



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 en médicos de primer contacto y su relación con indicadores de riesgo cardiovascular, ansiedad y alteraciones del sueño.

**TESIS**

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

**Presenta:**

**Jorge Armando Bolaños Fonseca.**

**Asesores: Dr. José Horacio Tovalín Ahumada.  
Dra. Marlene Rodríguez Martínez.**

**Ciudad de México**

**31 Octubre 2019**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



## Índice

---

### **1. Introducciones**

### **2. Planteamiento del problema.7**

### **3. Pregunta de investigación.8**

### **4. Marco Teórico9**

#### *4.1 Definición del Síndrome de Quemarse por el Trabajo.9*

#### *4.2 Componentes del Síndrome de Quemarse por el Trabajo.11*

#### *4.3 Síntomas de Síndrome de Quemarse en el Trabajo14*

#### *4.4 Instrumento Diagnóstico del Síndrome de Quemarse en el Trabajo.16*

#### *4.5 El Burnout en el personal médico.18*

#### *4.6. Efectos del Burnout sobre indicaciones de Salud en Médicos18*

#### **4.6.1 Asociación entre el síndrome Burnout y el riesgo cardiovascular.18**

#### *4.6.2 Efectos sobre el sueño.22*

#### *4.7 Autoeficacia como factor protector de los efectos a la salud de quemarse en el trabajo23*

#### *4.8 Situación en México sobre datos de Quemarse en el trabajo.30*

#### *4.9 Factores de riesgo de Síndrome de quemarse en el trabajo en personal médico.31*

#### *4.9.1 Características ocupacionales y organizacionales:31*

#### *4.9.2 Características Demográficas.32*

#### **4.9.3 Descripción del centro de trabajo.35**

### **5. Objetivos e Hipótesis39**

### **6. Metodología43**

#### *6.1 Tipo de estudio43*

#### *6.3 Población de estudio.50*

#### *6.4 Selección de muestra51*

#### *6.5 Criterios de inclusión.51*

#### *6.6 Criterios de exclusión51*

#### *6.7 Criterios de eliminación51*

#### *6.8 Variables de estudio: independiente, dependiente y de confusión51*

#### *6.9 Instrumentos a utilizar52*

#### *6.9 Procedimientos57*

##### *6.9.1. Análisis de datos59*

##### *6.9.2 Aspectos éticos59*

### **7. Resultados60**

#### *Características socio-demográficas.60*

#### *Resultados de características laborales.62*

#### *Resultados de características de salud.64*

#### *Asociaciones entre síndrome de quemarse en el trabajo y variables socio-demográficas70*

*8. Discusión de resultados.87*

*8.1 Limitaciones92*

*8.2 Sugerencias93*

**9. Anexo94**

**Bibliografía110**

## 1. Introducción

---

La medicina familiar, además de ser unos de los grupos mayoritarios en las instituciones de salud en el primer nivel de atención, presenta 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 este entorno individual y laboral en los aspectos bio-psicosocial que provocan el síndrome. (Borbolla-Sala , 2013).

Esta profesión que proporciona cuidados al individuo, familia y comunidad, basados en conocimientos científicos, técnicos y humanísticos, su desempeño del Médico de familiar es eficiente y efectivo, lo que conlleva a una gran responsabilidad y por ende se enfrenta en forma cotidiana a presiones, conflictos y cambios continuos. (Borbolla-Sala , 2013)

Las consecuencias que el estrés laboral crónico 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, el 16% de las enfermedades cardiovasculares de hombres y el 22% de las mujeres están originadas por el estrés laboral. (Gil-Monte, Nuñez-Román, & Selva-Santoyo, 2006).

Se realizó una investigación acerca del estrés y Burnout en 287 profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención, encontrando una prevalencia de 30%, y así mismo que las mujeres son las más afectadas. También reporta como consecuencias en la salud los trastornos del sueño, cefaleas, ansiedad irritabilidad, depresión, fatiga, debilidad y acidez estomacal. En cuanto a la prevalencia del síndrome,

éste ocurrió en 30%, siendo nuevamente las mujeres las más afectadas (48.3%). (Aranda Beltrán , 2006)

El síndrome Burnout (SB) o también conocido como Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT) fue declarado en el año 2000, por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un factor de riesgo laboral, debido a su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida del individuo que lo sufre. (Aceves, 2006)

Freudenberger define el síndrome Burnout como una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencia de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador situando las emociones y sentimientos negativos producidos por el Burnout en el contexto laboral. (Freudenberger & Staff-Burnout, 1974)

Muchos investigadores han tratado de identificar los grupos de riesgo o, en otras palabras, las variables socio-demográficas asociadas al desgaste profesional. Dentro de ésta perspectiva, se ha señalado que algunas personas parecen tener mayor riesgo de experimentar Burnout, pero existen discrepancias en la literatura respectiva por que las investigaciones han aportado resultados pocos claros o contradictorios en cuanto a la influencia de los factores socio-demográficos en el Burnout.

Respecto al nivel de estudios, hay un escaso número de trabajos centrados en el analizar su relación con el desgaste profesional, pero, en general, los resultados apoyan la prevalencia de mayores niveles de Burnout en quienes han alcanzado un nivel elevado de estudios (Maslach C. , 2001) en tanto que muchas investigaciones no aportan resultados concluyentes.

## 2. Planteamiento del problema.

---

Al considerar el deterioro de la salud mental del individuo relacionado con el estrés laboral crónico hay que hacer mención del Síndrome de Burnout. Tanto es así que está considerado como una amenaza para la salud de los trabajadores ya que no únicamente afecta a nivel mental, sino también repercute a nivel cardiovascular.

En el ámbito médico en las clínicas de primer contacto, se estima este Síndrome se presenta con prevalencia de alrededor del 20%, pero se han encontrado alteraciones en algunos componentes del síndrome hasta en un 76% de esta población (Aranda-Beltrán C. , 2012) lo que se traduce como una población en riesgo, por las características laborales en las cuales se encuentran los médicos trabajando, que son el exceso de demanda laboral, la falta de recursos médicos y sanitarios. Así como el exceso de horas laborales por parte de un sólo trabajo o el doble trabajo que el médico realiza.

Es importante que al detectar el padecimiento, se limiten afectaciones al personal de salud y puede llegar a tratarse, ya que su principal característica es el agotamiento emocional en los médicos en su actividad laboral.

Por ello, el problema es estudiar cuál es la relación entre la presencia Síndrome de Quemarse en el Trabajo e indicadores de salud (riesgo cardiovascular, alteraciones del sueño y ansiedad).

### **3. Pregunta de investigación.**

---

**¿Cuál es la asociación entre el Síndrome de quemarse en el trabajo y la presencia con síntomas de ansiedad, alteraciones del sueño en médicos y riesgo cardiovascular en médicos de primer contacto?**

## 4. Marco Teórico

---

En la sociedad contemporánea que vive y se desarrolla en un mundo globalizado, el estrés y las enfermedades psicosomáticas son hoy en día más frecuentes y afectan la salud de los individuos, así como su rendimiento profesional, el Personal médico y paramédicos que labora en las instituciones de salud no escapa a ésta condición, la que repercute en la calidad de los servicios que ofrece. (Peiro, 1992)

### 4.1 Definición del Síndrome de Quemarse por el Trabajo.

---

El síndrome de Burnout (SB) es un padecimiento de la era moderna correspondiente a la respuesta crónica que resulta del estrés en la relación de los individuos con su trabajo. Caracterizado por algunas condiciones entre las que destacan la sensación de extremo cansancio emocional, así como la pérdida de la pasión por el trabajo, este síndrome se ha convertido en un fenómeno social alrededor de todo el mundo.

Su estudio surgió aproximadamente a mediados de la década de 1970 con las contribuciones de dos psiquiatras: Christina Maslach especialista en la rama social, se encontraba estudiando las emociones en el espacio de trabajo y Herbert por primera vez por Herbert J. Freudenberger (Maslach, Schaufel, & Leiter, Job Burnout Annual review of psychology, 2001), quién dió el nombre al padecimiento basándose en la obra de Graham Greene: "A Burnout Case". En ésta, se narra la historia de Querry, un arquitecto que es reconocido en todo el mundo por la belleza de sus edificaciones, sin embargo, al sentirse saturado por el trabajo y la presión del mismo, pierde el interés por su labor.

Ante esta indiferencia decide emigrar al Congo, donde un médico le diagnostica la enfermedad de Burnout, una enfermedad mental que se caracteriza por el agotamiento y

que era comparable con las mutilaciones por etapas que sufren los enfermos de lepra. Con el paso del tiempo Querry se mejora, después se cura debido al tiempo dedicado a trabajar con enfermos con lepra y por haber dejado el mundo que tanto le atosigaba (Kraus, 2013).

Una definición que surgió con la intención de enriquecer la definición de Maslach fue aquella que describía al síndrome como (Pérez, 2010) *“Un proceso de adaptación del estrés crónico laboral, que se caracteriza por desorientación profesional, desgaste, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento”* pág....45

No obstante, se llegó a un consenso que aceptaba la descripción tridimensional del síndrome propuesta por Maslach. (Maslach, Schaufel, & Leiter, 2001).

Gil-Monte lo definió como una *respuesta psicológica al estrés personal laboral crónico de carácter interpersonal y emocional que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de la organización*. Se caracteriza por un deterioro cognitivo, consistente en la pérdida de la ilusión por el trabajo o la baja realización personal en él; por un deterioro afectivo caracterizado por agotamiento emocional y físico y por la aparición de actitudes y conductas negativas hacia los clientes, hacia la organización, en forma de comportamientos indiferentes, fríos distantes, y lesivos. En ocasiones, estos síntomas se acompañan de sentimientos de culpa. (Gil-Monte P. R., 2006).

En el contexto de habla hispana, Pedro Gil Monte (2015), define al Síndrome de quemarse por el trabajo 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 agotado". (Saborío & Hidalgo, 2015, pág. 2) Por ende, el síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) aparece como una respuesta al estrés laboral crónico cuando fallan las estrategias de afrontamiento que normalmente presenta cada persona para manejar los posibles efectos de los estresores laborales, presente en los trabajadores que laboran en contacto con los clientes o usuarios de la organización. (Gil-Monte P. R., Salanova, Aragón, & Schaufeli, 2005). (Marucco, Gil-Monte, & Flamenco, 2008)

#### **4.2 Componentes del Síndrome de Quemarse por el Trabajo.**

---

El Síndrome de quemarse en el trabajo se basa en que es una respuesta al estrés laboral crónico, fruto de las relaciones interpersonales problemáticas en el ámbito laboral y que se desarrolla en aquellos individuos que trabajan con personas, especialmente en los profesionales del sector de servicios que están en contacto directo con los usuarios.

Tomando en consideración la literatura, Gil Monte (2005) define el Síndrome de quemarse en el trabajo como una respuesta psicológica al estrés laboral crónico que aparece en los profesionales que trabajan en el sector de servicios en contacto directo con los clientes o usuarios de la organización. Es un síndrome no psiquiátrico caracterizado por un deterioro cognitivo (es decir, pérdida de la ilusión hacia el trabajo) el deterioro emocional (es decir, el desgaste psíquico), y las actividades y comportamientos de la indiferencia y a veces, actitudes abusivas hacia el cliente (indolencia). Además, en algunos casos, las actitudes negativas hacia el trabajo, en especial hacia las personas con las que el trabajador establece relaciones de trabajo, conlleva altos sentimientos de culpa.

El primer factor:

- **Ilusión por el trabajo**, en una variable cognitiva definida como el deseo del individuo por alcanzar los objetivos en el trabajo como una fuente de placer personal. (Edelwich & Brodsky, , 1980) esta variable es similar a la sub-escala de Realización personal del MBI (Maslach & Jackson, Maslach Burnout Inventory. Manual, 1981)
- **Desgaste psíquico**, se define como la aparición de agotamiento emocional y físico debido a que el individuo tiene que enfrentarse a diario a gente en el trabajo que presenta problemas. Esta variable es similar a la sub-escala de Agotamiento emocional del MBI, (Maslach & Jackson, Maslach Burnout Inventory. Manual, 1981) pero incluye un aspecto de agotamiento físico (“me siento cansado físicamente en el trabajo”)
- **Indolencia**, se entiende como la aparición de actitudes negativas e indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización, como los estudiantes y familiares. Éste síntoma es similar en la sub-escala de Despersonalización del MBI. (Maslach & Jackson, Maslach Burnout Inventory. Manual, 1981)
- **Culpa**, surge tras el desarrollo de actitudes negativas en el trabajo, en especial hacia las personas con las que el individuo establece relaciones de trabajo.

Estos cuatro síntomas se han postulado en el modelo sobre el proceso de desarrollo del Síndrome de Quemarse en el Trabajo. (Gil-Monte P. , El Síndrome de Quemarse por el Trabajo: Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar., 2005) Que se evalúa a través del “Spanish Burnout Inventory” (SBI) (Gil-Monte P. R., 2012)

Gil-Monte (2005) propone un modelo explicativo del proceso de Síndrome, que pretende ser un modelo facilitador para el diagnóstico y tratamiento de quemarse en el trabajo donde se pueden identificar los antecedentes, así como las consecuencias derivadas del síndrome.

La idea fundamental de modelo se sustenta en que es posible identificar dos perfiles distintos en el proceso de desarrollo de Síndrome. Por un lado, un perfil que no incorpora sentimientos de culpa (Perfil 1) y por otro, un perfil que sí los incorpora (Perfil 2) distinguiendo dos tipos de individuos que sufren y afrontan en síndrome de forma diferente. De esta forma, según el perfil que el individuo tenga, las consecuencias para su salud serán más o menos graves. Los sentimientos de culpa según este modelo son un síntoma más que debe ser evaluado para la realización de un diagnóstico adecuado.

En este modelo, el deterioro cognitivo y afectivo aparece, en un primer momento, como respuesta a las fuentes de estrés laboral crónico, siendo el paso siguiente el desarrollo por parte de los individuos de actitudes negativas hacia las personas que atienden en su trabajo. Los sentimientos de culpa surgen de forma posterior a estos síntomas (Bandura A. , 1986) pero no se presentan en todos los individuos.

En el perfil 1, los individuos, aun desarrollando Síndrome de Quemarse en el Trabajo, pueden adaptarse al entorno laboral, debido a que el síndrome no incapacita al profesional para desarrollar su actividad laboral, un resultando es deficiente para los clientes y para las organizaciones. Los comportamientos de cinismo o despersonalización funcionan como un mecanismo de afrontamiento por parte del individuo para minimizar las consecuencias del síndrome. En el perfil 2, la

incorporación de los sentimientos de culpa puede originar un ciclo vicioso que intensifique los síntomas del Síndrome haciéndolo más severo. Gil-Monte señala que, a medio o largo plazo, se produce un deterioro de la salud, un aumento de la tasa de abstencionismo y un deseo cada vez mayor de abandonar la organización y la profesión. (Gil-Monte P. R., Influencia de los valores y culpa en el síndrome de Burnout, 2016).

### 4.3 Síntomas de Síndrome de Quemarse en el Trabajo

---

Los síntomas del Burnout son muy complejos, después de todo, el síndrome se ha descrito en alrededor de 60 profesiones y grupos de población. Lo que se puede observar de manera subjetiva son los siguientes efectos asociados al Síndrome de quemarse en el trabajo (Pérez, 2013):

- **Fisiológicas:** Agotamiento, fatiga, resfrío/gripe de repetición, alteraciones del apetito, contracturas musculares dolorosas, cefaleas, taquicardias, hipertensión, disfunciones sexuales, insomnio, trastornos gastrointestinales, úlceras (Pérez, 2013), así como expresiones variadas de estrés a nivel tipo muscular, endocrino, nervioso, circulatorio y otros cuadros psicósomáticos. (Carrillo-Esper, Gómez, & Espinoza de los Monteros, 2012).
- **Psicológicas:** Irritabilidad, enojo excesivo, ansiedad, rasgos depresivos, labilidad emocional, tristeza/desesperanza, actitudes rígidas e inflexibles, sentimientos de frustración laboral sentimiento de despersonalización. (Pérez, 2013) ansiedades crónicas, trastornos del carácter, suicidio, disfunciones familiares graves

(violencia) y adicciones (incluida la adicción al trabajo) (Carrillo-Esper, Gómez, & Espinoza de los Monteros, 2012)

- **Conductuales:** Expresiones de hostilidad, conductas impulsivas, incapacidad de concentrarse en el trabajo, contacto mínimo con los pacientes, culpar a los pacientes de los padecimientos personales, aumento de relaciones conflictivas, llegadas tarde, salidas anticipadas, distanciamiento (Moreno González & Moreno Lavaho , 2016) recurrente del área de trabajo, aumento del ausentismo, comunicación no verbal, actitud cínica, aumento del consumo de café, alcohol, cigarrillos y psicofármacos.

A su vez, estos síntomas pueden dividirse en cuatro estadios de evolución: Leve, moderado, grave, extremo.

- Leve: Síntomas físicos vagos e inespecíficos, poco operativo, dificultad para levantarse por las mañanas, cansancio patológico.
- Moderado: Aparece insomnio, dificultada en atención y concentración, tendencia a la auto-medicación, distanciamiento, irritabilidad, cinismo, fatiga, aburrimiento, progresiva pérdida del idealismo, frustración, incompetencia, culpa y autovaloración negativa.
- Grave: mayor en el ausentismo, aversión por las tareas laborales, cinismo, abuso de alcohol y psicofármacos.
- Extremo: aislamiento, crisis existencial, depresión crónica y riesgo de suicidio. (Pérez, 2013).

#### 4.4 Instrumento Diagnóstico del Síndrome de Quemarse en el Trabajo.

---

Maslach y Jackson en 1981 (Maslach & Jackson, The measurement of experienced Burnout, 1981) elaboraron un instrumento para medirlo MBI (*Maslach Burnout Inventory*) que consiste en 22 enunciados que se presentan a consideración del interrogado en una escala de Likert con 7 niveles. El MBI es sin duda el cuestionario más comúnmente usado y referido en la literatura académica sobre el tema. Más del 90% de los estudios que se han llevado a cabo en este campo se ha empleado el MBI como evaluación del Burnout (Schaufeli & Enzmann D., 1998) .

Otro instrumento es el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse en el Trabajo (CESQT), que está formado por cuatro dimensiones denominadas: Ilusión por el trabajo, definida como el deseo del individuo de alcanzar metas laborales porque supone una fuente de realización personal.

Desgaste psíquico, definida como la aparición de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tienen que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas.

Indolencia, definida como la aparición de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización.

Culpa, definida 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 (Gil-Monte P. R., El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar., 2006)

El modelo teórico que subyace al CESQT considera que el Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT) es una respuesta al estrés laboral crónico, característica de los

profesionales que trabajan con personas. En este modelo, el deterioro cognitivo (bajas puntuaciones en ilusión por el trabajo) y afectivo (altas puntuaciones en desgaste psíquico) aparece en un primer momento como respuesta a las fuentes de estrés laboral crónico y, con posterioridad, los individuos desarrollan actitudes negativas hacia las personas que atienden en sus trabajos (altos niveles en indolencia)

La aparición de los sentimientos de culpa posterior a estos síntomas, pero no la presentan todos los individuos. De esta manera, es posible distinguir dos perfiles en el proceso del SQT.

El Perfil 1 conduce a la aparición de un conjunto de sentimientos y conductas vinculadas al estrés laboral que originan una forma moderada de malestar, pero que no incapacita al individuo para el ejercicio de su trabajo, aunque podría hacerlo mejor. Este perfil se caracteriza por la presencia de baja ilusión por el trabajo, junto a altos nivel de desgaste psíquico e indolencia, pero los individuos no presentan sentimiento de culpa. El perfil 2 constituye con frecuencia un problema más serio que identificaría a los casos clínicos más deteriorados por el desarrollo del SQT. Además de los sentimientos anteriores los individuos también presentan sentimientos de culpa. (Gil-Monte P. , El Síndrome de Quemarse por el Trabajo: Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar., 2005)

El CESQT ofrece algunas ventajas frente a algunos instrumentos existentes, entre las más relevantes cabe señalar que: a) parte de un modelo teórico previo al modelo psicométrico; b) si bien algunas dimensiones son similares a las del MBI-HSS, incorpora los sentimientos de culpa como un síntoma que permiten establecer diferentes perfiles en la evolución del SQT, e incluye ítems que evalúa aspectos cognoscitivos y físicos de agotamiento, además de las emocionales, y c) supera las insuficiencias psicométricas

señaladas arriba derivadas de la adaptación al castellano de otros instrumentos utilizados para evaluar el fenómeno. (Gil-Monte P. R., El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar., 2006)

#### **4.5 El Burnout en el personal médico.**

---

En la actividad profesional del médico, se han descrito conductas desfavorables como consecuencia de las características del trabajo del personal hospitalario, siendo cinco las que describen Carrillo & Gómez (2012): *Ausencia de compromiso emocional, disociación instrumental extrema, Embotamiento y negociación, Impulsividad y Desmotivación, que en general se centran en los efectos negativos del agotamiento* como consecuencia del síndrome de quemarse en el trabajo pueden aparecer no sólo en los directamente afectados, sino también en personas que les rodean. Por ejemplo, se ha demostrado que los médicos con niveles altos de Burnout reportan más errores en el tratamiento de sus pacientes con respecto a los que hacen los médicos sin desgaste. (Carrillo-Esper, Gómez, & Espinoza de los Monteros, 2012)

#### **4.6. Efectos del Burnout sobre indicaciones de Salud en Médicos**

---

##### **4.6.1 Asociación entre el síndrome Burnout y el riesgo cardiovascular.**

Al considerar el deterioro de la salud mental del individuo relacionado con el estrés laboral crónico hay que aludir al protagonismo creciente que en los últimos años ha adquirido este síndrome de Burnout. Tanto es así, que es considerado como una amenaza para la salud de los trabajadores (Gil-Monte, Nuñez-Román, & Selva-Santoyo, 2006) En la última década, varios estudios sobre este síndrome en la población de trabajadores mexicanos,

han detectado una importante prevalencia que oscila entre el 2% y el 4% de esta alteración en varias poblaciones de trabajadores.

A continuación, se presentan algunos resultados de investigaciones en esta materia, que evidencian que existe una asociación importante entre el síndrome Burnout y el riesgo cardiovascular.

En el artículo “Riesgo cardiovascular y síndrome Burnout en trabajadores mexicanos” (Tovalín-Ahumada & Gil-Monte, 2012), se muestra los resultados de un estudio transversal de 1368 trabajadores, 842 mujeres y 526 hombres con 4 diferentes ocupaciones:

- Profesiones de nivel secundaria.
- Trabajadores de servicios de la salud.
- Trabajadores de servicios legales
- Bomberos.

Donde se estimó que el riesgo de los trabajadores a desarrollar enfermedades cardiovasculares en un horizonte a 10 años. Se obtuvieron los siguientes resultados:

1. Los subgrupos con síndrome de Burnout patológico alto, tuvieron una prevalencia significativamente mayor de mala salud percibida.
2. En estos subgrupos se observó una tendencia de presentar valores más altos de: presión arterial sistólica y diastólica, Índice de masa Corporal y triglicéridos.
3. La probabilidad estimada de desarrollar una enfermedad cardiovascular en los próximos 10 años fue del 65% mayor para estos subgrupos que para aquellos con niveles bajos de síndrome Burnout.

(Gil-Monte, Nuñez-Román, & Selva-Santoyo, Relación entre el síndrome de quemarse en el trabajo (Burnout) y síntomas cardiovasculares: un estudio en técnicos de prevención de riesgos laborales", 2006) En esta publicación se demuestra el riesgo existente cardiovascular: Esta publicación exhibe los resultados de un estudio que fue realizado a una muestra de 312 participantes, con edades entre los 22 y 58 años. Dicha muestra estaba constituida por abogados, asesores laborales, asistentes de selección, profesionales de enfermería, médicos y consultores de recursos humanos cuya media de antigüedad laboral fue de 9.92 años.

El propósito de dicho estudio era probar las dos hipótesis:

1. Existe relación significativa y positiva entre las dimensiones de agotamiento y cinismo del MBI-GS y los síntomas cardiovasculares de los participantes, mientras que la relación es significativa y negativa entre la eficacia profesional y dichos síntomas.
2. Los hombres de la muestra obtienen puntuaciones significativamente más elevadas que las mujeres con el índice global de Síndrome Burnout.

Los resultados confirmaron la correlación más fuerte entre el síndrome de Burnout y síntomas cardiovasculares fue para la dimensión de agotamiento, seguida en orden de intensidad por la dimensión de cinismo, finalmente, la correlación más débil fue la obtenida por la dimensión de eficacia profesional.

En otro estudio titulado Burnout and risk of coronary heart disease a prospective study of 8,838 employee (Toker, Melamed, Berliner, Zeltser, & Shapira, 2012) Muestra los resultados de un estudio prospectivo diseñado para evaluar la asociación entre el

síndrome de Burnout y enfermedad coronaria cardíaca, la cual engloba infarto agudo al miocardio, cardiopatía isquémica y angina de pecho.

Se utilizó una muestra de 8,838 empleados sanos, de los cuales el 63% eran hombres y 37% mujeres, con edades de entre 19 y 67 años que fue seguida a lo largo de 3.4 años.

En el análisis se incluyeron variables para controlar los factores de riesgo encontrados en estudios previos que involucran diversos ámbitos en la vida de los participantes tales como:

- Ámbito socio-económico: edad, sexo, escolaridad.
- Ámbito psico-social: carga de trabajo objetiva y subjetiva, así como presencia de síntomas de depresión.
- Estilo de vida: actividad física, consumo de tabaco.
- Factores de riesgo: antecedentes familiares, Índice de Masa Corporal, presión arterial, niveles de glucosa en sangre.

Durante el tiempo de seguimiento se detectaron 93 nuevos casos de enfermedad coronaria cardíaca y finalmente se obtuvieron los siguientes resultados:

1. Se encontraron asociaciones significativas entre el síndrome de Burnout y el sexo, antecedentes familiares, consumo de tabaco diario, fuerte carga de trabajo subjetiva, presencia de síntomas de depresión, edad, escolaridad, niveles de glucosa, Índice de Masa Corporal, presión arterial y actividad física. La asociación entre los niveles de Burnout y la incidencia de enfermedad coronaria cardíaca resultó independiente de la depresión.

2. El Síndrome de quemarse en el trabajo fue un factor de riesgo en la incidencia de enfermedades coronarias cardíacas y su relación fue no lineal. (Toker, Melamed, Berliner, Zeltser, & Shapira, 2012)

En un estudio los resultados obtenidos permitieron afirmar que existe una relación positiva y significativa entre el síndrome que quemarse en el trabajo y la percepción de sintomatología cardiovascular para los participantes de su muestra. La correlación más intensa se ha obtenido para los niveles de agotamiento, y la menor intensa para la eficacia profesional. Se descubrió que el agotamiento era un factor de riesgo para el infarto al miocardio y la enfermedad coronaria (Gil-Monte, Nuñez-Román, & Selva-Santoyo, 2006).

#### 4.6.2 Efectos sobre el sueño.

Estudios realizados indican una ligera tendencia general a padecer somnolencia diurna. En este sentido, aparece una estrecha relación entre los turnos de trabajo y la calidad del sueño. Por ejemplo, algunos trabajadores muestran que los sujetos del turno de la noche son los que representan una mayor incidencia de trastornos del sueño; el principal efecto subjetivo de las personas en este tipo de turno es la dificultad para el despertar, que no se realiza de forma espontánea, creando un sentimiento de falta de descanso tras el sueño (entre cuatro a seis horas) hacen del turno de mañana el menos deseado de los tres. Es decir, ambos aspectos, despertar temprano (entre las 4:30 y las 5:30 de la mañana) y la menor duración del sueño incrementan la somnolencia durante el resto del día. (Blasco Espinosa , Llor Esteban, García Izquierdo , Sáez Navarro., & Sánchez Ortuño, 2002).

Se ha asociado a mayor latencia del sueño, más despertares nocturnos, menos horas de sueño y en especial, peor calidad de sueño. El cinismo y la eficacia profesional se

correlacionan con menor número de aspectos del sueño, destacando su relación con la calidad del sueño. A mayor puntuación en cinismo menos horas se duermen y peor es la calidad de sueño. Por lo contrario, el sentido de eficacia profesional se asocia a menores despertares nocturnos y a mejor calidad de sueño. (Miró, Solanes, Martínez, Sánchez, & Rodríguez Marín, 2007).

La asociación de Burnout con ansiedad, un estudio muestra que los niveles de ansiedad que mostraron una ansiedad promedio lo cual puede favorecer a los estudiantes, en virtud de cuando la ansiedad es moderada beneficia al sujeto, dado que genera un estado de alerta y tensión que puede mejorar el rendimiento (Moreno González & Moreno Lavaho , 2016).

Además, a pesar de que solo un grupo reducido (4.34%) presentan Síndrome de quemarse en el trabajo en este estudio es importante señalar que el 23.9% presentan ansiedad elevada, la mayoría de ellos se encuentra experimentando una ansiedad promedio en su trabajo, que no afecta su salud ni el trabajo. A menor ansiedad, mayor bienestar psicológico y mientras más altas sean las puntuaciones en bienestar psicológico, menos es la ansiedad que presentaron. (Moreno González & Moreno Lavaho , 2016)

#### **4.7 Autoeficacia como factor protector de los efectos a la salud de quemarse en el trabajo**

---

La autoeficacia es un factor modulador del estrés y el burnout, ésta característica personal ha sido definida como el conjunto de creencias sobre la eficacia personal para manejar las demandas y desafíos con lo que nos encontramos sobre la base de dos tipos de expectativas: expectativas de eficacia, o juicios sobre la capacidad personal para

organizar y ejecutar las acciones requeridas para afrontar una determinada situación, y expectativas de resultado, o creencias sobre que tales acciones llevarán a conseguir un resultado deseado o esperado (Bandura A. , 1986).

Lo importante de esta teoría, es que estudia las relaciones que guarda la autoeficacia con la iniciación y persistencia de una variedad de conductas humanas. La Auto-eficacia concierne a las habilidades, capacidades conductuales y posibilidades de una persona para enfrentar con éxito una situación, de acuerdo a las demandas medioambientales y sus cambios. La teoría de la auto-eficacia sostiene que la percepción que una persona tiene sobre sus propias capacidades y habilidades de solución de problemas desempeña un papel importante en su propio ajuste psicológico. Por lo cual, esta teoría también guarda relación con las disfunciones conductuales y con el desarrollo de intervenciones terapéuticas efectivas, relacionadas con problemas emocionales y conductuales. (Maddux, 1995)

La auto-eficacia hace una diferencia en cómo sienten, piensan y actúan las personas. En términos de sentimientos, una baja percepción de auto-eficacia es asociada con depresión, ansiedad, desesperanza; y los individuos que tienen estas características también tienen baja autoestima y se refugian en un pesimismo acerca de su talento y desarrollo personal. En términos de pensamientos, la auto-eficacia se refiere a la sensación de competencia en cuanto a procesos cognitivos. Cuando llega la preparación para la acción, la auto regulación de las cogniciones es el principal ingrediente para el proceso de motivación. Las personas con alta auto-eficacia eligen llevar a cabo cambios en sus tareas; sus acciones son llevadas a cabo en el pensamiento y muestran mayor

tendencia al esfuerzo y menos pesimismo, que aquellas personas con baja percepción de auto-eficacia (Schwarzer, 1992)

La auto-eficacia es considerada como específica, esto es, uno puede tener más o menos creencias de eficacia en diferentes dominios de funcionamiento. Sin embargo, la auto-eficacia no es una ilusión positiva o un optimismo poco realista, se debe basar en las experiencias y no en las toma de decisiones irracionales (Schwarzer, 1992). Las creencias en las propias capacidades para movilizar la motivación, los recursos cognoscitivos y el curso de la acción son aspectos necesarios para realizar tareas demandantes, y llevar acabo los cambios o ajustes que dichas tareas requieran (Bandura A. , Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection, 1990)

Las expectativas de auto-eficacia son vistas como una variable a lo largo de tres dimensiones, magnitud, fuerza y generalidad. La magnitud se refiere al nivel de dificultad de la conducta a realizar o modificar; la fuerza es la convicción que tiene una persona para cambiar una conducta de cuestión; la generalidad se refiere a la manera en que las experiencias anteriores influyen en las expectativas de auto-eficacia actuales, aspecto que se verá afectado por el grado de similitud entre las situaciones, porque una mayor similitud hace más probable la extensión de habilidades a otras conductas y contextos (Bandura A. , Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change., 1977).

Este último aspecto es muy importante porque, como señala (Maddux, 1995), percibir eficacia en el dominio conductual de una situación puede generalizarse a otras conductas y situaciones, pero para ello se requiere que estén en juego las funciones similares.

En la teoría de la auto-eficacia, las creencias, los recursos personales y las habilidades son el producto de la interacción de seis fuentes primarias que determinan las conductas

a realizar y los esfuerzos para mantenerlas. Estos son aspectos de suma importancia para explicar el comportamiento y para guiar la intervención.

A continuación, se exponen en dichas fuentes de autoeficacia:

1. Cambio de la experiencia. El éxito de una tarea o conducta proviene del desarrollo de habilidades que, a su vez, se relacionan con las expectativas de auto-eficacia; si las personas perciben que no tienen experiencias en algo, sus expectativas de auto-eficacia disminuyen.
2. Experiencia vicaria (aprendizaje observacional, modelamiento, imitación) influye en las experiencias de auto-eficacia cuando las personas observan la conducta de otros y sus consecuencias. Las personas usan ésta información para desarrollar sus propias expectativas de eficacia acerca de sus conductas y consecuencias (Bandura A. , Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change., 1977).
3. Experiencias de imaginación. Las personas tienen la capacidad de visualizar anticipadamente posibles situaciones y eventos, así como las reacciones emocionales y consecuencias ante estos eventos. Tales imágenes pueden derivarse de experiencias propias o vicarias, con situaciones similares, o bien, pueden ser inducidas por parte de la psicoterapeuta cuando guían al paciente a imaginar situaciones, que pueden mejorar la percepción de autoeficacia.
4. Persuasión verbal o persuasión social. Es la fuente menos potente, pero pueden ser utilizadas cuando perciben resistencia al cambio por parte del paciente.
5. Estados fisiológicos. Influyen en la auto-eficacia cuando las personas asocian un cambio fisiológico con un cambio pobre en la conducta, se percibe incompetencia y fracaso por las influencias de estados fisiológicos.

6. Estados psicológicos. Es más probable que las personas tengan creencias en el cambio cuando sus emociones son positivas, que cuando son negativas. Por ejemplo, la ansiedad y la depresión pueden tener un impacto perjudicial en la autoeficacia.

Las expectativas de la autoeficacia son determinantes poderosas de los sentimientos o respuestas emocionales entre ciertos eventos en la vida, respuesta que, a su vez, puede influir sobre la cognición y la acción, en sentido positivo o negativo. Un ejemplo de este último caso es el presentado por Bandura (Bandura , Cioffi, Taylor, & Brovillard, 1988), quienes señalan que cuando las personas se perciben como poco eficaces para la prevención de eventos adversos o perjudiciales, ello los conduce a la agitación y la ansiedad.

Esto es importante porque las respuestas emocionales como el estrés tienen componentes biológicos, y las expectativas de auto-eficacia pueden afectar los procesos biológicos.

Este modelo conceptual del estrés laboral es propuesto basándose en teorías de la motivación. Propone al estrés laboral y sus consecuencias entre ellas el Burnout en función de cómo ejercen las personas el control sobre su futuro; las recompensas que reciben a largo o corto plazo.

Este modelo expone que las experiencias que causan estrés son consecuencias de muchas situaciones que afectan el buen desarrollo de los roles sociales, como el empleo. También existen variables que explican cómo se origina el estado de estrés: los despidos intempestivos, las condiciones precarias laborales, el sub-empleo, estancamiento laboral, que corresponden a datos de factores socio-demográficos de una población. Pueden

incidir también los cambios que surgen en las condiciones laborales y falta de definiciones de roles laborales dentro del área laboral.

Al mencionar las recompensas a largo plazo estas se definen en tres variables:

Control de estatus (estabilidad en el empleo, perspectiva de promoción, ausencia de cambios no deseados), la estima (reconocimiento, apoyo adecuado, trato justo) y la remuneración.

Al existir este desequilibrio entre el esfuerzo que se realiza las recompensas que esperan trayendo consigo como consecuencia el agotamiento profesional y modificaciones comportamentales, las cuales pueden repercutir en la salud del personal sanitario.

Los factores psico-sociales laborales son condiciones de trabajo que pueden ser positivas o negativas, cuando tales condiciones son adecuadas, facilitan el trabajo, el desarrollo de las competencias personales laborales y fomentan altos niveles de satisfacción laboral, productividad empresarial y de estados de motivación en que los trabajadores alcanzan mayor experiencia y desarrollan habilidades profesionales.

De acuerdo al modelo, esfuerzo en el trabajo se realiza como parte de un contrato que es recíproco con el esfuerzo y una adecuada recompensa. Las recompensas son distribuidas por tres sistemas transmisores. Dinero, respeto y oportunidades en la carrera.

Cada una de estos componentes de la relación-trabajo recompensa importan en la salud.

El modelo ERI (Effort Reward Imbalance) en el trabajo indica que un desbalance entre el alto esfuerzo y baja recompensa se mantiene bajo las siguientes condiciones:

1. Los contratos de trabajo son mal definidos, o los empleados tienen pocas alternativas de escoger su trabajo, debido a pocas habilidades, poca movilidad o mercado laboral precario.

2. Los empleados acceden a este desbalance por razones estratégicas: para mejorar el trabajo a futuro invirtiendo ahora.
3. La gente con un patrón de lidiar con excesivo trabajo y compromiso más que sus colegas debido a su capacidad costo/ganancia.

Una de las posibles causas del Síndrome de Quemarse en el trabajo podemos mencionar, sería el desbalance entre el esfuerzo realizado y la recompensa obtenida. (Siegrist, 1996) Este autor refiere que el esfuerzo en el trabajo es parte de un proceso social organizado y cambiante.

En el lugar de trabajo, el esfuerzo gastado percibido es visto desde términos de demandas psicológicas y físicas. El esfuerzo del empleado es mantenido por las recompensas, las cuales son provistas por la sociedad. Las recompensas sociales son obtenidas a través de tres sistemas: monetario, estima/oportunidades de ascenso y seguridad laboral. Así, el desbalance entre el esfuerzo y la recompensa- específicamente alto esfuerzo y baja recompensa – puede ser estresante para el individuo y tal desbalance viola una norma básica del intercambio social como es la reciprocidad (Siegrist, 1996).

Este modelo no solo considera las condiciones de trabajo como factores extrínsecos del sujeto, sino también los factores intrínsecos, propone que aquellos sujetos con un mayor alto nivel de aprobación y excesivo compromiso de trabajo son propensos a tener mayor tensión y mayor nivel de frustración, lo cual trae consecuencia el agotamiento emocional o agotamiento profesional (SQT), puntualizando a aquellos individuos con mejor nivel de afrontamiento, tendrán frustración y serán menos propensos en afectar su salud.

Dos componentes se distinguen en este modelo: uno extrínseco (Esfuerzo: demandas, obligaciones, recompensas: dinero, estima, oportunidades de ascenso, seguridad

laboral) y un componente intrínseco que hace referencia al estilo personal de afrontamiento denominado implicación, que se define como un conjunto de actitudes, conductas y emociones que reflejan un excesivo esfuerzo en combinación con un fuerte deseo de ser aprobado y estimado (Siegrist, 1996).

Este modelo refiere que el trabajador al realizar mayor esfuerzo en su actividad laboral y éste al no percibir el reconocimiento esperado, ya sea tipo social o monetario, puede llegar a generarse un desequilibrio emocional, trayendo como consecuencia malestar emocional, como es un alto grado de estrés, afectando negativamente su salud.

Es de importancia resaltar que el quehacer de los profesionales médicos, ya que sobre ellos recaerá la responsabilidad del cuidado de los usuarios que requieren de servicios hospitalarios, con los cuales deben de interactuar de una manera solidaria, empática y siempre estar dispuestos al servicio.

#### **4.8 Situación en México sobre datos de Quemarse en el trabajo.**

---

El síndrome de quemarse en el trabajo (SQT) fue considerado por la Organización Mundial de la Salud como un riesgo de trabajo, su trascendencia radica en el impacto que tiene en la relación laboral entre el personal médico y/o paramédico y las instituciones de salud. Diversos estudios en Iberoamérica han demostrado la presencia de SQT entre el personal tanto con licenciatura o posgrado como en la formación. En México el personal de salud del estado de Guadalajara se ha observado que el 41% de los médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Salud y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) presentan Burnout en ambas instituciones , por ejemplo, que al explorar el síndrome en los trabajadores del ISSSTE, la prevalencia es del 36.6% (Aranda-Beltrán C. , 2012) mientras que al estudiar

solo los trabajadores del IMSS, la prevalencia fue del 42% (Aranda-Beltrán, Pando-Moreno, Torres-López, Salazar-Estrada, & Adrete-Rodríguez, 2005 ) sólo se cuenta con un reporte en el cual se encontró que el 44% de anestesiólogos presentó este síndrome en el estado de Baja California.

Un médico afectado con este síndrome tiene una mayor tendencia a cometer errores médicos con altos costos para la salud del paciente y que coadyuvan a agravar los síntomas de agotamiento emocional. (Accreditation Council for Graduate Medical Education., 2011)

Cabe señalar que son las variables laborales las que parecen influir en los niveles de desgaste profesional; sin embargo, al momento de interpretación de los datos de estudio, no es posible establecer una relación causal entre las variables sociodemográficas que resultan significativas y el Burnout. (Moreno Jiménez, Meda Lara, Rodríguez Muñoz, Palomera Chavez, & Morales Loo, 2006).

#### **4.9 Factores de riesgo de Síndrome de quemarse en el trabajo en personal médico.**

---

A través de diversos estudios se han detectado varios factores de riesgo, los cuales están principalmente asociados con las características del trabajo y del marco social, así como con las características individuales, físicas y mentales de los trabajadores. Entre ellas destacan las siguientes:

##### **4.9.1 Características ocupacionales y organizacionales:**

Inciden como principales factores de riesgo, sobre todo en la primera dimensión, la sobrecarga de trabajo, la presión de tiempo, la falta de información adecuada y recursos pertinentes para la correcta realización del trabajo, así como la falta de retroalimentación

y la falta de autonomía, en menor medida. Por lo general, la carga de trabajo se relaciona con la dimensión de agotamiento emocional (Carrillo & Gómez, 2012). Se identificó como factor principal para este síndrome, el número de guardias al mes, el número de horas de trabajo semanales. (Gopal , Glasheen , Miyoshi, & Prochazka, 2005 ).

En la actualidad los trabajos son cada vez son más demandantes en cuestiones de tiempo, logros, flexibilidad y esfuerzo. Mientras que las oportunidades de trabajo, la seguridad de permanecer en el mismo empleo, la estabilidad laboral, los estímulos laborales y el reconocimiento del mismo son aspectos que cada vez son menos valorados por el patrón, por lo que este desequilibrio daña la relación de bienestar entre el trabajador y su labor. El contacto continuo con personas gravemente enfermas, a veces con consecuencias de muerte, y con los familiares de éstos que se encuentran angustiados. En estas circunstancias se producen intensos sentimientos de amor, miedo, duelo, que se dan de forma repetitiva. (Pérez, 2013) A la sobrecarga emocional habitualmente se suma una sobrecarga de trabajo, falta de tiempo, de personal, de material. (Pérez, 2013)

#### 4.9.2 Características Demográficas.

Este síndrome cuenta con una amplia gama de factores que pueden desencadenarlos, teniendo como primer lugar el estrés laboral crónico, y el conflicto personal en el trabajo, tomando en cuenta esta situación cualquier profesional sometido a estrés laboral crónico puede desarrollarlo. (Maslach C. , 2009)

Algunas características o variables de tipo demográfico como la edad (personas jóvenes), el sexo (género femenino), el estado civil (solteros o sin pareja estable) número de hijos y otras condiciones como el clima laboral, la profesión, el nivel de formación y la

ambigüedad del rol, entre otras, han sido consideradas como variables que cumplen la función de antecedentes en el desarrollo del Síndrome. (Toscano., 2010).

La edad es la variable que está más consistentemente relacionada con el síndrome. Se tiene que las personas más jóvenes son más propensas a presentar el padecimiento. Para explicar esto se han planteado algunas teorías sobre las etapas en las que se desarrolla; se piensa que las personas más jóvenes tienen altas expectativas al iniciar su vida laboral, mismas que pueden desencadenar sentimientos de frustración al no hacerse realidad, hecho que posteriormente ocasiona desinterés o indiferencia ante el trabajo, culminando así con las ineficiencias en sí mismo. (Pérez, 2013).

La relación con el sexo y el síndrome se ha complicado por la existencia de variables culturales y sociales relacionadas con los estereotipos de roles de género. Algunos estudios afirman que las mujeres son una población más vulnerable, otros afirman lo contrario mientras que algunos otros aseguran que el síndrome se presenta de manera indiferente al sexo. Del mismo modo, el sexo y el nivel de estudios muestran claramente una tendencia significativa. (Pérez, 2013) El síndrome de Quemarse en el Trabajo es común en la práctica médica, con incidencia que val de 25 al 60%. (Thomas, 2004) Thomas, en una muestra representativa de casi 6,000 médicos de atención primaria, en un estudio aleatorio, mostró que los médicos de género femenino tenían 60% más de probabilidad que los del masculino de manifestar signos y síntomas de desgaste.

En lo que respecta al personal de enfermería, las diversas publicaciones existentes muestran una prevalencia del 30.5 al 39% y el género más afectado es el masculino. (Aranda-Beltrán C. , 2012).

Estado civil - se ha encontrado que los individuos masculinos solteros son más propensos en comparación con aquellos que están casados o divorciados.

También se ha encontrado que las personas con niveles de educación altos son más propensas a presentar el síndrome que aquellas que tienen niveles de educación bajo. En (Moreno Jiménez, Meda Lara, Rodríguez Muñoz, Palomera Chavez, & Morales Loo, 2006) un estudio la influencia de las características sociodemográficas en el proceso de desgaste profesional, se halló que diversas variables fueron significativas. Tanto la especialidad como el número de horas de trabajo semanales son variables asociadas con el SQT.

De entre las publicaciones existentes se descarta que este síndrome afecto al personal implicado en los cuidados de la salud siendo los principales afectados: médicos, enfermeras, odontólogos y psicólogos y trabajadores de múltiples ocupaciones en general. (Borbolla-Sala , 2013)

Existen diversas hipótesis para explicar este hecho, una de ellas es que las personas con altos niveles de educación tienen trabajos con mayores responsabilidades y, por ende, mayores niveles de estrés. Otra teoría es que las personas con niveles altos de educación tienen expectativas más altas con respecto a su trabajo. En un estudio desarrollado con anesthesiólogos en México se reportó un nivel de prevalencia de fatiga emocional y despersonalización del 17 y el 12,3%, respectivamente; mientras que otros datos, también en México, indican un promedio de fatiga física o emocional del 34,1%, frente a niveles de despersonalización que alcanza el 18,4%. Por su parte, las referencias al respecto en poblaciones diferentes a los médicos o enfermeros(as) muestran una prevalencia del 28% del Síndrome de Burnout. (Toscano., 2010) En lo que respecta al

personal médico los internos y residentes se ven afectados entre un 76 y un 85%; siendo severo en el 52%. (Aranda-Beltrán C. , 2012)

En los médicos generales se ven afectados en un 48%, los médicos familiares en 59.7%, los cirujanos generales en un 32% y los anestesiólogos en donde se aplicó la versión administrada del Maslach 92 (Rocha Luna, 2002) en un 44%. (Aranda-Beltrán C. , 2012).

Este síndrome es un proceso secundario a una respuesta negativa al estrés laboral crónico que aparece, cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que el sujeto suele emplear.

Las personalidades extremadamente competitivas impacientes, híper exigentes y perfeccionistas suelen presentar menor tolerancia a los factores de estrés laboral y desarrollar el síndrome. (Saborío & Hidalgo, 2015, págs. 3-4)

Recompensas insuficientes: los empleados que presentan un mayor desempeño en sus labores creen que no están siendo apropiadamente recompensados y/o reconocidos por su desempeño. (Maslach C. , 2009, pág. 40)

#### **4.9.3 Descripción del centro de trabajo.**

El centro de trabajo está encargado de proporcionar una atención y continúa de todo tipo de pacientes, coordinando los recursos sanitarios, orientación a la familia y a la comunidad.

Área física conformado por un espacio aproximadamente de 2 000 mts. Comprende un edificio construido aproximadamente en 1970 y recientemente remodelado en el año 2000 para darle un mejor servicio a la creciente demanda poblacional.

Consta de 32 consultorio médicos, cada consultorio médico está diseñado con un tamaño aproximadamente de 5 metros por 4 metros. Separado por dos zonas una de exploración física y una de interrogatorio. El área de interrogatorio consta de un escritorio con equipo de cómputo con programa institucional con información de los pacientes para facilitar su atención, una silla, en algunos de los casos las silla ergonómicas y en otros consultorios son sillas de usos múltiples, el paciente es atendido en el interrogatorio en sillas de usos múltiples.

La zona de exploración está dividida por una cortina corrediza que divide ambas zonas, se encuentra una mesa de exploración, con sábanas limpias para la revisión del paciente, bata, mesa de exploración, banco de altura y lámpara de chicote para realizar revisiones especiales.

Cuenta con una zona de higiene que es un lavabo con jabón y toallas de papel a disposición del médico y del paciente. En algunas ocasiones y por falta de recursos estas toallas de papel hacen falta y no se cuentan con ellas.

Se realiza la atención en dos turnos matutino y vespertino. Que consta de un horario de 6 horas de trabajo el matutino de 8 horas a 14 horas y el vespertino de 14 horas a 20 horas. Existe el turno intermedio que es de 8 horas que tiene un horario de 12 horas a 21 horas; normalmente este turno es asignado a médicos con categoría 08 (sin contrato de base).

La atención diaria de la agenda del médico es de 24 pacientes diarios en sus 6 horas de trabajo, pero mucho depende de las demandas del servicio de la unidad, porque en

ocasiones existe sobredemanda del servicio de consulta médica llegando hasta 28 pacientes al día por médico.

No existe como tal una hora asignada para alimentación y descanso, el médico durante su jornada laboral deberá buscar la forma de realizar esas actividades a realizar, teniendo un máximo de 15 min a 20 min para realizar esas funciones sin que se vea alterada la función y la rutina de la consulta médica.

El edificio cuenta con área de gobierno, (funciones administrativas responsables en la unidad médica en la programación, coordinación control y evaluación de los recursos humanos, materiales y financieros de la institución), farmacia (se encarga del canje de las recetas de los pacientes en su área destinada y surtir su medicamento que se necesita, así como llevar un control de existencia y faltantes y medicamento próximo a caducar), medicina preventiva (es donde se realizan actividades encaminadas a la prevención de enfermedades y colocación de vacunas dependiendo del grupo de edad), área de trabajo social, laboratorio clínico y rayos x (se encarga de controlar asignar citas para solicitar citas de rayos x, toma de rayos x y proporcionarlos a los pacientes), servicio de nutrición, dietóloga (asignando una área para llevar una orientación en alimentación y en el buen comer para pacientes con problemas de sobrepeso, y obesidad condicionando problemas de que se pueden modificar por las conductas de alimentación ), área de dental y limpieza y almacén. Cada área cuenta con sus propios encargados de su área y cada área tiene sus propios riesgos de trabajo. No serán especificados en este trabajo.

Ergonómicos: Uno de los principales factores encontrados en esta área de trabajo es el equipo de cómputo, escritorio y silla, no están diseñados para cada médico. No están adaptados para cada médico al realizar sus actividades de escritorio en el interrogatorio.

En muchas de las ocasiones las silla, no es la adecuada para permanecer más de 6 horas sentado continuamente, y el equipo de cómputo no está diseñado para trabajar durante esas 6 horas de trabajo como por ejemplo el uso del mouse y el brillo de la pantalla no son los adecuados.

Se cuenta con un tipo de contrato por cada médico. El personal de base es aquel que ya tiene un contrato firmado de por vida proporcionando una estabilidad en el trabajo, así como el otorgamiento de prestaciones sociales que estas mejoran la calidad de vida, con posibilidad de desarrollo y crecimiento laboral como académico dentro de la institución.

El personal 02, es que consta con un contrato eventual por un periodo prolongado o de forma indefinida. A petición de la unidad médica que los solicite en cualquier disposición de turno a disponibilidad.

El personal 08 es que consta de un contrato eventual por un periodo corto que normalmente va destinado de 15 días y en ocasiones puede ser de un solo día, a disposición de la unidad médica que solicite tanto en el área como en disponibilidad de turno.

## 5. Objetivos e Hipótesis

<b>Objetivos</b>	<b>Hipótesis</b>
<b>General</b>	<b>General</b>
<p>1. Asociar el Síndrome de quemarse en el trabajo con indicadores de riesgo cardiovascular, alteraciones del sueño y alteraciones del ánimo en trabajadores médicos</p>	<p>El alto nivel de síndrome de quemarse en el trabajo se relaciona con alto índices de riesgo cardiovascular, alteraciones en el sueño y la presencia de alteraciones en el ánimo.</p>
<b>Objetivos específicos.</b>	<b>Hipótesis específicas.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar la presencia del Síndrome de quemarse en el trabajo en el personal médico de una unidad de medicina familiar</li> <li>• Identificar la relación que tienen las variables sociodemográficas sexo, edad, escolaridad, estado civil con la presencia de síndrome de quemarse en el trabajo en personal médico de una unidad de medicina familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Más del 20 % de la población estudiada cuenta con la presencia de síndrome de quemarse en el trabajo en un nivel patológico.</li> <li>• Los médicos de menor edad, el sexo femenino, los médicos con especialidad médica, con mayor número de horas laboradas son más propenso a desarrollar el síndrome de quemarse en el trabajo en la UMF.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comparar los indicadores de riesgo cardiovascular en médicos con presencia de síndrome de quemarse en el trabajo y sin presencia de síndrome de quemarse en el trabajo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los médicos con presencia de Burnout presentan mayor riesgo de desarrollar indicadores de riesgo cardiovascular (TA, IMC, ICC, Glucosa capilar).  Presencia de SQT con tensión arterial elevada.  Presencia de SQT con IMC con sobrepeso  Presencia de SQT con ICC en riesgo.  Presencia de SQT con glucosa capilar mayor a 100 mg en ayuno de 8 horas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar la relación que tiene la autoeficacia con la presencia de Síndrome de quemarse en el trabajo.  Identificar si el nivel de autoeficacia se asocia con el nivel de síndrome de quemarse en el trabajo, el riesgo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los médicos con presencia de Autoeficacia se asocia con la disminución de la aparición del Síndrome de quemarse en el trabajo.  • A mejor autoeficacia es menor el riesgo cardiovascular.</li> </ul>

<p>cardiovascular y síntomas de ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar si el esfuerzo recompensa se asocia con el nivel del síndrome de quemarse en el trabajo y el riesgo cardiovascular en personal médico de una unidad de medicina familiar.</li> <li>• Identificar alteraciones del estado de ánimo ansiedad en presencia de síndrome de quemarse en el trabajo.</li> <li>• Identificar asociación de la frecuencia de indicadores de riesgo cardiovascular en presencia de Síndrome de Quemarse en el trabajo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A mejor autoeficacia es menor la presencia de ansiedad</li> <li>• El alto estrés laboral (Índice Esfuerzo-Recompensa) se asocia con la presencia de Síndrome de quemarse en el trabajo.</li> <li>• Los médicos con presencia de Síndrome de quemarse en el trabajo tienen mayor frecuencia de síntomas de ansiedad.</li> <li>• Los médicos con presencia de síndrome de quemarse en el trabajo presentan mayor riesgo de desarrollar indicadores de riesgo cardiovascular alto. (TA, IMC, ICC, Glucosa capilar). Presencia de SQT presencia elevada de TA.</li> </ul>
--	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar la relación de los trastornos del sueño en presencia de Síndrome de quemarse en el trabajo.</li> </ul>	<p>Presencia de SQT presencia de sobrepeso.</p> <p>Presencia de SQT presencia de ICC aumentado</p> <p>Presencia de SQT presencia de Glucosa capilar mayor a 100 mg /dl en ayuno de 8 horas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los médicos con presencia Síndrome de quemarse en el trabajo tienen inadecuado sueño.</li> </ul>
---	---

## 6. Metodología

### 6.1 Tipo de estudio

Exploratorio / transversal / Comparativo.

Definición de las Variables.

Variable	Tipo de Variable	Definición conceptual	Operaciones de variables	Instrumento	Indicadores
Síndrome de quemarse por el trabajo.	Cualitativa Independiente.	Síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal de origen laboral.  (Gil-Monte P. R., Salanova, Aragón, & Schaufeli, 2005)	Grado en que se presenta el SQT.  • Leve • Moderado • Grave • Extremo	Cuestionario para evaluar el Síndrome de Quemarse por el Trabajo. (CESQT)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Despersonalización</li> <li>• Ilusión</li> <li>• Indolencia</li> <li>• Culpa</li> </ul>
Ansiedad.	Cuantitativa dependiente	Anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia	Con ansiedad Sin ansiedad	Escala de ansiedad y Depresión de Goldberg; sub escala	Síntomas de ansiedad Si presenta ansiedad No presenta ansiedad

		(desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. Organización mundial de la salud OMS		de ansiedad ( preguntas 1-9)	
Alteraciones del sueño	Cuantitativa dependiente	Serie de alteraciones relacionadas con el proceso de dormir (Guía de Práctica Clínica Diagnostico tratamiento de los trastornos del sueño)	Baja. Moderado. Grave.	Check list de presencia de alteraciones del sueño.	Sueño adecuado. Sueño inadecuado.

Alteraciones cardiovasculares	Cuantitativa dependiente	Tensión arterial ( cantidad de presión que se ejerce en las paredes de las arterias al desplazarse la sangre por ellas)	Normal: Sistólica (mm Hg) 120-129 Diastólica (mm Hg) 80-84 Pre-hipertensión Sistólica (mm Hg) 130-139 Diastólica (mm Hg) 85-89 Hipertensión Sistólica (mm Hg) 140-159 Diastólica (mm Hg ) 90-99	Check list con datos clínicos Valores de tensión arterial, tomada en el momento de contestar el cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normal</li> <li>• Pre hipertensión</li> <li>• Hipertensión</li> </ul>
		Índice de masa corporal. (Es el indicador internacional para evaluar el estado nutricional en el adulto es una medida matemática es la división entre los	Normal 18.5 a 24.9 Sobrepeso 25.0 a 29.9 Obesidad 30.0 a 39.9	Peso. (kg) Estatura. (Mts)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normal</li> <li>• Sobrepeso</li> <li>• Obesidad</li> </ul>

		<p>kilogramos del peso por el cuadrado de la estatura en metros)</p> <p>OMS</p> <p>Índice cintura cadera</p> <p>(Es una medida antropométrica específica para medir los niveles de grasa intraabdominal.</p> <p>Matemáticamente es una relación para dividir el perímetro de la cintura entre el de la cadera )</p> <p>OMS 2004.</p>	<p>0.71-0.85 normal</p> <p>mujeres</p> <p>0.78-0.94 normal</p> <p>para hombres</p>	<p>Cintura (cm)</p> <p>Cadera (cm)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normal</li> <li>• Anormal</li> </ul>
		<p>Glucosa capilar</p> <p>(técnica la cual se realiza para saber las cifras de glucosa en</p>	<p>Hipoglucemia</p> <p>Menor a 70 mg /dl</p> <p>Normal</p> <p>Menor a 100 mg /dl</p>	<p>Glucosa capilar (mg/dl)</p> <p>Ayuno (si/no)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipoglucemia</li> <li>• Normal</li> <li>• Prediabetes/ Hiperglucemia</li> </ul>

		sangre a nivel de vasos capilares) Guía de Práctica Clínica Diabetes mellitus/ autocontrol	Prediabetes/ hiperglucemia Glucosa 100 mg/dl a 125 mg/dl	Horas de ayuno (horas)	
Factores sociodemográficos.	Cuantitativa confusor	Sexo ( Conjunto de características biológicas, físicas fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos en hombre o mujeres)  Edad ( tiempo que ha vivido una	Hombre. Mujer.  Cronología del tiempo en años 1, 2,3, 4, 5...	Ficha de identificación.	Hombre. Mujer.

		<p>persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento)</p> <p>Estado civil ( Clase o condición de una persona en el orden social)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltero</li> <li>• Divorciado</li> <li>• Unión libre</li> <li>• Casado</li> <li>• Viudo</li> <li>• Separado</li> </ul> <p>Grado de estudios ( Nivel de preparación profesional que se divide dependiendo del conocimiento otorgando una distinción dada por alguna institución educativa)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Licenciatura</li> <li>• Especialidad.</li> <li>• Maestría.</li> <li>• Doctorado.</li> </ul>			<p>Cronología del tiempo en años 1, 2, 3, 4, 5...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltero.</li> <li>• Divorciado</li> <li>• Unión libre</li> <li>• Casado</li> <li>• Viudo</li> <li>• Separado</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Licenciatura</li> <li>• Especialidad</li> <li>• Maestría</li> <li>• Doctorado</li> </ul>
Factores Laborales	Cuantitativa confusor	<b>Tipo de contratación.</b>	Base. 08. 02.	Ficha de datos laborales	Base. 08. 02.

		<p>(Acuerdo entre trabajador e institución por el que se presten servicios bajo la dirección y organización de este a cambio de una retribución económica)</p> <p><b>Turno laboral</b> (Modalidad laboral en la que el trabajador puede realizar su tarea en o a lo largo de las 24 horas del día)</p> <p><b>Antigüedad laboral</b> (tiempo que ha trabajado en la institución)</p> <p><b>Horas laborales</b> (Número de horas que el trabajador ha trabajado en el día )</p>	<p>Matutino Vespertino</p> <p>Cronología del tiempo en años. 1, 2, 3, 4, 5...</p> <p>Cronología del tiempo en horas. 1, 2, 3, 4, 5 ...</p>	<p>Matutino Vespertino</p> <p>Cronología del tiempo en años 1 , 2, 3, 4, 5 ...</p> <p>Cronología del tiempo en horas 1, 2, 3, 4, 5 ...</p>
--	--	---	--	--

		<b>Atención de número de pacientes.</b> (Número de pacientes que el trabajador atiende en una jornada laboral)	Sucesión numérica de pacientes. 1, 2, 3, 4, 5 ...		Sucesión numérica de pacientes. 1, 2, 3, 4, 5 ...
		<b>Otros trabajos</b> (Dos o más trabajos distintos, separables )	Sucesión numérica de trabajos. 1, 2, 3 ...		Sucesión numérica de trabajos. 1, 2, 3 ...
		<b>Funciones administrativas</b> (La realización de ciertas actividades o deberes al tiempo que se coordinan de manera eficaz y eficiente en conjunto con el trabajo de los demás)	Afirmación y negación (si, no)		Afirmación y negación (si, no )

### 6.3 Población de estudio.

---

64 médicos encargados de la consulta médica de una unidad de medicina familiar, de los turnos matutino y vespertino.

## **6.4 Selección de muestra**

---

Se incluirán a médicos adscritos al servicio de atención a consulta médica familiar de una unidad médica, con tipo de contrato 08, 02, base. Médicos Familiares, No familiares y médicos generales. Que deseen participar en el estudio. De ambos turnos matutino y vespertino. Al contar con un número no mayor de 64 médicos, se pretende estudiar el universo poblacional.

## **6.5 Criterios de inclusión.**

---

1. Ser médico adscrito al servicio de atención médica primaria y querer participar de forma libre.

## **6.6 Criterios de exclusión**

---

1. Médicos que no acepten llenar el consentimiento informado y que no quieran participar en el estudio.
2. Médicos de primer nivel de atención que se encuentren de vacaciones / licencia / incapacidad / ausencia durante el periodo de recolección de la muestra.

## **6.7 Criterios de eliminación**

---

1. Cuestionarios llenados de forma incompleta o no realizados en fecha establecida. Y que no decidan participar en el estudio.

## **6.8 Variables de estudio: independiente, dependiente y de confusión**

---

- Dependiente:
  - ✓ Riesgo cardiovascular.
  - ✓ Alteraciones del sueño.
  - ✓ Ansiedad.
- Independiente:

✓ Síndrome de quemarse en el trabajo. (SQT)

- Intervenientes o confusoras:

VARIABLES sociodemográficas, laborales y psicosociales, grado académico, especialidad, turno, tiempo de jornada laboral, categoría de contratación, actividad laboral extra-institucional, condiciones salariales, antigüedad laboral, funciones adicionales dentro de la institución.

- Variables sociodemográficas: Estado civil, sexo, edad, número de hijos.

## 6.9 Instrumentos a utilizar

---

Cuestionario de elaboración propia. Se interroga directamente a los trabajadores información personal. Que incluye los aspectos de:

- Consentimiento informado.
- Ficha de identificación.
- Datos antropométricos /Clínicos.
- Datos Laborales
- Escala CESQT (Gil-Monte 2011) Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo.

Autor: Pedro R. Gil-Monte Fecha de publicación del test original: 2011

La media en el total de la escala CESQT es significativamente más baja que en estudios en muestras españolas (.91 vs. 1.16,  $t=-3.91$ ,  $p<.001$ ), lo que permite concluir que los niveles del SQT son más bajos en una muestra en profesionales mexicanos.

Los resultados del estudio contribuyen a la validación transnacional del modelo psicométrico de cuatro dimensiones, y permiten concluir que el CESQT, en su versión

para profesionales de la educación (CESQT-PE), resulta un instrumento fiable y válido para evaluar el SQT en México. (Gil-Monte & Zuñiga-Caballero, 2009)

Valora los siguientes parámetros:

- Ilusión por el trabajo
- Desgaste psíquico
- Indolencia
- Culpa

Evalúa en 4 niveles: Leve, Moderado, Grave, Extremo

Clasifica en 2 perfiles

El Perfil 1: no presentan sentimientos de culpa.

El Perfil 2: presentan sentimientos de culpa.

- Cuestionario ERI de esfuerzo y recompensa. (Effort Reward Imbalance)

Autor: Johannes Siegrist    Origen: Alemania.    Año: 1996

En éste modelo de Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa se tiene en cuenta características individuales del trabajador, el esfuerzo físico y psicológico implicado en la carga de trabajo y su relación con diversos tipos de recompensa, como la estima, la seguridad laboral, el salario y promociones dentro del trabajo.

Permite encontrar asociaciones entre el desbalance esfuerzo-recompensa y repercusiones sobre la salud física y mental. (Canepa, Briones, Pérez, Vera, & Juárez, 2008)

“La versión más corta del cuestionario ERI se considera una herramienta útil para estudios epidemiológicos sobre los efectos del trabajo en salud en un contexto globalizado. Una validación realizada por Leineweber et al. (2010) Con una muestra de 4,771 trabajadores, obtuvieron coeficientes alfa de Cronbach aceptables para el Esfuerzo ( $\alpha = 0,80$ ), Recompensa ( $\alpha = 0,84$ ) y Compromiso excesivo ( $\alpha = 0,85$ ).” (García Arreola, Unda Rojas, Hernandez Toledano, & Tovalín Ahumada, 2016)

- Cuestionario Autoeficacia

Escala de Autoeficacia para el afrontamiento del Estrés (EAEAE) (Godoy-Izquierdo y Godoy, 2001) Este instrumento está compuesto por 8 ítems, 4 de los cuales ( ítems 2, 4, 5,7) evalúan el componente expectativas de eficacia. (EE) del constructo de autoeficacia, y los 4 restantes ( ítems 1,3,6,8) el de las expectativas de resultado ( 2,3,5,7) como en sentido inverso) ( 1,4,6,8) Las respuestas se presentan en formato Likert con 5 alternativas desde “ Completamente en desacuerdo” a “ Completamente de acuerdo”, con valores de 1 a 5. Se obtiene también una puntuación total (Total) resultado de la suma de las dos puntuaciones parciales. La escala mide la autoeficacia de afrontamiento al estrés de una forma directa, correspondiendo a puntuaciones más elevadas una mayor confianza en los recursos personales para el manejo del estrés. (Girardi, Páez Vargas, Ronchieri Pardo, & Agustina Trueba, 2019)

- Cuestionario de Trastornos del sueño

Serie de preguntas con las cuales se pretende investigar la presencia de síntomas y manifestaciones tempranas de origen psicossomático.

Obtenido de Cuestionario CESTUMAM.

### **Cuestionario de Salud General de Goldberg – 28. (CSGG-28)**

Éste cuestionario incluye 28 ítems agrupados en 4 sub-escalas de estado físico (**Estfís**), ansiedad (**Ansied**), funcionamiento cotidiano (**funcot**) y depresión (Depres) para los que la persona señala su situación actual en comparación con las últimas semanas marcando una de las 4 alternativas, desde encontrarse mejor de lo habitual hasta peor de lo habitual. Así pues, se obtienen 4 puntuaciones parciales y una total (Total) que la suma de las parciales, todas ellas indicadoras del nivel de salud de la persona. (Goldberg D. P., 1981).

Es un instrumento de tamizaje diseñado para la evaluación clínica y preclínica de desórdenes psicosomáticos y propensión a tales trastornos. (Goldberg & Hillier, 1979)

Se trata de un cuestionario con dos subescalas:

Una para la detección de ansiedad, y la otra de la detección de la depresión. Ambas escalas tienen 9 preguntas. Las últimas preguntas de cada escala sólo se formulan si hay respuestas positivas a las 4 primeras preguntas, que son obligatorias.

Criterios de valoración:

Subescala de ansiedad: 4 o más respuestas afirmativas.

Subescala de depresión: 2 o más respuestas afirmativas

Solo se utilizarán las preguntas de ansiedad

### **Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés**

Este instrumento está compuesto por 8 ítems, 4 de los cuales (ítems 2,4,5,7) evalúan el componente de expectativas de eficacia (EE) del constructo de autoeficacia, y los 4 restantes (ítems) 1,3,6,8) es de expectativas de resultados (ER). Los ítems están formulados tanto en sentido directo (2,3,5,7) como en sentido inverso (1,4,6,8). Las

respuestas se presentan en formato tipo Likert con 5 alternativas desde “Completamente en desacuerdo” a “Completamente de acuerdo”, con valores de 1 a 5. Se obtiene también una puntuación total (Total) resultado de la suma de las dos puntuaciones parciales. La escala mide la autoeficacia de afrontamiento al estrés de una forma directa, correspondiendo a puntuaciones más elevadas una mayor confianza en los recursos personales para el manejo del estrés. (Godoy-Izquierdo, Escala de Autoeficacia Específica para el Afrontamiento del Estrés (EAEAE) , 2001) (Godoy-Izquierdo, Escala de Autoeficacia Específica para el Afrontamiento del Estrés (EAEAE)., 2006).

- Ficha de identificación aspectos sociodemográficos y laborales (Cuestionario de elaboración propia)

Se interroga directamente a los trabajadores información personal. Que incluye los aspectos de:

- Ficha de identificación de datos sociodemográficos y laborales: turno, tiempo de jornada laboral, categoría de contratación, actividad laboral extra institucional, condiciones salariales, demanda de atención médica, antigüedad laboral, funciones adicionales dentro de la institución.

Se levantó la información sobre datos sociodemográficos por medio de la ficha de datos generales realizando un cuestionario directamente a los médicos interrogando el turno, tiempo de jornada laboral, categoría de contratación, actividad laboral extra institucional, condiciones salariales, demanda de atención médica, antigüedad laboral, funciones adicionales dentro de la institución.

Cuestionario de elaboración propia. (Datos clínicos)

Se levantó la información sobre datos sobre peso del paciente, estatura, medición de cadera, medición de cintura, Toma de glucosa capilar (mg/dl), Presencia de ayuno (si/no), horas ayuno. Cifras tensionales sistólica y diastólica, tomada en tres ocasiones y realizando un promedio de la misma.

## 6.9 Procedimientos

---

El día 25 al 26 de septiembre del 2018 se aplicará una batería de instrumentos de evaluación al universo poblacional en estudio, posterior a la autorización por parte de las autoridades correspondientes de unidad de atención médica, se realizará una plática informativa sobre el “Estrés crónico en el Trabajo” y se explicarán los fines educativos del estudio.

Se aplicó el cuestionario, el cual fue personalmente entregado por el investigador el cuestionario en físico, así como un bolígrafo y en ese mismo momento se explicó acerca de cómo responder el instrumento, haciendo hincapié en que debió ser contestado por ellos mismos y que los datos obtenidos fueron manejados de forma confidencial. Se contó con una hora en promedio para contestar el cuestionario

La aplicación se realizó al inicio de la jornada médica en un día determinado de la semana laboral, se les proporcionó el consentimiento informado y se les explicará que es para fines académicos.

En sesión general, se realizó con tranquilidad el cuestionario a entregar en un sólo día (en el turno vespertino se realizara el inicio de la jornada laboral).

Se recabó la ficha de información social que debió ser llenada, la cual tiene los datos de recolección como edad, sexo, estado civil, número de hijos, y datos laborales como: Grado académico, especialidad, turno, tiempo de jornada laboral, categoría de contratación, actividad laboral extra institucional, demanda de atención médica, antigüedad laboral, funciones adicionales dentro de la institución.

Una vez terminado el cuestionario se realizó la toma de medidas antropométría en relación a peso y talla, medición de cintura y cadera con cinta métrica.

Se realizó la toma de tensión arterial previo reposo de 5 min previos de reposo, para tener un mejor promedio de la toma realizada.

Se realizó la toma de glucosa capilar por medio de glucómetro y se anotó en apartado de variantes clínicas, si el participante del cuestionario acudió en ayuno o no. Se anotó su cifra de glucosa capilar.

Se realizó la captura de la información en programa de Excel en hoja de cálculo y se trasladó a una base de datos en SPSS. Con base a los resultados obtenidos de los cuestionarios aplicados.

Se ejecutaron las siguientes pruebas estadísticas:

El análisis estadístico se realizó con las pruebas de Chi cuadrada ( $\chi^2$ ) con un nivel de designación de 0.05. que consiste en la estimación de un parámetro y el diseño de una decisión sobre la aceptación o rechazó de cierta afirmación realizada sobre la población estudiada. Nos permitió determinar si existe una relación entre dos variables categóricas.

### 6.9.1. Análisis de datos

Hipótesis	Variable Independiente	Variable dependiente	Variables Confusoras	Prueba de asociación	Prueba de hipótesis
Hipótesis 1	SQT	Indicadores de salud cardiovascular	Variables sociodemográficas y laborales	Riesgo relativo	Chi Cuadrada
Hipótesis 2	SQT	Variables sociodemográficas y laborales	Indicadores de salud/ alteraciones del sueño/ alteraciones del ánimo.	Riesgo relativo	Chi Cuadrada
Hipótesis 3	SQT	Alteraciones de sueño y ánimo	Variables sociodemográficas y laborales	Riesgo relativo	Chi Cuadrada

Se utilizó el programa estadístico SPSS v. 24. Para realizar gráficas comparativas de los resultados y se interpretaran para concluir en los resultados y su análisis.

Dependiendo de los resultados se realizó un análisis comparativo.

### 6.9.2 Aspectos éticos

El estudio se llevó a cabo bajo las normas éticas del reglamento de la Ley de Salud en Materia de Investigación para la salud. Art. 17 fracción II, comenta que es un riesgo mínimo. Así como respetando los principios contenidos en Código de Núremberg y la Declaración de Helsinki.

Se anexó un consentimiento informado, el cual fue entregado al participante por el investigador, en él, se incluyó una descripción detallada de su participación la cual no constituye un riesgo, ya que el cuestionario es anónimo. Se le informó al médico que es libre de retirarse del estudio en el momento que considerara conveniente, así como se le podrá proporcionar información, responder cualquier pregunta y aclarar sus dudas en caso de que existan.

## 7. Resultados

---

A continuación se presenta la descripción de las variables socio-demográficas, laborales y de salud.

De los 64 médicos estudiados, se consideraron 55 dentro del estudio, debido a que 5 médicos se salieron antes de terminar el estudio y no lo terminaron en forma adecuada, 3 no quisieron formar parte de este estudio y un médico más no se presentó a realizar el estudio.

### Características socio-demográficas.

---

De los 55 participantes, el mayor porcentaje fue de hombres con un 58.2% y un 41% de mujeres participantes.

Tabla 1. Distribución de la muestra por sexo.

Sexo	Fr.	%
Hombres	32	58.2
Mujeres	23	41.8
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>

Los médicos sin especialidad médica fueron los que más se presentaron al estudio con un 58.2%, con respecto a los médicos que presentan especialidad médica con un 41.8%.

Tabla 2. Distribución de la muestra por especialidad médica.

Especialidad médica		
	Fr	%
Con especialidad	23	41.8
Sin especialidad	32	58.2
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

El estado civil de la muestra con mayor porcentaje es Casado/Unión libre, con un 52.7%. Los solteros ocupan el segundo lugar con un 36.4%. Divorciados/Separados con un 7.3%.viudos un 3.6%.

Tabla 3. Distribución de la muestra por Estado civil

	Fr	%
Soltero	20	36.4
Casado/Unión libre	29	52.7
Divorciado/Separado	4	7.3
Viudo	2	3.6
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

De los 55 participantes el promedio de edad es de 35.9 con una desviación estándar de 7.65.

Tabla 4. Distribución por Edad (años cumplidos)

Media	35.93
Desviación estándar	7.65

La frecuencia mayor fue de 54.5% sin ningún hijo, la frecuencia con 1 número de hijo es de 27.3% y un 3.6% los que tienen 3 hijos.

Tabla 5. Distribución por no. de hijos.

	Fr.	%
0	30	54.5
1	15	27.3
2	8	14.5
3	2	3.6
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

### Resultados de características laborales.

Un porcentaje de 45.5 % se presentó entre médicos con contrato eventual y médicos de base.

Tabla 6. Distribución por Tipo de contratación

	Fr.	%
Eventual	25	45.5
Eventual prolongado	5	9.1
Base	25	45.5
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

Los el 56.4% de la muestra es del turno vespertino con un 43.6% del tuno matutino.

Tabla 7. Distribución por turno

	Fr.	%
Matutino	24	43.6
Vespertino	31	56.4
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

El 56.4% de los médicos no cuenta con otro trabajo.

Tabla 8. Distribución por Otro trabajo como médico

	Fr.	%
Con otro trabajo	24	43.6
Sin otro trabajo	31	56.4
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

El 34 % de la muestra no realiza funciones administrativas dentro de la unidad médica.

Tabla 9. Distribución por Funciones administrativas

	Fr.	%
Si realiza funciones administrativas.	21	38.2
No realiza funciones administrativas.	34	61.8
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

El porcentaje mayor se dio con 4 años de antigüedad, pero la media es de 5.34 años y una DE= 6.6 años.

Tabla 10. Distribución por antigüedad en el trabajo

Media	5.34
Desviación estándar	6.6

El mayor número de horas trabajadas al día es de 8 horas con un 56.4%, seguida de 30.9% para los que trabajan 6 horas. Con una media de 7.6 horas con una DE= 1.59.

Tabla 11. Distribución por Número de horas trabajadas.

Media	7.6
Desviación estándar	1.59

El 73% de médicos atiende un total de 24 pacientes al día con una desviación estándar de 3.04

Tabla 12. Distribución por número de pacientes atendidos por día.

Media	24.4
Desviación estándar	3.04

### Resultados de características de salud.

A continuación, se presenta la prevalencia de Síndrome de Quemarse por el Trabajo y sus subescalas.

El 27.3% de la población estudiada si presenta SQT.

Tabla 13. Distribución de presencia de SQT y sin SQT.

	Fr.	%
Con SQT	15	27.3
Sin SQT	40	72.7
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>

Subescalas reportadas:

El 92% de la población presenta baja y muy baja ilusión.

Tabla 14. Distribución del indicador de Ilusión.

	Fr.	%
Baja/Muy Baja	51	92.7
Media	4	7.3
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

El 87.3% del indicador de desgaste fue Alto/Muy alto para la muestra.

Tabla 15. Distribución del indicador Desgaste

	Fr.	%
Bajo/Muy Bajo	1	1.8

Medio	6	10.9
Alto/Muy Alto	49	87.3
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>

El indicador de Desencanto obtuvo un porcentaje de 70.9 % en Alto / Muy alto.

Tabla 16. Distribución del indicador Desencanto

	Fr.	%
Bajo/Muy Bajo2		3.6
Medio	14	25.5
Alto/Muy Alto	39	70.9
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>

El indicador de culpa obtuvo un 76.4% en Alta / Muy alta.

Tabla 17. Distribución del indicador Culpa

	Fr.	%
Media	13	23.6
Alta/Muy Alta	42	76.4
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>

La prevalencia del Desequilibrio esfuerzo recompensa es alto con un 61.8%.

Tabla 18. De prevalencia de interpretación de Esfuerzo recompensas (ERI).

	Fr.	%
Alto	34	61.8
Normal	21	38.2
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>

El indicador de autoeficacia es baja para la muestra con un 18.2%.

Tabla 19. Distribución del indicador de Autoeficacia.

	Fr.	%
Baja	10	18.2
Adecuada	45	81.8
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

El síntoma somático de ansiedad se presentó en la población estudiada con un 34.5%.

Tabla 20. Prevalencia de Ansiedad

	Fr.	%
Ansiedad	19	34.5
Sin Ansiedad	36	65.5
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

La prevalencia fue del 45.5% presentó con ansiedad clínica.

Tabla 21. Prevalencia de Ansiedad clínica

	Fr.	%
Ansiedad Severa	13	23.6
Con Ansiedad	25	45.5
Sin Ansiedad	17	30.9
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>

Se presentó con un 12.7% con alteraciones graves de sueño seguida de un 40% con moderadas y bajas alteraciones de sueño con un 47.3%

Tabla 22. Prevalencia de alteraciones de sueño.

	Fr.	%
Bajo	26	47.3
Moderado	22	40
Grave	7	12.7
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

La población de estudio presentó un sueño inadecuado en un 16.4%

Tabla 23. Prevalencia de Interpretación sueño adecuado.

	Fr.	%
Sueño Adecuado	46	83.6
Sueño Inadecuado	9	16.4
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>

El 41.8% de la población presenta sobrepeso y solo el 18.2% de la población se encuentra en su peso ideal.

Tabla 24. Prevalencia del Índice de masa corporal (IMC)

	Fr.	%
	1	1.8
Normal	10	18.2
Obesidad	21	38.2
Sobrepeso	23	41.8
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>

La prevalencia de 54.5% en el indicador de Índice cintura cadera fue anormal para la muestra en estudio.

Tabla 25. Indicador de salud Índice Cintura Cadera.

	Fr.	%
Anormal	30	54.5
Normal	25	45.5
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>

El indicador de glucosa su prevalencia fue de 25.5 % en la población estudiada como pre-diabetes.

Tabla 26. Indicador de salud de Glucosa capilar

	Fr.	%
Normal	41	74.5
Prediabetes	14	25.5
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>

La tensión arterial sistólica fue normal en un 87.3% de la muestra.

Tabla 27. Indicador de salud Tensión arterial sistólica

	Fr.	%
Hipertenso	1	1.8
Normal	48	87.3
Pre hipertensión	6	10.9
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>

La tensión arterial diastólica fue normal en un 92.7% de la muestra.

Tabla 28. Indicador de salud Tensión arterial diastólica

	Fr.	%
Hipertenso	3	5.5
Normal	51	92.7
Pre-hipertensión	1	1.8
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>

La prevalencia de fumadores de 32.7% en contra de los no fumadores con un 67.3%.

Tabla 29. Hábito de fumar

	Fr.	%
Fumador	18	32.7
No Fumador	37	67.3
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>

La prevalencia de consumidores de verduras fue mayor con un 69.1% en contra de los no consumidores con un 30.9%.

Tabla 30. Hábito del consumo de Verduras

	Fr.	%
Si consumen verduras	38	69.1
No consumen verduras	17	30.9
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>

La prevalencia del consumo de verduras en la población estudio fue de 63.6%.

Tabla 31. Hábito del consumo de Frutas

	Fr.	%
Si consume fruta	35	63.6
No consume fruta	20	36.4
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>

La prevalencia del 69.1% es de sedentarismo para la muestra estudio.

Tabla 32. Habito de actividad física.

	Fr.	%
Sedentarismo	38	69.1
Si Realiza Actividad Física	17	30.9
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>

El habito de consumo de alcohol, predominó con una prevalencia de 50.9 % en contra del 49.1%, una diferencia mínima.

Tabla 33. Habito del consumo de Alcohol.

	Fr.	%
Bebedor	28	50.9

No Bebedor	27	49.1
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>

### Asociaciones entre síndrome de quemarse en el trabajo y variables socio-demográficas

Se analizó la presencia de SQT por sexo, grupo de edad, escolaridad y estado civil del grupo de médicos en estudio; por sexo se encontró que no se hubo diferencias estadísticamente significativas (Fisher, 1.000, gl =1, p= .558), aunque en el sexo masculino se presentó un mayor porcentaje de SQT con (28.1%) en comparación con las mujeres (26%). por grupo de edad, se encontró diferencias estadísticamente significativas (Fisher= 3.51, p=.057), donde el grupo de edad de 24 y 34 años tuvo mayor porcentaje de médicos con SQT (37.9%)

Por último grado de estudios y SQT, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Fisher, 1.72, gl=2, p=.406) aún así el grupo con menor nivel académico, licenciatura, presenta un mayor porcentaje (34.5%) de SQT en comparación con el grupo con especialidad médica.

En cuanto la asociación entre estado civil y la presencia de SQT, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Fisher, 1.006, gl =2, p= 3.14) aunque el grupo de solteros presentó mayor porcentaje de SQT (35%) en comparación con el grupo con pareja. (Ver tabla 35).

**Tabla 35. Asociación entre variables socio demográficas y Síndrome de Quemarse por el Trabajo**

		Total		
--	--	-------	--	--

		Sin SQT		Con SQT				prueba	p
		n	%	n	%	n	%		
<b>Sexo</b>	Masculino	23	71.9	9	28.1	32	100.0%	Fisher= 1.00	.558
	Femenino	17	73.9	6	26.1	23	100.0%		
Total		40	72.7	15	27.3	55	100.0		
<b>Grupo de edad</b>									
de 24 a 34 años		18	62.1	11	37.9	29	100.0	X2= 3.513	.057
35 a 59 años		22	84.6	4	15.4	26	100.0		
Total		40	72.7	15	27.3	55	100.0		
<b>Escolaridad</b>									
Licenciatura		19	65.5	10	34.5	29	100.0	Fisher=1.72	.406
Especialidad		15	83.3	3	16.7	18	100.0		
Posgrado		6	75.0	2	25.0	8	100.0		
Total		40	72.7	15	27.3	55	100.0		
<b>Estado Civil</b>									
Soltero		13	65.0	7	35.0	20	100.0	Fisher=1.006	3.14
Con pareja		22	75.9	7	24.1	29	100.0		
Total		40	72.7	15	27.3	55	100.0		

\* p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

### Estado Civil y Subescalas de SQT

En la asociación entre estado civil y desgaste psíquico, se encontró diferencias estadísticamente significativas (Fisher, 9.42, gl =6, p= .035), donde el grupo de solteros presentó el mayor porcentaje de desgaste muy alto (55%), en comparación con el grupo con pareja (Ver tabla 36).

**Tabla 36. Relación entre estado civil y desgaste psíquico.**

		Desgaste Psíquico								Prueba	p
		Bajo		Medio		Alto		Muy alto			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Estado Civil	Soltero	0	0	1	5	8	40	11	55	Fisher, p= .035 9.42	
	Con pareja	0	0	5	17	10	34	14	48		
	Total	1	2	6	11	18	33	30	55		

\* p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.

### Sexo y Subescalas de Síndrome de Quemarse en el Trabajo.

En cuanto a la asociación entre *ilusión* y sexo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Fisher, 2.84, gl=2, p= .250), aunque las mujeres presentan mayor porcentaje de ilusión muy baja (82%) en comparación con los hombres (72%).

En relación al *desgaste psíquico* y el sexo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Fisher, 10.26, gl=3, p= .015) el grupo que presentó mayor porcentaje de desgaste muy alto fue el grupo de mujeres (65.2 %).

Al comparar *desencanto* y sexo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Fisher, 2.73, gl=3, p=2.48). El grupo que presentó mayor porcentaje con alto desencanto fue el grupo de hombres (40.6 %).

Al analizar *culpa* y sexo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Fisher, 2.90, gl=2, p= 2.89), los porcentajes de culpa muy alta fue similar entre hombre y mujeres. (71.9 %) Ver tabla 37.

**Tabla 37. Variable de sexo y su asociación con Síndrome de Quemarse en el Trabajo y sus componentes.**

	Ilusión				Prueba	p
	Muy Baja	Baja	Media			

		n	%	n	%	n	%		
<b>Sexo</b>	Masculino	23	71.9	5	15.6	4	12.5	Fisher = 2.84	p .250
	Femenino	19	82.6	4	17.4	0	0.0		
Total		42	76.4	9	16.4	4	7.3		

		Desgaste psíquico								Prueba	p
		Bajo		Medio		Alto		Muy alto			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>Sexo</b>	Masculino	1	31	1	3.1	15	46.9	15	46.9	Fisher 10.26	.015**
	Femenino	0	0.0	5	21.7	3	13.0	15	65.2		
Total		1	1.8	6	10.9	18	32.7	30	54.5		

\*\*p<.01

		Desencanto								Prueba	p
		Bajo		Medio		Alto		Muy alto			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>Sexo</b>	Masculino	1	3.1	8	25.0	10	31.2	13	40.6	Fisher = 2.73	2.48
	Femenino	1	4.3	6	26.1	11	47.8	5	21.7		
Total		2	3.6	14	25.5	21	38.2	18	32.7		

		Culpa						Prueba	p
		Medio		Alto		Muy alto			
		n	%	n	%	n	%		
<b>Sexo</b>	Masculino	5	15.6	23	71.9	4	12.5	Fisher = 2.90	2.89
	Femenino	8	34.8	12	52.2	3	13.0		
Total		13	23.6	35	63.6	7	12.7		

### Grupo de Edad y Subescalas de Síndrome de Quemarse en el Trabajo

Se analizó la relación entre grupo de edad y las subescalas de SQT.

Entre la asociación entre la *ilusión* y el grupo de edad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Fisher, .938, gl=2, P .720)

Entre la asociación entre *desgaste psicológico* y el grupo de edad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Fisher, 2.280, gl=3, p= .575) el grupo que se presenta con mayor desgaste psíquico es el grupo de 35 a 59 años (62.1%).

En la asociación entre *desencanto* y el grupo de edad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Fisher, 4.157, gl=3, p= .205). El grupo que se presenta con mayor porcentaje de desencanto alto es el grupo de 24 a 34 años (62.1%). Entre la asociación entre culpa y el grupo de edad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Fisher, 3.97, gl=2, p.142) el grupo con mayor porcentaje de alta culpa es el grupo de 35 a 59 años (65.4%) Ver tabla 38.

**Tabla 38. Asociación entre Grupo de edad y relación con presencia de Síndrome de Quemarse en el Trabajo y subescalas (Ilusión, Desgaste psíquico, desencanto y culpa)**

		Ilusión							
		Muy Baja		Baja		Media		Prueba	p
		n	%	n	%	n	%		
Grupo de edad	De 24 a 34 años	21	72.4	5	17.2	3	10.3		
	De 35 a 59 años	21	88.4	4	15.4	1	3.8	Fisher, .938	p.720
<b>Total</b>		42	76.4	9	16.4	4	7.3		
		Desgaste psíquico							

		Bajo		Medio		Alto		Muy Alto		Prueba	p		
		n	%	n	%	n	%	n	%				
Grupo de edad	De 24 a 34 años	0	0	3	10.3	8	27.6	18	62.1	Fisher: 2.280	p .575		
	De 35 a 59 años	1	3.8	3	11.5	10	38.5	12	46.2				
<b>Total</b>		1	1.8	6	10.9	18	32.7	30	54.5				
<b>Desencanto</b>													
		Bajo		Medio		Alto		Muy Alto		Prueba	p		
		n	%	n	%	n	%	n	%				
Grupo de edad	De 24 a 34 años	2	6.9	6	20.7	9	31	12	41.1	Fisher: 2.280	p .575		
	35 a 59 años	0	0	8	30.8	12	46.2	6	23.1				
<b>Total</b>		2	3.6	14	25.5	21	38.2	18	32.7				
<b>Culpa</b>													
		Medio		Alto		Muy Alto		Prueba	p				
		n	%	n	%	n	%						
Grupo de edad	De 24 a 34 años	5	17.2	18	62.1	6	20.7	Fisher, 3.97	p .142				
	35 a 59 años	8	30.8	17	65.4	1	3.8						
<b>Total</b>		13	23.6	35	63.6	7	12.7						

En la asociación entre el último grado de estudios e ilusión, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Fisher, 2.807, gl=4, p= .640) mostrando porcentajes muy similares de baja ilusión-

Con respecto a la asociación entre el último grado de estudios y la asociación con desgaste psicológico, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Fisher, 5.963,  $gl=6$ ,  $p=.393$ ), aún así se presenta un desgaste psicológico muy alto a nivel posgrado (62.5 %).

En cuanto a la asociación entre el último grado de estudios y la asociación con componente desencanto, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Fisher, 6.661,  $gl=6$ ,  $p=.304$ ) aún así existe presencia alta de desencanto a nivel especialidad (50.0%).

Y entre la asociación entre el último grado de estudios y la asociación con componente culpa, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Fisher, 4.738,  $gl =4$ ,  $p= 3.14$ ) sin embargo, el porcentaje más alto de culpa muy alta fue a nivel especialidad (83.3%) Ver tabla 39.

**Tabla 39. Asociación con el último grado de estudios y su relación con Síndrome de Quemarse en el Trabajo y componentes.**

Ilusión y último grado de estudios	

		Muy baja		Baja		Media		Prueba	p		
		n	%	n	%	n	%				
Último grado de estudios	Licenciatura	22	75.9	4	13.8	3	10.3	Fisher: 2.807	p .640		
	Especialidad	14	77.8	4	22.2	0	0				
	Posgrado	6	75	1	12.5	1	12.5				
<b>Total</b>		42	76.4	9	16.4	4	7.3				
<b>Desgaste psíquico</b>											
		Bajo		Mediano		Alto		Muy alto		Prueba	p
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Último grado de estudios	Licenciatura	0	0	5	17.2	7	24.1	17	58.6	Fisher, 5.963	p .304
	Especialidad	1	5.6	1	5.6	8	44.4	8	44.4		
	Posgrado	0	0	0	0	3	37.5	5	62.5		
<b>Total</b>		1	1.8	6	10.9	18	32.7	30	54.5		
<b>Desencanto</b>											
		Bajo		Mediano		Alto		Muy alto		Prueba	p
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Último grado de estudios	Licenciatura	2	6.9	6	20.7	8	27.6	13	44.8	Fisher, 6.661	p .304
	Especialidad	0	0	6	33.3	9	50	3	16.7		
	Posgrado	0	0	2	25	4	50	2	25		
<b>Total</b>		2	3.6	14	25.5	21	38.2	18	32.7		
<b>Culpa</b>											
		Medio		Alto		Muy alto		Prueba	p		
		n	%	n	%	n	%				
Último grado de estudios	Licenciatura	9	31	15	51.7	5	17.2	Fisher, 4.738	p= .314		
	Especialidad	2	11.1	15	86.3	1	5.6				
	Posgrado	2	25	5	62.5	1	12.5				

<b>Total</b>	13	23.6	35	63.6	7	12.7		
--------------	----	------	----	------	---	------	--	--

### Ansiedad y presencia de SQT

Entre la asociación entre presencia de SQT y ansiedad se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Fisher .004, gl =1, p= .003). El mayor porcentaje de ansiedad se presentó en el grupo con SQT (67%) ver tabla 40.

**Tabla 40. Presencia de Síndrome de Quemarse en el Trabajo y su asociación con ansiedad.**

		Ansiedad		Prueba	p
		Ansiedad	Sin Ansiedad		
Con SQT	Sin SQT	n	9		
		%	23		
	Con SQT	n	10		
		%	67		
Total		n	19	Fisher .004	p= .003
		%	35		

\* p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

Entre la asociación entre ilusión y ansiedad se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Fisher, 5.72 gl =2, p= .05). Presencia de ansiedad e ilusión (75%) Ver tabla 41.

**Tabla 41. Componente de síndrome de Quemarse en el trabajo, ilusión y su relación con ansiedad.**

		Sin ansiedad		Ansiedad		Prueba	p
		n	%	n	%		
Ilusión	Muy baja	31	74	11	26		

	Baja	4	44	5	56	Fisher, 5.72	p= .05
	Media	1	25	3	75		
Total		36	66	19	35		

\* p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

En relación entre la asociación entre autoeficacia y ansiedad no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Fisher, .28 gl =1, p= .21) Ver tabla 42.

**Tabla 42. Relación entre autoeficacia y la presencia de ansiedad.**

		Ansiedad					
		Sin ansiedad		Con ansiedad		Prueba	p
		n	%	n	%		
Autoeficacia	Baja	5	50	5	50	Fisher, .28	p= .21
	Normal	31	69	14	31		
Total		36	66	19	35		

Entre la asociación entre desgaste psíquico y presión arterial sistólica normal si se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Fisher 14.232, gl =6, p= .004) en donde la presencia de desgaste psíquico medio se encuentra relación con pre hipertensión. (33%). Ver tabla 43.

### Indicadores de Riesgo Cardiovascular y Asociaciones

**Tabla 43. Presencia de desgaste psíquico y alteración en indicador de riesgo cardiovascular presión arterial sistólica.**

		Presión arterial sistólica						Prueba	p
		Normal		Pre-hipertensión		Hipertensión			
		n	%	n	%	n	%		
Desgaste psíquico	Bajo	0	0	0	0	1	1	Fisher 14.232	p= .004
	Medio	4	67	2	33	0	0		
	Alto	17	94	1	6	0	0		
	Muy alto	27	90	3	10	0	0		
Total		48	87	6	11	1	2		

\*p <.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

Al analizar si la presencia de SQT se asociaba con la presión arterial diastólica. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Fisher .779, gl =2, p= 1.00) los médicos estudiados que presentaron SQT presentaron cifras tensionales de presión arterial diastólica normal (93%). En relación con presión arterial sistólica No se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Fisher .732, gl =2, p=.757) los médicos estudiados que presentaron SQT presentaron cifras tensionales de presión arterial sistólica normal (93%).

Entre la asociación entre presencia de SQT e índice de masa corporal no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Fisher .1734, gl =3, p= .686) los médicos presentaron porcentajes similares de obesidad.

Con respecto a la asociación entre SQT e índice cintura cadera, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Fisher 1.00, gl =1, p= .575) la presencia de SQT está relacionada a alteraciones en índice cintura cadera anormal en un (53%).

En este grupo solo se encontró asociación entre presencia de SQT y nivel de prediabetes (Fisher 4.5 Fisher 4.5, gl =1, p= .034) donde los médicos con mayor porcentaje de SQT presentan prediabetes (46%) ver tabla 44.

**Tabla 44. Indicadores de riesgo cardiovascular en relación a la presencia de síndrome de quemarse en el trabajo (SQT) y componentes del síndrome.**

		Presión arterial diastólica						Prueba	p
		Normal		Pre-hipertensión		Hipertensión			
		n	%	n	%	n	%		
SQT	Sin SQT	37	93	1	3	2	5	Fisher .779	p= 1.00
	Con SQT	14	93	0	0	1	7		
Total		51	93	1	2	3	6		

		Presión arterial sistólica							
		Normal		Pre-hipertensión		Hipertensión		Prueba	p
		n	%	n	%	n	%		
SQT	Sin SQT	34	85	5	13	1	3	Fisher .732	p= .757
	Con SQT	14	93	1	7	0	0		
Total		48	87	6	11	1	2		
		Índice de masa corporal IMC							
		Normal		Sobrepeso		Obesidad		Prueba	p
		n	%	n	%	n	%		
SQT	Sin SQT	6	15	18	45	15	38	Fisher .1.734	p= .686
	Con SQT	4	27	5	33	6	40		
Total		10	18	23	42	21	38		
		Índice Cintura Cadera ICC							
		Normal		Anormal		Prueba	p		
		n	%	n	%				
SQT	Sin SQT	18	45	22	55	Fisher 1.00	p= .575		
	Con SQT	7	47	8	53				
Total		25	46	30	55				
		Glucosa capilar							
		Normal		Pre-diabetes		Prueba	p		
		n	%	n	%				
SQT	Sin SQT	33	83	7	18	Fisher 4.5	p= .034		
	Con SQT	8	53	7	46				
Total		41	75	14	26				

\* P=<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

### Alteraciones del Sueño.

En la asociación entre presencia de SQT y alteraciones del sueño se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Fisher .8.641,  $gl = 2$ ,  $p = .010$ ) pero el mayor porcentaje de alteraciones del sueño bajo se presentó en el grupo con SQT (80%) ver tabla 45.

**Tabla 45. Presencia de Síndrome de Quemarse en el Trabajo y su asociación con alteraciones del sueño.**

		Alteraciones del sueño						Prueba	p
		Bajo		Moderado		Grave			
		n	%	n	%	n	%		
SQT	Sin SQT	14	35	19	48	7	18	Fisher .8.641	p= .010
	Con SQT	12	80	3	20	0	0		
Total		26	47	22	40	7	13		

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

En la asociación entre desgaste psíquico y alteraciones del sueño se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Fisher 18.758,  $gl = 6$ ,  $p = .005$ ) donde el desgaste psíquico alto presentó el mayor porcentaje (61%) de alteración de sueño moderado. (Ver tabla 46).

**Tabla 46. Presencia de desgaste psíquico y presencia de alteraciones del sueño.**

		Interpretación del sueño						Prueba	p
		Bajo		Moderado		Grave			
		n	%	n	%	n	%		
Desgaste psíquico	Bajo	1	100	0	0	0	0	Fisher 18.758	p= .005
	Mediano	1	17	3	50	2	33		
	Alto	3	17	11	61	4	22		
	Muy alto	21	70	8	27	1	3		
Total		26	47	22	40	7	13		

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

En la asociación entre culpa y alteraciones del sueño se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Fisher 8.712, gl =4, p= .046) existe una asociación entre culpa media con alteración del sueño moderada (54%) ver tabla 47.

**Tabla 47. Componente de síndrome de Quemarse en el trabajo, culpa y su relación con presencia de alteraciones del sueño.**

		Interpretación del sueño						Prueba	p
		Bajo		Moderado		Grave			
		n	%	n	%	n	%		
Culpa	Media	4	31	7	54	2	15	Fisher 8.712	p= .046
	Alta	15	43	15	43	5	14		
	Muy alta	7	100	0	0	0	0		
Total		26	47	22	40	7	13		

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

#### **Autoeficacia y su asociación con SQT.**

Al analizar la asociación entre autoeficacia con presencia de SQT, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (50%) (Fisher, .115 gl =1, p= .086) La presencia de SQT en esta relacionada con autoeficacia normal (22.0 %) Aunque el mayor porcentaje de baja autoeficacia se dio en el grupo con SQT (50%) Ver tabla 48.

**Tabla 48. Relación entre autoeficacia y Síndrome de quemarse en el trabajo. (SQT)**

		Autoeficacia				Prueba	p
		Normal		Baja			
		n	%	n	%		
SQT	Sin SQT	35	78	5	50	Fisher, .115	p= .086
	Con SQT	10	22	5	50		
Total		40	73	15	27		

Al realizar la asociación entre autoeficacia y presión arterial sistólica, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Fisher, .613 gl =2, p= .1.00) Autoeficacia normal relacionada con presión arterial sistólica normal (86.7).

En la asociación entre autoeficacia y diastólica, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Fisher, 1.441 gl =2, p= .1.00) La Autoeficacia normal relacionada con presión arterial diastólica normal (93.3%).

Con respecto a la relación existente entre autoeficacia e IMC, se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Fisher, 11.023 gl =3, p= .018) la Autoeficacia baja relacionada está relacionada con el obesidad (70%).

Al comparar la asociación entre autoeficacia e índice cintura cadera (ICC), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Fisher, 1.000 gl =1, p= .5) se presentan similares porcentajes de ICC anormal y baja autoeficacia (50%).

Entre las variables de autoeficacia y glucosa, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Fisher, .012 gl =1, p= .12) La presencia de baja autoeficacia está relacionada con prediabetes. (60. %) Ver tabla 49.

**Tabla 49. Relación de Autoeficacia y Riesgos cardiovasculares (Tensión Arteral (sistólica/diastólica), Índice de masa corporal, IMC, Índice cintura cadera, ICC, Glucosa capilar)**

		Presión arterial sistólica						Prueba	p
		Normal		Pre-hipertensión		Hipertensión			
		n	%	n	%	n	%		
Autoeficacia	Baja	9	90	1	10	0	0	Fisher .613	p= .1.00
	Normal	39	87	5	11	1	2		
Total		48	87	6	11	1	2		
		Presión arterial diastólica						Prueba	p
		Normal		Pre-hipertensión		Hipertensión			
		n	%	n	%	n	%		
Autoeficacia	Baja	9	90	0	0	1	10	Fisher 1.441	p= .1.00
	Normal	42	93	1	2	2	4		
Total		51	93	1	2	3	6		
		Índice de masa corporal IMC						Prueba	p
		Normal		Sobrepeso		Obesidad			
		n	%	n	%	n	%		
<b>Autoeficacia</b>	Normal	7	16	23	51	14	31		

	Baja	3	30	0	0	7	70	Fisher	p= .018
								11.023	
Total		10	18	23	42	21	38		
		<b>Índice Cintura Cadera ICC</b>							
		<b>Normal</b>		<b>Anormal</b>		<b>Prueba</b>	<b>p</b>		
		n	%	n	%				
<b>Autoeficacia</b>	Normal	20	44	25	56				
	Baja	5	50	5	50	Fisher	p= .5		
Total		25	46	30	55	1.00			
		<b>Glucosa capilar</b>							
		<b>Normal</b>		<b>Pre-diabetes</b>		<b>Prueba</b>	<b>p</b>		
		n	%	n	%				
<b>Autoeficacia</b>	Normal	37	82	8	18				
	Baja	4	40	6	60	Fisher	p= .12		
Total		41	75	14	26	.012			

\* p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

## Equilibrio, Esfuerzo, Recompensa y Asociaciones

Respecto a la asociación entre equilibrio esfuerzo recompensa y presencia de SQT no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Fisher .35, gl =1, p=.224) pero se asoció un alto desequilibrio y presencia de SQT (32%) ver tabla 50.

**Tabla 50. Asociaciones entre equilibrio esfuerzo recompensa (ERI) y presencia de Síndrome de Quemarse en el Trabajo.**

		<b>ERI</b>					
		<b>Normal</b>		<b>Alto</b>		<b>Prueba</b>	<b>p</b>
		n	%	n	%		
<b>SQT</b>	Sin SQT	17	81	28	68		
	Con SQT	4	19	11	32	Fisher, .35	p= .224
Total		40	73	15	27		

En la asociación entre esfuerzo recompensa e índice cintura cadera se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Fisher .002, gl =1, p= .002) sin embargo, se presentó el mayor porcentaje de equilibrio normal en médicos con índice cintura cadera anormal (81%) ver tabla 51.

**Tabla 51. Asociaciones entre equilibrio esfuerzo recompensa (ERI) y su relación con indicador de riesgo cardiovascular índice cintura cadera. ICC.**

		Índice Cintura Cadera ICC					
		Normal		Anormal		Prueba	p
		n	%	n	%		
ERI	Normal	4	19	17	81	Fisher .002	p= .002
	Alto	21	62	13	38		
Total		30	55	25	46		

\* P<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

En la asociación entre equilibrio esfuerzo recompensa y desgaste psíquico se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Fisher 7.990, gl =3, p= .022) el mayor porcentaje de desgaste psíquico muy alto se asoció a un alto desequilibrio esfuerzo recompensa (65%) ver tabla 52.

**Tabla 52. Asociaciones entre equilibrio esfuerzo recompensa (ERI) y su relación con el Componente de síndrome de Quemarse en el trabajo, desgaste psíquico.**

		Desgaste Psíquico								Prueba	p
		Bajo		Medio		Alto		Muy alto			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
ERI	Normal	1	5	5	24	7	33	8	38	Fisher 7.990	p= .022
	Alto	0	0	1	3	11	32	22	65		
Total		1	2	6	0.11	18	33	30	55		

\* p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

En la asociación entre equilibrio esfuerzo recompensa y culpa se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Fisher 76.310,  $gl = 2$ ,  $p = .044$ ) el mayor porcentaje de culpa alta está relacionada con un desequilibrio esfuerzo recompensa alto (77%). Ver tabla 53.

**Tabla 53. Asociaciones entre equilibrio esfuerzo recompensa (ERI) y su relación con el Componente de síndrome de Quemarse en el trabajo, culpa.**

		Culpa						Prueba	p
		Media		Alta		Muy Alta			
		n	%	n	%	n	%		
<b>Equilibrio Esfuerzo Recompensa</b>	Normal	8	38	9	43	4	19	Fisher 76.310	p= .044
	Alto	5	15	26	77	3	9		
Total		13	24	35	64	7	13		

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

## 8. Discusión de resultados.

El objetivo general de este estudio planteó asociar el SQT con índices de riesgo cardiovascular, alteraciones de sueño y la presencia de alteraciones del ánimo; en el personal médico de una unidad médica de atención de primer nivel, planteándose que el síndrome de quemarse en el trabajo se relacionaría con alto riesgo cardiovascular, alteraciones en el sueño y la presencia de alteraciones en el ánimo.

Para el riesgo cardiovascular se tomaron los indicadores de tensión arterial, glucosa capilar, índice cintura cadera e índice de masa corporal. Para la tensión arterial, esta hipótesis no es aceptada ya que la presencia de SQT no se relacionó con la alteración de la presión arterial. El 93% de la población se encuentra con presión arterial normal tanto presión arterial sistólica como diastólica. Este resultado no coincide con otros

estudios (Tovalín-Ahumada & Gil-Monte, 2012) donde se observó una tendencia de presentar valores más altos de presión arterial sistólica y diastólica en presencia de SQT. Para los indicadores de grasa, el índice de masa corporal, la hipótesis no se cumplió. No se observa mayor porcentaje de personas con sobrepeso u obesidad en presencia de SQT. El sobrepeso se presentó en un 40 % de la población. En el caso del índice cintura cadera, tampoco se acepta la hipótesis, obteniendo que en presencia de SQT no se incrementó ese índice.

En relación con la glucosa capilar, se acepta la hipótesis pues se observó que en presencia de SQT, hay mayor frecuencia de personas con prediabetes. Este resultado coincide con otros estudios que señalan asociaciones significativas entre el síndrome de Burnout, niveles de glucosa, Índice de Masa Corporal, presión arterial (Toker S. , 2012). En cuanto a la *Asociación entre alto nivel de SQT y alteraciones del sueño*, donde la hipótesis indicaba, que en presencia de SQT habría mayor porcentaje de alteraciones de sueño, esta hipótesis no se acepta ya que la presencia de alteraciones del sueño no se presentó mayormente en el grupo con SQT. Sólo el 20 % de la población presentó alteraciones del sueño. A diferencia de lo que Miró señala, la tensión laboral y la calidad del sueño son predictores significativos de las distintas dimensiones del Burnout (Miró, Solanes, Martínez, Sánchez, & Rodríguez, 2007).

En *relación con la hipótesis sobre la relación entre alteración de ánimo ansiedad y presencia de SQT* esta es aceptada pues el mayor porcentaje del (67%) grupo con SQT presenta probable ansiedad. Caballero (2015) en un estudio indicó que el SQT está relacionado con la salud mental y con niveles relevantes de ansiedad, coincidiendo con los datos de este estudio (Caballero-Domínguez, 2015).

## Hipótesis particulares

Dentro de las hipótesis particulares se planteó que *más del 20% de la población estudiada presentaría SQT*, el resultado de esta investigación mostró que en los trabajadores del primer nivel de atención médica, se presentó una prevalencia del 27.3%. Aunque esta cifra fue menor a lo reportado en otras investigaciones (Miranda-Lara, Monzalvo-Herrera, & Hernández-Caballero, 2016), se acepta la hipótesis planteada.

También se realizó la hipótesis acerca de que *Los médicos de menor edad, el sexo femenino, los médicos con especialidad médica Y con mayor número de horas laboradas son más propenso a presentar el síndrome de quemarse en el trabajo en la unidad médica.*

Al respecto sobre la hipótesis *mayor prevalencia de SQT en población joven*. Se acepta la hipótesis. Ya que en los médicos más jóvenes (24 a 34 años) en el presente estudio se presentó mayor prevalencia de SQT en un 37.9%.

En cuanto a *Presencia de SQT y mayor prevalencia en sexo femenino*, se rechaza la hipótesis pues el sexo masculino presentó mayor porcentaje de presencia de SQT en comparación con el femenino con una prevalencia de 28.1% No concordando este estudio con lo reportado por otros estudios (Miranda-Lara, Monzalvo-Herrera, & Hernández-Caballero, 2016) en el área de enfermería, en donde se encontró mayor prevalencia de SQT en mujeres en un 90.1%.

Respecto de la hipótesis sobre *la presencia de SQT y médicos con especialidad médica*. Se rechaza la hipótesis pues no se encontraron diferencias significativas por escolaridad, Un porcentaje mayor de SQT se encuentra con nivel licenciatura pero no con especialidad médica. A diferencia del estudio que realizó Moreno-Pando (Pando-Moreno, Castañeda-Torres , & Gregoris-Gómez, 2006) en donde se encontró la presencia de SQT y el nivel

licenciatura en una presencia de 46.2%, un 47.8%, habían realizado estudios de maestría y sólo el 3.3% poseía el grado de Doctor.

*En una de las hipótesis particulares se planteó si la presencia de Autoeficacia se asocia con la disminución de SQT. Los resultados no fueron estadísticamente significativas pues la baja autoeficacia estuvo con el mismo porcentaje en el grupo con o sin SQT, por lo que la hipótesis no es aceptada.*

También se consideró que *iba haber menor porcentaje de riesgo cardiovascular con autoeficacia alta*. En relación con los indicadores cardiovasculares de tensión arterial no se observa que una mejor autoeficacia se relacione con menor porcentaje de riesgo cardiovascular bajo, de modo que la hipótesis no es aceptada.

*En relación al IMC y a la presencia de autoeficacia*. Se acepta esta hipótesis ya que el mayor porcentaje de alteraciones en el IMC (obesidad 70 %) se dio en el grupo con baja autoeficacia. Como lo señala Solange a una mayor autoeficacia se asocia con un menor conflicto para tomar la decisión de bajar de peso. Este hallazgo es similar a los resultados de los estudios de auto eficacia como predictor de éxito para bajar de peso, de intención para alimentarse saludablemente y realizar actividad física. (Solange Campos & Pérez E., 2007).

Los resultados entre *autoeficacia baja y su relación entre alteraciones en el ICC*, no se cumplió esta relación el 50% de la población presenta autoeficacia baja y alteración anormal en ICC. A diferencia de lo que demostró Yolanda Campos; demostrando la disminución del riesgo cardiovascular; haciendo evidente que los procesos autorregulación emprendidos por los participantes, incidieran en los hábitos que más causan daño a la salud. La reducción del ICC es uno de los resultados más prometedores

de este taller. (Campos Uscanga, Arguelles Nava, Vázquez Martínez , & Ortiz León, 2014).

Y en relación a *autoeficacia baja y presencia de alteraciones de glucosa capilar en este estudio se observó que en el grupo de médicos con prediabetes tenían el mayor porcentaje de autoeficacia baja (60%). Por lo cual se acepta la hipótesis.* Estudios similares como el de Terrazas Meraz y Cols. Han mostrado que la autoeficacia alta predice los cambios en los hábitos de vida, el bienestar emocional se relacionó significativamente, encontrando una relación marginal con la glucosa en sangre. (Terrazas, Hernandez, Arizmendi, Tapia, & Ortega, 2015).

*Otra hipótesis planteó que a mayor autoeficacia disminuye la presencia de ansiedad,* en este estudio se encontró la relación entre estas dos variables donde a mayor porcentaje de autoeficacia adecuada, menor es la presencia de ansiedad. Aceptando la hipótesis. En un estudio relacionado, Quintero demostró que los niveles de ansiedad ante las ciencias, están inversamente relacionados con la percepción de autoeficacia general, por lo que al aumentar esta última, disminuyen los niveles de ansiedad ante las ciencias y viceversa. (Quintero, Pérez, & Correa, 2009).

En otra hipótesis se esperaba que *el alto estrés laboral (Índice Esfuerzo-Recompensa) se asociara con la presencia de Síndrome de quemarse en el trabajo.* Esta Hipótesis es rechazada pues un mayor porcentaje de alto estrés no se relaciona con los médicos con SQT en presente estudio. En un estudio realizado en trabajadores de servicios de la salud en Chile, donde evaluaron el desequilibrio esfuerzo recompensa y salud mental, reportando que el 12% de los trabajadores tienen mala salud mental (Capena C, 2008). Sin embargo; Si se asoció las subescalas de desgaste psíquico y culpa.

En relación a la hipótesis acerca de un *desequilibrio esfuerzo recompensa alto y riesgo cardiovascular*. La presencia de *Desequilibrio alto y alteraciones en ICC* no se asoció en este estudio de modo que la Hipótesis no aceptada.

## 8.1 Limitaciones

---

Este estudio es una aproximación del problema real dentro de una institución, mejoraría si la participación de los médicos fuera un poco más activa ya que el ámbito médico es muy cerrado y poco se presta para este tipo de estudios en su convencimiento, para así poder hacer un estudio más amplio de lo que está pasando,

Por las actividades múltiples del médico no se me permitió realizar una toma adecuada de glucosa capilar en ayunas, sobre todo al turno de la tarde por que el ayuno es prolongado y no todos los médicos cuentan con un glucómetro para realizar su chequeo. El tiempo destinado para realizar cuestionario, toma de glucosa, medidas de peso y talla y valoración del índice cintura cadera con sólo dos personas de apoyo no fue suficiente para realizar el estudio, ya que el médico realiza múltiples actividades y se estaba destinando un tiempo muy por fuera de su jornada laboral lo que a algunos médicos les disgustó. Así que sería bueno realizar el estudio por periodos pausados y con calma ya que se está hablando de SQT sin dejar de entender que el médico vive en constante estrés laboral por el poco tiempo que se le da para la atención médica y no se presta mucho tiempo para este tipo de estudios.

Una de las principales limitaciones como investigador fue el acceso a las personas en las cuales se realizó el estudio ya que durante la búsqueda del lugar en donde se realizaría el estudio. Fue denegado en dos ocasiones poder realizar la investigación solicitando recabar firmas para realizar el estudio.

Debería las autoridades institucionales permitir mayor accesibilidad de la participación para estos estudios ya que es información que servirá para el personal sanitario que labora en el instituto para realizar mejoras laborales.

## **8.2 Sugerencias**

---

Realmente se vuelve importante que una institución de salud pública que da atención tenga presente esta enfermedad que aún no lo es conocida del todo en el ambiente medico; ya que si el medico se encuentra bajo ya un estrés crónico la forma de atención hacia sus pacientes puede cambiar y perjudicar la salud de los pacientes ya que su trabajo no lo está valorando de forma adecuada y pone en peligro la salud del paciente lo que puede llevar también a un mal trato hacia este mismo.

Es importante para salud del médico que se realicen una serie de estudios no únicamente físicos, al contrario de salud mental para que se identifiquen a tiempo las afecciones que se pueden asociar al estrés, ansiedad y alteraciones del sueño y así sus fuentes que lo están generando, y tomar medidas para reducir el impacto en el ámbito laboral y mental, para que se tenga una mejor atención no únicamente hacia el paciente sino una atención psicológica a tiempo antes de desarrollar afecciones mentales y físicas que se puedan atender apropiadamente, para proporcionar una mejor consulta y por lo tanto se refleje en la salud también del paciente y en la salud de la institución en donde se labora.

## 9. Anexo

---

# CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

<b>Nombre del estudio: Presencia de Síndrome del quemado en médicos de primer contacto y alteraciones cardiovasculares, del sueño y del Ánimo.</b>	
<b>JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO DEL ESTUDIO</b>	Se me explicó que el proyecto sobre “Presencia de Síndrome del quemado en médicos de primer contacto y alteraciones cardiovasculares, del sueño y del ánimo” tiene como objetivo el identificar a los trabajadores del área médica en primer contacto con los pacientes de la presencia de síndrome de quemarse en el trabajo y con esto identificar posibles alteraciones cardiovasculares, de ánimo y sueño que pudieran presentar en los trabajadores, con el fin de realizar investigación en salud en el trabajo.
<b>PROCEDIMIENTOS</b>	Entiendo que si decido participar debo contestar un cuestionario con preguntas sobre algunos datos laborales y personales, sobre mi estado de salud y que se me realizara la toma de mi tensión arterial, peso, estatura, glucosa sérica y perímetro de cintura. Después de las tomas se me indicará si tengo algún problema de salud.
<b>POSIBLES RIESGOS Y MOLESTIAS</b>	Acepto que la encuesta no me causará molestias y mi información será <b>CONFIDENCIAL</b> , solo el investigador conocerá mis datos. El área administrativa del lugar en donde trabajo no tendrá acceso a

	mis datos personales. La toma de Tensión arterial, Peso, estatura, toma de glucosa capilar y perímetro cintura cadera no me causaran molestias.
<b>POSIBLES BENEFICIOS QUE RECIBIRÁ AL PARTICIPAR EN EL ESTUDIO</b>	Se realizará un reporte particular en caso de requerir y saber de su estado de salud de forma personalizada y confidencial, esto con el objetivo de realizar promoción de mis condiciones de trabajo y salud.
<b>PARTICIPACIÓN O RETIRO</b>	Se me ha dicho que mi participación es voluntaria y que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente y solicitar que mis datos personales sean eliminados del estudio. Mi retiro no tendrá ninguna repercusión.
<b>PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD</b>	Me han informado que mis datos de identidad y personales serán confidenciales y que no se usarán en presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio. Los investigadores sólo podrán usar los resultados generales del conjunto de trabajadores evaluados.
<b>BENEFICIOS AL TÉRMINO DEL ESTUDIO</b>	Los investigadores se comprometen a que si yo lo solicito se me entregará un resumen de los principales resultados y recomendaciones del resultado de mi participación en el proyecto
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse al directamente aplicador de la encuesta, Médico Cirujano Jorge A. Bolaños Fonseca,	

responsable de la encuesta. Al teléfono móvil 55 40943832 o al correo electrónico [bolanos.j@icloud.com](mailto:bolanos.j@icloud.com)

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_ , a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento informado

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN

<b>P1.</b> Nombre (Sólo Iniciales):	<b>P3.</b> Edad (años cumplidos):
<b>P2.</b> Sexo: (1) Hombre (2) Mujer	<b>P4.</b> Estado civil: (1). Soltero (2). Divorciado (3). Unión libre (4). Casado (5). Viudo (6). Separado
<b>P5.</b> No. De hijos:	<b>P6.</b> Último grado de estudios: (1) Licenciatura (2) Especialidad (3) Maestría (4) Doctorado
<b>P7.</b> Cuenta con especialidad médica: (1).Si (2).No	
<b>P8.</b> Cual(es):	

Si desea conocer los resultados de este estudio, indique el correo al que se le harán llegar:

## DATOS LABORALES

<b>P9.</b> Tipo de contratación: (1). 08 (2). 02 (3). Base	<b>P10.</b> Turno: (1) Matutino (2) Vespertino
<b>P11.</b> Antigüedad en el trabajo (en años):	<b>P12.</b> Número de horas trabajadas al día:
<b>P13.</b> Número de pacientes que atiende por día trabajo:	<b>P14.</b> Tiene otro trabajo como médico: (1).Si (2).No
<b>P15.</b> ¿Realiza funciones administrativas dentro de la institución? (1). Si (2).No	

**TODA TU INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL. PUEDES RETIRARTE DEL ESTUDIO  
EN EL MOMENTO QUE LO DECIDAS**

A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones sobre tu trabajo, señala la frecuencia con que ocurre

<b>P16.</b> Mi trabajo me supone un reto estimulante.	<b>0.</b> <b>Nunca</b>	<b>1.Raramente:</b> <b>algunas veces al año</b>	<b>2. A veces:</b> <b>algunas veces al mes</b>	<b>3.Frecuente:</b> <b>algunas veces por semana</b>	<b>4. Muy frecuente:</b> <b>todos los días</b>
<b>P17.</b> No tengo ganas de atender a algunos pacientes.	<b>0.</b> <b>Nunca</b>	<b>1.Raramente:</b> <b>algunas veces al año</b>	<b>2. A veces:</b> <b>algunas veces al mes</b>	<b>3.Frecuente:</b> <b>algunas veces por semana</b>	<b>4. Muy frecuente:</b> <b>todos los días</b>
<b>P18.</b> Creo que muchos pacientes son insoportables.	<b>0.</b> <b>Nunca</b>	<b>1.Raramente:</b> <b>algunas veces al año</b>	<b>2. A veces:</b> <b>algunas veces</b>	<b>3 Frecuente:</b> <b>algunas veces por semana</b>	<b>4. Muy frecuente:</b> <b>todos los días</b>
<b>P19.</b> Me preocupa el trato que he dado a algunos	<b>0.</b> <b>Nunca</b>	<b>1.Raramente:</b> <b>algunas veces al año</b>	<b>2. A veces:</b> <b>algunas veces al mes</b>	<b>3.Frecuente:</b> <b>algunas veces por semana</b>	<b>4. Muy frecuente:</b> <b>todos los días</b>

pacientes en el trabajo.					
<b>P20.</b> Veo mi trabajo como una fuente de realización personal.	<b>0. Nunca</b>	<b>1.Raramente: algunas veces al año</b>	<b>2. A veces: algunas veces al mes</b>	<b>3.Frecuente: algunas veces por semana</b>	<b>4. Muy frecuente: todos los días</b>
<b>P21.</b> Creo que los familiares de los pacientes son unos pesados.	<b>0. Nunca</b>	<b>Raramente: algunas veces al año</b>	<b>2. A veces: algunas veces al mes</b>	<b>3.Frecuente: algunas veces por semana</b>	<b>4. Muy frecuente: todos los días</b>
<b>P22.</b> Pienso que trato con indiferencia a algunos pacientes.	<b>0. Nunca</b>	<b>1.Raramente: algunas veces al año</b>	<b>2. A veces: algunas veces al mes</b>	<b>3.Frecuente: algunas veces por semana</b>	<b>4. Muy frecuente: todos los días</b>
<b>P23.</b> Pienso que estoy saturado/a por el trabajo.	<b>0. Nunca</b>	<b>1.Raramente: algunas veces al año</b>	<b>2. A veces: algunas veces al mes</b>	<b>3.Frecuente: algunas veces por semana</b>	<b>4. Muy frecuente: todos los días</b>

<b>P24.</b> Me siento culpable por alguna de mis actitudes en el trabajo.	<b>0.</b> <b>Nunca</b>	<b>1.Raramente:</b> <b>algunas veces al año</b>	<b>2. A</b> <b>veces:</b> <b>algunas veces al mes</b>	<b>3.Frecuente:</b> <b>algunas veces por semana</b>	<b>4. Muy frecuente:</b> <b>todos los días</b>
<b>P25.</b> Pienso que mi trabajo me aporta cosas positivas.	<b>0.</b> <b>Nunca</b>	<b>1.Raramente:</b> <b>algunas veces al año</b>	<b>2. A</b> <b>veces:</b> <b>algunas veces al mes</b>	<b>3.Frecuente:</b> <b>algunas veces por semana</b>	<b>4. Muy frecuente:</b> <b>todos los días</b>
<b>P26.</b> Me gusta ser irónico/a con algunos pacientes.	<b>0.</b> <b>Nunca</b>	<b>1.Raramente:</b> <b>algunas veces al año</b>	<b>2. A</b> <b>veces:</b> <b>algunas veces al mes</b>	<b>3.Frecuente:</b> <b>algunas veces por semana</b>	<b>4. Muy frecuente:</b> <b>todos los días</b>
<b>P27.</b> Me siento agobiado/a por el trabajo.	<b>0.</b> <b>Nunca</b>	<b>1.Raramente:</b> <b>algunas veces al año</b>	<b>2. A</b> <b>veces:</b> <b>algunas veces al mes</b>	<b>3.Frecuente:</b> <b>algunas veces por semana</b>	<b>4. Muy frecuente:</b> <b>todos los días</b>
<b>P28.</b> Tengo remordimientos por algunos de	<b>0.</b> <b>Nunca</b>	<b>1.Raramente:</b> <b>algunas veces</b>	<b>2. A</b> <b>veces:</b>	<b>3.Frecuente:</b> <b>algunas veces</b>	<b>4. Muy frecuente:</b>

mis comportamientos en el trabajo.		al año	algunas veces al mes	por semana	todos los días
<b>P29.</b> Etiqueto o clasifico a los pacientes según su comportamiento.	<b>0. Nunca</b>	<b>1.Raramente:</b> algunas veces al año	<b>2. A</b> veces: algunas veces al mes	<b>3.Frecuente:</b> algunas veces por semana	<b>4. Muy frecuente:</b> todos los días
<b>P30.</b> Mi trabajo me resulta gratificante.	<b>0. Nunca</b>	<b>1.Raramente:</b> algunas veces al año	<b>2. A</b> veces: algunas veces al mes	<b>3.Frecuente:</b> algunas veces por semana	<b>4. Muy frecuente:</b> todos los días
<b>P31.</b> Pienso que debería pedir disculpas a alguien por mi comportamiento en el trabajo.	<b>0. Nunca</b>	<b>1.Raramente:</b> algunas veces al año	<b>2. A</b> veces: algunas veces al mes	<b>3.Frecuente:</b> algunas veces por semana	<b>4. Muy frecuente:</b> todos los días
<b>P32.</b> Me siento cansado/a físicamente en el trabajo.	<b>0. Nunca</b>	<b>1.Raramente:</b> algunas veces al año	<b>2. A</b> veces: algunas veces	<b>3.Frecuente:</b> algunas veces por semana	<b>4. Muy frecuente:</b> todos los días

			<b>al mes</b>		
<b>P33.</b> Me siento desgastado/a emocionalmente.	<b>0. Nunca</b>	<b>1.Raramente:</b> algunas veces al año	<b>2. A</b> veces: algunas veces al mes	<b>3.Frecuente:</b> algunas veces por semana	<b>4. Muy frecuente:</b> todos los días
<b>P34.</b> Me siento ilusionado/a por mi trabajo.	<b>0. Nunca</b>	<b>1.Raramente:</b> algunas veces al año	<b>2. A</b> veces: algunas veces al mes	<b>3.Frecuente:</b> algunas veces por semana	<b>4. Muy frecuente:</b> todos los días
<b>P35.</b> Me siento mal por algunas cosas que he dicho en el trabajo.	<b>0. Nunca</b>	<b>1.Raramente:</b> algunas veces al año	<b>2. A</b> veces: algunas veces al mes	<b>3.Frecuente:</b> algunas veces por semana	<b>4. Muy frecuente:</b> todos los días
<b>P35b.</b> Desde hace cuánto sientes que lo que contestó pasa en su trabajo, hace: 1 Semanas ( ), 2 Meses ( ), 3 Años ( )					

A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones sobre cómo sueles responder ante los problemas o sobre cómo te afectan éstos. Señala que tanto ESTÁS DE ACUERDO con cada una de estas frases.

<b>P36.</b> Con frecuencia, debido a la cantidad de tareas que tengo, trabajo a un ritmo muy apurado.	<b>0. Muy en desacuerdo</b>	<b>1.En desacuerdo</b>	<b>2.De acuerdo</b>	<b>3.Muy de acuerdo</b>
<b>P37.</b> Me interrumpen o distraen con frecuencia en mi trabajo.	<b>0. Muy en desacuerdo</b>	<b>1.En desacuerdo</b>	<b>2.De acuerdo</b>	<b>3.Muy de acuerdo</b>
<b>P38.</b> Se me presiona para trabajar tiempo extra	<b>0. Muy en desacuerdo</b>	<b>1.En desacuerdo</b>	<b>2.De acuerdo</b>	<b>3.Muy de acuerdo</b>
<b>P39.</b> Últimamente se incrementa constantemente mi trabajo.	<b>0. Muy en desacuerdo</b>	<b>1.En desacuerdo</b>	<b>2.De acuerdo</b>	<b>3.Muy de acuerdo</b>
<b>P40.</b> Mis superiores o personas importantes me dan el reconocimiento que merezco.	<b>0. Muy en desacuerdo</b>	<b>1.En desacuerdo</b>	<b>2.De acuerdo</b>	<b>3.Muy de acuerdo</b>
<b>P41.</b> Se me trata injustamente en el trabajo	<b>0. Muy en desacuerdo</b>	<b>1.En desacuerdo</b>	<b>2.De acuerdo</b>	<b>3.Muy de acuerdo</b>

<b>P42.</b> Las oportunidades de promoción en mi trabajo son escasas.	<b>0. Muy en desacuerdo</b>	<b>1.En desacuerdo</b>	<b>2.De acuerdo</b>	<b>3.Muy de acuerdo</b>
<b>P43</b> Estoy soportando –o esperando– un empeoramiento de mis condiciones de trabajo (horario, carga laboral, salario, etc.).	<b>0. Muy en desacuerdo</b>	<b>1.En desacuerdo</b>	<b>2.De acuerdo</b>	<b>3.Muy de acuerdo</b>
<b>P44.</b> Mi puesto de trabajo está en peligro.	<b>0. Muy en desacuerdo</b>	<b>1.En desacuerdo</b>	<b>2.De acuerdo</b>	<b>3.Muy de acuerdo</b>
<b>P45.</b> Mi actual puesto está acorde con mi nivel de estudios y experiencia	<b>0. Muy en desacuerdo</b>	<b>1.En desacuerdo</b>	<b>2.De acuerdo</b>	<b>3.Muy de acuerdo</b>
<b>P46.</b> Si pienso en todo el trabajo y esfuerzo que he realizado, considero adecuado el reconocimiento que recibo.	<b>0. Muy en desacuerdo</b>	<b>1.En desacuerdo</b>	<b>2.De acuerdo</b>	<b>3.Muy de acuerdo</b>
<b>P47.</b> Si pienso en todo el trabajo y esfuerzo que he realizado, mis oportunidades	<b>0. Muy en desacuerdo</b>	<b>1.En desacuerdo</b>	<b>2.De acuerdo</b>	<b>3.Muy de acuerdo</b>

de ascender me parecen adecuadas.				
<b>P48.</b> Si pienso en todo el trabajo y esfuerzo que he realizado, mi sueldo me parece adecuado.	<b>0. Muy en desacuerdo</b>	<b>1.En desacuerdo</b>	<b>2.De acuerdo</b>	<b>3.Muy de acuerdo</b>
<b>P49.</b> Con frecuencia me siento abrumado porque me falta tiempo para terminar el trabajo.	<b>0. Muy en desacuerdo</b>	<b>1.En desacuerdo</b>	<b>2.De acuerdo</b>	<b>3.Muy de acuerdo</b>
<b>P50.</b> Muchos días me despierto con los problemas del trabajo en la cabeza.	<b>0. Muy en desacuerdo</b>	<b>1.En desacuerdo</b>	<b>2.De acuerdo</b>	<b>3.Muy de acuerdo</b>
<b>P51.</b> Al llegar a casa me olvido fácilmente del trabajo.	<b>0. Muy en desacuerdo</b>	<b>1.En desacuerdo</b>	<b>2.De acuerdo</b>	<b>3.Muy de acuerdo</b>
<b>P52.</b> Las personas más cercanas dicen que me sacrifico demasiado por mi trabajo.	<b>0. Muy en desacuerdo</b>	<b>1.En desacuerdo</b>	<b>2.De acuerdo</b>	<b>3.Muy de acuerdo</b>

<b>P53.</b> No puedo olvidarme del trabajo; incluso por la noche estoy pensando en él.	<b>0. Muy en desacuerdo</b>	<b>1.En desacuerdo</b>	<b>2.De acuerdo</b>	<b>3.Muy de acuerdo</b>
<b>P54.</b> Cuando aplazo algo que necesariamente tenía que hacer hoy no puedo dormir por la noche.	<b>0. Muy en desacuerdo</b>	<b>1.En desacuerdo</b>	<b>2.De acuerdo</b>	<b>3.Muy de acuerdo</b>

A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones sobre cómo sueles responder ante los problemas o sobre cómo te afectan éstos. Señala que tanto **ESTÁS DE ACUERDO** con cada una de estas frases.

	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>P55.</b> Cuando tengo problemas o contratiempos en mi vida me cuesta trabajo funcionar lo más normalmente posible	<b>Totalmente en Desacuerdo</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>Totalmente de Acuerdo</b>
<b>P56.</b> Cuando tengo problemas o contratiempos procuro que no afecten a mis	<b>Totalmente de Acuerdo</b>	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>

emociones, relaciones u otras esferas de mi vida					
<b>P57.</b> Cuando tengo problemas mi salud no se resiente notablemente	<b>Totalmente de Acuerdo</b>	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
<b>P58.</b> Cuando tengo problemas o contrariedades dudo de mi capacidad para afrontarlos eficazmente	<b>Totalmente en Desacuerdo</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>Totalmente de Acuerdo</b>
<b>P59.</b> Soy capaz de no exagerar los problemas y le doy su justo valor a las cosas	<b>Totalmente de Acuerdo</b>	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
<b>P60.</b> Cuando tengo problemas o contratiempos mi cuerpo lo resiente mucho y me noto inquieto o tenso	<b>Totalmente en Desacuerdo</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>Totalmente de Acuerdo</b>
<b>P61.</b> Para resolver un problema pongo en marcha todos los recursos que están a mi alcance	<b>Totalmente de Acuerdo</b>	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>

<b>P62.</b> Cuando tengo problemas o contrariedades no dejo de pensar en ellos y soy incapaz de prestar atención a otras cosas	<b>Totalmente en Desacuerdo</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>Totalmente de Acuerdo</b>
--	---------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	-----------------------	------------------------------

A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones sobre cómo duermes. Indique la frecuencia con la que se identifica

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>P63.</b> Duermes bien y te levantas descansado.	<b>Nunca</b>	<b>Rara vez</b>	<b>Frecuente.</b>	<b>Muy Frecuente.</b>
<b>P64.</b> Te cuesta trabajo dormirte.	<b>Muy Frecuente</b>	<b>Frecuente.</b>	<b>Rara vez</b>	<b>Nunca</b>
<b>P65.</b> Te despiertas varias veces durante el sueño.	<b>Muy Frecuente</b>	<b>Frecuente.</b>	<b>Rara vez</b>	<b>Nunca</b>
<b>P66.</b> Te levantas en la mañana con la sensación de una noche mal dormida	<b>Muy Frecuente</b>	<b>Frecuente.</b>	<b>Rara vez</b>	<b>Nunca</b>
<b>P67.</b> Te mantienes con sueño durante el día.	<b>Muy Frecuente</b>	<b>Frecuente.</b>	<b>Rara vez</b>	<b>Nunca</b>
<b>P68.</b> Utilizas pastillas para dormir.	<b>Muy Frecuente</b>	<b>Frecuente.</b>	<b>Rara vez</b>	<b>Nunca</b>

<b>P69.</b> Duerme mucho y siete que no descansó.	<b>Muy Frecuente</b>	<b>Frecuente.</b>	<b>Rara vez</b>	<b>Nunca</b>
<b>P70.</b> Duerme 6 o menos horas al día.	<b>Muy Frecuente</b>	<b>Frecuente.</b>	<b>Rara vez</b>	<b>Nunca</b>
<b>P71.</b> Ronca	<b>Muy Frecuente</b>	<b>Frecuente.</b>	<b>Rara vez</b>	<b>Nunca</b>
<b>P72.</b> Por lo regular ¿cuántas horas duermes?  Número:				

Marque con una "X" si alguna vez dentro de su jornada laboral ha presentado los siguientes síntomas:

<b>P73.</b> ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	<b>1.Sí</b>	<b>2.No</b>
<b>P74.</b> ¿Ha estado muy preocupado por algo?	<b>1.Sí</b>	<b>2.No</b>
<b>P75.</b> ¿Se ha sentido muy irritable?	<b>1.Sí</b>	<b>2.No</b>
<b>P76.</b> ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	<b>1.Sí</b>	<b>2.No</b>
<b>P77.</b> ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	<b>1.Sí</b>	<b>2.No</b>
<b>P78.</b> ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	<b>1.Sí</b>	<b>2.No</b>
<b>P78.</b> ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	<b>1.Sí</b>	<b>2.No</b>
<b>P79.</b> ¿Ha estado preocupado por su salud?	<b>1.Sí</b>	<b>2.No</b>

<b>P80.</b> ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	<b>1.Sí</b>	<b>2.No</b>
<b>P81.</b> ¿Se ha sentido con poca energía?	<b>1.Sí</b>	<b>2.No</b>

## DATOS CLÍNICOS

<b>P82.</b> Peso:	<b>P83.</b> Estatura:	<b>P84.</b> Cintura	<b>P85.</b> Cadera:
<b>P86.</b> Glucosa capilar:	<b>P87.</b> Ayuno: Sí / No		<b>P88.</b> Horas de ayuno:
Tensión arterial	<b>1ª.</b>	<b>2ª.</b>	<b>3ª.</b> <b>Promedio</b>
<b>P89.</b> Sistólica			
<b>P90.</b> Diastólica			

**GRACIAS, QUE TENGAS UN BUEN DÍA.**

## Bibliografía

---

A. Kraus, "Burnout": ¿una epidemia diferente?.". (2013). Retrieved from

<http://www.eluniversalmas.com.mx/editoriales/2013/02/62948.php>,2013

Accreditation Council for Graduate Medical Education. (2011, Junio). *Statement of Justification/impact for the Final Approval of Common Standards Related to*

*Resident Duty Hour Chicago*. Retrieved from ACGME:

<http://www.acgme.org/DutyHours/ImpactStatement.pdf>

Aceves, G. (2006). Síndrome Burnout. *Archivos de Neurociencias*, 11(4), 305-309.

ACGME. (2011). *ACGME Response to the patient and Physician Safety and Protection Act of 2011*. Chicago, Illinois: Chicago: Accreditation Council for Graduate Medical Education. Retrieved from Chicago: Accreditation Council for Graduate Medical Education 2001.

Aranda Beltrán , C. (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(1), 15-21.

Aranda-Beltrán, C. (2012). Diferencias por sexo, síndrome de Burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud. *Rev. Costarric Salud Pública*, 15(29), 1-7.

Aranda-Beltrán, C., Pando-Moreno, M., Torres-López, T., Salazar-Estrada, J., & Adrete-Rodríguez, M. (2005 , Consultado agosto 2010). Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. *Rev. Cubana Salud Pub*.

Bandura , A. (1977). Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84, 191-215.

Bandura , A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall, Inc.

Bandura , A. (1991). Self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Medien Psychology*, 2, 23-43.

Bandura , A., Cioffi, D., Taylor, B., & Brovillard, M. (1988). Perceived Self-Efficacy in Coping with Cognitive Stressors and Opioid Activation. *Journal of Personality and Social Phychology*, 55(3), 479-488.

Blasco Espinosa , J., Llor Esteban, B., García Izquierdo , M., Sáez Navarro., M., & Sánchez Ortuño, M. (2002). Relación entre la calidad del sueño, el burnout y el bienestar psicológico en profesionales de la seguridad ciudadana. *MAPFRE MEDICINA*, 13(4), 258-267.

Borbolla-Sala , M. E. (2013, enero). Síndrome de Burnout en personal médico familiar y no familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tabasco. *Salud en Tabasco.*, 13(1), 577-583.

Buysse, D., Reynolds, I. C., Monk, T., Berman, S., & Kupfer, D. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*, 28, 193-213.

Canepa, C., Briones, J. L., Pérez, C., Vera, A., & Juárez, A. (2008). Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa y estado de malestar mental en trabajadores de servicios de salud en Chile. *Estrés y salud mental en el trabao*, 1 - 8.

Carrillo, R., & Gómez, K. (2012). Síndrome Burnout en la práctica médica. *Med. Int. Méx.*, 28(6), 579-584.

- Carrillo-Esper , R., Gómez Hernández, K., & Espinoza de los Monteros Estrada , I. (2012 ). Síndrome de burnout en la práctica médica. *Medicina Interna Mexico* , 28 (6), 579-584.
- Edelwich , J., & Brodsky , , A. (1980). Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions. *Human Sciences Press*.
- Freudenberger, H. y. (1985). *Womens' burnout*. . London: Penguin Books. .
- Freudenberger, H., & Staff-Burnout. (1974). Soc. Issues. *J. Soc.*, 159-165.
- García Arreola, O., Unda Rojas, S., Hernandez Toledano, R., & Tovalín Ahumada, H. (2016). Psychometric Behavior of the Short Version of Effort-Reward Imbalance Questionnaire in a Sample of 395 Mexican Teachers. *Psychology Research*, 209 - 219.
- Garrosa, E. (2003 ). Los procesos emocionales de resistencia: un afrontamiento adaptativo ante el desgaste profesional. Estudio en una muestra de enfermería . *Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid*. .
- Gil-Monte , P. (1996). Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de burnout: un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 6, 43-63.
- Gil-Monte , P. R., Figueiredo-Ferraz, H., & Grau-Alberola, E. (2016 ). Influencia de los valores y culpa en el síndrome de Burnout . *Psicologia do Trabalho e das Organizacões*, 85-98 .

- Gil-Monte , P., Nuñez-Román, E., & Selva-Santoyo, Y. (2006). Relación entre el Síndrome de Quemarse por el Trabajo ( Burnout ) y Síntomas Cardiovasculares: Un Estudio en Técnicos de Prevención de Riesgos Laborales. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 40 (2), 227-232.
- Gil-Monte, P. (2005). El Síndrome de Quemarse por el Trabajo: Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. *cccccc*, *vvvv*.
- Gil-Monte, P. (2006). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 22(1), 123-125.
- Gil-Monte, P. R., & Zuñiga-Caballero, L. C. (2009). Validez factorial del “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (CESQT) en una muestra de médicos mexicanos. *UNIV. PSYCHOL.*, 169-178.
- Gil-Monte, P. R., Nuñez-Román, E. M., & Selva-Santoyo, Y. (2006). Relacion entre el síndrome de quemarse en el trabajo (Burnout) y síntomas cardiovasculares: un estudio en técnicos de prevención de riesgos laborales". *Interamerican Journal of Psychology*, 40(2), 227- 232.
- Gil-Monte, P. R., Salanova, M., Aragón, J. L., & Schaufeli, W. B. (2005). “El Síndrome de quemarse por el trabajo en servicios sociales”. *UNIPSI*CO, 13-25.
- Gil-Monte, P. R., Salanova, M., Aragón, J. L., & Schaufeli, W. B. (2005). “El Síndrome de quemarse por el trabajo en servicios sociales”. *UNIPSI*CO, 13-25.

- Gil-Monte. , P. (2012). Influence of guilt on the relationships between burnout and depression. . *European Psychologist* , 17, 231-236.
- Godoy-Izquierdo, D. y. (2001). Escala de Autoeficacia Específica para el Afrontamiento del Estrés (EAEAE) .
- Godoy-Izquierdo, D. y. (2006). Escala de Autoeficacia Específica para el Afrontamiento del Estrés (EAEAE). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos* .
- Goldberg , D., & Hillier, V. (1979). A scaled version of the general health questionnaire. *Psychological Medicine* , 9, 139-145.
- Goldberg, D. P. (1981). Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28). *Windsor NFER-Nelson* .
- Gopal , R., Glasheen , J., Miyoshi, T., & Prochazka, A. (2005 ). Burnout and internal medicine resident work-hour restrictions. *Arch Intern Med*(165), 2595-2600.
- Grave, E., & Álvarez, R. (2007, Junio 01). *Facultad de Medicina*. Retrieved from El Síndrome Burnout, la despersonalización, el agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo como problemas en el ejercicio de la medicina y el desarrollo profesional. Seminario El ejercicio actual de la medicina.:  
<http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k12007/jun-01-ponencia.html>
- Gutiérrez, G. A., Celis, M. L., Moreno, S. J., Farias , F. S., & Suárez, J. C. (2013). Síndrome de burnout . *Neurociencia* , 305 - 309.

- Lackritz, J. (2004). Exploring burnout among university faculty: incidence, performance, and demographic issues. . *Teaching and Teacher Education*, , 20 , 713-729. .
- López Yorente, R., Martín Montero, C., Fuentes González, C., García García, E., Ortega Trillo, R., & Cortés Pendón, A. (2013). El Síndrome de Burnout en el personal sanitario. *Med. Pal*, 7(3): 94-100.
- Maddux, J. (1995). self-Efficacy, Adaptation, and Adjustment. Theory, Research and, Application. *Plenum Press*.
- Marucco, M. A., Gil-Monte, P. R., & Flamenco, E. (2008). Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en pediatras de hospitales generales, estudio comparativo de la prevalencia medida con el MBI-HSS y el CESQT. *Informacio Psicológica*, 32-42.
- Maslach , C., & Jackson, S. (1981). Maslach Burnout Inventory. Manual. *Consulting Psychologists Press*.
- Maslach, C. (2001). *Annual Review of Psychology*., 52, 397-422.
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el Burnout. *Ciencia y Trabajo*, 3-43.
- Maslach, C. S. (2001). Job burnout . *Annual Review of Psychology*, , 52, 397-422. .
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced Burnout. *J. Occup Behar*, 2:99-113.
- Maslach, C., Schaufel, W., & Leiter, M. (2001). Job Burnout Annual review of psychology. *Rev. Psychology 2001*, 52(1), 52:397-422.
- Miró, E., Solanes, Á., Martínez, P., Sánchez, A., & Rodríguez Marín, J. (2007). Relación entre el burnout o «síndrome de quemarse por el trabajo», la tensión laboral y las

- características del sueño. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 19(3), 388-394.
- Moreno B, G. J. (2001). *Desgaste profesional (Burnout) Personalidad y Salud percibida*. En: Buendía J. Moreno B. *Empleo, estrés y salud*. Madrid: Pirámide.
- Moreno González , A., & Moreno Lavaho , S. (2016). LA ANSIEDAD, EL BURNOUT Y EL BIENESTAR PSICOLÓGICO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS . *Revista de educación física, ciencias aplicadas al deporte.*, 8(18), 42-46.
- Moreno Jiménez, B., Meda Lara, R. M., Rodríguez Muñoz, A., Palomera Chavez, A., & Morales Loo, M. M. (2006). El síndrome de burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. *Psicología y Salud*, 16(1), 5-13.
- Olivares, V., & Gil-Monte , P. (2007 ). las propiedades psicométricas del “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (CESQT) en profesionales chilenos . *Ansiedad y Estrés*, 13, 229-240.
- Palmer, Y., Gomez-Vera, A., Cabrera Pivaral, C., Prince-Vélez , R., & Searcy, R. (2005). Factores de riesgo organizacionales asociados al síndrome de Burnout en médicos anestesiólogos. *Salud mental*, 28(1):82-9.
- Peiro, J. (1992). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Eudema.
- Pereda-Torales, L., Márquez-Celedonio, F., Hoyos-Vázquez, M., & Yáñez-Zamora, M. (2009). Síndrome Burnout en médicos y personal médico. *Salud mental*, 399-404.

- Peréz, A. (2010). "El síndrome Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión" . *Vivat Academia*(112), 42-80.
- Pérez, C. D. (2013). Síndrome de Quemazón (Burnout) en el personal de salud. *EDIC College*, 3-4.
- Rocha Luna, J. M. (2002). Síndrome de Burn out. ¿El médico de urgencias incansable? *Rev Mex Med Urgencias*, 1 (2):48-56.
- Román H., J. (2003). Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención . *Revista Cubana de Salud Pública* ., 29(2), 103-110.
- Saborío, M. L., & Hidalgo, M. L. (2015). SÍNDROME DE BURNOUT. *Medicina Legal de Costa Rica*, 1-6.
- Schaufeli, W., & Enzmann D. (1998). The burnout companion to study and practice: A critical analysis.
- Schwarzer, R. (1992). Self-Efficacy: thought control of action. *USA: Taylor and Francis Freie*.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high effort - low reward conditions at work. *Journal of Occupational health Psychology*, 1, 27-43.
- Thomas, N. (2004, Dec.). Resident burnout. *Journal of the American medical association.*, 2880-2889.

Toker, S., Melamed, S., Berliner., S., Zeltser, D., & Shapira, I. (2012). "Burnout and risk of coronary heart disease: a prospective study of 8838 employees".

*Psychosomatic Medicine*, 74(8), 840-847.

Toscano., J. H. (2010). Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesional de la salud. *Pensamiento Psicológico.*, 39-52.

Tovalín-Ahumada , H., & Gil-Monte , P. (2012). "Riesgo cardiovascular y síndrome de Burnout en trabajadores mexicanos". *Revista mexicana de Salud en el Trabajo.* , 4(10), 12-13.

Van Horn, J. S. (1997). *A Canadian-Dutch comparison of teachers burnout* , 81, 371-382 .

Vanessa Thomaé, M., Ayala, E. A., Soledad Sphan, M., & Stortti, M. A. (2006 ).

ETIOLOGIA Y PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS

TRABAJADORES DE LA SALUD. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de*

*Medicina*(153), 18-