



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Especialización en Salud en el Trabajo

“Síndrome de Quemarse por el Trabajo Asociado a Hipertensión Arterial en Médicos de Atención Primaria”

TESIS

Que para obtener el grado de Especialista en Salud en el Trabajo.

Presenta:

M.C.P. Juan Antonio Saldaña Hernández.

Tutor:

Dr. José Horacio Tovalín Ahumada.

Jurado:

M en C Marlene Rodríguez Martínez.

Dra. Sara Guadalupe Unda Rojas.

Mtra. Luz María Rojas Bautista.

Mtra. María Martha Méndez Vargas.

Dr. José Horacio Tovalín Ahumada.

Ciudad de México, Abril 2018.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Gracias a dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía en este largo camino que llamamos vida.....

A mis padres, por darme la vida, por quererme mucho, en especial a mi madre por creer en mí..... Por estar siempre presente con sus oraciones y diciéndome siempre que con ayuda de dios y confiando siempre en él, y si nos dedicamos a lo que queremos y amamos... todo se puede lograr, gracias por estar aquí mi querida y adorada madre, todo lo que tengo te lo debo ti.....

De manera especial al Dr. Tovalin y M en C Marlene por ser mis guías en este proyecto tan importante en mi vida, pero sobre todo por creer en mí y enseñarme a no darme por vencido y demostrarme que si se puede lograr lo que te propones siempre y cuando se tenga perseverancia y paciencia.

A todos mis maestros de la especialidad por compartir con cariño y amor sus conocimientos y enseñarme a ser mejor en la vida y prepararme en este campo del conocimiento tan importante y hermoso, como lo es la salud en trabajo, para hacer que nuestros trabajadores cada día tengan un mejor bienestar en sus trabajos.....

A todos aquellos familiares y amigos que no recordé al momento de escribir esto. Ustedes saben quiénes son. Gracias.....

INDICE

RESUMEN.....	5
1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	8
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	9
4. MARCO TEÓRICO.....	10
4.1 Antecedente del Síndrome de Quemarse por el trabajo (SQT).....	10
4.2 Síndrome de quemarse por el trabajo (SQT).	11
4.3 Causas del Síndrome de Quemado por el trabajo (SQT).	12
4.4 Características Clínica del Síndrome del Quemado por el trabajo (SQT).13	
4.5 Factores de riesgo del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT)....	14
4.6 Consecuencias del Síndrome del Quemado por el Trabajo.	15
4.7 Definición y Clasificación de la Hipertensión Arterial.	16
4.8 La hipertensión como factor de riesgo cardiovascular (FRCV).	18
4.9 Síndrome de Burnout en Médicos de Atención Primaria.....	20
4.10 Síndrome de Burnout y Trabajo.	22
4.11. Síndrome de Burnout, Hipertensión Arterial y Riesgo Cardiovascular. 23	
4.12 Estrés e Hipertensión Arterial Sistémica.	25
4.13 Estrés Laboral y Patologías Cardiovasculares.....	28
4.14 Fisiopatología del Estrés e Hipertensión Arterial.	30
4.15. Hipertensión Arterial (HTA) Sistémica en México.	32
5. OBJETIVO E HIPÓTESIS.	34
6. MÉTODOLÓGIA.....	35
6.1 Tipo de estudio.	35
6.2 Muestra Estudiada.	35
6.3 Procedimiento de selección de los participantes.	35
6.3.1 Criterios de Inclusión.....	35
6.3.2 Criterios de Exclusión.	35
6.3.3 Criterios de Eliminación.	36
6.3.4 Ubicación Temporal y Espacial.....	36

6.4 Variables de Estudio de Acuerdo a las Hipótesis.....	36
6.5 Operacionalización de las variables.....	37
6.6 Instrumento Utilizado.	39
6.7 Material y Equipo.	41
6.8 Procedimientos o Actividades.	41
6.9 Procedimiento básico para la toma de la Presión Arterial.....	42
6.10 Captura y análisis de la información.	43
6.11 Paquete informático utilizado.	43
6.12 Aspectos Éticos.	44
7. RESULTADOS.....	45
7.1 Asociación del SQT con la Hipertensión Arterial en Médicos de Atención Primaria.	45
7.2 Prevalencia del SQT en Médicos de Atención Primaria.....	46
7.3 Prevalencia de Hipertensión en Médicos de Atención Primaria.....	46
7.4 SQT. Hipertensión y Variables Asociadas.	47
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	55
SUGERENCIAS.	58
BIBLIOGRAFIA	60
ANEXOS	65

RESUMEN

Los médicos de atención primaria han tenido como una de sus principales características alto involucramiento y compromiso con sus pacientes, una vida acelerada y altas demandas por el trabajo, esto acompañado de una inadecuada alimentación, escasa actividad física, alto grado de estrés, lo que genera enfermedades como es el Síndrome de Quemarse en el trabajo (SQT) e hipertensión arterial (Pando et al., 2000). Se realizó un estudio transversal-descriptivo para asociar el síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) e hipertensión arterial. Se realizó un muestreo intencional o de conveniencia de 62 trabajadores de un total de 80, en una unidad médica de atención primaria de la ciudad de San Luis Potosí, Capital. Se recabó información sociodemográfica, donde se preguntaron datos sobre el centro de trabajo, sexo, nombre, edad, estado civil, etc. Al igual que la aplicación del cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo (CESQT), (Gil-Monte et al., 2005), por último realice la toma de la somatometría y presiones arteriales correspondientes. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS 21 utilizando la prueba chi-cuadrada. Los resultados indican que SQT elevado y patológico e hipertensión arterial está presente en un 6.5% en los médicos de atención primaria estudiados, prevalencia SQT elevado y patológico en un porcentaje 22.6%, otro dato importante estudiado fue es la prevalencia de hipertensión arterial con un porcentaje de 17.7 %, por último se analizó SQT elevado y patológico e hipertensión arterial y otras variables confesoras, mostrando que el sexo, antigüedad laboral, escolaridad y actividad física las cuales aumentan el porcentaje de SQT elevado y patológico e hipertensión arterial sistémica.

Palabras clave: Síndrome de Quemarse en el trabajo, médicos de atención Primaria y condiciones Laborales.

1. INTRODUCCIÓN.

La palabra "burnout" es un término anglosajón que significa estar quemado, desgastado, exhausto y perder la ilusión por el trabajo. Es un término que designa un estado emocional, físico y mental que puede ser grave. Es un síndrome de agotamiento profesional, despersonalización y baja realización personal, que se da en personas que trabajan con personas; es un tipo de estrés, entendido como un desequilibrio entre las demandas y las capacidades para hacer frente a dichas demandas (Maslach y Jackson, 2010).

El concepto de Burnout fue utilizado por primera vez en el ámbito de la psicología por Freudenberger, en el año de 1974. Este psicólogo lo definió como un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el resultado esperado, de este modo hoy en día el síndrome de Burnout es una de las manifestaciones de estrés laboral más estudiadas (Hoyos et al., 2009).

A sabiendas de esto el personal médico que labora en las instituciones de salud no escapa a esta condición, lo que repercute en la calidad de los servicios que ofrece, (Pareda et al., 2009). De esta manera son evidentes las múltiples y complejas consecuencias del Burnout, no sólo en las organizaciones, sino también en el individuo como célula fundamental de éstas (Pando et al., 2000).

Entre las manifestaciones clínicas más frecuentes debidas a daño laboral en los profesionales de la salud, se reportan aquellas como: Incremento de conductas adictivas, trastornos psicológicos, ansiedad, tensión, irritabilidad, depresión, fatiga, trastornos del sueño, cefaleas, acidez o ardor estomacal y síntomas cardiovasculares como arritmias e hipertensión arterial (Freudenberger, 2009).

En este sentido la presencia de las alteraciones en la presión arterial, toma particular importancia en este estudio al considerar que las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en la mayoría de los países del mundo principalmente en los industrializados o en vías de desarrollo como México. Se estima que 691 millones

de personas a nivel mundial padecen algún tipo de enfermedad cardiovascular entre ellas la hipertensión arterial; de los 15 millones de personas fallecidas por enfermedades circulatorias, las enfermedades coronarias (EC) ocupan 7. 2 Millones y 4.6 millones por enfermedad vascular cerebral (EVC); cabe destacar que la hipertensión arterial (HTA) está presente en la mayoría de los eventos antes mencionados (Roland et al., 2003) de tal manera que en México representa un grave problema de salud pública, pues se estima una prevalencia de 16.4 % de muertes por esta causa al año, lo cual implica un costo de hasta 2.62 % del PIB a nivel nacional (Villarreal et al., 2002).

Por lo anterior la presente tesis pretende estudiar la prevalencia del Síndrome de Quemarse por el (SQT) y su asociación con la hipertensión arterial en médicos de atención primaria en una unidad de medicina familiar de la ciudad de San Luis Potosí capital.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la actualidad muchos trabajadores tienen un ritmo de vida acelerado producto de las demandas de su trabajo y de su casa, provocando en ellos una inadecuada alimentación, escasa actividad física, alto grado de estrés, desequilibrio corporal y emocional, lo cual lleva a un mal funcionamiento del individuo, ocasionándole alteraciones a diferentes sistemas del cuerpo entre ellos el cardiovascular como la hipertensión arterial sistémica (Landsbergis et al., 2003). Además con frecuencia el deterioro psicológico ocasionado por el estrés laboral interviene como una variable mediadora que contribuye a la aparición de lesiones irreversibles o fatales, deterioro del sistema cardiocirculatorio y aparición de hipertensión arterial sistémica (Landsbergis et al., 2003).

Debido a que el Síndrome del Quemado en el Trabajo se caracteriza por la percepción de altos niveles de agotamiento emocional, no es extraño que su progreso se asocie a problemas de salud que deterioran el sistema cardiovascular de los trabajadores y con ello puede aparecer hipertensión arterial (Gil-Monte et al., 1996).

En el caso del Síndrome de Burnout, se trata precisamente de un efecto psicosocial derivado de las interacciones entre el trabajador y su entorno; representado por respuestas somáticas que inducen o facilitan el camino hacia las Enfermedades Cardiovasculares en niveles de tensión intensa y crónica del organismo. La relación entre síndrome de quemarse por el trabajo y Enfermedad cardiovascular es clara y entendible; ya que los niveles de estrés tan extenuantes provocan alteraciones fisiológicas crónicas y que a mediano plazo se pueden convertir en enfermedades permanentes, tal y como se ha documentado la relación entre los niveles elevados y sostenidos de presión arterial (Schnall et al., 2002).

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Derivándose de este problema la siguiente pregunta de investigación ¿La prevalencia del Síndrome de Quemarse por el trabajo (SQT) se asocia con la hipertensión arterial en médicos de atención primaria?

4. MARCO TEÓRICO.

4.1 Antecedente del Síndrome de Quemarse por el trabajo (SQT).

“El fuego inicial de entusiasmo, dedicación y compromiso con el éxito se ha quemado (burned out), dejando detrás las brasas humeantes del agotamiento, cinismo e ineficacia.” (Maslach, 2009, p. 37).

El síndrome de *burnout* es un fenómeno que empezó a ser investigado hasta principios de los años 70. El concepto de "quemarse por el trabajo" ("burnout") surgió en Estados Unidos a mediados de los años 70, término que fue acuñado por Freudenberg (1974), para dar una explicación al proceso de deterioro en los cuidados y atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios (organizaciones de voluntariado, sanitarias, de servicios sociales, educativas, etc.) cuya labor principalmente es la de servicios como consecuencia del contacto diario con su trabajo.

Posteriormente en (1986), Maslach y Jackson utilizaron el mismo término para describirlo como el proceso de pérdida gradual de responsabilidad y desinterés entre los compañeros de trabajo en el campo de la psicología social

En el año de (1999), Gil y Peiró en su trabajo perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo, mencionan la necesidad de estudiar el síndrome de quemarse por el trabajo, lo cual viene unido al estudio de los procesos de estrés laboral, dando interés a las organizaciones por la calidad de la vida laboral de sus trabajadores, pues ésta tiene repercusiones importantes sobre la organización (ausentismo, rotación, disminución de la productividad, disminución de la calidad, etc.).

4.2 Síndrome de quemarse por el trabajo (SQT).

El síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) también conocido como síndrome de desgaste profesional, síndrome de agotamiento profesional, de aniquilamiento ó de desmoralización se utiliza hoy en día ampliamente para poder agrupar un conjunto de signos y síntomas. “Burnout” es un anglicismo el cual se ha aceptado para poder referirse a dicho síndrome, la traducción textual es “quemado” el cual denota un estado físico psíquico alterado equiparable al estrés crónico, hoy en día la Organización Mundial de la Salud lo considera como una enfermedad laboral que trae consigo riesgos para la salud (Moriana J., 2006).

Entre los desarrollos conceptuales sobre el síndrome de *burnout* se encuentran, en primer lugar, el Modelo Multidimensional de Maslach (2009), el cual es un referente obligatorio cuando se estudia este síndrome. Pueden mencionarse también el Modelo Existencial de Pines (1993), y el modelo de Gil-Monte (2005 y 2007) sobre el Síndrome de Quemarse por el Trabajo.

Maslach y Jackson (1981) definieron el concepto de síndrome de quemarse por el trabajo desde una perspectiva tridimensional caracterizada por: Falta de realización personal en el trabajo, los trabajadores se sienten descontentos consigo mismo e insatisfechos con sus resultados laborales. Por agotamiento emocional se entiende la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios, experiencia de estar emocionalmente agotados debido al contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo (pacientes, presos, indigentes, alumnos, etc.). La despersonalización puede ser definida como el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos, como el cinismo, hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, policías, maestros, funcionarios de prisiones, etc.) de una forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva que les culpen de sus problemas (al paciente le estaría bien merecida su enfermedad, al indigente sus problemas sociales, al preso su condena, etc.).

Pines y Kafry (1978) por su parte definieron el SQT como una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal. Edelwich y Brodsky en 1980 lo definen como una pérdida progresiva del idealismo, energía, y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de sus condiciones de trabajo.

Gil-Monte (2009) SQT lo definieron como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización (Gil-Monte, Selva-Santoyo & Nuñez-Román, 2006).

En este síndrome tienen un papel importante la presión del trabajo y el ambiente físico que rodea a la persona por lo que es comparado como un estrés laboral prolongado, no resuelto, que demanda atención especializada en las dimensiones médica, psicológica y organizacional (Román, 2001).

4.3 Causas del Síndrome de Quemado por el trabajo (SQT).

El Síndrome del Quemado por el trabajo (SQT) puede ser una consecuencia a largo plazo de diversas condiciones, respuestas emocionales negativas, situaciones estresantes generadas en el ejercicio del trabajo, la ansiedad, frustración y depresión, se asocian fuertemente a SQT en médicos de atención primaria (Brown & Venable, 2008).

Según Freudenberger (1974), el SQT es una respuesta al estrés laboral crónico que ocurre con frecuencia en los profesionales de las organizaciones de servicios (médicos, profesionales de enfermería, maestros, funcionarios de prisiones, policías, trabajadores sociales, etc.) que trabajan en contacto directo con los usuarios de tales organizaciones (pacientes, alumnos, presos, indigentes, etc.).

Pines y yafe (2001) plantean que la raíz para desarrollar *burnout* se encuentra a partir de la necesidad de las personas de encontrar significado existencial de su vida y al ver que su trabajo no se los proporciona aparece una sensación de fracaso o SQT.

La profesión médica en donde inciden especialmente estresores como la escasez de personal, que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, el dolor y la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas lo que supone conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía y au-

toridad en el trabajo para poder tomar decisiones propias, rápidos cambios tecnológicos, etc. Todos estos estresores se han identificado como antecedentes del síndrome de quemarse por el trabajo (Gil-Monte y Peiró 1997).

Los trabajadores del sector de la salud son una población con alto riesgo de experimentar niveles elevados de estrés laboral crónico y problemas derivados de esta exposición, como el deterioro de la calidad de vida (Grimaldo, 2011). Entre otros problemas se encuentra el síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) que contribuye al deterioro de su calidad de vida laboral (Suñer-Soler et al., 2013).

4.4 Características Clínica del Síndrome del Quemado por el trabajo (SQT).

Gil-Monte (2008) distingue dos perfiles en el proceso del Síndrome de Quemarse por el Trabajo: El *perfil 1* conduce a la aparición de un conjunto de sentimientos y conductas vinculados al estrés laboral que originan una forma moderada de malestar, pero que no incapacita al individuo para el ejercicio de su trabajo, aunque podría realizarlo mejor. Este perfil se caracteriza por la presencia de baja ilusión por el trabajo, junto a altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, pero los individuos no presentan sentimientos de culpa. El *perfil 2* constituye con frecuencia un problema más serio que identificaría a los casos clínicos más deteriorados por el SQT. Además de los síntomas anteriores los individuos presentan también sentimientos de culpa.

El sentimiento de culpa llevarán a los profesionales a una mayor implicación laboral para disminuir su culpabilidad (Baumeister, Stillwell y Heatherton, 1994), pero como las condiciones del entorno laboral no cambian sólo cambian los pacientes que presentan idénticos problemas, disminuirá la realización personal en el trabajo, y aumentarán los niveles de agotamiento emocional y de despersonalización. Este proceso desarrollará de nuevo sentimientos de culpa, o intensificarán los existentes, originando un bucle (Figura 1).

De esta manera, a mediano o a largo plazo se producirá un deterioro de la salud de los profesionales.

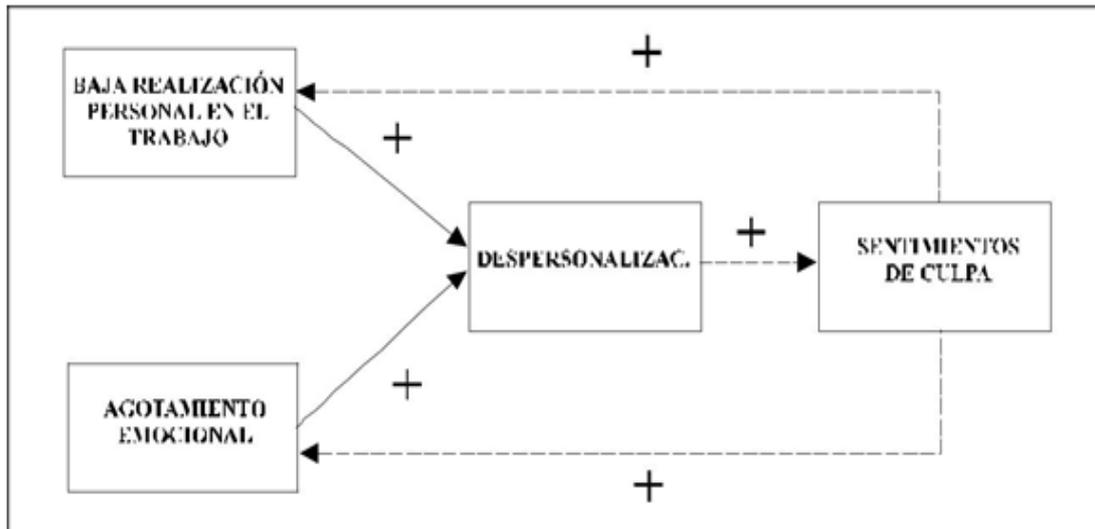


Figura 1: Función de los sentimientos de culpa en el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo según P. R. Gil-Monte (Gil-Monte et al., 2001).

4.5 Factores de riesgo del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT).

A nivel individual, las características personales van a ser una variable a considerar en relación a la intensidad y frecuencia de los sentimientos de quemarse por el trabajo. La existencia de sentimientos de altruismo e idealismo acentuados por la forma en que una parte importante de los profesionales de la salud abordan su profesión podría facilitar el desarrollo del SQT (Mintzberg, 1988).

Este idealismo y los sentimientos altruistas llevan a los profesionales de la salud a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios y convierten en un reto personal la solución de los problemas de los pacientes. Ello va a conllevar a que se sientan culpables de los fallos, tanto propios como ajenos, lo cual redundará en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y aumento del agotamiento emocional (Gil-Monte, Peiró y Valcárcel 1996).

En el plano de las relaciones interpersonales, las relaciones con los usuarios y con los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, van a aumentar los niveles del síndrome del quemado por el trabajo. Asimismo, la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros, supervisores, de la dirección y de la administración de la organización con lleva a SQT, la excesiva identificación del profesional con el usuario, y los conflictos interpersonales con las personas a las que se

atiende o sus familiares, son fenómenos característicos de la profesión médica lo que aumenta los sentimientos de quemarse por el trabajo (Mintzberg, 1988).

Desde un nivel organizacional la profesión de medicina se caracteriza por trabajar en organizaciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada (Mintzberg, 1988). Los principales problemas que se generan en las burocracias profesionalizadas son los problemas de coordinación entre los miembros, la incompetencia de los profesionales, los problemas de libertad de acción, la incorporación de innovaciones y respuestas disfuncionales por parte de la dirección.

Por otro lado y reflexionando sobre el contexto laboral, en el cual no ha prevalecido el trabajo digno, un alto nivel en lo tecnológico, económico, organizativo, espacial, social, político y cultural (Reygadas, 2011), lo que ha conllevado a una decadencia de las formas tradicionales, y a un aumento de las actividades laborales, prestación de servicios, trabajo informal, flexibilización del trabajo generando con esto estrés y con ello SQT.

4.6 Consecuencias del Síndrome del Quemado por el Trabajo.

Las consecuencias del síndrome de quemarse por el trabajo pueden situarse en dos niveles: Consecuencias para el individuo y consecuencias para la organización (Gil-Monte y Peiró, 1997, p. 81-95).

1) Dentro de las consecuencias para el individuo podemos establecer 4 grandes categorías:

a) Índices emocionales: Uso de mecanismos de distanciamiento emocional, sentimientos de soledad, sentimientos de alienación, ansiedad, sentimientos de impotencia, sentimientos de omnipotencia.

b) Índices actitudinales: Desarrollo de actitudes negativas (verbalizaciones negativas), cinismo, apatía, hostilidad, suspicacia.

c) Índices conductuales: Agresividad, aislamiento del individuo, cambios bruscos de humor, enfado frecuente, gritar con frecuencia, irritabilidad.

d) Índices somáticos: Alteraciones cardiovasculares (dolor precordial, palpitaciones, hipertensión), problemas respiratorios (crisis asmáticas, taquipnea, catarras frecuentes), problemas inmunológicos (mayor frecuencia de infecciones, aparición de alergias, alteraciones de la piel), problemas sexuales, problemas musculares (dolor de espalda, dolor cervical, fatiga, rigidez muscular), problemas digestivos (úlceras gastroduodenales, gastritis, náuseas, diarrea), alteraciones del sistema nervioso (jaquecas, insomnio, depresión).

2) **Respecto a las consecuencias que para la organización tiene el que sus individuos se vean afectados de forma significativa por el síndrome de quemarse por el trabajo se pueden citar los siguientes índices:** (a) deterioro de la calidad asistencial, (b) baja satisfacción laboral, (c) absentismo laboral elevado, (d) tendencia al abandono del puesto y/o de la organización, (e) disminución del interés y el esfuerzo por realizar las actividades laborales, (f) aumento de los conflictos interpersonales con los compañeros, usuarios y supervisores y, por supuesto, (g) una disminución de la calidad de vida laboral de los profesionales que lo padecen.

4.7 Definición y Clasificación de la Hipertensión Arterial.

La hipertensión arterial sistémica se define por la presencia de valores de presión arterial superiores a la normalidad: Presión arterial sistólica (PAS) \geq 140 mmHg y/o presión arterial diastólica (PAD) \geq 90 mm/Hg (Guía de diagnóstico y manejo, OPS 2000).

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es un síndrome de etiología múltiple que produce daño vascular sistémico e incrementa la morbimortalidad de diferentes enfermedades vasculares: Enfermedad cerebrovascular, infarto del miocardio, insuficiencia cardíaca, enfermedad arterial periférica, retinopatía hipertensiva e insuficiencia renal crónica (Guía de práctica clínica CIE-10, 2008).

No debe diagnosticarse hipertensión arterial sistémica (HAS) por una toma aislada de la tensión arterial. Es necesario repetir la valoración de dos a tres veces y ser especialmente estrictos en referencia al horario, preferentemente la medición de la tensión arterial (TA) en el adulto debe realizarse con un cuidado especial para evitar aumentos artificiales y preferentemente a la primera hora de la mañana o por la tarde, evitando tomas inmediatamente después de las comidas. Debe medirse en ambos brazos, pues en caso de haber obstrucción unilateral por aterosclerosis, podríamos pasar por alto el diagnóstico. La posición del paciente debe ser sentado y con la espalda apoyada o en decúbito supino (después de reposo de por lo menos de 5 min) y, de ser posible, hacer mediciones inmediatamente después de que se ponga de pie, para valorar la presencia de hipotensión ortostática. La PAS debe primero ser estimada mediante palpación, ya que la desaparición transitoria de los ruidos de Korotkoff es frecuente en los pacientes mayores de los 50 años (Guía de práctica clínica CIE-10, 2008).

Actualmente se utilizan, sobre todo, las clasificaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Séptimo Informe de la Joint National Committee (JNC VII), publicados en los años 1999 y 2003, respectivamente (tablas 1 y 2).

Tabla 1. Clasificación de la HTA de la OMS (9)

Clasificación de la HTA	PA sistólica	PA diastólica
Óptima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Normal-alta	130-139	85-89
HTA grado 1, ligera	140-159	90-99
HTA grado 2, moderada	160-179	100-109
HTA grado 3, severa	180	110
HTA sistólica aislada	140	< 90
HTA sistólica aislada límite	140-149	< 90

Tabla 2. Clasificación de la HTA del JNC VII (10)

Clasificación de la HTA	PA sistólica*	PA diastólica*
Normal	< 120	< 80
Prehipertensión	120-139	80-89
Hipertensión en estadio 1	140-159	90-99
Hipertensión en estadio 2	160	100

* Clasificación determinada por la categoría más alta de PA y según el promedio de dos o más lecturas efectuadas en cada una de dos o más visitas después de una detección selectiva inicial. JNC: Joint National Committee.

Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. P.A= Presión Arterial, HAS= Hipertensión Arterial Sistémica.

4.8 La hipertensión como factor de riesgo cardiovascular (FRCV).

El incremento de la presión arterial (PA) con la edad está ocasionando que la hipertensión arterial sistémica (HTA) sea uno de los principales motivos de consulta de la población geriátrica en la práctica médica, así como uno de los mayores problemas de salud pública (OMS, 2000).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) concluyó, recientemente, que la HTA es la causa más común atribuible a muerte prevenible en los países desarrollados. Por otro lado, es el principal factor de riesgo de muerte, de muerte cardiovascular, así la hipertensión arterial y la edad siguen siendo los principales factores de riesgo cardiovascular en la población general. La hipertensión constituye el principal factor de riesgo de la enfermedad cerebrovascular y uno de los principales de la enfermedad coronaria en los adultos mayores. Datos epidemiológicos demuestran que la principal causa de pérdida funcional, con impacto nefasto en la calidad de vida y sobrecarga de uso de los servicios sanitarios y sociales, y de muerte de los adultos mayores, son la enfermedad coronaria en hombres y la enfermedad cerebrovascular en las mujeres (Whelton PK y Lancet 1994).

La importancia de la presión arterial (PA) con la edad radica en que es uno de los factores que más aumentan el riesgo cardiovascular. Diversos estudios epidemiológicos prospectivos han mostrado un ascenso del riesgo de mortalidad total y cardiovascular al ir aumentando los niveles de presión arterial (diastólica y sistólica). En concreto, según el estudio Framingham (1999), la HTA, específicamente la hipertensión arterial sistólica (HSA), aumenta de dos a tres veces el riesgo de todas las enfermedades cardiovasculares arterioscleróticas, en especial la enfermedad cerebrovascular y la insuficiencia cardíaca. Por lo tanto, la HSA debe ser tratada de forma efectiva, disminuyendo, de esta forma, la ocurrencia de las enfermedades cardiovasculares, especialmente la enfermedad cerebrovascular.

Así, el control de la PA aparece como la medida más prioritaria para la prevención de la enfermedad cerebrovascular. Para enfatizar aún más la importancia que supone un óptimo control de la HTA, la OMS publicó en el 2002 el riesgo poblacional atribuible que indica la proporción de pérdida de DALYs (Disability Adjusted Life Years) o años de vida saludable que serían evitables al desaparecer un factor de riesgo vascular. Así, el mayor riesgo atribuible de discapacidad y de mortalidad en la población mayor del mundo desarrollado en el año 2000 correspondieron a la HTA y a la inactividad física; hallazgos muy a tener en cuenta para el diseño de intervenciones preventivas específicas del anciano.

Tabla 3: IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y LA PRESENCIA DE LESIÓN EN ÓRGANOS BLANCO

Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular	Lesión en órganos blanco por HTA
Edad superior a 60 años	Hipertrofia de ventrículo
Hombres y mujeres posmenopáusicas	izquierdo Angina / Infarto de miocardio
Historia familiar de enfermedad cardiovascular	previo Revascularización coronaria
Tabaquismo	previa Insuficiencia cardíaca
Dislipidemia	Enfermedad cerebrovascular
Diabetes	Nefropatía
	Arteriopatía periférica
	Retinopatía

4.9 Síndrome de Burnout en Médicos de Atención Primaria.

La medicina familiar además de ser uno de los grupos mayoritarios en las instituciones de salud en el primer nivel de atención, representa el contacto inicial con los usuarios de los servicios médicos en esta área, donde son más notorios los problemas que plantean las crecientes necesidades ante los limitados recursos de las instituciones, situación que vulnera al médico familiar en su entorno individual, laboral y en los aspectos biopsicosociales que provocan síndrome de Burnout (Martínez et al., 2003).

La mayoría de los estudios manifiestan que los profesionales de la salud de atención primaria constituyen la población más vulnerable a desarrollar SQT, (Pando et al., 2007) pero hay que tomar en cuenta que ha sido la población más estudiada y de la que más reportes existen, sin embargo hay muy pocos estudios en los que se evalúa y se analiza las manifestaciones clínicas en esta población.

Así la mayoría de los estudios en la actualidad hace referencia de que la población más vulnerable a desarrollar este síndrome es la de los profesionales de la salud, principalmente personal de enfermería y médicos de primer contacto (Morales, et al., 2010); menos frecuente, pero igual lo desarrollan, los trabajadores dedicados a los servicios sociales, docentes, secretarías, policías, estudiantes, etc. (Ferrando y Pérez, 2010).

La prevalencia del Síndrome de Burnout a nivel internacional es variable respecto al grupo ocupacional y fluctúa de 17.8% reportado en enfermeras de España (Del Río et al, 2003) hasta un 71.4 % en médicos asistenciales del mismo espacio geográfico (Martínez et al., 2003).

Prieto et al., (2002) en su estudio “Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres (España)”, determinaron que: “Un 50 % presentaba alteraciones psicofísicas en los tres meses previos al estudio; y el 33 % soporta mucha burocracia. Las alteraciones en la esfera familiar y socio-laboral se asocian con los niveles elevados de despersonalización y agotamiento emocional. La antigüedad, conflictividad socio laboral y familiar, se asocian con altos niveles de desgaste emocional”.

Ramos et al., (2006) en su trabajo “Prevalencia de Burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria de Burgos (España)”, concluyeron que: “El 67.9 % de los profesionales médicos de atención primaria presentan SQT, de los cuales la tercera parte (21.6 %) de grado máximo.

Aranda et al. (2005) en la investigación “Factores psicosociales y síndrome de Burnout en médicos de familia, México”, llegaron a los siguientes resultados: “La prevalencia de Burnout en los médicos de familia fue 41, 8 %. Tanto las asociaciones significativas como aquellas variables sociodemográficas y laborales que se comportaron como factor de riesgo se inclinaron hacia la dimensión “agotamiento emocional”. Concluyendo lo siguiente: Aunque las variables en estudio fueron pocas, las que resultaron relacionadas con el desarrollo del síndrome de burnout fueron importantes como para ser vistas desde un nivel preventivo. Así mismo, se sugiere que quienes ya manifiestan signos y síntomas por este síndrome sean derivados para atención médica y/o psicológica y en caso de que el paciente requiera incapacidad brindársela con la finalidad de mejorar su bienestar y salud, así como la calidad de atención que este brinda al derechohabiente”.(p.227).

Román (2003) en la investigación “Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención (Chile)”, encontró los siguientes hallazgos: “Se estableció la hipótesis de que así como el género y la profesión, el nivel de atención también diferenciaba significativamente las respuestas de estrés y Burnout. Una segunda hipótesis consistió en que el bajo reconocimiento profesional se asocia a respuestas de estrés y de Burnout. Ambas fueron confirmadas. La prevalencia de Burnout fue ligeramente superior a 30 % y los síntomas de estrés en un 50 %. El Burnout afectó fundamentalmente a las mujeres médicas de atención primaria y el estrés a las enfermeras del mismo nivel de atención”. (p.47).

Cabrera (2006) estudió a 130 trabajadores de la salud de atención primaria del Instituto de Ciencias Médicas de la Habana, Cuba. En donde concluyó lo siguiente, de los 130 trabajadores de la salud encuestados: 29 (22.3%) son portadores del síndrome de burnout, siendo más afectados los médicos y personal de enfermería, predominando un 29.3 % en el grupo etéreo de 24–35 años. Según el sexo no hubo diferencia significativa, 22.4 % femenino vs 21% masculino.

Martínez (1997), en su estudio “Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal médico de atención primaria”. Reportó que el perfil epidemiológico de riesgo de padecer síndrome de burnout: es sexo femenino de más de 44 años, sin pareja estable, con más de 19 años de antigüedad laboral, trabajando de 36 a 40 horas semanales.

4.10 Síndrome de Burnout y Trabajo.

Hoy en día, el estrés laboral constituye uno de los mayores problemas a los que se enfrenta un creciente número de personas como consecuencia del desempeño en su trabajo, pues numerosos aspectos de la actividad laboral deterioran la salud de los individuos y se relacionan con factores psicosociales que son fuente de estrés laboral, desde los conflictos interpersonales hasta la sobrecarga de trabajo o la existencia de roles múltiples (Meneses et al., 1999).

Casi todos los estudios concluyen que este fenómeno tiene un costo elevado en términos de daño humano y económico, debido a que sus consecuencias además de deteriorar la salud mental y física de los trabajadores, repercuten negativamente sobre la organización en forma de: Altos niveles de ausentismo, rotación de personal, bajo rendimiento en materia de seguridad, desánimo de los empleados, falta de innovación y baja productividad (Griffiths et al., 2000).

La sexta (Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo, 2015), la cual tiene como antecedente, cinco encuestas anteriores, en donde dicha encuesta ofrece una imagen de amplio espectro del trabajo, de las ocupaciones, de los sectores laborales y de los grupos de edad laboral en Europa en los distintos países europeos. Sus hallazgos llaman la atención por el alcance que esta tiene, al analizar y explorar siete índices de calidad del trabajo: Entorno físico, intensidad del trabajo, calidad del tiempo de trabajo, entorno social, habilidades y discreción, perspectivas y ganancias. Basada en entrevistas cara a cara de 43.850 trabajadores en 35 países europeos. Sus resultados proporcionan información detallada sobre una amplia gama de cuestiones, entre las que figuran la exposición a riesgos físicos y psicosociales con el trabajo, la organización del trabajo, el equilibrio entre vida laboral y personal, la salud y el bienestar (MacGoris et al., 2010).

Según un informe de la (Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, 2002), una estimación de los costos que origina el estrés relacionado con el trabajo apuntó a 20.000 millones de euros anuales.

En México, un estudio que investigó el nivel del síndrome Burnout en un grupo de 450 médicos y enfermeras de 12 instituciones hospitalarias, reveló los siguientes datos: 10.9 % presentaron cansancio emocional, 19.6 % despersonalización y 74.9% presentaron baja realización personal, estando presente el síndrome de burnout en un 37 % (Franco, 1999). Con estos datos podemos concluir que el el SQT está presente en nues-

tro país en sus diferentes dimensiones ya sea en menor o mayor proporción en los médicos al igual que el resto de la población sanitaria estudiada.

La importancia del Burnout en el ámbito médico deriva en que es un proceso continuo que pasa por varias fases pero los que están en riesgo de presentarlo o están afectados en muchos de los casos no son conscientes de que lo padecen o niegan que lo padecen; esta situación produce una grave repercusión y deterioro no solo a nivel personal, sino socio-familiar y profesional, presentándose una disminución de la calidad del trabajo y ausencias laborales de forma repetida (Duijts et al., 2007).

El síndrome de Burnout o Síndrome del desgaste profesional es un importante mediador patológico de la enfermedad o del daño en la salud de los médicos, así los autores (Duijts et al., 1974) señalan que es “notable descubrir que los hombres y mujeres de la profesión médica dedicados en defender la salud de los demás fracasan, en proteger la suya”. (p.12).

Según la (VI Encuesta de Condiciones de Trabajo, 2007) en España elaborada por el (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2007), la cual reporta que el 70,9 % de los trabajadores encuestados señaló que estaba expuesto a riesgo de accidentes de trabajo, elevándose el porcentaje a 74,9 % al tratarse de personal médico. El análisis de las causas de accidentes (Riesgos de accidente por cortes y pinchazos) reveló que las principales causas de padecer estos riesgos laborales se debían a distracciones, descuidos y falta de atención en 45 %, trabajar muy rápido en 19,4 %, y al cansancio y/o fatiga en 17,8 % (Gil-Monte, 2009).

4.11. Síndrome de Burnout, Hipertensión Arterial y Riesgo Cardiovascular.

Con frecuencia el deterioro psicológico ocasionado por el estrés laboral interviene como una variable mediadora que contribuye a la aparición de lesiones irreversibles o fatales para el trabajador, asociadas al deterioro del sistema cardiovascular (Landsbergis et al., 2003).

En este proceso las emociones desempeñan un papel relevante. Debido a que el SQT se caracteriza por la percepción de altos niveles de agotamiento emocional, no es extraño que su progreso se asocie a problemas de salud que deterioran el sistema cardiovascular de los trabajadores (Golebiewski et al., 2006).

Las consecuencias que el estrés laboral tiene sobre la salud el cual pueden ocasionar un deterioro del sistema cardiovascular del individuo. Según se concluye en el estudio de la (Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, 2002), el 16% de enfermedades cardiovasculares de hombres y el 22% de las mujeres están originadas por el estrés laboral. Diferentes estudios han concluido que el estrés crónico relacionado con el trabajo produce un deterioro del organismo, y es causa de enfermedades cardiovasculares (Siegrist et al., 2003). Estas consecuencias del estrés laboral son dignas de ser consideradas si tenemos en cuenta que en las sociedades actuales los problemas de salud vinculados al sistema cardiovascular representan una de las principales causas de accidentes y mortandad.

Según (Julios et al., 2009) los individuos hipertensos responden a agentes estresantes estándar de laboratorio (exposición a emociones experimentales inducidas de miedo y enfado, entrevistas enfocadas sobre conflicto personal y tareas cognitivas frustrantes), con mayores elevaciones tensionales y de frecuencia cardíaca que los normotensos, mayor también en individuos con historia familiar de hipertensión.

Harburg et al. (2007) describieron que aquellos sujetos que vivían en áreas urbanas muy estresantes, definidas por su alta densidad de población, estado socioeconómico bajo, alta morbilidad y altas tasas de separación matrimonial, mostraban una presión arterial más elevada que aquellos que habitaban en zonas de bajo estrés.

Otras investigaciones han demostrado la relación de la hipertensión con situaciones de estrés laboral (Kasl et al., 2011) observaron que tras el despido y durante el período de desempleo, la presión arterial de un grupo de trabajadores se incrementaba y permanecía elevada, si bien posteriormente tendía a normalizarse, sobre todo entre aquellos que volvían a encontrar un trabajo permanente. De igual manera, (Cobb et al., 2009) observaron una prevalencia de hipertensión 4 veces mayor en trabajadores que se encargan del control aéreo que en otros de la misma rama, pero con menor responsabilidad.

Parece entonces que factores estresantes, como los vistos en los ejemplos anteriores (procesos de urbanización y aculturación, trabajos que requieren una vigilancia constante o que conllevan una responsabilidad extrema) pueden modificar ampliamente las cifras de la tensión arterial.

4.12 Estrés e Hipertensión Arterial Sistémica.

El estrés es un factor que contribuye a la hipertensión arterial (Tensión Arterial sistólica > 140 mm Hg y Tensión Arterial diastólica > 90 mm Hg), en consecuencia a padecer patologías cardiovasculares, (Kulkarni et al., 1998), tras una revisión de los estudios sobre tensión laboral y enfermedades cardiovasculares, han concluido que la tensión laboral causa en parte problemas cardiovasculares entre ellos elevando la tensión arterial hasta provocar hipertensión arterial sistémica.

Las estrategias para analizar las relaciones entre el estrés laboral y la tensión Arterial han sido diversas. Así, se han estudiado las diferencias de tensión arterial entre jornadas laborales y no laborales (fin de semana), o en un mismo día, pero diferenciando la jornada laboral (8:00-17:00 hrs., aproximadamente), las horas después de la jornada laboral (17:00-22:00 hrs., aproximadamente) y la noche (las horas de sueño). Se suele comparar la media de la Tensión Arterial para cada periodo a pesar de que en muchos casos se mide continua y ambulatoriamente.

Sin embargo apenas se ha estudiado la evolución de la Presión Arterial durante la jornada laboral tal y como se ha indicado anteriormente. Los resultados que se obtienen son que la Presión Arterial aumenta en periodos de estrés o al experimentar emociones negativas a lo largo del día siendo la asociación mayor cuando las personas tienen inestabilidad emocional (Carels et al., 2000).

Debido a que el estrés aumenta la Presión Arterial y durante una jornada laboral se produce periodos de estrés o situaciones estresantes, la relación entre trabajo y aumentos de Presión Arterial está bien documentada, siendo esta relación mayor cuanto mayor es el estrés laboral (Fauvel et al., 2006, Lucini et al., 2007).

Cuando se estudia la Presión Arterial en relación con el estrés laboral, se encuentran resultados diversos, cuando se consideran separadamente la Presión Arterial Sistólica (PAS) y la Presión Arterial Diastólica (PAD). Así, generalmente, se han descrito relaciones significativas entre el estrés laboral medido con el cuestionario de tensión laboral de Karasek y la Presión Arterial, tanto sistólica como diastólica, en una muestra de enfermeras (Theorell et al., 1993).

Van-Egeren (1992) también encontró relaciones positivas y significativas entre la tensión laboral y la Presión Arterial (PAS y PAD) durante el trabajo. Además encontró que la tensión laboral no estaba relacionada ni con la PAS ni con la PAD, de las jornadas no laborales.

Otros estudios también han obtenido una relación positiva entre tensión laboral y Presión Arterial (La Flamme et al., 1998). Por otro lado, (Theorell et al., 1988), estudiando diferentes ocupaciones con el modelo de tensión laboral de Karasek, obtuvieron relaciones significativas entre un periodo de alta tensión laboral y alta PAS aunque no obtuvieron relaciones significativas con la PAD, resultado que apareció en ambos sexos.

El uso de habilidades se ha relacionado con la PAS durante el trabajo y el tiempo libre en una muestra de cuidadores de prisión, pero no con las demandas ni el control laboral (Harenstam et al., 1988); la PAD no se relaciona significativamente con la tensión laboral. Sin embargo, en otro estudio llevado a cabo en hombres con riesgo de hipertensión arterial se ha descrito relaciones positivas entre la PAD medida durante el trabajo, en casa, durante el sueño y la tensión laboral, pero no entre ésta y la PAS en ninguno de los momentos evaluados (Theorell et al., 1991).

Del mismo modo se han descrito correlaciones positivas entre la PAD y el estrés ocupacional en una muestra de trabajadores chinos de cuello blanco, no encontrándose asociaciones entre la PAS y la tensión laboral (Su et al., 2001). (Fauvel et al., 2001) han replicado los resultados anteriores (es decir, relaciones positivas entre la tensión laboral y la PAD en una jornada laboral), midiendo la PA de forma continua. Estos autores estudiaron además la variabilidad de la PA y encontraron que las relaciones significativas anteriores eran independientes de la variabilidad espontánea, de la reactividad de la Presión Arterial a pruebas de estrés y a otros factores importantes relacionados con la Presión Arterial, como el consumo de alcohol, la edad, el índice de masa corporal o la ingesta de sodio. Por lo tanto, la evidencia se inclina hacia la conclusión de que la tensión laboral afecta a la Presión Arterial principalmente la diastólica (Schnall et al., 1994; Kulkarni, et al., 1998).

Sin embargo, algunos autores consideran que la evidencia de que la alta carga profesional puede aumentar la Presión Arterial durante la jornada laboral es todavía débil (Van-Egeren, 1992, Kang et al., 2005) o controvertida (La flamme et al., 1998).

Normalmente las investigaciones que han estudiado esta relación reflejan el hecho de que no siempre se encuentra una relación directa y positiva entre el estrés laboral y la hipertensión arterial evaluando esto él con el cuestionario de Karasek (1997). Tampoco se ha encontrado que los sujetos con alta tensión laboral padezcan sistemáticamente Hipertensión Arterial.

En esta línea (Chapman et al., 1990) tampoco encontró en un estudio longitudinal de 5 años relaciones entre las características laborales y la Presión Arterial (Pieper et al., 1989) en un meta análisis tampoco encontraron una relación robusta entre la tensión laboral y la Tensión Arterial, considerando que esta relación es débil. Esto sugiere que las relaciones entre el estrés laboral y la Presión Arterial son específicas del contexto en que se registra.

En definitiva, aunque existe evidencia a favor de la relación de la tensión laboral y el aumento de la Presión Arterial, no todos los autores llegan a las mismas conclusiones, habiéndose argumentado que los altos niveles de la Presión Arterial durante la jornada laboral pudieran ser respuesta a estímulos estresantes ambientales, físicos, o de otra índole (no relacionados con las demandas o el control), (Light et al., 1992).

Además también se ha hecho referencia a que los altos niveles de la Presión Arterial se han encontrado habitualmente en hombres, pero los resultados no han sido concluyentes en el caso de las mujeres (Laflamme et al., 1998, Carels et al., 1998, Light et al., 1992).

Por lo tanto, a pesar de la gran cantidad de datos parece necesario seguir estudiando las relaciones entre estrés laboral y la Presión Arterial con el fin de clarificar los mecanismos subyacentes de dicha relación.

Las consecuencias que el estrés laboral tiene sobre la salud pueden ocasionar un deterioro del sistema cardiovascular del individuo. Según se concluye en el estudio de la (Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, 2002), donde el 16 % de las enfermedades cardiovasculares en los hombres y el 22 % en las mujeres están originadas por el estrés laboral. Diferentes estudios han concluido que el estrés crónico puede ocasionar enfermedades cardiovasculares (Fernández et al, 2003 y Landsbergis et al., 2003). Estas consecuencias del estrés laboral son dignas de ser consideradas si tenemos presente que en las sociedades actuales los problemas de salud vinculados al sistema cardiovascular representan una de las principales causas de accidentes y mortalidad en los países industrializados y en vías de desarrollo como México.

4.13 Estrés Laboral y Patologías Cardiovasculares.

El sistema cardiovascular está formado por el corazón y los vasos sanguíneos. Desde 1960 hasta el 2000 las principales causas de muerte en México eran los accidentes y aquellas derivadas de la violencia o el cáncer, pero a partir del 2005 y hasta el 2007 las principales causas de muerte en México fueron: Enfermedades del corazón, tumores malignos y diabetes mellitus (Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía, 2009).

Desde 1993 al 2005, se han observado incrementos en la prevalencia de obesidad, hipercolesterolemia, hipertensión arterial y síndrome metabólico, esto de acuerdo con la (encuesta nacional de salud y nutrición, 2006). Así la (Encuesta de Enfermedades Crónicas, 1993) registro una prevalencia nacional en población mexicana, en adultos mayores de 20 años con los siguientes datos: 21.3 % para obesidad, 26.6 % para hipertensión arterial, 30 % para síndrome metabólico y 35.3 % para hipercolesterolemia.

La relación entre el estrés ocupacional y las patologías cardiovasculares se ha establecido en base a los estudios realizados, principalmente desde el modelo de tensión laboral de (Karasek, 2001). La gran mayoría de estas investigaciones utilizan auto informes como medidas de salud, utilizando el General Health Questionnaire (GHQ) o bien tienen un carácter epidemiológico, correlacionando la existencia de patologías cardiovasculares con el grado de estrés laboral que presentan.

Es importante recordar que las patologías coronarias siguen siendo una de las causas más importantes de muerte en las sociedades industriales, habiéndose establecido la relación entre tensión laboral y enfermedades coronarias no sólo en el caso de los hombres, sino también en mujeres (Eaker et al., 1992). De hecho, una elevación persistente de 5 mm/Hg en la PA diastólica aumenta en ambos géneros el riesgo de patología cardiovascular entre un 21 % y un 34% (Mac Mahon et al., 1990).

Es así que el estrés laboral ha sido asociado a síntomas de enfermedad registrados en informes médicos y a comportamientos dañinos para la salud. Los diversos factores psicosociales del trabajo (medidos objetiva y subjetivamente), las reacciones y quejas cardiovasculares han sido ampliamente relacionadas entre sí (Belkic et al., 2004).

La evidencia empírica del vínculo existente entre el estrés laboral, la hipertensión arterial y otras patologías cardiovasculares (incluso mortalidad) es sólida, respaldada por un amplio número de publicaciones que han utilizado principalmente el modelo de “tensión laboral” de Karasek, como ya se ha indicado. Estos estudios se han llevado a cabo fundamentalmente en países occidentales (Schnall et al., 1998 y Chandola et al., 2008),

pero también en culturas orientales (Su et al., 2001 y Kang et al., 2005). Sin embargo, los mecanismos fisiológicos que subyacen a esta relación no han sido completamente esclarecidos (Hanson et al., 2001). Al hablar de la relación entre estrés laboral y patologías cardiovasculares es necesario tener en cuenta los diversos factores fisiológicos de riesgo cardiovascular (niveles de colesterol, índice glucémico).

Si bien la tensión laboral no se ha relacionado directamente con patologías cardiovasculares, el grado de control en el trabajo (Evaluado por el cuestionario de tensión laboral Karasek, 1979) sí se ha relacionado con la sintomatología cardiovascular.

Bosma et al., (1997) en esta línea desde el modelo “esfuerzo-recompensa” ha sugerido que un alto esfuerzo y un bajo refuerzo junto con una alta necesidad de control, producen cambios en las respuestas fisiológicas, psicológicas y la propensión a desarrollar eventualmente patologías cardiovasculares (Siegrist, 1996); aunque se reconoce que es claramente necesaria mayor evidencia experimental para explicar la relación entre sus conceptos claves y la fisiología (Hanson et al., 2001). Esta hipótesis iría en la línea de la hipótesis de Hockey (1997) en la que se plantea que la motivación de los individuos interactúa con las demandas del ambiente e influye en las respuestas psicológicas y fisiológicas. Esta “motivación sería la necesidad de control” en el modelo ERI, y el control del modelo de Karasek, por lo que los individuos con alta necesidad de control y un gran desequilibrio esfuerzo-recompensa, mostrarían baja actividad parasimpática (Hanson et al., 2001), aunque los autores no dan una explicación de este fenómeno. Una posible explicación es que siendo la alta reactividad cardíaca un indicador de posibles problemas cardiovasculares (Moya, 2001), así una baja variabilidad cardíaca, podría ser consecuencia de un bajo tono vagal, que se asociaría con problemas cardiovasculares (Chandola et al., 2008) y otros problemas de salud (Stansfeld et al., 1998), mientras que un alto tono vagal se asociaría con bajo esfuerzo mental (Aasman et al., 1987).

A pesar de todos los resultados existentes hasta el momento respecto a la relación entre el estrés laboral y las patologías coronarias, el indicador cardiovascular más utilizado en los estudios y que se está revelando como básico para entender la relación entre el estrés laboral y las enfermedades cardiovasculares es la Presión Arterial.

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en la mayoría de los países del mundo, se estima que 691 millones de personas a nivel mundial padecen algún tipo de enfermedad cardiovascular; de los cuales 15 millones de personas han fallecido por enfermedades circulatorias, las enfermedades coronarias ocupan 7. 2 millones y los Accidentes Vasculares Cerebrales con 5.7 millones (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Aranda (2006) dice que no en todas las ocasiones se puede encontrar asociación entre el Síndrome del Quemado por el Trabajo y enfermedades cardiovasculares, pero si puede existir relación con alguna de las dimensiones del Síndrome del Quemado por el Trabajo, así Aranda, (2006) encontró relación entre el Agotamiento Emocional y enfermedades cardiovasculares.

4.14 Fisiopatología del Estrés e Hipertensión Arterial.

La existencia de un aumento prolongado de cortisol sanguíneo nos puede dar como resultado elevación de la presión arterial (Steptoe, 2001). Es decir cuando el nivel de cortisol y adrenalina permanecen por tiempo prolongado elevados tendrían como resultado daño al sistema cardiovascular y elevación de la presión arterial (Karasek et al., 1982).

Tabla 4: Principales resultados de los estudios de estrés laboral y variables psico-biológicas.

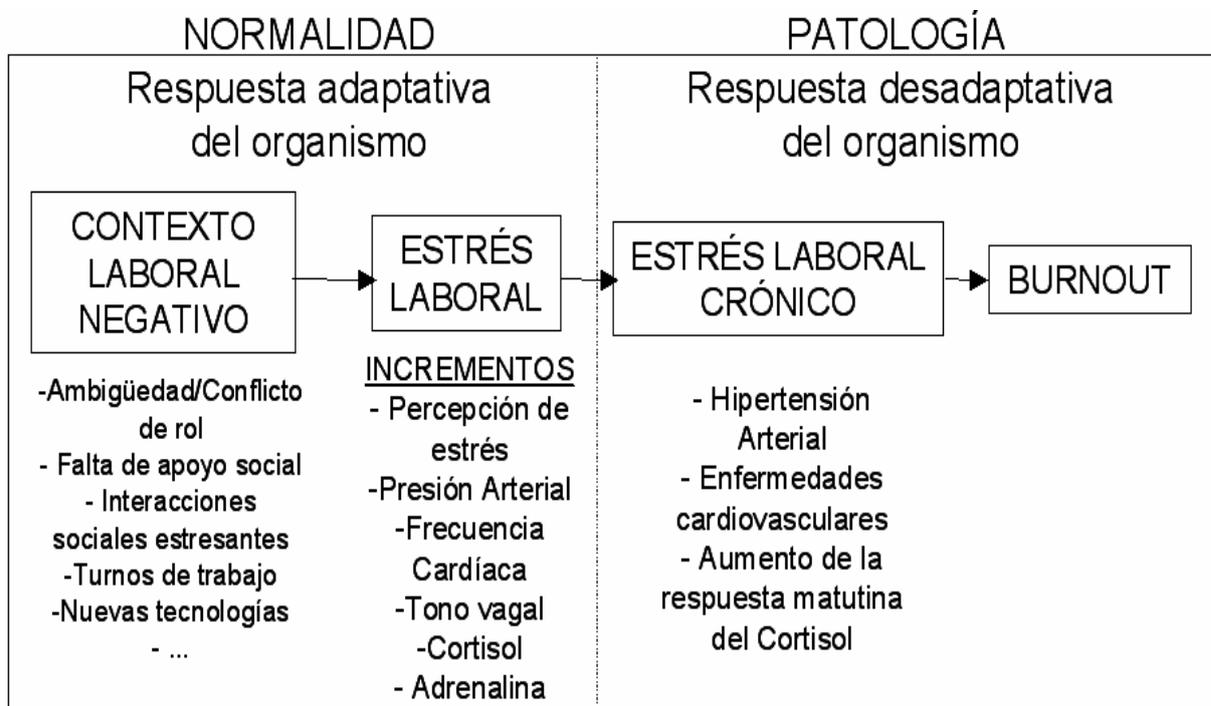
VARIABLE	RESPUESTA
VARIABLES PSICOLÓGICAS	
Percepción de estrés	Incrementos
Estado de ánimo	Descenso del estado de ánimo positivo
VARIABLES CARDIOVASCULARES	
Presión Arterial Sistólica	Incrementos
Presión Arterial Diastólica	Incrementos
Frecuencia Cardíaca	Incrementos
Tono vagal	Aumento
VARIABLES ENDOCRINAS	
Cortisol salivar	Resultados no claros
Respuesta matutina del Cortisol	Incremento de la Respuesta Matutina
Adrenalina	Incrementos
Testosterona	Pocos estudios

Fuente: Estrés laboral y salud: Indicadores cardiovasculares y endocrinos, anales de psicología, 2009, vol. 25, N0. 1. Pág. 156, Serrano rosa et al.

La tensión laboral podría elevar la Presión Arterial a través de la activación fisiológica/cardíaca crónica o a través de la activación de la masa ventricular izquierda del corazón. Ambos mecanismos se activan debido a la respuesta general de estrés (sistema simpático-adrenal e hipotálamo hipófisis-adrenal). De esta manera las situaciones donde se producen altas demandas y bajo control llevarían a incrementos de cortisol y adrenalina (Franke-haeuser, 2004).

En definitiva, estar bajo un contexto laboral “estresante” producirá una serie de respuestas en el organismo a distintos niveles: psicológico, cardiovascular y endocrino, y si ese estrés se perpetúa en los médicos y no se adaptan al mismo, se encontrarán bajo una situación de estrés crónico que repercutirá en enfermedades como la hipertensión arterial, patologías coronarias o desequilibrios hormonales (Fernet et al., 2004). Por último, además de los efectos que tiene el estrés laboral sobre estos sistemas se podrán derivar otros tipos de enfermedades de carácter psicológico o psiquiátrico, relacionadas con el contexto laboral, como es el Síndrome de Burnout o la depresión.

Figura 2: Propuesta de modelo de estrés laboral teniendo en cuenta algunas variables psico-biológicas.



Fuente: Estrés laboral y salud: Indicadores cardiovasculares y endocrinos, anales de psicología, 2009, vol. 25, NO. 1. Pág. 157, Serrano rosa et al.

4.15. Hipertensión Arterial (HTA) Sistémica en México.

La Hipertensión Arterial es una enfermedad crónica caracterizada por la elevación sostenida de la presión arterial > 140 mm de Hg (sistólica) o > 90 mm de Hg (diastólica), (Secretaría de Salud, 2001). De esta manera la hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo para padecer enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y falla renal, que son importantes causas de mortalidad en México. En tan solo seis años, entre 2000 y 2006, la prevalencia de HTA se incrementó 19.7 % hasta afectar a 1 de cada 3 adultos mexicanos (31.6%), según la (Encuesta nacional de Salud y nutrición, 2012).

La alta prevalencia de esta enfermedad en México adquiere mayor importancia si se considera que en el 2006 el 47.8 % de los adultos con hipertensión no había sido diagnosticado como tal y únicamente 39.0% de los diagnosticados recibía tratamiento), Encuesta nacional de Salud y nutrición (2012).

La Hipertensión arterial es la enfermedad crónica no transmisible de mayor prevalencia a nivel mundial (Carrión, 2011). La Organización Mundial de la Salud (2002) indica a la hipertensión arterial como causante del 50 % de las enfermedades cardiovasculares en todo el mundo. Es importante destacar que la prevalencia más alta de hipertensión arterial sistémica en México se encuentra en los estados de: Nayarit, Zacatecas, Sinaloa, Coahuila, Baja California Sur, Durango, estado de México, distrito federal y Sonora Instituto Nacional de Salud Pública (2006).

La prevalencia actual de HTA en México es de 31.5% (IC 95% 29.8-33.1), y es más alta en adultos con obesidad (42.3%; IC 95% 39.4-45.3) que en adultos con índice de masa corporal (IMC) normal (18.5%; IC 95% 16.2- 21.0), y en adultos con diabetes (65.6%; IC 95% 60.3-70.7) que sin esta enfermedad (27.6%, IC 95% 26.1-29.2). Además, durante la (ENSANUT, 2012) se pudo observar que del 100% de adultos hipertensos 47.3% desconocía que padecía HTA.

Durante la encuesta nacional de salud y nutrición ENSANUT (2012) se pudo observar que del 100% de adultos hipertensos 47.3% desconocía que la padecía HTA. La tendencia de la HTA en los últimos seis años (2006-2012) se ha mantenido estable tanto en hombres (32.4 vs 32.3%) como en mujeres (31.1 vs. 30.7%) y la proporción de individuos con diagnóstico previo no aumento en los últimos seis años, paso indispensable para lograr un control temprano a través de medidas de estilo de vida saludables y tratamiento en la población.

También se ha conservado diferencias entre las prevalencias de los grupos de mayor y menor edad, por ejemplo, en 2012 la distribución de la prevalencia de HTA fue 4.6 veces más baja en el grupo de 20 a 29 años de edad ($p < 0.05$) que en el grupo de 70 a 79 años, (Encuesta nacional de salud y nutrición, 2012). También la prevalencia de HTA varía de acuerdo con regiones, localidades y nivel socioeconómico (NSE), esto pudo ser observado en la (ENSANUT, 2012) donde se registró una prevalencia significativamente más alta ($p < 0.05$) en la región norte del país (36.4%) que en el sur (28.5%), en las localidades urbanas (31.9%) que en las rurales (29.9%), y en el NSE alto (31.1%) comparado con el bajo (29.7%).

Los adultos con mayor vulnerabilidad y pobreza presentan prevalencias más bajas de HTA en el ámbito nacional y son los grupos que tienen en un mayor porcentaje HTA controlada ($< 140/90$ mm/Hg); por ejemplo, los adultos de la región sur tienen una prevalencia significativamente mayor de control (56.0%) que los del norte (45.8%), igualmente los de localidad rural (51.3 %) que los de la urbana (48.3%) y los de NSE bajo (53.2%) que los de NSE alto (50.3%). Esta menor prevalencia y mayor porcentaje de control puede ser atribuido a que estos mismos grupos tienen menor prevalencia de obesidad, tabaquismo y consumo de sodio, factores causales de la HTA y que complican su control, mientras que presentan menos tiempo de actividad sedentaria.

De los adultos con HTA diagnosticada por un médico, solo el 73.6 % reciben tratamiento farmacológico y menos de la mitad de estos tiene la enfermedad bajo control. Existen diferencias en las prevalencias de HTA al categorizar por institución a la que se encuentran afiliados los adultos: ISSSTE 34.4 %, Secretaría de Salud 45.4 %, IMSS 46.6 %, e instituciones privadas 54.0 %, encuesta nacional de salud y nutrición (2012).

5. OBJETIVO E HIPÓTESIS.

OBJETIVOS		HIPÓTESIS	
General		General	
Analizar la asociación del SQT con la hipertensión arterial en Médicos de atención Primaria.		La presencia del SQT Elevado y patológico se asocia con la aparición de hipertensión arterial, en médicos de atención Primaria.	
Específicos		Específicas	
a) Identificar la prevalencia del SQT en una muestra de médicos de atención primaria.		a) La prevalencia del SQT Elevado y patológico en una muestra de médicos de atención primaria será alta.	
b) Identificar la prevalencia de hipertensión arterial en médicos de atención primaria.		b) La prevalencia de hipertensión arterial en médicos de atención primaria será alta.	
c) Asociar la edad, sexo, estado civil, antigüedad laboral, escolaridad, número de hijos y actividad física con el SQT e hipertensión arterial en médicos de atención primaria.		c) La edad, sexo, estado civil, antigüedad laboral, escolaridad, número de hijos y actividad física se asocian a SQT elevado y patológico e hipertensión arterial en médicos de atención primaria.	

Tabla 5: Objetivos e hipótesis.

6. MÉTODOLOGIA.

6.1 Tipo de estudio.

Se realizó un estudio transversal descriptivo, por medio del cual se estudió la prevalencia del SQT y su asociación con la hipertensión arterial en médicos de atención primaria, considerando que la información se debe manejar con mucha cautela.

6.2 Muestra Estudiada.

Se realizó un muestreo intencional o de conveniencia de 62 médicos del turno matutino, vespertino y mixto, quienes decidieron participar de forma voluntaria, de fácil accesibilidad, dispuestos a contestar el cuestionario y que se encontraban laborando al momento del estudio, de un total de 80 médicos de una unidad médica de atención primaria de la ciudad de San Luis Potosí, Capital.

6.3 Procedimiento de selección de los participantes.

6.3.1 Criterios de Inclusión.

- 1.- Médicos familiares y generales de atención primaria adscritos, a la clínica en estudio.
- 2.- Médicos familiares y generales de atención primaria que cumplan con el requisito mínimo de tener un año de antigüedad laboral y estar en contacto directo con pacientes, es decir cara a cara al paciente.
- 3.- Médicos familiares y generales de atención primaria que aceptaron participar en el estudio.
- 4.- Médicos familiares y generales de cualquier sexo, cualquier edad, cualquier tipo de contratación: Contrato, interino, base y confianza.

6.3.2 Criterios de Exclusión.

- 1.- Personal ajeno a la profesión médica.
- 2.- Médicos familiares y generales de atención primaria que no cumplan el requisito mínimo de tener un año de antigüedad laboral de estar en contacto directo con pacientes, cara a cara frente al paciente.
- 3.- Médicos familiares y generales de atención primaria que no están adscritos a la unidad médica y que no aceptaron participar en el estudio.

4.- Médicos familiares y generales que no se encontraban laborando en la UMF al momento del estudio: Permiso, incapacidad, licencia médica, jubilación, etc.

6.3.3 Criterios de Eliminación.

1.- Participantes que decidieron abandonar el estudio o retiraron su consentimiento informado.

2.- Participantes quienes no contestaron el 100 % de los items de la encuesta.

6.3.4 Ubicación Temporal y Espacial.

El estudio se realizó en periodo de 6 meses durante el año 2013; en una unidad de medicina familiar de la ciudad de san Luis capital.

6.4 Variables de Estudio de Acuerdo a las Hipótesis.

Variable dependiente: Hipertensión Arterial Sistémica.

Variable Independiente: Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT).

Variables de confusión o intervinientes: Edad, sexo, estado civil, antigüedad laboral, turno, escolaridad, número de hijos y actividad física.

6.5 Operacionalización de las variables.

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	INSTRUMENTO	
VARIABLE INDEPENDIENTE	Síndrome del Quemarse por el Trabajo "Burnout".	Cualitativa Nominal	Es un efecto negativo psicológico en o por el trabajo, manifestado por agotamiento emocional y despersonalización presentes en cualquier persona que ejerce cualquier actividad laboral	El <i>burnout</i> es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que ocurre con individuos que trabajan con personas; el agotamiento emocional es la disminución y pérdida de recursos emocionales; la despersonalización o deshumanización es definida como el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos hacia las personas; y, la baja realización personal es la Tendencia a evaluar negativamente su propio trabajo.	Ilusión por el trabajo Desgaste psíquico Indolencia Culpa	Cuestionario de Evaluación del Síndrome de Burnout (CESQT) (Gil-Monte,2005)
VARIABLE DEPENDIENTE	Hipertensión arterial sistémica	Cuantitativa Discontinua	Trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos, (OMS, 2000).	La presión sistólica es la presión máxima que se alcanza en la sístole. Esta depende fundamentalmente del débito sistólico, la volemia y la distensibilidad de la aorta y las grandes arterias. La presión diastólica es la mínima presión de la sangre contra las arterias y ocurre durante la diástole. Depende fundamentalmente de la resistencia vascular periférica.	Tensión sistólica superior a 140 mm Hg y diastólica superior a 90 mm Hg.	Clasificación JNC7, NOM-030-SSA-1999.
	Edad	Cuantitativa Continua	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde	Cantidad de años, meses y días cumplidos a la fecha	26-40 años 41-67 años	Años

VARIABLES CONFUSORAS O INTERVINIENTES			su nacimiento.	de aplicación del estudio		
	Sexo	Cualitativa Nominal	Características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. (OMS).	Femenino: género gramatical; propio de la mujer. Masculino: género gramatical, propio del hombre.	Características sexuales	Femenino y masculino
	Estado Civil	Cualitativa Nominal	Situación en la que se encuentra una persona según sus circunstancias y la legislación y a la que el ordenamiento concede ciertos efectos jurídicos, (enciclopedia jurídica, 2000).	Características jurídicas que une a dos personas.	Soltero. Casado. Viudo. Separado. Conviviente.	Condición sentimental
	Antigüedad laboral.	Cuantitativa Continua	Años promedio laborales o trabajados (glosario de términos laborales, 2005).	Identificación que hace el sujeto a la pertenencia a una de las condiciones de empleo, en un lapso de al menos seis meses para el momento de la medición, al marcar el espacio correspondiente a las opciones de condición laboral formal	1 a 6 años. 7 a 12 años. 13 a 18 años. 19 a 24 años. 25 y más años.	Años productivos.
	Escolaridad	Cualitativa Discontinua	Grado de estudios de un individuo (SEG, 1989)	Licenciatura: Título académico que se obtiene al acabar una carrera universitaria de más de tres años. Posgrado: Estudios universitarios posteriores a la licenciatura.	Licenciatura y posgrado.	Nivel de estudios.
	Número de hijos	Cuantitativa Continua	Número de hijos que tiene determinada pareja en su edad reproductiva. (OMS, 2000).	Cantidad de hijos del personal de salud participante.	0 Hijos 1 Hijo. 2 Hijos. 3 Hijos.	Cantidad de hijos.
	Actividad Física	Cualitativa Discreta	Conjunto de operaciones o tareas propias de una persona, perteneciente a la constitución y naturaleza corpórea.	cualquier actividad que involucre movimientos significativos del cuerpo o de los miembros	Si realiza ejercicio No realiza ejercicio.	Movimientos físicos.

Tabla 6: Variables de estudio.

6.6 Instrumento Utilizado.

Antecedentes del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT).

El CESQT está basado en un modelo según el cual el deterioro cognitivo (bajas puntuaciones en Ilusión por el trabajo) y el deterioro afectivo (altas puntuaciones en Desgaste psíquico) son las primeras manifestaciones del SQT como respuesta al estrés laboral crónico. A estos síntomas le sigue la aparición de actitudes negativas hacia las personas con las que se trabaja (altas puntuaciones en Indolencia). Además, algunos trabajadores, no todos, desarrollan altos sentimientos de culpa debido a estos síntomas, en especial por el trato desconsiderado e indolente hacia los clientes o usuarios de los servicios (Gil-Monte, 2005). Los sentimientos de culpa han sido identificados por diferentes autores como un síntoma del SQT (Price & Murphy, 1984).

El CESQT tiene algunas ventajas sobre otros instrumentos utilizados en la evaluación del SQT. Entre esas ventajas están: (a) es un instrumento basado en un modelo teórico con un desarrollo previo al modelo psicométrico y que sustenta a éste (Gil-Monte, 2005), (b) aunque alguna de sus dimensiones son similares a las del MBI, el CESQT incorpora la evaluación de los sentimientos de culpa y dos perfiles de SQT, además incluye ítems para evaluar aspectos físicos del agotamiento y no solo aspectos psicológicos (Gil-Monte, 2011), (c) no presenta insuficiencias psicométricas cuando se aplica en idiomas diferentes al español (Bosle & Gil-Monte, 2015).

Para la elaboración de los datos normativos del CESQT, el cuestionario fue administrado a una muestra de 12.025 participantes (65,5% mujeres) procedentes de los siguientes países: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Perú, Portugal, Uruguay y España. Los dos sectores profesionales preferentes fueron educación (41,3%) y sanidad (27,6%). En cuanto a consistencia interna, las cuatro escalas presentaron valores alfa de Cronbach iguales o superiores a 0,70. La fiabilidad test-retest se analizó en una muestra española de 420 profesionales de la atención a discapacitados evaluados con un año de diferencia. Se obtuvieron correlaciones significativas en la dirección esperada. Este cuestionario está adaptado y validado en portugués. En la actualidad se difunde en Iberoamérica y está siendo adaptado al alemán, checo, finlandés, francés, inglés, italiano y polaco (Bosle & Gil-Monte, 2015).

Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT).

Gil-Monte (2005) cuestionario se caracterizado por redefinir los tres componentes que tradicionalmente se han considerado, más la inclusión de un cuarto, la dimensión de culpa que no aparece en los modelos tradicionales del síndrome. Esta herramienta considera que la despersonalización o indolencia puede tener un carácter funcional, al no permitir que el trabajador se involucre en los problemas del usuario, y al mismo tiempo disfuncional, por significar trato humillante irrespetuoso hacia las personas objeto del servicio u otros compañeros de trabajo.

El CESQT es un instrumento que está formado por 20 ítems que se evalúan con una escala de frecuencia de cinco grados, mediante la que el individuo indica, con un rango de 5 adjetivos que van de 0 "Nunca" a 4 "Muy frecuentemente todos los días".

Los ítems se distribuyen en cuatro escalas o dimensiones, denominadas:

- 1. Ilusión por el trabajo.** Esta dimensión está formada por 5 ítems. Se define como el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque supone que este es una fuente de placer personal. El individuo percibe su trabajo atractivo y alcanzar las metas profesionales personales. Incorpora también un componente de autoeficacia profesional.
- 2. Desgaste psíquico.** Está formada por 4 ítems. Se define como 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.
- 3. Indolencia.** Esta escala está formada por 6 ítems. Se define como la presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los usuarios de la organización. Los individuos que puntúan alto en esta dimensión muestran insensibilidad y no se conmueven ante los problemas de los usuarios.
- 4. Culpa.** Esta escala contiene 5 ítems. Se define como 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. (Ver Anexo 2).

Se considera la presencia del SQT con puntuaciones altas en la evaluación excluida la dimensión de culpa. Se consideran casos graves cuando los sujetos puntúan bajo en ilusión y alto en desgaste psíquico e indolencia (Perfil 1) y casos muy graves cuando se acompaña lo anterior con culpa (Perfil 2). (Ver anexo 2).

6.7 Material y Equipo.

- 1.- Para la toma de peso se usaron 3 básculas mecánicas con pedestal marca (Torino) con capacidad de 240 en Kilogramos, calibradas previamente.
- 2.- Para la toma de la estatura se usó un estadiómetro con pedestal en centímetros, marca (BAME).
- 3.- Para la toma del diámetro de cintura-cadera se usó una cinta métrica escalada en centímetros, longitud máxima de 1. 50 cm.
- 4.- Para la toma de presión arterial se utilizaron tres esfigmomanómetros de columna de mercurio (calibrados), marca Hergon.
- 5.- Computadora portátil marca HP procesador CORE 3.
6. - Programa office (Word, Excel), IMB- SPSS 21.
- 7.- Tres estetoscopios de doble campana marca Hergon.

6.8 Procedimientos o Actividades.

Se tramitó el permiso correspondiente con el director de la unidad médica, así como al departamento de ética e investigación de la unidad, se aplican los cuestionarios de la siguiente manera:

1. Se entrego el consentimiento informado ver (anexo 1), para su correspondiente análisis del encuestado.
2. Llenado del cuestionario sociodemográfico, anotando datos como centro de trabajo, sexo, nombre, edad, estado civil, escolaridad, etc. ver(anexo 2).
3. Entrega del cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo (CESQT), ver (anexo 3).
4. Toma de Somatometria y presión arterial: peso, talla, cintura, cadera, frecuencia cardiaca, y presión arterial (Presión Arterial al inicio de la Jornada Laboral y tres tomas al final de jornada laboral), ver (anexo 4).

6.9 Procedimiento básico para la toma de la Presión Arterial.

Norma Oficial Mexicana NOM-030 SSA2-2009, (2009).

6.9.1 Aspectos generales.

- 1.- La medición se efectuó después de por lo menos, cinco minutos en reposo.
- 2.- El paciente se abstuvo de fumar, tomar café, productos cafeinados y refrescos de cola, por lo menos 30 minutos antes de la medición.
- 4.- El paciente no presentó necesidad de orinar o defecar al momento de la toma.
- 5.- El paciente estuvo tranquilo y en un ambiente apropiado.

6.9.2 Posición del paciente.

La Presión Arterial (PA) se registró en posición de sentado con un buen soporte para la espalda y con el brazo descubierto y flexionado a la altura del corazón.

6.9.3 Equipo y características.

- 1.- Se utilizaron esfigmomanómetros de columna mercuriales, marca Hergon.
- 2.- El ancho del brazalete cubrió alrededor del 40% de la longitud del brazo y la cámara de aire del interior del brazalete tuvo una longitud que permitió abarcar por lo menos 80% de la circunferencia del mismo.
- 3.- El ancho del brazalete fue de 13 y 15 cm y 24 cm de largo.

6.9.4 Técnica utilizada.

- 1.- El observador se situó de modo que su vista quedo a nivel del menisco de la columna de mercurio.
- 2.- Se asegura que el menisco de la Columna de mercurio, coincida con el cero de la escala, antes de empezar a inflar.
- 3.- Se colocó el brazalete situando el manguito sobre la arteria humeral y colocando el borde inferior del mismo 2 cm por encima del pliegue del codo.
- 4.- Mientras se palpo la arteria humeral, se inflo rápidamente el manguito hasta que el pulso desapareció, a fin de determinar por palpación el nivel de la presión sistólica.
- 5.- Se desinflató nuevamente el manguito y se colocó la cápsula del estetoscopio sobre la arteria humeral.
- 6.- Se inflo rápidamente el manguito hasta 30 o 40 mmHg por arriba del nivel palpatorio de la presión sistólica y se desinflató a una velocidad de aproximadamente 2 mmHg /seg.

7.- La aparición del primer ruido de Korotkoff marca el nivel de la presión sistólica y, el quinto, la presión diastólica.

8.- Los valores se expresaron en números pares.

9.- Si las dos lecturas difirieron de por más de cinco mm Hg, se realizó otras dos mediciones y se obtuvo su promedio.

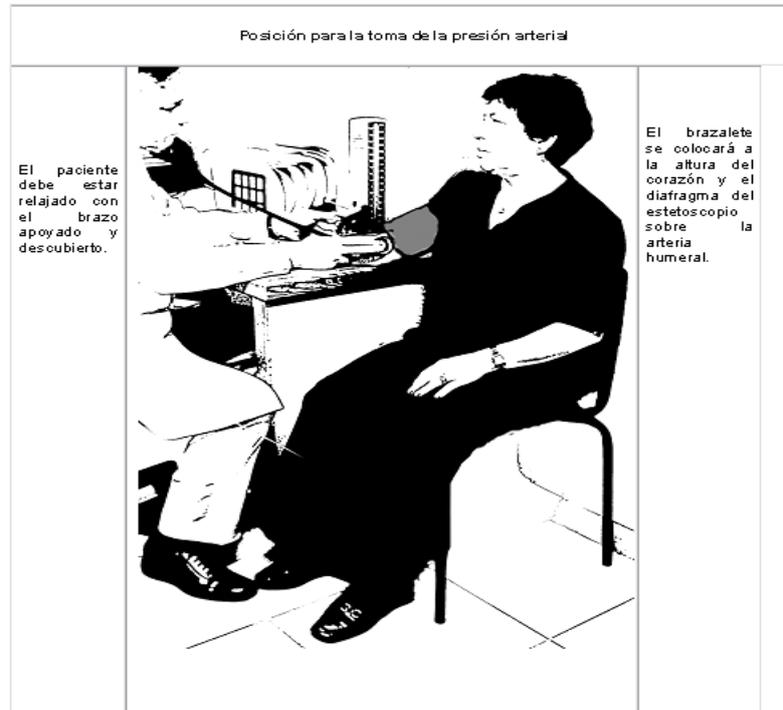


Figura 3: Posición correcta para toma de la Presión Arterial.
Fuente: NOM-030-SSA2-2009.

6.10 Captura y análisis de la información.

Se elaboró una base de datos que permitió el vaciado de la información de forma automatizada.

6.11 Paquete informático utilizado.

El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa SPSS 21, efectuándose un análisis bivariado utilizando la prueba de significancia Chi-cuadrada. El nivel de significancia estadística para aceptar asociación significativa entre las variables se estableció en una $p = 0.05$.

6.12 Aspectos Éticos.

El proyecto fue evaluado y aceptado por el Comité de Investigación de la FES Zaragoza, así como por el comité de ética e investigación de la unidad médica involucrada y analizando la factibilidad, viabilidad y aspectos éticos del estudio. Los participantes firmaron un una hoja de consentimiento informado según las buenas prácticas clínicas establecidas en el Código de Helsinky, respetando la confidencialidad de los médicos participantes en elestudio.

7. RESULTADOS.

El objetivo general de esta tesis fue analizar la asociación del SQT con la hipertensión arterial médicos de atención Primaria en una clínica de medicina familiar de la ciudad de san Luis capital. Para ello, a continuación se describen los aspectos estudiados:

7.1 Asociación del SQT con la Hipertensión Arterial en Médicos de Atención Primaria.

Los médicos de atención primaria estudiados presentaron un porcentaje de 6.5 % de SQT elevado y patológico e hipertensión arterial, sin embargo no hay diferencias significativas entre SQT elevado y patológico e Hipertensión arterial, pero fue cercano ($p=0.086$) Tabla 7.

Tabla 7. Asociación del SQT con la Hipertensión Arterial.							
Sexo				Hipertensión Arterial			Total
				Normal	Pre-Hipertensión	Hipertensión	
Masculino	SQT	Bajo	N	3	3	3	9
			%	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%
		Moderado	N	5	2	0	7
			%	71.4%	28.6%	0.0%	100.0%
		Elevado y Patológico	N	3	1	4	8
			%	37.5%	12.5%	50.0%	100.0%
Total		N	11	6	7	24	
		%	45.8%	25.0%	29.2%	100.0%	
Femenino	SQT	Bajo	N	16	0	4	20
			%	80.0%	0.0%	20.0%	100.0%
		Moderado	N	10	2	0	12
			%	83.3%	16.0%	0.0%	100.0%
		Elevado y Patológico	N	6	0	0	6
			%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
Total		N	32	2	4	38	
		%	84.2%	5.3%	10.5%	100.0%	
Total	SQT	Bajo	N	19	3	7	29
			%	65.5%	10.3%	24.1%	100.0%
		Moderado	N	15	4	0	19
			%	78.9%	21.1%	0.0%	100.0%
		Elevado y Patológico	N	9	1	4	14
			%	64.3%	7.1%	28.6%	100.0%
Total		N	43	8	11	62	
		%	69.4%	12.9%	17.7%	100.0%	

7.2 Prevalencia del SQT en Médicos de Atención Primaria.

En el estudio se encontró una prevalencia del Síndrome del Quemado por el Trabajo (SQT) en un porcentaje de 22.6 % en los médicos de atención primaria. Sin embargo no hay diferencias significativas en la prevalencia del SQT elevado y patológico ($p= 0.252$) Tabla 8.

Tabla 8. Prevalencia del SQT Elevado y Patológico						
			SQT			Total
			Bajo	Modera- do	Elevado y Patológico	
Sexo	Masculino	N	9	7	8	24
		%	37.5 %	29.2%	33.3%	100.0%
	Femenino	N	20	12	6	38
		%	52.6 %	31.6%	15.8%	100.0%
Total		N	29	19	14	62
		%	46.8 %	30.6%	22.6%	100.0%

7.3 Prevalencia de Hipertensión en Médicos de Atención Primaria.

Los médicos de atención primaria estudiados presentaron una prevalencia de un porcentaje de 17.7 % de hipertensión arterial, aquí si se presentó significancia estadística en la prevalencia de la Hipertensión arterial ($p= 0.05$) Tabla 9.

Tabla 9. Prevalencia de Hipertensión Arterial.						
			Hipertensión Arterial			Total
			Nor- mal	Pre- Hipertensión	Hipertensión	
Sexo	Masculino	N	11	6	7	4
		%	45.8%	25.0%	29.2%	100.0%
	Femenino	N	32	2	4	38
		%	84.2%	5.3%	10.5%	100.0%
Total		N	43	8	11	62
		%	69.4%	12.9%	17.7%	100.0%

7.4 SQT. Hipertensión y Variables Asociadas.

De acuerdo a la edad los médicos presentan un porcentaje de 6.4 % de SQT elevado y patológico e hipertensión arterial, correspondiendo el 50 % a los que se encuentran en una edad de 26 a 40 años, al igual que el 50 % en aquellos que se encuentran en una edad de 41 a 67 años, sin embargo no hubo diferencias significativas entre edad, SQT e Hipertensión arterial, pero fue cercano ($p= 0.112$) Tabla 10.

Tabla 10. Asociación Edad, SQT e Hipertensión.							
Edad (Años)				Hipertensión Arterial			Total
				Normal	Pre-Hipertensión	Hipertensión	
26 a 40 años	SQT	Bajo	N	9	0	2	11
			%	81.8%	0.0%	18.2%	100.0%
		Moderado	N	9	3	0	12
			%	75.0%	25.0%	0.0%	100.0%
		Elevado y patológico	N	6	0	2	8
			%	75.0%	0.0%	25.0%	100.0%
Total		N	24	3	4	31	
		%	77.4%	9.7%	12.9%	100.0%	
41 a 67 años	SQT	Bajo	N	10	3	5	18
			%	55.6%	16.7%	27.8%	100.0%
		Moderado	N	6	1	0	7
			%	85.7%	14.3%	0.0%	100.0%
		Elevado y patológico	N	3	1	2	6
			%	50.0%	16.7%	33.3%	100.0%
Total		N	19	5	7	31	
		%	.6 %	.2 %	.2 %	1.0	
Total	SQT	Bajo	N	19	3	7	29
			%	65.5%	10.3%	24.1%	100.0%
		Moderado	N	15	4	0	19
			%	78.9%	21.1%	0.0%	100.0%
		Elevado y patológico	N	9	1	4	14
			%	64.3%	7.1%	28.6%	100.0%
Total		N	43	8	11	62	
		%	69.4%	12.9%	17.7%	100.0%	

Los médicos de atención primaria estudiados presentaron un porcentaje de 6.5 % de SQT elevado y patológico e hipertensión arterial, correspondiendo el 100 % al sexo masculino, es decir los médicos estudiados del sexo masculino tiene mayor porcentaje de SQT Elevado y patológico e hipertensión en relación a las mujeres, sin embargo no hay diferencias significativas entre sexo, SQT elevado y patológico e Hipertensión arterial, pero fue cercano en los hombres ($p= 0.086$) Tabla 11.

Tabla 11. Asociación entre el Sexo, SQT e Hipertensión arterial.

Sexo				Hipertensión Arterial			Total
				Normal	Pre-Hipertensión	Hipertensión	
Masculino	SQT	Bajo	N	3	3	3	9
			%	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%
		Moderado	N	5	2	0	7
			%	71.4%	28.6%	0.0%	100.0%
		Elevado y Patológico	N	3	1	4	8
			%	37.5%	12.5%	50.0%	100.0%
Total		N	11	6	7	24	
		%	45.8%	25.0%	29.2%	100.0%	
Femenino	SQT	Bajo	N	16	0	4	20
			%	80.0%	0.0%	20.0%	100.0%
		Moderado	N	10	2	0	12
			%	83.3%	16.0%	0.0%	100.0%
		Elevado y Patológico	N	6	0	0	6
			%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
Total		N	32	2	4	38	
		%	84.2%	5.3%	10.5%	100.0%	
Total	SQT	Bajo	N	19	3	7	29
			%	65.5%	10.3%	24.1%	100.0%
		Moderado	N	15	4	0	19
			%	78.9%	21.1%	0.0%	100.0%
		Elevado y Patológico	N	9	1	4	14
			%	64.3%	7.1%	28.6%	100.0%
Total		N	43	8	11	62	
		%	69.4%	12.9%	17.7%	100.0%	

Estudiando el estado civil, se encontró en los médicos de atención primaria presentan un porcentaje de 6.4 % de SQT Elevado y patológico e hipertensión arterial, encontrando un porcentaje de 75 % en el estado civil de casado, seguidos por un porcentaje de 25 % en unión libre, sin embargo no hubo diferencias significativas entre el estado civil, SQT e Hipertensión arterial, pero fue cercano entre los casados ($p= 0.119$) Tabla 12.

Tabla 12. Asociación Estado Civil, SQT e Hipertensión.

Estado civil				Hipertensión Arterial			Total	
				Normal	Pre-Hipertensión	Hipertensión		
Soltero	SQT	Bajo	N	7	1	3	11	
			%	43.8%	33.3%	100.0%	50.0%	
		Moderado	N	4	2	0	6	
			%	25.0%	66.7%	0.0%	27.3%	
		Elevado y Patológico	N	5	0	0	5	
			%	31.3%	0.0%	0.0%	22.7%	
Total		N	16	3	3	22		
		%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		
Casado	SQT	Bajo	N	8	2	3	13	
			%	42.1%	66.7%	50.0%	46.4%	
		Moderado	N	7	1	0	8	
			%	36.8%	33.3%	0.0%	28.6%	
		Elevado y Patológico	N	4	0	3	7	
			%	21.1%	0.0%	50.0%	25.0%	
Tota		N	19	3	6	28		
		%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		
Unión Libre	SQT	Bajo	N	2	0	0	2	
			%	50.0%	0.0%	0.0%	33.3%	
		Moderado	N	2	0	0	2	
			%	50.0%	0.0%	0.0%	33.3%	
		Elevado y Patológico	N	0	1	1	2	
			%	0.0%	100.0%	100.0%	33.3%	
Total		N	4	1	1	6		
		%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		
Divorciado	SQT	Bajo	N	2	0	1	3	
			%	50.0%	0.0%	100.0%	60.0%	
		Moderado	N	2	0	0	2	
			%	50.0%	0.0%	0.0%	40.0%	
		Total		N	4	0	1	5
				%	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%
Viudo	SQT	Moderado	N	0	1	0	1	
			%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%	
	Total		N	0	1	0	1	
			%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%	
Total	SQT	Bajo	N	19	3	7	29	

		%	44.2%	37.5%	63.6%	46.8%
	Moderado	N	15	4	0	19
		%	39.4%	50.0%	0.0%	30.6%
	Elevado y Patológico	N	9	1	4	14
		%	20.9%	12.5%	36.4%	22.6%
	Total	N	43	8	11	62
		%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Respecto a la antigüedad laboral, se encontró que los médicos de atención primaria que se desempeñan en una antigüedad laboral de 19 a 24 años presentan un porcentaje de 50 % de SQT elevado y patológico e hipertensión arterial, seguido de los de 1 a 6 y de 7 a 12 años laborales, con un porcentaje del 25 % en ambas antigüedades, sin embargo no encontró diferencias significativas entre la antigüedad laboral, SQT e Hipertensión arterial, pero fue cercano a $p= 0.05$ ($p= 0.060$) Tabla 13.

Tabla 13. Asociación Antigüedad Laboral, SQT e Hipertensión							
Antigüedad Laboral			Hipertensión Arterial			Total	
			Normal	Pre-Hipertensión	Hipertensión		
1 a 6 años Laborales.	SQT	Bajo	N	12	1	2	15
			%	80.0%	6.7%	13.3%	100.0%
		Moderado	N	7	1	0	8
	%		87.5%	12.5%	0.0%	100.0%	
	Elevado y patológico	N	5	0	1	6	
		%	83.3%	0.0%	16.7%	100.0%	
Total		N	24	2	3	29	
		%	82.8%	6.9%	10.3%	100.0%	
7 a 12 años Laborales.	SQT	Bajo	N	4	0	0	4
			%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
		Moderado	N	2	1	0	3
	%		66.7%	33.3%	0.0%	100.0%	
	Elevado y patológico	N	2	0	1	3	
		%	66.7%	0.0%	33.3%	100.0%	
Total		N	8	1	1	10	
		%	80.0%	10.0%	10.0%	100.0%	
13 a 18 años Laborales	SQT	Bajo	N	0	1	2	3
			%	0.0%	33.3%	66.7%	100.0%
		Moderado	N	1	1	0	2
	%		50.0%	50.0%	0.0%	100.0%	
	Elevado y patológico	N	0	1	0	1	
		%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%	
Total		N	2	3	2	7	
		%	28.6%	42.9%	28.6%	100.0%	
19 a 24 años	SQT	Bajo	N	2	1	0	3

Laborales		Moderado	%	66.7%	33.3%	0.0%	100.0%	
			N	1	1	0	2	
		Elevado y patológico	%	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%	
			N	0	0	2	2	
		Total	%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%	
			N	3	2	2	7	
25 y más años Laborales	SQT	Bajo	N	1	0	3	4	
			%	25.0%	0.0%	75.0%	100.0%	
		Moderado	N	3	0	0	3	
			%	100.00%	0.0%	0.0%	100.00%	
		Elevado y patológico	N	2	0	0	2	
			%	100.00%	0.0%	0.0%	100.00%	
	Total	N	6	0	3	9		
		%	66.67%	0.0%	33.3%	100.00%		
	Total	SQT	Bajo	N	19	3	7	29
				%	65.5%	10.3%	24.1%	100.0%
Moderado			N	15	4	0	19	
			%	78.9%	21.1%	0.0%	100.0%	
Elevado y patológico			N	9	1	4	14	
			%	64.3%	7.1%	28.6%	100.0%	
Total	N	43	8	11	62			
	%	69.4%	12.9%	17.7%	100.0%			

De acuerdo a la escolaridad, los médicos de atención primaria presentan un porcentaje 6.4 % de SQT Elevado y patológico e hipertensión arterial, correspondiendo el 100 % en aquellos médicos con licenciatura y 0.0 % en relación a los que tienen posgrado, sin embargo no hubo diferencias significativas entre la escolaridad, SQT e Hipertensión arterial, pero fue cercano a $p=0.05$ ($p=0.098$) Tabla 14.

Tabla 14. Asociación escolaridad, SQT e Hipertensión.

Escolaridad				Hipertensión Arterial			Total
				Normal	Pre-Hipertensión	Hipertensión	
Licenciatura	SQT	Bajo	N	16	2	7	25
			%	64.0%	8.0%	28.0%	100.0%
		Moderado	N	12	2	0	15
			%	80.1%	20.0%	0.0%	100.0%
		Elevado y patológico	N	8	0	4	12
			%	66.7%	0%	33.3%	100.0%
Total	N	36	5	11	52		
	%	69.2%	9.6%	21.2%	100.0%		
Posgrado	SQT	Bajo	N	3	1	0	4
			%	75.0%	25.0%	0.0%	100.0%

		Moderado	N	3	1	0	4
			%	75.0%	25.0%	0.0%	100.0%
		Elevado y patológico	N	1	1	0	2
			%	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%
Total	N	7	3	0	10		
	%	70.0%	30.0%	0.0%	100.0%		
Total	SQT	Bajo	N	19	3	7	29
			%	65.5%	10.3%	24.1%	100.0%
		Moderado	N	15	4	0	19
			%	78.9%	21.1%	0.0%	100.0%
		Elevado y patológico	N	9	1	4	14
			%	64.3%	7.1%	28.6%	100.0%
	Total	N	43	8	11	62	
		%	69.4%	12.9%	17.7%	100.0%	

No hubo diferencias significativas entre el número de hijos, SQT e Hipertensión arterial, ($p= 0.235$). Tabla 15.

Tabla 15. Asociación Número de Hijos, SQT e Hipertensión.							
Número de Hijos				Hipertensión Arterial			Total
				Normal	Pre-Hipertensión	Hipertensión	
Cero hijos	SQT	Bajo	N	6	1	3	10
			%	60.0%	10.0%	30.0%	100.0%
		Moderado	N	5	2	0	7
			%	71.4%	28.6%	0.0%	100.0%
		Elevado y Patológico	N	4	0	0	4
			%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
Total		N	15	3	3	21	
		%	71.4%	14.3%	14.3%	100.0%	
Un Hijo	SQT	Bajo	N	3	0	3	6
			%	50.0%	0.0%	50.0%	100.0%
		Moderado	N	4	0	0	4
			%	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%
		Elevado y Patológico	N	1	0	1	2
			%	50.0%	0.0%	50.0%	100.0%
Total		N	8	0	4	12	
		%	66.7%	0.0%	33.3%	100.0%	
Dos Hijos	SQT	Bajo	N	3	0	1	4
			%	75.0%	0.0%	25.0%	100.0%
		Moderado	N	3	0	0	3
			%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
		Elevado y Patológico	N	2	0	1	3
			%	66.7%	0.0%	33.3%	100.0%
Total		N	8	0	2	10	

			%	80.0%	0.0%	20.0%	100.0%
Tres Hijos	SQT	Bajo	N	5	1	0	6
			%	83.3%	16.7%	0.0%	100.0%
		Modera- do	N	2	2	0	4
			%	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%
		Elevado y Patoló- gico	N	2	1	1	4
			%	50.0%	25.0%	25.0%	100.0%
Total	N	9	4	1	14		
	%	64.3%	28.6%	7.1%	100.0%		
Cuatro Hijos	SQT	Bajo	N	2	1	0	3
			%	66.7%	33.3%	0.0%	100.0%
		Modera- do	N	1	0	0	1
			%	100.0 %	0.0%	0.0%	100.0%
		Elevado y Patoló- gico	N	0	0	1	1
			%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
Total	N	3	1	1	5		
	%	60.0%	20.0%	20.0%	100.0%		
Total	SQT	Bajo	N	19	3	7	29
			%	65.5%	10.3%	24.1%	100.0%
		Modera- do	N	15	4	0	19
			%	78.9%	21.4%	0.0%	100.0%
		Elevado y Patoló- gico	N	9	1	4	14
			%	64.3%	7.1%	28.6%	100.0%
Total	N	43	8	11	62		
	%	69.4%	12.9%	17.7%	100.0%		

De acuerdo a la actividad física, los médicos de atención primaria presentan un porcentaje 6.4 % de SQT Elevado y patológico e hipertensión arterial, correspondiendo el 50 % en aquellos médicos que hacen ejercicio al igual que los que son sedentarios con 50 %, sin embargo no hubo diferencias significativas entre la actividad física, SQT e Hipertensión arterial, pero fue cercano a $p=0.05$ ($p=0.098$) Tabla 16.

Tabla 16. Asociación actividad física, SQT e Hipertensión

Actividad Física				Hipertensión Arterial			Total
				Normal	Pre- Hipertensión	Hiperten- sión	
Hacen Ejerci- cio	SQT	Bajo	N	13	3	5	21
			%	61.9%	14.3%	23.8%	100.0%
		Modera- do	N	12	2	0	14
			%	85.7%	14.3%	0.0%	100.0%
		Elevado y Patoló- gico	N	4	1	2	7
			%	57.1%	14.3%	28.6%	100.0%

	Total		N	29	6	7	42
			%	69.0%	14.3%	16.7%	100.0%
Sedentarismo	SQT	Bajo	N	6	0	2	8
			%	75.0%	0.0%	25.0%	100.0%
		Modera- do	N	3	2	0	5
			%	60.0%	40.0%	0.0%	100.0%
		Elevado y Patoló- gico	N	5	0	2	7
			%	71.4%	0.0%	28.6%	100.0%
Total		N	14	2	4	20	
		%	70.0%	10.0%	20.0%	100.0%	
Total	SQT	Bajo	N	19	3	7	29
			%	65.5%	10.3%	24.1%	100.0%
		Modera- do	N	15	4	0	19
			%	78.9%	21.1%	0.0%	100.0%
		Elevado y Patoló- gico	N	9	1	4	14
			%	64.3%	7.1%	28.6%	100.0%
Total		N	43	8	11	62	
		%	69.4%	12.9%	17.7%	100.0%	

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Es un hecho que a nivel mundial hace falta mayor investigación en el ámbito de la Salud Ocupacional, al igual que sobre la asociación que existe entre el Síndrome del Quemado por el trabajo (SQT) con la Hipertensión Arterial Sistémica.

La hipótesis general planteada es que la presencia del SQT elevado y patológico se asocia con la aparición hipertensión arterial, en médicos de atención Primaria, la cual es aceptada ya que en la muestra estudiada se encontró un porcentaje de 6.5 % de SQT elevado y patológico en asociación con la hipertensión arterial, significancia estadística entre SQT elevado y patológico e hipertensión arterial ($p=0.086$) tabla 7, así el síndrome del quemado por el trabajo (SQT) se caracteriza por una percepción de altos niveles de agotamiento emocional y el progreso de este agotamiento emocional conlleva problemas que deterioran la salud del sistema cardiovascular y con ello el desarrollo de hipertensión arterial sistémica (Golebiewski et al., 2006).

Una de las hipótesis específicas, es que la prevalencia del SQT Elevado y patológico en una muestra de médicos de atención primaria, será alta, la cual es rechazada, encontrándose un porcentaje de 22.6% de SQT elevado y patológico y una significancia estadística de ($p=0.252$). El porcentaje de SQT en este estudio se encuentra dentro del parámetro reportado a nivel internacional respecto al grupo ocupacional que fluctúa de 17.8% en enfermeras de España (Del Río et al., 2003) hasta un 71.4 % en médicos de atención primaria (Martínez et al., 2003).

Otra de las hipótesis específicas es que la prevalencia de la hipertensión arterial en médicos de atención primaria, será alta, la cual es aceptada ya que en la muestra estudiada se encontró un porcentaje de 17.7 % de hipertensión arterial sistémica, por debajo del porcentaje nacional mexicano el cual es 31.6%, según la (Encuesta nacional de Salud y nutrición, 2012), significancia estadística ($p= 0.05$) Tabla 9.

La importancia de identificar la prevalencia de la hipertensión arterial en nuestra muestra de estudio radica, en que el 2006 el 47.8 % de los adultos con hipertensión no había sido diagnosticado como tal y únicamente 39.0 % de los diagnosticados recibía tratamiento (encuesta nacional de Salud y nutrición 2012). Esto es muy grave ya que la hipertensión arterial sistémica (HTA) es la causa más común atribuible de muertes prevenibles, causante del 50 % de las enfermedades cardiovasculares en todo el mundo, es el principal factor de riesgo de muerte cardiovascular en la población general (Organización Mundial de la Salud OMS). Por último es importante diagnosticar y tratar oportuna-

mente a la hipertensión arterial sistémica ya que datos epidemiológicos recientes demuestran que HTA es la principal causa de pérdida funcional, con impacto nefasto en la calidad de vida y sobrecarga de los servicios sanitarios y sociales, la principal causa muerte por enfermedad coronaria en hombres y de enfermedad cerebrovascular en las mujeres (Whelton PK y Lancet 1994).

La última de las hipótesis específicas tiene como objetivo asociar la edad, sexo, estado civil, antigüedad laboral, escolaridad, número de hijos y actividad física con el síndrome del quemado por el trabajo (SQT) e hipertensión arterial en médicos de atención primaria. Solo se encontró asociación significativa con el sexo, antigüedad laboral, escolaridad y actividad física.

Referente al sexo se encontró un porcentaje de 6.5 % de SQT elevado y patológico e hipertensión arterial en médicos de atención primaria, correspondiendo el 100 % al sexo masculino sobre el femenino, similar a lo reportado por (Laflamme et al., 1998, Carels et al., 1998 y Light et al., 1992) en donde hacen referencia a altos niveles de agotamiento emocional en hombres, pero no concluyente en el caso de las mujeres, de esta manera se acepta la hipótesis, con una significancia estadística entre el sexo, SQT elevado y patológico e Hipertensión arterial ($p= 0.086$) Tabla 11.

Respecto a la antigüedad laboral, se encuentro que los médicos de atención primaria que se desempeñan en una antigüedad laboral de 19 a 24 años, presentan un porcentaje de 50 % de SQT elevado y patológico e hipertensión arterial, seguido de los de 1 a 6 y de 7 a 12 años, con un porcentaje de 25 % en ambos periodos laborales, en este estudio se concluyó que a menor y mayor antigüedad laboral, hay menor porcentaje de padecer SQT elevado y patológico e hipertensión arterial y en los años intermedios laborales hay mayor porcentaje de padecer SQT e hipertensión se desconoce la causa. Similar a lo reportado por (Franco, 2003). Por consiguiente se acepta la hipótesis entre la antigüedad laboral, SQT e hipertensión arterial. Significancia estadística entre la antigüedad laboral, SQT e Hipertensión arterial ($p=0.060$) Tabla 13.

En la escolaridad fue significativo tener licenciatura ya que los médicos con licenciatura presentaron un porcentaje del 100 % de SQT elevado y patológico e hipertensión arterial, numerosos aspectos de la actividad laboral deterioran la salud de los individuos tales como el desgaste psíquico, conflictos interpersonales, sobrecarga de trabajo, existencia de roles múltiples pudiendo ser esto mayor en los médicos con grado de licenciatura, los cuales desarrollan SQT y posteriormente Hipertensión arterial (Meneses et al.,

1999). Se acepta la hipótesis, significancia estadística entre la escolaridad, SQT e Hipertensión arterial ($p= 0.098$) Tabla 14.

De acuerdo a la actividad física, los médicos presentan un porcentaje de 6.4 % de SQT Elevado y patológico e hipertensión arterial, correspondiendo el 50 % en aquellos médicos que hacen ejercicio al igual que los que son sedentarios con 50 %, (Prieto et al., 2002) en su estudio "Burnout en médicos de atención primaria", encontró que tanto el sedentarismo como la actividad física se asocia a altos niveles de conflictividad socio laboral y familiar, niveles elevados de desgaste emocional y con ello la presencia de SQT. Aquí se acepta la hipótesis, con un significancia estadística entre la actividad física, SQT e Hipertensión arterial($p= 0.098$) Tabla 16.

Por último los factores como: El sexo, antigüedad laboral, escolaridad y actividad física aumenta el porcentaje de SQT elevado y patológico e hipertensión arterial sistémica. Esto combinado a las nuevas exigencias del trabajo, las cuales han ido aumentando la presión ejercida por los pacientes y las instituciones de salud pública en el país, como lo señala la encuesta nacional de salud y nutrición ENSANUT, (2012).

SUGERENCIAS.

Las recomendaciones para la prevención y tratamiento del síndrome de quemarse por el trabajo pueden ser agrupadas en tres categorías: Estrategias individuales, estrategias grupales y estrategias organizacionales.

Dentro de las estrategias individuales se recomienda la utilización de entrenamientos en solución de problemas, entrenamiento asertivo, habilidades para la toma de decisiones y programas de entrenamiento para manejar el tiempo de manera eficaz.

A nivel grupal la estrategia por excelencia es la utilización del apoyo social en el trabajo por parte de los compañeros, supervisores y directores. A través del apoyo social los individuos obtienen nueva información, adquieren nuevas habilidades o mejoran las que ya poseen, obtienen mayor refuerzo social y retroinformación sobre la ejecución de sus tareas, consiguen apoyo emocional, consejos, u otro tipo de ayuda.

También, es muy importante considerar el nivel organizacional, pues el origen de los problemas está en el contexto laboral y, por tanto, la dirección de la organización debe desarrollar programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima de la organización. Las estrategias más relevantes para la prevención del síndrome de quemarse por el trabajo que puede implementar la dirección de la organización son los programas de socialización anticipada, la implementación de sistemas de evaluación y retroinformación, desarrollo organizacional y profesionalización de los trabajadores.

Al igual, es importante proporcionar otros servicios de bienestar, como lugares de esparcimiento y generar pautas de descanso durante la jornada laboral, ejercicio físico racional que ayude a relajar el organismo, brindar servicio psicológico a los trabajadores capaz de diagnosticar y tratar el SQT, o que pueda canalizar al paciente al médico especialista (Psiquiatra) el cual puede recomendar el uso de algún estimulante o tranquilizante.

Cabe aclarar que es importante tomar en cuenta la salud y la edad de los médicos participantes, así como la aplicación periódica de exámenes médicos, psicológicos y psicósomáticos a fin de evaluar los daños a la salud que presentan los trabajadores y así canalizarlos de forma temprana y oportuna al servicio especializado correspondiente.

Por ultimo orientarlos sobre su régimen alimenticio, necesidades de descanso, adiestrarlos a que reduzcan el estrés, por medio de técnicas de relajación muscular, meditación, psicoterapia y si fuese necesario tratamiento psicológico y farmacológico.

Como conclusión, la mejor medida para evitar la aparición del síndrome de quemarse por el trabajo es conocer sus manifestaciones. Por esta razón la dirección de la organización debe crear programas de formación para identificar, prevenir y tratar esta patología, los cuales deben ser implantados de manera sistemática y generalizada en todos profesionales o grupos de riesgo susceptibles a desarrollar el síndrome de quemarse por el trabajo.

BIBLIOGRAFIA

- Agencia europea para la Seguridad en el Trabajo. (2002). OSHA. Recuperado el 27 de Agosto de 2011, de <http://europe.osha.eu.int/>
- Álvarez AM, Arce ML, Barrios AE, Sánchez de Coll AR. Síndrome de Burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de Corrientes, Argentina. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*. 2005; 141: 27-30.
- Apiquian, A. (2007). El Síndrome de Burnout en las Empresas. Recuperado el 2 de abril de 2012, del sitio Web de la Escuela de Psicología de la Universidad de Anáhuac: <http://www.anahuac.mx/psicologia/>
- Aranda, C. (2006). Diferencias por sexo, Síndrome de Burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. *Revista Costarricense de Salud Pública*.
- Aranda, C., Pando, M., Torres, T., Salazar, J., & Aldrete, M. (2006). Síndrome de Burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares que laboran en una institución de salud para los trabajadores del estado. *Psicología y salud*, 16(001), 15.21.
- Aranda-Beltrán, C., Pando-Moreno, M., Torres-López, T., Salazar-Estrada, J., Franco-Chávez, S., (2005). Factores psicosociales y Síndrome de Burnout en médicos de familia. México. *An Fac Med Lima*. 66(3): 225-231. Recuperado el 31 de julio de 2009 de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/379/37966306.pdf>
- Atance-Martínez, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública*, 71 (3):293-303. Recuperado el 30 de mayo de 2008, de <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v71n3/burnout.pdf>
- Barquera S, Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Villalpando S, Rodríguez-Gilabert C, Durazo-Arvizu R, Aguilar-Salinas CA. Hypertension in Mexican adults: results from the National Health and Nutrition Survey 2006. *Salud Publica Mex* 2010;52 suppl 1:S63-S71.
- Belkic, K. L., Landsbergis, P. A., Schnall, P. L., & Baker, D. (2004). Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 30 (2), 85-128.

- Bosma, H., Marmot, M., Hemingway, H., Nicholson, A. C., Brunner, E., & Stansfeld, S. A. (1997). Low job control and coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study. *British Medical Journal*, 314, 558-565.
- Cabrera-Gutiérrez, L. S., López Rojas, P., Salinas Tovar, S., Ochoa Tirado, J. G., Marín Cotoñieto, I. A., Haro García, L. (2005). Burnout syndrome among Mexican hospital nursery staff. *Rev Med IMSS*, 43 (1): 11-15. Recuperado el 10 de mayo de 2008, de <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/11942C6A-691B-46DF-8641>
- Castán, F., & Gutiérrez, M. (2004). Factores de riesgo cardiovascular y tipo de actividad en una población laboral. *Seguridad y Salud en el Trabajo*, 18-43.
- Da Silva, H., Daniel, E., & Pérez, A. (1999). Estudio del síndrome de desgaste profesional entre profesionales sanitarios de un hospital general. (27), 310-320.
- Dirección General de Epidemiología. (1993). *Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas*. Distrito Federal.
- Edwards, S., Evans, P., Huckelbridge, F., & Clow, A. (2001). Association between time of awakening and diurnal cortisol secretory activity. *Psychoneuroendocrinology*, 26, 613-622.
- Eoin B, Roland F, Amor C, Lawrie P, Berlin R, Yutaka I. Recomendaciones de la sociedad Europea de Hipertensión para medir la tensión arterial en forma convencional, ambulatoria. *Journal of hipertensión. Revista Oficial de la Sociedad Internacional de Hipertensión. De la Sociedad Europea-Houston*. 2003; 21: 821-848.
- Falkner B, Onesti G, Angelakos ET, Fernández M, Langman C. Cardiovascular response to mental stress in normal adolescents with hypertensive parents. *Hemodynamics and mental stress in adolescents. Hypertension* 1979;1:23-30.
- Freudemberger HJ. Staff burn-out. *J Soc Iss* 1974;30 (1):159-65.
- Gálvez Herrera Macarena (2009) El desgaste profesional del médico: Ediciones Díaz de Santos - Pág. 10 Pág. 11. Pág. 19.
- Gil- Monte, P., (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide. 186.
- Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo, *Anales de psicología*, 15(2): 261- 268. Recuperado el 23 de mayo de 2006, de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/167/16715210.pdf>
- Gil-Monte, P.R. (2005) El Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide. Pág. 57.

- Goldstein, I.B., Shapiro, D., Chicz-DeMet, A., & Guthrie, D. (1999). Ambulatory blood pressure, heart rate, and neuroendocrine responses in women nurses during work and off work days. *Psychosomatic Medicine*, 61, 387-396.
- Golembiewski RT, Munzenrider RF, Carter D. Phases of progressive *burnout* and their work site covariantre: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*. 1983;19 (4):461-81.
- Harburg E, Erfurt JC, Hauenstein LS, Chape C, Schull WJ, Schork MA. Socioecological stressor areas and black-white blood pressure: Detroit. *J Chronic Dis* 1973;26:595-611.
- Hernández, C. (2004). *Burnout y Síntomas cardiovasculares y presión arterial en un grupo de riesgo*. Estado de México: UNAM.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The Fifth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC-V). *Arch Int Med* 1993;153:154-83.
- Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The 1984 Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Int Med* 1988;148:1023-38.
- Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The Fifth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC-V). *Arch Int Med* 1993;153:154-83.
- Juárez García, A. (2007). Factores psicosociales laborales relacionados con la tensión arterial y síntomas cardiovasculares en personal de enfermería en México. *Salud Pública Méx*; 49(2):109-117.
- Julius S, Jhonson EH. Stress, hiperactividad autonómica e hipertensión esencial: un enigma. *Hipertensión* 1985:523-30.
- Kornegay CJ. The effect of social support on the relationship between hostility and seated blood pressure and anger expression and ambulatory blood pressure in a bi-ethnic community group. *Dissertation Abstracts International: Section B. Sciences Engin* 1999;59(12-B):6284.

- Lane JD. Caffeine and cardiovascular response to stress. *Psychosomatic Med* 1983;45:447-51.
- Mac Dougall JM, Dembrosky TM, Slaats S, Herd JA, Eliot RS. Selective cardiovascular effects of stress and cigarette smoking. *J Human Stress* 1983;9:13-21.
- Martínez de la Casa MA, del Castillo CC, Magaña LE, Bru EI, Franco MA, Segura FA. Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. *Atención Primaria*. 2003; 32(6):343-8.
- Maslach C, Jackson SE, Leiter M. *Maslach Burnout Inventory*. Manual. 3rd. ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1996.
- Obrist PA. *Cardiovascular psychophysiological: A perspective*. New York: Plenum; 1981.
- Pérez JMI. El Síndrome de Burnout (quemarse en el trabajo) en los profesionales de la salud. *Publicación Virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Usal* 2001; II (5).
- Pomerleau CF, Pomerleau O. The effects of Psychological stressor on cigarette smoking and subsequent behavioral and physiological responses. *Psychophysiology* 1987;24:278-85.
- Price DM, Murphy PA. Staff *burnout* in the perspective of grief theory. *Death Education*. 1984;8(1):47-58.
- Román Hernández, J. "Estrés y Burnout en trabajadores de la salud de los niveles primario y secundario de atención". <http://www.sld.cu2003>
- Román HJ. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2003; 29 (2):103-10.
- Shapiro AP, Moustsos SE, Krifcher E. Patterns of blood pressure response to noxious stimuli in normal, hypertensive and diabetic subject. *J Clin Invest* 1963;42:1890-8.
- Sheldon Cohen, Ph.D., professor of psychology, Carnegie Mellon University, Pittsburgh; Andrew H. Miller, M.D., professor, psychiatry and behavioral sciences, Emory University School of Medicine, Atlanta; April 2, 2012, Proceedings of the National Academy of Sciences, online.
- <http://www.anahuac.mx/psicologia/archivos/burnoutempresas.pdf>
- Tovalín, H., & Rodríguez, M. (2010). *Cuestionario de condiciones de trabajo y salud ESTUNAM*. Distrito Federal, México: UNAM.

- Tovalín, H., Marroquín, R., Rodríguez, M., Unda, S., & Sandoval, J. (14 de Octubre de 2010). El estudio de la relación entre los estresores laborales y las enfermedades cardiovasculares en trabajadores. Recuperado el 04 de Abril de 2012, de Red de Investigadores sobre Factores Psicosociales en el Trabajo A.C.: <http://www.factorpsicosociales.com/tercerforo/simposios/documentos/Si1.1.pdf>
- Yperen, N. W., Buunk B. P y Schaufeli W. B. “Communal orientation and the burn-out syndrome among nurses”, *Journal of Applied Social Psychology*, 1992, 22: 173-189.

ANEXOS

ANEXO. 1 Hoja de Consentimiento Informado.



“TRABAJO Y SALUD CARDIOVASCULAR” No. _____

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

Firma de Consentimiento Informado:

El abajo firmante manifiesto libre y voluntariamente que estoy de acuerdo en proporcionar esta información para el estudio de la FES Zaragoza, UNAM “Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT), Asociado a Hipertensión Arterial en Médicos de Atención Primaria”, cuyo objetivo consiste en conocer la frecuencia de este problema laboral en asociación con la hipertensión arterial en los médicos trabajadores de atención primaria y examinar su relación con otras variables de estudio.

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

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

Es de mi conocimiento que en cualquier momento puedo retirarme del estudio, sin que tenga una repercusión personal o laboral. Los responsables del estudio no proporcionarán sin mi consentimiento mi información personal a ninguna otra persona u organismo y además puedo solicitar información adicional de proyecto en el momento que yo considere necesario y pertinente.

Al final del estudio el responsable me entregará un reporte de los resultados generales obtenidos.

Para cualquier aclaración podré ponerme en contacto en cualquier momento con el responsable del proyecto, Dr. Horacio Tovalín Ahumada en la FES Zaragoza de la UNAM, al 56 2307 08 ext. 106.

Nombre y Firma del trabajador:

Fecha:

Nombre y Firma del entrevistador:

Anexo 2. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO.

1. Centro de Trabajo: _____
2. Sexo: (Masculino) (Femenino)
3. Nombre: _____
4. Edad años): _____
5. Edo. Civil: (Soltero) (Casado) (Unión Libre) (Divorciado) (Viudo) (Separado)
6. Escolaridad: (Licenciatura) (Posgrado)
7. Número de hijos: _____
8. Antigüedad en el puesto (años): _____
9. Antigüedad en el trabajo (años): _____

- **TODA LA INFORMACIÓN QUE USTED PROPORCIONE ES CONFIDENCIAL.**
- **LA INFORMACIÓN PERSONAL NO SERÁ ENTREGADA A LA ADMINISTRACIÓN.**
- **ESTA INFORMACIÓN ES IMPORTANTE PARA MEJORAR SU TRABAJO.**
- **POR FAVOR TRATE DE CONTESTAR LO MÁS CERCANO A SU SITUACIÓN LABORAL Y DE SALUD.**

Anexo 3. CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (CESQT)

	Nunca	Raramente algunas veces al año	A veces: algunas veces al mes	Frecuente: algunas veces por semana	Muy frecuente: todos los días
9. Mi trabajo me supone un reto estimulante.	0	1	2	3	4
10. No me apetece hacer ciertas cosas de mi trabajo.	0	1	2	3	4
11. Estoy harto/a de mi trabajo.	0	1	2	3	4
12. Me preocupa el trato que he dado a algunas personas en el trabajo.	0	1	2	3	4
13. Veo mi trabajo como una fuente de realización personal.	0	1	2	3	4
14. Me siento decepcionado/a por lo que es mi trabajo.	0	1	2	3	4
15. Creo que merezco algo mejor que este trabajo.	0	1	2	3	4
16. Pienso que estoy saturado/a por el trabajo.	0	1	2	3	4
17. Me siento culpable por alguna de mis actitudes en el trabajo.	0	1	2	3	4
18. Pienso que mi trabajo me aporta cosas positivas.	0	1	2	3	4
19. Hay momentos en los que me gustaría desaparecer de mi trabajo.	0	1	2	3	4
	Nunca	Raramente algunas veces al año	A veces: algunas veces al mes	Frecuente: algunas veces por semana	Muy frecuente: todos los días
20. Me siento agobiado/a por el trabajo.	0	1	2	3	4
21. Tengo remordimientos por algunos de mis comportamientos en el trabajo.	0	1	2	3	4

22. Pienso que estoy estancado/a y no progreso en mi trabajo.	0	1	2	3	4
23. Mi trabajo me resulta gratificante.	0	1	2	3	4
24. Pienso que debería pedir disculpas a alguien por mi comportamiento.	0	1	2	3	4
25. Me siento cansado/a físicamente en el trabajo.	0	1	2	3	4
26. Me siento desgastado/a emocionalmente.	0	1	2	3	4
27. Me siento ilusionado/a por mi trabajo.	0	1	2	3	4
28. Me siento mal por algunas cosas que he dicho en el trabajo.	0	1	2	3	4
29. Creo que algunas cosas que hago en mi trabajo no sirven para nada.	0	1	2	3	4
30. Pienso que la institución/empresa me está utilizando.	0	1	2	3	4
30 a. Hace cuanto se ha dado cuenta que siente esto sobre su trabajo, hace: Semanas (1) Meses (2) Años (3)					

Anexo 4. SOMATOMETRIA Y TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL.

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SERÁ ANOTADA POR EL ENTREVISTADOR.

31. Peso (kg):	32. Talla (mts):	33. Cintura (cm):	34. Cadera (cm):
35. Frecuencia cardiaca:	36. Presión Sistólica Media:	37. Presión Diastólica Media:	

¡Muchas gracias por su participación!

Nota Importante: Por favor revise si contestó todas las preguntas