pienso en todo el trabajo y esfuerzo que he realizado, el reconocimiento que recibo en mi trabajo me parece adecuado.	1	2	3	4
15	Si pienso en todo el trabajo y esfuerzo que eh realizado, mis oportunidades de ascender de puesto me parecen adecuadas	1	2	3	4
16	Si pienso en todos los esfuerzos que he realizado, mi sueldo me parece adecuado.	1	2	3	4

**EL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN AGRADECE DE SOBREMANERA SU PARTICIPACION**