

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



Para obtener el título de Licenciatura en Enfermería presenta la tesis:

“Calidad de vida en profesionales de Medicina que laboran en áreas críticas, en una Institución de Segundo nivel de atención en el Estado de México.”

Elaboró:

E.L.E. Maldonado García Jesús Alejandro

E.L.E Martínez Solís María Guadalupe

ASESOR:

Mtra. Dinora Valadez Díaz

Estado de México, Tlalnepanitla; Mayo de 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Contenido

Capítulo I. Introducción	4
Capítulo II. Planteamiento del problema.	5
2.1 Pregunta de investigación	6
2.2 Objetivo	7
2.2.1 General	7
2.3 Justificación.....	7
Capitulo III. Marco Conceptual	10
3.1 Antecedentes	10
3.2 Marco conceptual.....	40
3.2.1 Calidad de vida	40
3.2.2 Psicología.....	44
3.2.3 Salud mental	49
3.2.4 Trastorno Psicológico	52
3.2.5 Satisfacción por compasión.....	53
3.2.6 Burnout.....	53
3.2.7 Resiliencia.....	57
3.2.8 Estrés	58
3.2.9 Trastorno Psicológico	63
3.2.10 Miedo	64
3.2.11 Fobia	64
3.2.12 El DSM-IV	65
Capitulo IV. Metodología	66
4.1 Paradigma enfoque alcance y Diseño de investigación.	66
4.2 Tabla 1: Operacionalización de variables demográficas	66
4.3 Universo, Población y muestra.....	72
4.3.1 Universo	72
4.3.2. Población	72
4.3.3 Muestra	72
4.4. Tabla 2: Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación.....	72
4.5 Técnica de recolección	73
4.6 Instrumentó de recolección de datos	73
4.7 Plan estadístico para el análisis de datos de investigación.....	74
4.8 Ética de la investigación	75

4.8.1 Ley general de salud	75
4.8.2 Decálogo de ética	77
4.8.3 Tratado de Helsinki.....	78
Capítulo V. Resultados, Discusión y Conclusiones	79
5.0 Resultados	79
5.1.1WHOQOL-BREF.....	79
5.1.2 ProQOL -vIV PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE Compassion, Satisfaction and Fatigue	85
5.1.3 Pruebas Estadísticas	88
5.2 Discusión.....	95
5.2.1 Sexo	95
5.2.2 Grado de estudios.....	96
5.2.3 Estado civil.....	96
5.2.4 Rangos de edad.....	97
5.2.5 Porcentaje de médicos enfermos.....	97
5.2.6 Calidad de vida	98
5.2.7 Satisfacción por compasión.....	99
5.2.8 Burnout.....	100
5.2.9 Relación entre la Suma calidad y el Nivel de Estudios.....	102
5.2.10 Relación entre la Suma calidad y Estrés	102
5.2.11 Relación entre la Suma calidad y Edad	102
5.2.12 Relación entre la Satisfacción y Estado civil.....	102
5.2.13 Relación entre Estrés y Satisfacción.....	103
5.2.14 Relación entre Burnout y Estrés.....	103
5.2.15 Comparación entre Suma calidad y Estado civil.....	103
5.3 Conclusiones.....	103
Capitulo VI Bibliografía	106
Anexos	117
Anexo I Instrumento.....	117
Anexo II Instrumento.....	121

Agradecimiento

“La familia es lo principal para cualquier ser humano, sin la familia nuestra vida sería triste y vacía. Hoy cuando concluyo mis estudios, les dedico a ustedes este logro, como una meta más conquistada.”

“A la tutora, sin usted y sus virtudes su paciencia y constancia, este trabajo no hubiésemos logrado tan fácil, sus consejos fueron siempre útiles. Usted formo parte de esta historia, con sus aportes profesionales que la caracterizan.”

“Además a los que me recibieron como parte de su familia y les agradezco por todo lo que me han brindado, por su apoyo incondicional y formar parte de este momento de nuestras vidas.”

“También agradecer a todos aquellos amigos, que se tomaron el tiempo de quedarse a nuestro lado y demostrado su apoyo, como así brindarnos sus ánimos y consejos.”

“Asimismo de retribuir a la persona que colaboro en esta tesis, pues ha formado y se ha hecho parte de mi vida, como así, del crecimiento profesional y personal, como también compartir estos momentos juntos.”

“Así es como culmina un sin fin de emociones que hacen de nosotros las personas que somos ahora.”

“En donde finaliza y empieza una etapa de nuestra profesionalización. Les agradecemos a todos por estar presentes y llegar a esta etapa de nuestra vida.”

Capítulo I. Introducción

En cuanto a la presente investigación, se refiere a la calidad de vida que se basa en tres componentes: físicos, emocionales y de la función social, donde se hace mucho hincapié sobre la capacidad funcional de las personas haciendo sus actividades de la vida diaria. En general, es asociado a los prejuicios que van generándose a un individuo a través de la sociedad de manera negativa o positiva.

Además de las ambiciones y metas que establece, ya que al realizarla genera un auto concepto del juicio y del ánimo en que percibe su vida implicando, lo físico, económico, social, psicológico y la satisfacción de las necesidades básica. La característica principal de este tipo es que los médicos se encontraban con excesiva carga de trabajo, con el sobre esfuerzo que hicieron por la pandemia de COVID 19 se vieron sobrepasados y estos se veían con poco interés en el mismo.

Así pues, al analizar esta problemática es necesario de mencionar sus causas. Una de ellas que afectan es el desarrollando burnout y mostrando deterioro en la calidad de vida, al enfocarnos en los síntomas de desgaste profesional que impactan negativamente en su salud y sensación de insatisfacción personal.

Por otra parte, estos efectos, como son el ausentismo, reducción de satisfacción e inconformidad del paciente, errores en el diagnóstico y tratamiento, así como reducción de la seguridad del paciente. La investigación de esta problemática de salud se realizó por los factores que afectan la calidad de vida como la tensión de trabajo, el burnout, la ansiedad y la depresión, el cual es quien lo lleva a padecer tienden a tener consecuencias en términos patológicos o psiquiátricos.

Para finalizar, hicimos nuestra investigación de tipo de muestra no probabilística y que se utiliza la estadística descriptiva. Se utilizaron los instrumentos ProQOL -vIV PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE Compassion, Satisfaction and Fatigue y WHOQOL-BREF cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida en profesionales de medicina que laboran en áreas críticas, en una institución de segundo nivel de atención en el Estado de México donde participaron 50 médicos de áreas críticas.

Capítulo II. Planteamiento del problema.

Con respecto a la calidad de vida es un componente importante de la salud y engloba esferas físicas y mentales. Se relaciona con el estado y comportamiento de la salud ya que incluye tanto el estado físico como la salud mental.

El estado físico es una esfera importante, al igual que lo cognoscitivo, emocional, social, y espiritual ya que todos contribuyen a una calidad de vida.

Señala como los profesionales sanitarios en su labor diaria son con frecuencia expuestos a estresores que pueden afectar negativamente tanto a su salud mental como a su estado físico. Las consecuencias de la tensión laboral no solo afectan la salud de los trabajadores, también disminuyen su compromiso de trabajo, la calidad de atención al paciente.

Se plantea en un estudio realizado con 130 enfermeras contratadas a partir de dos unidades de cuidados intensivos en un Centro Médico en el este de Taiwán, demostró que el 48,9%, de los profesionales encuestados reveló su intención de abandonar sus puestos de trabajo, siendo la depresión y la calidad del sueño los dos predictores más significativos ($p= 0,05 - 0,001$) asociados a esta condición. (Sánchez & Carrillo Ávila, 2015)

De mismo modo el estudio realizado por Barrios, Vila, Pérez, Gil, Ramírez y Soto (2009), con el objetivo de medir la calidad de vida profesional de los enfermeros en las unidades de hemodiálisis en dos hospitales de Andalucía (España).

Por tanto, Muestra que la Calidad de Vida Profesional (CVP) percibida de los encuestados presentó una media de 5,60 (IC 4,84-6,36); encontrándose la media más alta en la dimensión “motivación intrínseca” con 8,03 (IC 7,35-8,70) y la “demanda de trabajo” con una media de 6,15 (IC 5,41-6,89); siendo la dimensión con la media más baja el “apoyo directivo” con 4,89 (IC 4,11-5,67). (Sánchez & Carrillo Ávila, 2015).

Pero si nos enfocamos en el primer nivel de atención se pueden llevar a cabo muchas iniciativas para promover y proteger la salud y calidad de vida de sus trabajadores, creando entornos de vida y de trabajo en beneficio de la salud del personal de salud.

Concretamente dicha situación, puede estar influida por la falta de apoyo e implementación de programas para disminuir el estrés, síndrome de burnout u otros factores (el exceso de

trabajo, mala remuneración, falta de personal la falta de conocimientos y actitudes negativas) que conlleven a que el personal de medicina lleve una mala calidad de vida, con esto se pretende conocer el origen de este problema y así poder llevar a cabo medidas que mejoren el actuar de medicina para la mejora en su calidad de vida y prevenir enfermedades que en un futuro pongan en riesgo su vida.

2.1 Pregunta de investigación

¿Cómo es la calidad de vida en los profesionales de medicina que laboran en áreas críticas en una institución de salud de segundo nivel en el Estado de México y de qué factores depende?

2.2 Objetivo

2.2.1 General

Evaluar la calidad de vida en profesionales de medicina que laboran en áreas críticas, en una institución de segundo nivel de atención en el Estado de México.

2.3 Justificación

En relación con los profesionales médicos que elaboran en áreas críticas se ven afectados en cuatro dimensiones que son la salud física, sus relaciones sociales, en el ambiente laborando y sus tiempos libres, y la salud psicológica. Los cuales nos indican una calidad de vida buena o mala.

Ya que, la salud física tiene que ver con el funcionamiento de nuestro cuerpo y nuestro organismo y nos hace productivos. Si este se ve afectado nos hace poco eficaces ante la sociedad. En un hospital de tercer nivel se encontró que, en la actividad física de los médicos residentes el 60.92% presentó sedentarismo.

Además, según cifras de la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo en el Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico publicado el 18 de enero de 2016, 56% de la población mexicana de 18 años y más en área urbana es inactiva físicamente.

También cabe mencionar que 60.92% de los residentes incluidos en este análisis presentan sedentarismo, 80% obesidad central, 72.41% presentaron alto riesgo cardiovascular y 63.36% reportó antecedentes familiares de diabetes (Gaona, Consuelo, Tomp, & Rizo, 2018)

La comunicación en las relaciones sociales en las cuales abarca lo familiar, amigos, pareja sentimental y compañeros hace que tengamos un círculo de confianza seguro en el cual respaldarnos ante conflictos que tengamos día tras día. Si este es conflictivo o se afecta, la empatía decrece y creando un muro psicológico distanciando la parte afectiva, creando una fuente de inseguridad y desconfianza.

La satisfacción laboral general es explicada en mayor grado (51,03%) considerando la satisfacción con sus relaciones interpersonales con los pares y la jefatura. Al evaluar en forma separa cada factor de la escala SRIT, se obtuvo que la satisfacción con las relaciones

interpersonales con la jefatura explica un 47,01% la SLG, en cambio, las relaciones interpersonales con los pares explican un 37,77%. (Yañez, Arenas, & Ripoll, 2010)

Al convivir en un ambiente constante de estrés, ya sea por maltratos de los pacientes, excesivas cargas de trabajo, exigencias por parte de compañeros y superiores, o esté no se encuentre a una distancia óptima de su trabajo.

Al no tener actividades que se encuentren fuera de su ámbito laboral, al tener que reforzar y actualizar sus conocimientos con los cambios que hay día con día. Al estar en uno de los países violentos a nivel de seguridad, que se encuentra en el ranking 140 de paz global (Expansion, 2021) y considerarse un país peligroso. Lo cual hace que sean vulnerables a situaciones que atropellen su salud.

En un estudio llamado el estrés en el ámbito de los profesionales de la salud (García Moran, 2016) se refleja la presencia de un mayor nivel de estrés académico en estudiantes de medicina en el primer año de carrera que en los de sexto. Las principales causas de este trastorno son la “sobrecarga académica”, “falta de tiempo para cumplir con las actividades académicas” y la ansiedad provocada por la “realización de exámenes”.

El psiquiatra Okinoura se planteó la definición del “síndrome médico” como un trastorno con entidad independiente. Su aparición es frecuente al terminar los estudios y comenzar el ejercicio profesional. Los médicos creen que su profesión los hace invulnerables y están protegidos del estrés que amenaza a otras personas, aunque se trate de una percepción sesgada de la realidad.

El agotamiento ocurre principalmente en los centros de salud. Los oncólogos, neumólogos y médicos encargados de la salud ocupacional se encuentran sometidos a las presiones de quienes los contratan y de los trabajadores a los que asisten. (García & Gil, 2016)

La salud mental se ve con poco interés en el personal ya como lo ven como un privilegio laborar, sin importar la satisfacción o insatisfacción, que ocurra dentro de sus desagavios en las diferentes secciones de su vida. La imagen que tenemos de sí mismo predispone a generar incertidumbres y desmoralizar. Influyendo a la resiliencia que tenemos ante situaciones de estrés inminentes.

En el programa “Nosotros también nos cuidamos”, dedicado a brindar apoyo psiquiátrico y emocional al personal de salud que laboró en la atención de pacientes Covid-19 y que enfrentaron situaciones de ansiedad, depresión, insomnio y eventos traumáticos por el fallecimiento de pacientes, riesgos de contagio hacia ellos y sus familias, jornadas extenuantes y presión social. Uno de los grupos que más solicitó atención fue el de pasantes y/o estudiantes de medicina (16.45%); seguido de psicólogos (11.49%), médicos de urgencias y/o primer contacto (11.18%); residentes/internos (10.86%) y médicos especialistas (9.62%). (AMIF, 2022)

Explicando el desinterés que se tiene por la calidad de vida del personal médico, ya que se normaliza las situaciones que agravan el estrés y la despersonalización de las personas, conceptualizado por Herbert Freudenberger como burnout.

El personal médico es el encargado de la salud de los pacientes, un individuo con síndrome de burnout dará un servicio deficiente, será inoperante en sus funciones o tendrá un promedio de ausentismo mayor, exponiendo a la institución a mayores pérdidas económicas o calidad en la atención a la salud.

A lo largo de esta pandemia la calidad de vida se ha visto afectada ya que el virus Covid-19 los tomó por sorpresa, al ser un virus nuevo no había cómo enfrentarlo; hoy en día siguen teniendo altos índices de letalidad provocando estrés y miedo al contagiarse o a su círculo cercano.

En México es más frecuente en los profesionales de salud, ya que los índices de sobrecargo de trabajo, los vuelve vulnerables ya que se encuentran en constante estrés, contacto continuo con enfermos, exposición y muertes de pacientes, horarios de trabajo irregular, conflicto y cohesión en el equipo de trabajo.

Capítulo III. Marco Conceptual

3.1 Antecedentes

Con relación, Diana Vera (2019) indica en su estudio titulado “Calidad de vida en el personal de la salud trabajador del HGZ con medicina familiar” en 2019, en el Hospital General de Zona No. 13 Acámbaro, León, Guanajuato, México, cuyo objetivo fue determinar la calidad de vida en el personal de la salud trabajador del HGZ con Medicina Familiar no. 13 Acámbaro, Guanajuato.

Igualmente, observo entre los principales resultados que, dentro de la categoría contractual la mayoría estuvo en el rango de auxiliar de enfermería (32.8%) y seguido de médicos (27.3%), por otro lado, las estadísticas descriptivas para las funciones de calidad de vida, se obtuvo una mejor calidad de vida en la función física con un promedio de 92.2% y problemas físicos con un promedio de 97.1%. La función social tuvo una media baja con 58.7% y la salud física en general fue de 76.7%.

Siguiente, las funciones que se encontraron positivas en estos trabajadores fueron la función física, problemas físicos, dolor corporal y salud mental, con un promedio de 96.1% en ambas funciones.

En resumen, la autora concluye, los de mayor edad más de 50 años presentaron limitaciones físicas, así como las auxiliares de enfermería presentaron mayor porcentaje de estados negativos en cuanto a problemas emocionales, cabe mencionar que este personal de salud está directamente relacionado con el paciente enfermo.

Por lo que se considera mayor impacto emocional a diferencia de otras categorías, se propone realizar estrategias de afrontamiento para contener este tipo de problemas y contar con un personal de salud más resiliente a estos problemas emocionales para que no impacten en su calidad de vida.

Así como identificar si existe alguna comorbilidad de enfermedad en el personal de salud la cual sea una asociación para presentar porcentajes de estados negativos. (Perez, 2019)

A mi punto de vista, la presente investigación nos proporciona información sobre la calidad de vida de los profesionales de la salud, lo que nos demuestra que al tener una mayor antigüedad; los problemas emocionales y el dolor físico van en aumento.

Asimismo, que la percepción del individuo repercute en las condiciones de satisfacción e insatisfacción de las metas puesta en su vida, ya sean realizadas o no cumplidas y con la edad influyen más en la percepción del individuo.

Con respecto, Garduño Ramon (2008) señala con su tesis titulada “Calidad de vida en el médico residente de una unidad de atención médica de tercer nivel” en 2008, en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional “La Raza”, cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida en los médicos residentes, entre los principales resultados se encontró que, de los 347 participantes se obtuvo una calificación media de 80.75.

Al mismo tiempo, el total de las especialidades clínicas tuvieron una calidad de vida de 78.61 puntos comparados con las especialidades quirúrgicas con 83.4. La calidad de vida asociada al género presentó 78.97 para el sexo femenino y 81.94 para el masculino. Los autores concluyeron, la media nacional de calidad de vida fue de 85.18 y la media de los residentes fue de 80.75.

Igualmente, no hubo correlación entre año en curso de la especialidad y la calidad de vida. Las especialidades clínicas tuvieron una calidad de vida inferior de 78.97 comparada con las de tipo quirúrgico con el 83.4. El sexo femenino obtuvo una calidad de vida inferior en todos los rubros con un 78.97 (Ramon, 2008)

A mi entender, la presente investigación nos proporciona información sobre la calidad de vida que tienen los residentes médicos en el Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional “La Raza”, donde la calidad de vida entre diferentes especialidades de residentes no había una variación.

En cuanto a Miranda- Prieto (2009) reporta en su trabajo titulado “Medición de la calidad de vida en médicos residentes” en 2009 en el Hospital General Regional N°46 ‘Lázaro Cárdenas’. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara, Jalisco, México, cuyo objetivo fue medir la calidad de vida que tienen los médicos residentes a su ingreso en los cursos de especialidad.

Por otra parte, después de un año o más, entre los principales resultados se encontró que donde el primer grupo se incluyeron 54 residentes, sólo 45 residentes completaron las encuestas al ingreso y un año después, se excluyó a 9 por no completar la segunda evaluación; el segundo grupo incluyó a 62 residentes de segundo y tercer año que tenían más de un año realizando estudios de especialidad.

Además, se encontró que después de un año de especialidad en las seis escalas evaluadas se presentó un descenso de la calidad de vida, cayendo de 'muy buena' (3.8) a 'buena' (2.73), $p < 0,001$; sin embargo, al compararlos con el grupo de segundo y tercer año, en estos últimos ya no hubo descenso en su calidad de vida.

Para finalizar, los parámetros más afectados fueron función física y estado de ánimo negativo; de acuerdo con el género se afectaron en la misma proporción, y la especialidad más afectada fue Urgencias Médicas. Los autores concluyeron que durante los estudios de residencia disminuye la calidad de vida de los médicos residentes sólo durante el primer año, aunque se mantiene en rangos aceptables. (Prieto, 2009)

A mi juicio, la presente investigación hace una comparación de la calidad de vida en el primer año de la especialidad, segundo y tercer año de esta. Concluyen que el año más difícil de la especialidad es el primero donde solo después se mantiene en rangos aceptable.

Además, Gianfabio (2005) plantea en su estudio titulado "Calidad de vida y síntomas depresivos en residentes de enfermería" en 2005, en el Hospital de Sao Pablo Brasil, cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida y la prevalencia de disforia/síntomas depresivos en los residentes de enfermería de una escuela de Medicina, entre los principales resultados se encontró que, las dimensiones del SF-36 que se vieron más comprometidas en R1 y R2 fueron aspectos emocionales, vitalidad y salud mental.

Al mismo tiempo, los efectos sobre la calidad de vida sobre la salud de esta población son perjudiciales y les afectan a diario, modificando su desempeño y comportamiento, tanto físico como psíquico. Existen descripciones en la literatura nacional e internacional de que algunas especialidades como urgencias, cuidados intensivos y quirófano, por ejemplo, son más agotadoras e implican una disminución de la calidad de vida.

Algunos autores reportan que estas unidades pueden influir en el desgaste del enfermero debido al estado de salud del paciente y la complejidad de la atención brindada.

Otro aspecto, el autor concluye, que algunas quejas y sentimientos se consolidan en otros estudios y que esta población de residentes de enfermería necesita ser más estudiada, escuchada y valorada, ya que la residencia en enfermería es, sin duda, una excelente forma de calificación profesional, considerando que cada año la búsqueda del programa es cada vez más grande.

Igualmente, la mejora de las condiciones laborales en este tipo de programas se reflejará en los cuidados de enfermería que se brindan al paciente y en la calidad de vida de sus sujetos. (Gianfábio, 2005)

Considero que en la presente investigación menciona sobre observar a los residentes de enfermería la parte emocional, la vitalidad, y salud mental. Al involucrar este panorama para evaluar a nuestro personal, al ser escuchada y sentirse valorada. Mejora las condiciones laborales y se reflejan en los cuidados brindados por enfermería y la calidad de vida.

En relación con, la consultora Cifra para el Colegio Médico en 2018 en México cuyo objetivo fue conocer la calidad de vida y el desgaste médico, entre los principales resultados, el 46% de los trabajadores de la salud creen que el ejercicio de su profesión afecta negativamente su vida familiar.

Por otro lado, la encuesta realizada por Medscape (2018), en la que participaron más de 1500 médicos se reportó que la remuneración insuficiente y el exceso de las tareas burocráticas son los principales contribuyentes al desgaste profesional del Médico (Medscape, 2018)

Personalmente, la presente investigación nos indica que los trabajadores de salud aceptan que su profesión afecta negativamente su vida familiar y esto influye de una manera la calidad de vida. Dando pauta a mencionar que la poca remuneración y el exceso de tareas burocráticas son lo más desgastante en su profesión.

A propósito de Martínez (2017), conceptualiza en un estudio titulado “Calidad de vida profesional de los médicos adscritos a urgencias adultos del Hospital General Regional No. 46” en 2017 en el Hospital General Regional No. 46 cuyo objetivo fue identificar la calidad de vida profesional de los Médicos adscritos al servicio de Urgencias adultos del Hospital Regional No. 46 durante 2017.

A continuación, se encontró, que la calidad de vida del personal que labora en el servicio de urgencias tiende a reportarse insatisfactorio para el personal de salud y que puede redundar en una calidad de atención deficientes en el entorno del servicio de urgencias puede hacer que los médicos sean más vulnerables a las alteraciones de su bienestar físico y psicológico.

Así pues, la carga de trabajo, por la presión y la cantidad de este, se marca elevada. La autora concluyo, que con los resultados del presente estudio podemos concluir que el nivel socioeconómico del médico adscrito a urgencias adultos que labora en el Hospital General Regional No 46.

También, se considera elevado, mostrando que a pesar de que el elevado desgaste tanto físico como mental de laborar en un área de urgencias, existe una percepción de satisfacción de calidad de vida profesional. A pesar de encontrarse dentro de niveles altos de estrés, el médico adscrito a urgencias adultos se percibe con la capacidad física y cognitiva para realizar su actividad profesional con un marcado orgullo por el tipo de trabajo realizado dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social. (Martínez O. , 2017)

A mi entender, la presente investigación nos proporciona información el personal de urgencias, donde la carga de trabajo junto con el desgaste físico y mental los hacen vulnerables, más el nivel socioeconómico mantenga al médico una buena calidad de vida.

Con el presente autor llamado Alvarado Rene (2012) muestra un estudio titulado “Calidad de vida en el trabajo en el personal de enfermería de un HGZ en 2012, en el Hospital General de Zona No 32 Villa Coapa, cuyo objetivo fue medir la Calidad de Vida en el Trabajo del personal de enfermería de un Hospital General de Zona.

Por consiguiente, se encontró que, se encuentran laborando 608 enfermeros, aplicándose el instrumento a 101 trabajadores, el 92% pertenecía al género femenino y el 8.9% del masculino, casi el 60% fue del turno vespertino, con una media de edad de 37.9 años.

También, la mayoría pertenecía al personal de base con 87.1% y el estado civil predominante fue casado con el 51.5%, la antigüedad media es 11.6 años y la categoría que ocupa el primer lugar es enfermera general con 50.5%, seguido de auxiliar de enfermería con 37.6% encontrándose al 85.1% del personal encuestado en hospitalización.

Así que el 79% del personal de enfermería tiene una Baja Calidad de Vida en el Trabajo (BCVT), el 100% del hombre tuvo una BCVT, lo cual, puede derivar de estar en un ambiente predominantemente femenino y no tener la misma oportunidad de ascenso. Las dimensiones más afectadas en todo el personal fueron Bienestar logrado a través del trabajo, Satisfacción por el trabajo y Administración del tiempo libre.

Al mismo tiempo, es importante mencionar que las dimensiones más afectadas están influidas por cuestiones de orden personal, lo que nos hace pensar que un gran porcentaje de estos trabajadores no tuvieron una adecuada orientación vocacional motivo por el cual, si la administración del hospital decidiera realizar intervenciones estas deberán ser enfocadas a estimular el crecimiento personal de cada trabajador y a crear un mejor ambiente laboral. (Alvarado, 2012)

A mi parecer, la presente investigación nos proporciona información sobre la calidad de vida del personal de enfermería enfocándose en tres dimensiones claves: bienestar logrado a través del trabajo, satisfacción por el trabajo y administración del tiempo libre.

En resumen, nos proporciona que el personal al no estar comprometidos con su trabajo y la no adecuada orientación vocacional no genere un concepto de propia satisfacción y al agregar al no realizan ninguna actividad recreativa o que les genere una dicha. Esto impacta de manera directa en su calidad de vida; por eso los porcentajes están elevados en estas áreas.

En el texto de Quintana-Zavala (2016), explica en un estudio titulado "Calidad de vida en el trabajo del personal de enfermería de instituciones públicas de salud" en 2016, en, cuyo objetivo fue determinar el nivel de calidad de vida en el trabajo del personal de enfermería de instituciones públicas en Hermosillo, Sonora, México.

Por otra parte, entre los principales resultados se encontró que, el promedio de calidad de vida en el trabajo global del personal de enfermería de 207.31 (DE 41.74), que indica un nivel medio. Según forma de contratación la calidad de vida en el trabajo fue mayor en las personas con contrato indefinido ($p=0.007$), que no realizan otra actividad remunerada ($p=0.046$), con diferencias en la calidad de vida en el trabajo, según la institución en donde labora ($p=0.001$).

Brevemente, los autores concluyeron, la calidad de vida en el trabajo percibida según niveles de atención y categorías de enfermeras del 2015 concluyó que los encuestados perciben la calidad de vida en el trabajo en niveles de bajo a medio, concordando con este estudio donde la calidad de vida en el trabajo fue bajo con un 50.4% y medio en un 34.8% para la población en general; se reportó

Así mismo la misma tendencia para cada área de trabajo donde la percepción fue baja para el área médica 24.8% y media en 19.9%; para el área de enfermería se encontró una percepción baja en 23.4% y media en 12.8%; y finalmente trabajo social percibió la calidad de vida baja en 2.1% y media en 1.4%.

Así pues, los datos que concuerdan con varios estudios de calidad de vida laboral realizados en América Latina que el personal de enfermería se percibe con mediana calidad de vida en el trabajo, la cual está determinada de forma estadísticamente significativa por el tipo de contrato, realizar o no otra actividad remunerada y por la institución donde laboran. (Quintana, 2016)

A mi juicio, la presente investigación nos proporciona la información que las instituciones de salud deberían de considerar, las demandas de los trabajadores y proveerles del mismo todos los insumos, y las herramientas para brindar una atención de calidad y así el personal trabajara de forma eficaz, creando un ambiente laboral saludable. Dispensable para una buena calidad de vida.

Acerca de Sánchez y Carrillo (2015), comenta en un estudio titulado "Calidad de vida laboral de los profesionales de enfermería del Hospital General de Querétaro, SESEQ en 2015, en el Hospital General de Querétaro, cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida laboral del personal de enfermería del Hospital General de Querétaro de la SESEQ.

Igualmente, entre los principales resultados se encontró que 93% corresponde a mujeres y 7% a hombres, 39% pertenecen al grupo de edad de 26 a 30 años; 47% ocupan el puesto de Enfermeras Generales; 48% son Licenciados en Enfermería; 52.8% cuenta con plaza federal, mientras que el 47.2% plaza estatal; el 40.4% tiene una antigüedad laboral de 1-5 años.

Del mismo modo, la población estudiada muestra una mala calidad de vida laboral en las dimensiones: Integración al puesto de trabajo (51.7%), Satisfacción por el trabajo (61.8%), Bienestar logrado a través del trabajo (67.4%), Desarrollo personal (38.2%) Administración de tiempo libre (53.9%). Sólo en las dimensiones: Soporte institucional para el trabajo (51.7%) y Seguridad en el trabajo (62.9%) se encontró una buena calidad de vida laboral.

Otro aspecto, la percepción de soporte institucional se reportó en un nivel alto, podemos observar concordancia con nuestro estudio pues para la esfera evaluada en la muestra en general se reportó un nivel alto en 29.1%, nivel medio con 24.8%, nivel clasificado como “otros” o por debajo del nivel más bajo 24.1% y nivel bajo con 22%.

En efecto, las autoras concluyen, que el presente estudio mostró que los profesionales de enfermería del HGQ presentan una mala Calidad de Vida Laboral en cinco de las siete dimensiones evaluadas. Se sugiere ampliar la información sobre el fenómeno realizando la medición de otras variables como es la satisfacción laboral y clima organizacional. (Sánchez & Carrillo Ávila, 2015).

A mi punto de vista, la presente investigación nos proporciona información sobre la calidad de vida laboral de enfermería del Hospital General de Querétaro de la SESEQ remarcando que cinco de las siete dimensiones evaluadas muestran una mala calidad de vida laboral, el bienestar logrado a través del trabajo y el desarrollo personal nos indican que el personal no realiza sus propios objetivos.

Decididamente, la integración al puesto de trabajo, junto con la satisfacción por el trabajo afecta a la condición del trabajador para ofrecer un servicio de calidad. Lo cual hace que la calidad de vida en un punto se ve afectado.

En cuanto a Juárez (2019) realizó un estudio titulado “Calidad de Vida en el Trabajo del Personal de Salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 76 de Nuevo Laredo Tamaulipas” en 2019, en la Unidad de Medicina Familiar No. 76 de Nuevo Laredo Tamaulipas.

Asimismo, su objetivo fue determinar la Calidad de Vida en el Trabajo del Personal Médico y de Enfermería de la Unidad de Medicina Familiar con UMAA No. 76 de Nuevo Laredo Tamaulipas, entre los principales resultados se encontró que en el que participaron 88 participantes del personal de salud en los cuales 78% cree que su esfuerzo no es suficientemente reconocido.

Además, el cual solo el 31.4% refiere tener apoyo directivo para mejorar su calidad de vida laboral. Así también el 49.6% cuenta con el apoyo de sus compañeros. El autor concluyo, que Médicos y enfermeras expresan tener una alta satisfacción de su calidad de vida de forma total en sus 7 dimensiones que nos permite evaluar la herramienta utilizada para nuestro trabajo de investigación. (Juarez, 2019).

A mi juicio, la presente investigación nos proporciona información mencionando que para el personal influye mucho el apoyo de sus directivos, y compañeros para tener una calidad de vida laboral satisfactor.

Con respecto a Hernández Olmos (2020), reporta en su estudio titulado “Calidad de vida laboral del personal de enfermería del hospital del Hospital de Oncología del CMN siglo XXI”, en 2020 en el Hospital de Oncología del CMN siglo XXI.

Al mismo tiempo, el objetivo fue que se aplicó un instrumento que mide los 4 niveles donde se encontró que 45.2% la perciben como “bastante”, 34.2% como “mucho”, 17.5% como “algo” y 3.1% como “nada”. Por lo tanto, al ser ambos resultados semejantes y congruentes, podemos establecer que en la UMAE Hospital de Oncología de CMN SXXI la calidad de vida laboral percibida es “bastante”. (Hernandez Olmos, 2020)

Yo creo que, la presente investigación nos dice que la calidad de vida del personal de salud es bastante a pesar de que esta especialidad se da mucho el desgaste emocional aun de tratarse de pacientes pediátricos.

Por otra parte, Galeana (2021) comenta en su estudio titulado “medición de la calidad de vida en el trabajo en profesionales de la salud en el Hospital General De Zona con Unidad De Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, en 2021, en la Unidad De Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, Ciudad de México.

Asimismo, cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida en el trabajo en profesionales de la salud adscritos al Hospital General de Zona con unidad de medicina familiar No8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Por otro lado, entre los principales resultados se encontró que se estudiaron 141 profesionales de la salud, durante enero a agosto 2019, cuya edad promedio osciló entre los 25 y 65 años de edad, con un promedio de edad de 40 años; 66% del sexo femenino; 49% solteros, 54.6% corresponden al área médica, con un promedio de antigüedad de 12 años.

De otra manera, para cada esfera evaluada se encontró que el 24.8% tienen una calidad media en soporte institucional, 48.2% con calidad de vida media en seguridad en el trabajo, 34.8% con baja calidad en integración al puesto de trabajo, 47.5% baja calidad de vida en satisfacción por el trabajo, 22.7% con calidad de vida media en bienestar logrado a través del trabajo, 41.8% con calidad de vida media en desarrollo personal, 46.1% con baja calidad de vida en administración de tiempo libre; y calidad de vida en el trabajo baja con 50.4%.

Globalmente, los autores concluyeron, que se identificó que el Nivel de la Calidad de Vida en el Trabajo (CVT) más frecuente en los profesionales de la salud del HGZ/UMF No.8 fue baja; sin embargo para cada subesferas que forma la calidad de vida en el trabajo se encontraron con calidad baja y media, incluso resultados que se situaron por debajo de la puntuación más baja esperada, estos están incluidos dentro otros resultados los cuales, según la revisión bibliográfica, se deben a factores propios del individuo más que al ámbito laboral (Galeana M. G., 2021)

A mi entender, la presente investigación hace una comparación entre todas las investigaciones que han usado el instrumento de CVT-GOHISALO y se valoran 7 esferas: 1. Soporte institucional para el trabajo, 2. Seguridad en el trabajo, 3. Integración al puesto de trabajo, 4. Satisfacción por el trabajo, 5. Bienestar logrado a través del trabajo, 6. Desarrollo personal del trabajador y 7. Administración del tiempo libre.

Por tanto, donde se haya baja calidad de vida en administración de tiempo libre con un 47.5% y baja calidad de vida laboral con un 50.4%. Tomas estos factores no como valor grupal, si no por cada individuo.

Por lo que se refiere a Vilca Zelada (2018), menciona en un estudio titulado “Calidad de vida laboral del personal de salud de una institución pública, según sus características ocupacionales” en 2018.

Y, en una institución pública, cuyo objetivo fue determinar el nivel de calidad de la vida laboral del personal de salud de una institución pública, 2018, entre los principales resultados se encontró que, el 58% eran mujeres, en el rango de 35 a 45 años (41%), el tipo de contrato laboral el 54% no eran estables, y el 58% tienen menos de 5 años.

Otro aspecto, el 57,2% considera una baja calidad y el 33,3% un nivel medio. Se evidencio una baja calidad de vida laboral en la dimensión desarrollo personal del trabajador, 44% mujeres, 50% cuya edad fue entre 46 a 57 años, 40.5% no eran estables y 42.9% tenían menos de 5 años laborando y en la Administración del tiempo libre, el 39.3% eran mujeres, 41.7% cuya edad era entre 46 a 57 años, 32.1% no eran estables y 34.5% trabajaban menos de 5 años.

Así los autores concluyeron, que se obtuvo que el 57.2% de las personas que laboran en una institución pública presentaban una baja calidad de vida laboral, el 33.3% tuvieron una media calidad de vida laboral y el 9.5% una alta calidad de vida laboral, evidenciándose un alto número de personas que no tuvieron una alta calidad de vida laboral.

Además, existe mayor presencia de una baja calidad de vida laboral y de acuerdo con las condiciones sociodemográficas. En relación con las dimensiones, existe un mayor número de personal que tiene una baja calidad de vida laboral en la dimensión administración del tiempo libre y una media calidad de vida laboral en la dimensión soporte institucional para el trabajo. (Vilca Zelada, 2018)

Según a mi punto de vista, la presente investigación agrega que las personas que trabajan en una institución pública tienen una baja calidad de vida laboral. Ya que al no saber administrar sus tiempos libres y no tener un soporte institucional los conlleva a tener un bajo rendimiento y poca satisfacción para realizar sus actividades laborales.

A cerca de, Sánchez Guzmán y Carrillo Ávila (2015) explica en un estudio titulado Calidad de vida laboral de los profesionales de enfermería del Hospital General de Querétaro, SESEQ, en 2015.

En efecto, se utilizó el cuestionario CVT-GOHISALO en el personal de enfermería del Hospital General de Querétaro cuyos resultados reportaron una mala calidad de vida laboral en la integración al puesto de trabajo, satisfacción por el trabajo, bienestar logrado a través del trabajo, desarrollo personal y administración del tiempo libre; y buena calidad de vida en soporte institucional para el trabajo y seguridad en el trabajo.

Por lo que dentro de sus propuestas se sugiere implementar programas de intervención fomentando estilos de vida saludable que ayuden a mejorar la calidad de vida en los profesionales de enfermería (Sánchez & Carrillo Ávila, 2015)

A mi punto de vista, la presente investigación lo que capto nuestra atención fue la propuesta que hacen los autores ya que se debería de hacer programas que ayuden a mejorar la calidad de vida laboral a través de implementar programas de intervención que fomenten un estilo de vida saludable.

Con relación a Ana Luisa Macías (2015) observo en un estudio titulado “Calidad de vida laboral: su relación con la percepción del estilo de liderazgo” en 2015, en Texcoco, Estado de México.

Puesto que, su objetivo fue determinar la manera en que la percepción del estilo de liderazgo que ejerce el jefe se relaciona con la calidad de vida laboral que tengan los trabajadores de un hospital en Texcoco

En consecuencia, entre los principales resultados se encontró que, existe una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida laboral y el estilo de liderazgo democrático, también mostraron que el estilo de liderazgo mayormente percibido es el democrático.

Además, en cuanto a la calidad de vida laboral, se encontró que en las dimensiones de bienestar logrado a través del trabajo y administración del tiempo libre son en las que se perciben en área riesgo.

Por último, la relación de la calidad de vida laboral con algunas variables sociodemográficas, los resultados arrojaron que aquellos trabajadores que perciben una mayor calidad de vida laboral: los hombres, los trabajadores entre los 47-62 años, aquellos que están solteros, los que son médicos, los que se encuentran en el área de medicina familiar y aquellos que tienen entre un año y dos años y medio laborando ahí.

Al mismo tiempo, la autora concluye, que existe una relación entre el estilo de liderazgo democrático con la calidad de vida laboral que tenga el trabajador, siendo este estilo de liderazgo el que pondera en el hospital. Sin embargo, es necesario implementar medidas de acción en cuanto a los alimentos, las jornadas laborales y el equilibrio entre la vida laboral y la personal, ya que fueron áreas en las que se percibieron en riesgo.

También es necesaria la implementación de medidas relacionadas con las variables sociodemográficas, por ejemplo, las diferencias entre sexos y entre el puesto que desempeñan. (Macias Araiza, 2015)

A mi opinión. la presente investigación igual que la anterior nos habla de la importancia que existe entre el jefe y los trabajadores al enfocarse en hablar del liderazgo democrático; que, si se cuenta con este, mejore la satisfacción del personal que labora en el Hospital

Con relación a, Gallup (2017), indica en un estudio “Estado del lugar de trabajo mundial”, en 2017.

Por tanto, entre los principales resultados se encontró que, por mucho tiempo México ha sido uno de los países que han mostrado más insatisfacción laboral en el mundo. El informe realizado por la Gallup de 2017 mostró que en México solo 12% de los trabajadores están satisfechos con su trabajo, un 60% está desconectado, mientras que un 28% no duda en afirmar que está totalmente insatisfecho con su empleo.

En consecuencia, los autores concluyeron, que la lectura de este informe es que la productividad global se puede arreglar. Los ejecutivos y una amplia variedad de líderes de equipo en muchos niveles diferentes podrían cambiar la productividad del mundo rápidamente. (Gallup, 2017)

Para mí, el presente estudio nos provee información dándonos la perspectiva de México en donde los trabajadores muestran una mayor insatisfacción laboral en el mundo, enfocándose en mejorar la calidad de vida laboral para un mejor desempeño y productividad.

A cerca de, Carlos Valdez (2021), comenta en su estudio titulado “Factores que intervienen en el síndrome de burnout y su relación con la calidad de vida de los médicos residentes de medicina familiar en la UMF 20” en 2021, en la UMF 20.

A continuación, su objetivo fue determinar cuáles son los factores que intervienen en el síndrome Burnout y su relación con la calidad de vida de los médicos residentes de Medicina Familiar en la UMF 20, entre los principales resultados se encontró que el 41.3% de los médicos residentes presento síndrome de burnout académico 21.4% y calidad de vida baja con un 28.6%. Un nivel socioeconómico bajo con un 60%. Donde se relaciona el burnout con una calidad de vida bajo.

Para finalizar, el autor concluye, que la prevalencia de la percepción de Síndrome de Burnout laboral detectada mediante el cuestionario Maslach en residentes de medicina familiar de la UMF No. 20 “Vallejo” del IMSS.

Po lo cual, fue de 34.3%, en comparación con la percepción del Síndrome de Burnout académico que es del 21.4%. La calidad de vida que perciben los residentes predomina la alta con un 44.3% seguida de la baja con 28.6% y por último media con 27.1%.

Por consiguiente, la relación de la percepción del Síndrome de Burnout labora con el grado de residencia se observó que quienes refieren mayor percepción son los residentes de segundo año con un 37%.

En cuanto a la percepción del Burnout académico por grado de residencia se observa un 27.2% en los residentes de 1er año, un 25% en residentes de 2do año y solo un 12.5% en residentes de 3er año. Se relaciona burnout con calidad de vida baja afectando más el año intermedio casados y con hijos. (Valdéz, 2021)

Para mí, la presente investigación nos presta información donde se realiza una comparación con los años de la residencia siendo el 1er año donde se presentan más burnout académico y una calidad de vida baja, atribuyendo al poder socioeconómico y el esfuerzo de los residentes de alcanzar los estándares conforme al nivel académico requerido.

Salas (2009) realizó un estudio titulado "Estado de salud y estrés laboral en médicos internos del IMSS en Tepic, Nayarit" en 2009, en el IMSS en Tepic, Nayarit.

De manera que, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia e intensidad del Síndrome de Burnout en los médicos internos, el estado de salud mental que mantienen los médicos internos y la relación con características personales y generales.

También, entre los principales resultados se encontró que, un 28% de los internos padecen probable trastorno mental y respecto al Burnout, en agotamiento emocional un 56% nivel alto y con nivel medio un 40%, mientras que para Baja Realización Personal un 20% obtuvo nivel alto y nivel medio un 28% con sentimiento de baja realización personal, mientras que, para despersonalización, un 28% manifestó un nivel alto y un 36% nivel medio.

Por esto, el autor concluyó, que un alto grado de Burnout y aunado a que un 28% padezca de probable trastorno mental, se convierte en foco rojo para elaborar programas de prevención y tratamiento a estas patologías.

Al mismo tiempo, existen aspectos propios del individuo que contribuyen a la formación del Burnout, al respecto la Doctora Godoy (2002), nos dice: existen expectativas propias de los médicos, las que aumentan el riesgo del Burnout, como: deseos de superación; ser fuerte, no mostrar sentimientos; saberlo todo; no equivocarse; complacerlos a todos (casa, trabajo, placeres); tener mucho dinero. (Salas, 2009)

Yo creo que, la presente investigación nos proporciona información sobre la relación que hay entre el estado de salud y el estrés laboral lo cual motiva al síndrome de burnout; ya que esto se ve elevado a que los médicos internos se exigen mucho a sí mismo.

Con relación a, Hernández Aguilera (2012), plantea donde realizó un estudio titulado "Factores psicosociales, mobbing, estrés, fatiga, calidad de vida y burnout en médicos residentes" en 2012, en la UMAE Hospital De Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda" Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Por tanto, el objetivo fue determinar la prevalencia de estrés, fatiga, y síndrome de burnout y su relación con factores de tipo psicosocial, mobbing y la percepción negativa de la calidad de vida laboral en médicos residentes de un hospital de alta especialidad del IMSS, entre los

principales resultados se encontró que, participaron 153 residentes. El 57.7% (88) pertenecían a especialidades médicas y el 42.4% (65) a especialidades quirúrgicas.

De manera que, el 15% (23) fueron R1, 29.4% (45), R2. 33.3% (51) R3 y 22.2 (p% (34) R4. El 93.4% (143) de los residentes reportaron la existencia de conductas y actitudes violentas al interior de su área laboral; el 61.4% (94) de los residentes presento estrés, siendo las mujeres las más afectadas en este rubro ($p < 0.05$)- el 36.6% (56) de los residentes reportan niveles de fatiga leve, 32% (49) niveles de fatiga moderada y 31.3% (48) de los residentes reportan fatiga excesiva.

Por esto, es el 32.6% (50) cumplieron con los criterios síndrome de burnout. No se encontraron diferencias significativas de acuerdo con el sexo, tipo de especialidad o año de residencia ($p > 0.05$). Se observaron asociaciones importantes entre los factores psicosociales negativos, el mobbing y la percepción negativa de la calidad de vida sobre la presencia de estrés, fatiga y síndrome de burnout.

Para finalizar, la autora concluye, que, al existir altas prevalencias de estrés, fatiga y burnout en los médicos, y la influencia que sobre estos ejercen los factores psicosociales, el mobbing y la percepción de la calidad de vida son determinantes, lo que en su conjunto representa un efecto negativo a su salud y puede tener serias implicaciones en la calidad de la atención que brinda la institución. (Hernández, 2012)

A mi entender, la presente investigación nos proporciona información sobre las conductas y actitudes violentas que puede haber en un área laboral, también remarcando que muchos de ellos muestran fatiga. La calidad de vida al ver estos puntos de vista demuestra que un área violenta se ve afectada. Atribuyéndolo al desgaste emocional, psicológico y físico.

En relación con Caballero Pedraza (2017), muestra en su estudio titulado “síndrome de burnout y calidad de vida laboral en el personal asistencial de una institución de salud en Bogotá” en 2017, en una institución de salud en Bogotá.

Por consiguiente, el objetivo fue describir el Síndrome de Burnout y la calidad de vida laboral del personal asistencial de una institución de salud de segundo nivel y observar si existe relación entre estos constructos.

Así, entre los principales resultados se encontró que, una severidad alta y moderada del síndrome en el 38.7% de los participantes; no obstante, el alto nivel de realización personal unido a la motivación intrínseca constituyo un factor protector ante la alta carga laboral y el escaso apoyo directivo.

Por otro lado, la fatiga emocional correlaciono directamente con la carga laboral e inversamente con la motivación intrínseca. La autora concluye, que se resalta la importancia de una gestión más eficiente y una dirección más centrada en las personas en las instituciones de salud (Caballero, 2017)

Según mi punto de vista, la presente investigación nos proporciona información sobre la importancia del compañerismo ya que es una herramienta vital para las jornadas de trabajo extenuantes y que los jefes no apoyen al personal.

A por otra parte Flores-Ramírez y Escalante-Hernández (2020), observo en un estudio titulado “Calidad de vida en profesionales de enfermería que laboran en áreas críticas en una institución de tercer nivel de atención” en 2018, en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suarez

Por lo cual, el objetivo fue determinar la CV de los profesionales de enfermería que laboran en áreas críticas en una institución de tercer nivel de atención, entre los principales resultados se encontró que, el 85% de los participantes fueron mujeres. El rango de edad más frecuente de 40-49 años (43%).

Además, el puntaje más alto en el WHOQOL-BREF el dominio de salud psicológica y el menor puntaje el de ambiente. En el PROQOL-IV, 40% de participantes tuvieron riesgo de padecer desgaste por empatía de los cuales 83% son mujeres, 15% no está satisfecho al realizar su trabajo y 19% tiene riesgo de padecer burnout.

Por consiguiente, las autoras concluyeron, que la CV del personal de enfermería podría determinarse como buena, excepto el dominio desgaste por empatía (PROQOL-IV). Se sugiere continuar estudiando estas variables para poder realizar intervenciones que ayuden a mejorar su CV. (Ramírez & Hernández, 2020)

Considero que, la presente investigación nos proporciona información y da a conocer que los pacientes en áreas críticas requieren mayor tiempo de atención, así como cuidados especializados, muchas veces el personal debe tener conocimientos de especialidad y tener experiencia, anteriormente se ha visto que esto se puede relacionar con enfermedades tanto físicas, así como trastornos emocionales hasta el síndrome de burnout

Con respecto a Bustos Camacho (2021) indica en un estudio titulado “Calidad de vida en salud, en personal trabajador de la unidad del Hospital General De Sub-Zona Con Medicina Familiar No.20 De San Luis De La Paz, Guanajuato” en 2021 en el Hospital General de subzona con medicina familiar No.20.

Ya que, cuyo objetivo fue determinar la calidad de vida en salud en personal trabajador de la unidad de HGSZ con Medicina Familiar No. 20 San Luis De La Paz, Guanajuato, entre los principales resultados se encontró que tuvo una mejor calidad de vida en la limitación de rol por problemas físicos ya que su promedio fue el más alto con 97.1 puntos y una desviación estándar de 8.6 puntos, seguido de la función física con un promedio de 92.2 puntos y desviación estándar de 9.2, con respecto a una menor calidad de vida, la función social tuvo la media más baja con 58.7 puntos y desviación estándar de 21.1 puntos, seguida de la salud en general cuya media fue de 76.7 puntos y desviación estándar de 12.5 puntos.

Por otra parte, los trabajadores de intendencia tuvieron 44% de estados negativos en la limitación de rol por problemas emocionales, los operadores de ambulancia tuvieron 25% de estados negativos en vitalidad, las auxiliares de enfermería tuvieron porcentajes arriba de 20% en 5 de las funciones y en particular de 48% en salud mental y 40% en función social.

En pocas palabras, el autor concluye, que teniendo en cuenta que los objetivos generales son conocer la calidad de vida del personal de salud adscrita al HGSZ/MF 20 De San Luis De La Paz, Gto.

Asimismo, el objetivo específico de las distintas categorías del personal de salud. se identificó que los principales factores que determinan la calidad de vida en este personal de salud fue la antigüedad, la edad, y el tipo de categoría, siendo los de mayor edad más de 50 años presentaron limitaciones físicas, así como las auxiliares de enfermería presentaron mayor porcentaje de estados negativos en cuanto a problemas emocionales.

Cabe mencionar que este personal de salud está directamente relacionado con el paciente enfermo, por lo que se considera mayor impacto emocional.

A pesar de, las diferencias de otras categorías, en donde prevalecieron y se identificaron otro tipo de factores de calidad de vida, se propone realizar un estudio de seguimiento, y proponer estrategias de afrontamiento para contener este tipo de problemas y contar con un personal de salud más resiliente a estos problemas emocionales para que no impacten en su la calidad de vida. principalmente en la dimensión de rol emocional.

Así como, identificar, si existe alguna comorbilidad de enfermedad en el personal de salud la cual sea una asociación para presentar porcentajes de estados negativos.

Por consiguiente, los trabajadores de salud adscritos al HGSZ / MF 20 de San Luis de la Paz, GTO, cuentan en estos momentos con una calidad de vida positiva en diferentes dimensiones de la encuestasf-36, que se describen como función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. (Bustos, 2021).

Para mí, la presente investigación nos menciona que a mayor edad tenga el personal de salud será mayor el impactó en sus emociones al igual que los auxiliares de enfermería.

Lo que se refiere, Fernández García (2010) planteo en un estudio llamado ¿Para qué estudiar el síndrome de burnout en el personal de enfermería en México? Precisiones metodológicas para el desarrollo de una línea de investigación,

Por lo que, se argumenta sobre las respuestas a las preguntas iniciales están sujetas a la preocupante escasez de enfermeras profesionales en el mundo y en nuestro país y al impacto que esta situación tiene en la salud de las enfermeras y en el clima laboral de las instituciones.

Por tanto, el problema adquiere una faceta aún más preocupante si, además, como la literatura propone, existe una relación entre el agotamiento de los trabajadores y los eventos adversos, los errores en la medicación, el diagnóstico temprano de las complicaciones y la mortalidad de los pacientes en los hospitales.

Por otro lado, la alta demanda por parte de pacientes graves o con enfermedades crónico-degenerativas que requieren de cuidados intensivos o de alta complejidad y la exigencia constante por mejorar la calidad de los servicios de salud hace impostergable la necesidad de profundizar en el estudio de algunos de los factores que condicionan y/o propician el Síndrome de Burnout. (Fernandez Garcia , 2010)

A mi entender, la presente investigación nos proporciona información sobre la alta demanda que se tiene para el personal de enfermería y si las instituciones de salud no contratan más personal, por ende, las que están aumenta su carga de trabajo y también les afecta si tienen un paciente que requiera mayores cuidados.

De manera a que, Vázquez Ramírez (2014) realizo un estudio titulado “Niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida relacionada con la salud en médicos residentes de medicina familiar y de especialidades troncales del ISSSTE” en 2014,

A causa de, su objetivo fue evaluar los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida relacionada con la salud en los médicos residentes del ISSSTE de las Especialidades de Medicina Familiar y las Especialidades Troncales, entre los principales resultados se encontró que la prevalencia de ansiedad fue 11.7% y de depresión moderada a grave de 9.1% en la totalidad de residentes.

Globalmente, el autor concluye, que los resultados obtenidos en este trabajo, tanto de ansiedad, depresión y calidad de vida relacionada con la salud nos permiten inferir que la educación médica, es exigente y estresante, y en las residencias médicas es aún mayor, por estar en contacto con problemas de resolución urgente. La dimensión de calidad de vida más afectada fue la de los sentimientos con una media 2.51. (Vazquez Ramirez, 2014).

A mi juicio, la presente investigación nos llamó la atención que la parte más afectada fue la de sentimientos en específico los residentes de urgencias ya que es un área en la cual se debe de actuar con rapidez

A cerca de, Pérez (2013) realizó un estudio titulado “Efecto del burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo” en 2013, en un Instituto de Salud en México.

Por tanto, el objetivo fue determinar el efecto del burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo en personal de un instituto de salud en México, entre los principales resultados se encontró que, de 673 trabajadores considerando todas categorías que representan el 33.7% del total de la institución.

La cual se conforma del 34.5% de enfermeras, 23.9% de médico, 10.5% de personal de laboratorio y 30.2% de personal de otras categorías. En donde hay un conflicto de trabajo-familia de un 59.6%, un agotamiento emocional de un 43.8% e insatisfacción de logros del 18.4%.

A causa de, la autora concluye, que existe un alto nivel de despersonalización en personal con menor nivel de educación, lo que muy probablemente obedece a la presencia de puestos de trabajo de nivel operativo que entrañan múltiples actividades rutinarias, repetitivas y con reducida responsabilidad y toma de decisiones, que se traducen en un factor de riesgo para desencadenar la despersonalización del trabajador. Los mayores niveles de burnout (agotamiento, despersonalización y baja realización personal) se identifican en personal que tiene a su cargo la atención de un mayor número de usuarios, tal es el caso de las enfermeras, el personal de laboratorio y el de dietología.

Ya que, estos resultados coinciden con los señalamientos de Maslach y pines (1997) y Maslach y Jackson (1981) respecto a que los mayores niveles de burnout se presentan en personal que tiene un trato directo y continuado con los usuarios de los servicios que proporcionan. Se identifica un alto nivel de agotamiento en el personal del turno nocturno, muy probablemente a consecuencia de la carga de trabajo y el horario mismo, resultados que coinciden con los obtenidos por solano et al. (2002) y gil-monte (2002, 2003).

Por el contrario, en esta investigación destacan los altos niveles de agotamiento emocional, despersonalización e insatisfacción de logro en el personal del turno matutino, con mucha probabilidad como consecuencia de las altas demandas de trabajo existentes en esa franja horaria. Los resultados obtenidos en el análisis multivariado permiten concluir lo siguiente: la sobrecarga en el trabajo tiene un elevado efecto positivo y significativo en 2 factores del burnout: agotamiento emocional e insatisfacción de logro.

Asimismo, estos resultados coinciden con lo señalado por Cullen et al. (2008) respecto a que un incremento en la sobrecarga produce un incremento en los niveles del burnout. Razón por la cual, la reducción de la sobrecarga y el logro equilibrado de la carga de trabajo generarán bajos niveles de burnout y contribuirán a una mayor satisfacción laboral de la persona. (Pérez, 2013)

A mi punto de vista, la presente investigación nos proporciona información y relaciona el nivel de despersonalización con el nivel de estudios; es decir a menor nivel de educación mayor despersonalización.

En cuanto a Martínez Oliva (2017) realizó un estudio titulado “Calidad de vida profesional de los médicos adscritos a urgencias adultos del Hospital General Regional No. 46, en 2017, en el Hospital General Regional No. 46

Dado que, el objetivo fue Identificar la calidad de vida profesional de los Médicos Adscritos al servicio de Urgencias Adultos del Hospital Regional No. 46 durante 2017, entre los principales resultados se encontró que la calidad de vida del personal que labora en el servicio de urgencias tiende a reportarse insatisfactorio para el personal de salud y que puede redundar en una calidad de atención deficientes el entorno del servicio de urgencias puede hacer que los médicos seas más vulnerables a las alteraciones de su bienestar físico y psicológico.

Al mismo tiempo, la carga de trabajo se encontró que a pesar de que la cantidad de trabajo como lo es la presión por la cantidad y calidad de trabajo se marca elevada, la percepción por parte del médico adscrito a urgencias adultos de encontrarse capacitados para la realización de su trabajo es muy alta, considerando además un alto nivel de orgullo por el trabajo realizado.

Además, los niveles de estrés son marcados por la mayoría como altos, la mayoría de los médicos tiene la capacidad de desconectarse al término de la jornada laboral. Además de indicar una escasa incomodidad física por la actividad realizada, se marca una elevada satisfacción por el tipo de trabajo, así como la motivación para realizar el mismo.

Como resultado, la autora concluyo, que con los resultados del presente estudio podemos concluir que el nivel socioeconómico del médico adscrito a urgencias adultos que labora en el Hospital General Regional No 46, se considera elevado, mostrando que a pesar de que el elevado desgaste tanto físico como mental de laborar en un área de urgencias, existe una percepción de satisfacción de calidad de vida profesional.

A causa de, se encontró en el presente estudio que, a pesar de encontrarse dentro de niveles altos de estrés, el médico adscrito a urgencias adultos se percibe con la capacidad física y cognitiva para realizar su actividad profesional con un marcado orgullo por el tipo de trabajo realizado dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social. (Martínez O. , 2017)

En mi opinión, en la presente investigación habla sobre la calidad de vida del personal que labora en el servicio de urgencias tiende a reportarse insatisfactorio para el personal de salud y que puede redundar en una calidad de atención deficientes el entorno del servicio de urgencias puede hacer que los médicos seas más vulnerables a las alteraciones de su bienestar físico y psicológico.

Con relación a Venegas García (2014) realizo un estudio titulado “Calidad de vida laboral en el personal médico del Hospital General Regional No. 72 del Instituto Mexicano del Seguro Social” en 2014.

Por consiguiente, objetivo fue analizar el nivel de calidad de vida laboral en el personal médico del hospital general regional no. 72, entre los principales resultados se encontró que, en el personal médico que accedió a participar en el estudio, el nivel de calidad de vida laboral total predominante fue bajo, sin embargo, al analizar el nivel de cada una de las dimensiones los resultados arrojaron únicamente una dimensión con el mismo nivel, destacando aún más la importancia de detallar los elementos de cada dimensión.

También, dicha dimensión corresponde a la administración del tiempo libre, lo cual indica que los trabajadores pueden sentirse insatisfechos en su trabajo al no desarrollarse plenamente en su vida social extralaboral, alterando la percepción que puedan tener de sus condiciones intralaborales.

Por tanto, la autora concluyo, se lograron los objetivos y se comprobó la hipótesis de trabajo; se identificaron las variables socio laborales que se relacionan con el nivel de calidad de vida laboral total y por cada una de las dimensiones que integran el cuestionario CVT-GOHISALO, permitiendo evaluar elementos diferentes del HGR No.72.

Al mismo tiempo, se detectaron las condiciones que en los trabajadores pueden generar un determinado nivel de calidad de vida laboral. deben tomarse en cuenta los resultados derivados de esta investigación para reforzar y fomentar los aspectos de la organización que satisfacen.

Además, de las necesidades de los trabajadores, además de tomar medidas encaminadas a mejorar los elementos de las dimensiones más afectados como las condiciones físicas del área laboral (ruido, iluminación, orden y limpieza), la cantidad y calidad de los insumos otorgados para la realización de las actividades laborales y la programación de exámenes médicos periódicos para la vigilancia y promoción del estado de salud. (Venegas, 2014)

A mi opinión, en la presente investiga el personal menciona sentirse insatisfechos en su trabajo ya que repercute al no poder desarrollarse plenamente en su vida social extralaboral.

De manera que Sarmiento (2015) muestra en un estudio titulado “Calidad de vida en médicos en formación de posgrado,” en 2015, obtenida en cinco bases de datos, realizada durante cuatro meses en 2014.

Puesto que, en el estudio descriptivo en el que se recopila y cuestiona la evidencia general relacionada con la calidad de vida en los médicos residentes en formación de posgrado. La información obtenida en cinco bases de datos, realizada durante cuatro meses en 2014, resalta en su mayoría decenas de trabajos que subrayan la condición de afectación de la calidad de vida en residentes y personal de salud en términos de burnout.

De manera que, el énfasis del deterioro en la calidad de vida se enfoca en los síntomas de desgaste profesional que impactan negativamente en su salud y sensación subjetiva de satisfacción personal. Aunque la mayoría de las escalas de calidad de vida se han enfocado en los pacientes, algunas de ellas podrían ser aplicadas en residentes para evaluar sus condiciones de aprendizaje y de trabajo a fin de ponerse en armonía con los objetivos de la legislación, la ética y la universal aspiración de salud.

Con todo, se estima necesaria una reconsideración basada en criterios éticos, de salud y de psicología organizacional que beneficien al médico en formación y que redunden en la calidad de la atención en salud. (Sarmiento, 2015)

Para mí, la presente investigación nos proporciona información sobre la calidad de vida en médicos de posgrado; la propuesta que realiza es la de realizar escalas de calidad de vida en los médicos residentes y coadyuvar en su salud.

Con respecto a Belmont (2019) comenta en un estudio titulado “Contrato laboral y su impacto en la calidad de vida en el trabajo y bienestar psicológico percibido en profesionales de la salud” en 2019, en los Centros de Salud en la alcaldía de Álvaro Obregón de la CDMX

Por esta razón, el objetivo fue determinar si el contrato laboral impacta sobre la percepción de la Calidad de Vida Laboral y Bienestar Psicológico en odontólogos de los Centros de Salud en la alcaldía de Álvaro Obregón de la CDMX, entre los principales resultados se encontró que, existe una relación entre el tipo de contrato con la percepción de la CVT y BP y una correlación entre estas dos, los trabajadores de base tienen 100 puntajes más elevados seguidos de los formalizados y honorarios respectivamente, siendo significativas las diferencias de base-honorarios y formalizados-honorarios.

El equilibrio familia-trabajo, se ve afectado independientemente del tipo de contrato por el solo hecho de trabajar, además existe una relación entre el tiempo de traslado con la CVT y el BP. En el modelo de solución de problemas la población puede beneficiarse de un entrenamiento en SP. El tamaño de la red semántica de trabajo fue de 135 palabras, 39 de las primeras agrupan el 64% del peso semántico total.

El compromiso y la responsabilidad son las más sobresalientes, seguidas de satisfacción, motivación, estabilidad e interacción como significados asociados. Para finalizar, se resalta la relación entre la salud y la seguridad tanto cualitativa como cuantitativamente.

Por consiguiente, el autor concluyo, que es importante resaltar el objetivo principal de la investigación y sus resultados, confirmando desde diversas aristas la influencia que el tipo de contrato laboral tiene sobre la percepción de la CVT y el BP, si bien las condiciones objetivas no pueden ser intervenidas de manera inmediata, en relación con los componentes subjetivos, existe un campo de acción que puede favorecer la experiencia laboral de las personas.

La ciencia, como herramienta para atender e impulsar la salud mental abre grandes oportunidades al generar vuelcos en su visión que permiten desde la investigación y caracterización de los contextos, las medidas necesarias para intervenir con estrategias diseñadas en particular para esos entornos estudiados, detectando factores psicosociales de riesgo para procurar su eliminación, así como factores protectores que puedan multiplicarse para mejorar el entorno y la experiencia de los trabajadores. (Belmont, 2019)

A mi parecer, la presente investigación nos hace una relación entre el tipo de contrato y la calidad de vida, el personal de base tiende a no tener preocupación de tener un contrato por tiempo limitado y no tener el estrés de saber si tendrán trabajo o no, o se tengan que trasladar a otro lugar laboral al finalizar cada contrato y readaptarse al nuevo ambiente laboral, lo cual hace que tengan un mejor puntaje la calidad de vida y el bienestar psicológico.

Con respecto, Ayala García comenta en un estudio titulado “Frecuencia de estrés laboral y calidad de vida relacionada con la salud en personal sanitario y administrativo de un hospital de tercer nivel en México” en 2017, en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad cuyo objetivo fue conocer la frecuencia de estrés laboral y su relación con la CVRS en personal sanitario y administrativo del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de diciembre 2016 a abril 2017.

Pues, entre los principales resultados se encontró que, fueron más hombres en el grupo sanitario (79%), que, en el administrativo, en este grupo predominaron las mujeres (76%). El grupo de edad más prevalente fue de 40-49 años (42%).

A causa de, la media de estrés laboral fue mayor en el grupo administrativo (50 ± 37.6 vs. 39 ± 30.5) que en el grupo sanitario; trabajadores con antigüedad en el puesto de 1-15 años obtuvieron mayor puntaje de estrés laboral (48 ± 37 vs. 35 ± 25) que aquellos con una antigüedad >16 ; la CVRS fue peor percibida en mujeres (73 ± 17.2 vs. 82 ± 11.5) que en hombres, igual situación fue en trabajadores que utilizaban medicamentos antidepresivos (53 ± 15 vs. 77.13 ± 15) que aquellos que negaron consumirlos, todas estas diferencias con una $p \leq 0.01$; CI95%.

Además, en la regresión lineal simple, a mayor nivel de estrés laboral menor puntaje en la percepción de CVRS ($\beta 0.20$; ICP 0.27 a 1.2). (Ayala García, 2017)

A mi entender, en la presente investigación menciona que el estrés laboral tiene efectos negativos en la percepción de salud de los trabajadores. Ya que es necesario integrar en la vigilancia a la salud la evaluación de las diferentes dimensiones de los factores de riesgo psicosociales dentro trabajo. Los cuales tuvieron que adquirir a tratamientos antidepresivos.

En cuanto a, Galeana Rosales realizó un estudio titulado "Medición de la calidad de vida en el trabajo en profesionales de la salud en el hospital general de zona con unidad de medicina familiar no. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" en 2021, en la Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo

Otro aspecto, cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida en el trabajo en profesionales de la salud adscritos al Hospital General de Zona con unidad de medicina familiar No 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social, entre los principales resultados se encontró que, se estudiaron 141 profesionales de la salud.

En relación, durante enero a agosto 2019, cuya edad promedio osciló entre los 25 y 65 años de edad, con un promedio de edad de 40 años; 66% del sexo femenino; 49% solteros, 54.6% corresponden al área médica, con un promedio de antigüedad de 12 años.

También, para cada esfera evaluada se encontró que el 24.8% tienen una calidad media en soporte institucional, 48.2% con calidad de vida media en seguridad en el trabajo, 34.8% con baja calidad en integración al puesto de trabajo, 47.5% baja calidad de vida en satisfacción por el trabajo, 22.7% con calidad de vida media en bienestar logrado a través del trabajo, 41.8% con calidad de vida media en desarrollo personal, 46.1% con baja calidad de vida en administración de tiempo libre; y calidad de vida en el trabajo baja con 50.4%.

Así pues, la calidad de vida en el trabajo global o total para la población que estudiamos fue predominante baja seguida de calidad media y por último calidad alta; dichos resultados se repitieron en las demás esferas que componen calidad de vida excepto en la esfera de desarrollo personal donde la calidad media. Ninguna esfera que integra la calidad de vida en el trabajo obtuvo puntaje necesario para calificarse como calidad de vida predominante alta.

Por otro lado, en la revisión bibliográfica durante el desarrollo de la investigación se encontraron diversos estudios que medían la calidad de vida laboral en profesionales de la salud, mayormente enfocados a medir profesionales del área de enfermería, este grupo profesional

Reiteradamente, aparece como el más insatisfecho o con calidades de vida laborales bajas o medias; debidas en gran parte a la sobrecarga de trabajo, las relaciones profesionales, el salario, el trabajo emocional, el reconocimiento al desempeño de sus labores en la práctica.

Ya que, la autora concluyo que se identificó que el Nivel de la Calidad de Vida en el Trabajo (CVT) más frecuente en los profesionales de la salud del HGZ/UMF No.8 fue baja; sin embargo, para cada subesferas que forma la calidad de vida en el trabajo se encontraron con calidad baja y media.

Puesto que, incluso resultados que se situaron por debajo de la puntuación más baja esperada, estos están incluidos dentro otros resultados lo cuales, según la revisión bibliográfica, se deben a factores propios del individuo más que al ámbito laboral. (Galeana M. G., 2021).

Según mi punto de vista, la presente investigación nos proporciona información acerca de la calidad de vida entre los profesionales de salud como son el personal médico y el de enfermería, donde el menciona que son la más insatisfacción de esta.

En cuanto Sánchez Velázquez (2018) propone en su estudio titulado “Evaluación De La Calidad De Vida Profesional Del Personal Médico En Formación Del HGZ/UMF No. 8, DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO” en 2018, en el HGZ/UMF No. 8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

Por otra parte, cuyo objetivo fue evaluar la Calidad de Vida Profesional del personal médico en formación del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, entre los principales resultados se encontró que se estudiaron a 141 médicos en formación del HGZ/UMF #8. La media de edad fue de 26.6 años, 90 (63.8%) de sexo femenino.

Al mismo tiempo, se encontró Bastante Calidad de Vida Profesional en 62.4%, Algo de Apoyo Directivo en 37.6%, Bastante Carga de trabajo en 35.5% y Bastante Motivación Intrínseca en 42.6%.

Por último, la autora concluyo, que realizar estudios sobre Calidad de Vida Profesional en médicos para evaluar el estado real de esta población, que cada día se enfrenta a largas jornadas de trabajo y cuenta con poco tiempo dedicado a actividades diferentes a la medicina es prioritario, así como favorecer acciones de mejora de trabajo que impliquen incremento de la CVP.

Así bien, fue evaluada globalmente como bastante, existen factores que se reprobaron, como los relacionados con el personal administrativo. Por tanto, si se quiere una atención en salud de calidad, y profesionales que estén dispuestos a dar lo mejor de sí mismos, la consideración sobre su propia calidad de vida debe jugar un papel esencial. (Sánchez S. E., 2018).

Para mí, la presente investigación nos proporciona información sobre la calidad de vida del personal; debido a que el trabajo los absorbe ya no pueden realizar actividades de su preferencia y el personal administrativo no les proporciona el apoyo que requieren.

Por otra parte, en México se publicó en el DOF a partir del mes de octubre del 2018 la Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-

Identificación, análisis y prevención. En la cual el patrón tiene la obligación de cuidar a los trabajadores del estrés y así tenga una buena calidad de vida.

Considero que, en el presente documento se puede ver que se trata de un problema no solo en México sino a nivel global. Les corresponde a las secretarías u organismo de cada país dar soluciones, o tomar medidas preventivas para evitar que este problema vaya en aumento y cobre la vida de los trabajadores de salud ya que la demanda de personal de salud va en aumento a la par de personas que solicitan los servicios de salud.

3.2 Marco conceptual

3.2.1 Calidad de vida

La utilización del concepto de Calidad de Vida (CV) puede remontarse a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras. (Urzua, 2012)

Eventualmente a través del tiempo se ha cambiado este concepto algunos de estos se los exponemos en este cuadro.

Tabla 1.- Diversas definiciones para el concepto de calidad de vida a través del tiempo

Referencia	Año	Concepto
Aristóteles	384-322 a. C.	Alcanzar un estado de "eudaimonia generalmente traducida como "felicidad o bienestar", concepto que para Aristóteles significaba tener una comprensión de la mejor manera de vivir la vida. Ya que la felicidad era el producto de actividades dirigidas hacia objetivos claramente definidos que forman toda nuestra vida, en lugar de ser simplemente a corto plazo. (Cheung Chung, 1997)
Hornquist	1982	Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas físicas, psicológica, social, de actividades, material y estructural. De manera que los identificaba por niveles: Subglobal, molar (la forma fácil de percibir por el individuo), submolar y particular. (Hornquist, 1989)
Calman	1987	Satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar... medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente. (Cheung Chung, 1997)
Opong	1987	Condiciones de la vida o experiencia de vida.
Ferrans	1990	Las definiciones de calidad de vida que son útiles en el cuidado de la salud se pueden agrupar en cinco categorías amplias: Vida normal, Felicidad/Satisfacción, Logro de metas personales, Utilidad social y Capacidad natural. En general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción con áreas que son importantes para ella o

		él. (Ferrans, 1990)
Bigelow	1991	Ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar. (Cheung Chung, 1997)
Lin Zhan Ms	1992	Menciona que la calidad no puede mencionarse con un enfoque objetivo o subjetivo. Para este concepto tocan algunas dimensiones importantes para una evaluación de la calidad de vida. (a) Satisfacción con la vida, (b) auto concepto, (c) salud y funcionamiento, y (d) factores socioeconómicos (MS, 1992)
Ramón Garduño	1995	La calidad de vida objetiva hace referencia a cada una de las partes observables o cuantificables en función a criterios externos, conforme a la evaluación que cada persona hace de su experiencia física, emocional y social, basada en criterios propios. (Felce, 1995)
Lane	1996	“La calidad de vida se define propiamente por la relación entre dos elementos subjetivos o personales y un conjunto de circunstancias objetivas. Los elementos subjetivos de una alta calidad de vida comprenden una sensación de bienestar y desarrollo personal, crecimiento del aprendizaje... El elemento objetivo se concibe como la calidad de las condiciones que representan oportunidades para la explotación por parte de la persona que vive una vida. (Lane, 1996)
Testa y Simonson	1998	La calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que pueden experimentar las personas y representa la suma de sensaciones subjetivas y personales de sentirse bien. (Testa & Simonson, 1996)
Martín & Stockler	1998	Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor calidad de vida. (Cheung Chung, 1997)
Barbara K. Haas	1999	Calidad de vida es una evaluación multidimensional de las circunstancias de vida actuales de un individuo en el contexto de la cultura en la que vive y los valores que tiene. La calidad de vida es principalmente una sensación subjetiva de bienestar que abarca dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales. En algunas circunstancias, los indicadores objetivos pueden complementar o, en el caso de que los individuos los perciban, servir como evaluación indirecta de la calidad de vida. (Haas, 1999)

Glenda A. Meeberg	1993	“La calidad de vida es un sentimiento de satisfacción general con la vida, determinado por el individuo mentalmente alerta cuya vida se está evaluando” (Meeberg, 1993)
Tartar	1988	“Una construcción multifacética que abarca las capacidades conductuales y cognitivas del individuo, el bienestar emocional y las habilidades que requieren el desempeño de roles domésticos, vocacionales y sociales”. (Tartar, 1988)
E.B. Emerson	1985	“La satisfacción de los valores, metas y necesidades de un individuo a través de la actualización de sus habilidades o estilo de vida”. (Emerson, 1985)
A.F. Lehman	1983	“Una cuestión subjetiva, reflejada en una sensación de bienestar global” (Lehman, 1983)
R.A. Cummins	1992	“Los valores personales, así como las condiciones de vida y la satisfacción con la vida interactúan para determinar la calidad de vida. La importancia de la evaluación objetiva o subjetiva de un dominio particular de la vida solo se puede interpretar en relación con la importancia que el individuo le otorga”. (Cummins, 1992)
Jack W. Rejeski and Shannon L. Mihalko	2001	“Un juicio cognitivo consciente de satisfacción con la propia vida”. (Rejeski & Mihalko, 2001)
Harold M. Proshansky and Abbe K. Fabian	1986	“Community QoL es una función de las condiciones reales en el entorno, así como una función de cómo estas condiciones son percibidas y experimentadas por el individuo que reside dentro de la comunidad”. (Proshansky & Fabian, 1986)
Michael R. Hagerty.	2001	“Calidad de vida es un término que implica la calidad de toda la vida de una persona, no solo una parte. Por lo tanto, se deduce que, si la calidad de vida se va a segmentar en sus dominios componentes, esos dominios en conjunto deben representar la construcción total”. (Hagerty, 2001)

Elaborado por los autores de las citas

Así también ha habido diversos conceptos de calidad de vida contemporánea, aquí citamos diferentes autores e instituciones que la mencionan en la tabla 2

Tabla 2.- Tabla de los autores contemporáneos

Autor	Definición
Albanesi	Consiste en la sensación de bienestar que puede experimentar las personas y representa la suma de sensaciones subjetivas y personales de sentirse bien. (Berrospe Silva M. d., 2016)
Prieto	Define la calidad de vida en término de dos dimensiones básicas de la salud subjetiva: la dimensión del bienestar (humor, emociones positivas y negativas, motivaciones y cognición) y en segundo lugar una dimensión de igual importancia, la capacidad de actuación del sujeto (habilidad para alcanzar objetivos definidos como propios o ajenos). (Prieto, 2009)
OMS	Es la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado, por supuesto, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales (OMS, 1996)
Teles	"De manera general, CV se refiere también al conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida o al grado de satisfacción disfrutado por un individuo, especialmente en relación con la salud y sus dominios" (Teles, 2014)
La Real Academia Española	Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor". "Estado de una persona, naturaleza, edad y demás circunstancias y condiciones que se requieren para un cargo o dignidad". Así como también "Conjunto de condiciones que contribuyen a hacer la vida agradable, digna y valiosa (Española, 2021)
Diana Pérez	La calidad de vida es un concepto relacionado con el bienestar social y depende de la satisfacción de las necesidades humana y de los derechos positivos (libertades, modos de vida, trabajo, servicios sociales y condiciones ecológicas) (Perez, 2019)
Miguel Ángel Verdugo	Es una noción sensibilizadora que guía el programa prácticas, desde una perspectiva individual a una construcción social que permite evaluar los dominios centrales de la vida y guías de mejora de la calidad. (Verdugo, 2010)
Ulises Salazar Sumano	El concepto de calidad de vida es subjetivo, y va a depender de las expectativas, la cultura, los antecedentes, el ambiente y la situación socioeconómica del

	individuo de modo tal que va a variar en el adulto mayor, tomando en cuenta sus características propias como son el retiro, la disminución de su funcionalidad, el deterioro cognitivo y la perspectiva de estar al final de la vida. (Sánchez Escobedo, 2008)
Reyes Gerdane	La calidad de vida es la “percepción de un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones. (Cheung Chung, 1997)
A.J. Janse	La calidad de vida es un constructo multidimensional que incluye componentes físicos, emocionales, mentales, sociales y conductuales”. (Cheung Chung, 1997)

Elaborado por los autores de las citas

3.2.2 Psicología

La palabra psicología procede de las palabras griegas psyche mente, alma, espíritu) y logos (discurso o teoría). En sentido etimológico, la palabra psicología significa “teoría de la mente”.

La psicología en sus inicios, al independizarse de la filosofía, hecho que suele situarse en 1879 (fecha de la fundación del primer laboratorio de psicología por W. Wunt), podía realmente definirse como teoría o ciencia de la mente, pero poco a poco esta definición ha ido cambiando actualmente se puede afirmar que la psicología es una ciencia que intenta construir teorías y modelos que permitan explicar, predecir y controlar la conducta.

La Psicología es una ciencia que intenta construir teorías y modelos que permitan explicar, predecir, controlar la conducta y los procesos mentales aplicando el método científico. (Ortego Mate & López Gonzales, 2000)

La psicología pretende explicar cómo percibimos, aprendemos, recordamos, resolvemos problemas, nos comunicamos, sentimos y nos relacionamos con otras personas, desde el nacimiento hasta la muerte, en relaciones íntimas y en grupos. Intenta entender, medir y explicar la naturaleza de la inteligencia, la motivación y la personalidad, así como las diferencias individuales y de grupo. (G. Morris & A. Maisto, 2005)

También algunos términos en psicología que manejamos son:

3.2.2.1 Emoción:

Es la “alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, que va acompañada de cierta conmoción somática”. Esa alteración o dislocación, puede ser producida por algún acontecimiento (una noticia extremadamente agradable o desagradable) que altera bruscamente tanto el curso de nuestra actividad mental como el de nuestra actividad corporal a través de una serie de reacciones fisiológicas concomitantes (Jordán, 2017).

Una emoción es un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a la acción. Las emociones se generan como respuesta a un acontecimiento externo o interno. (Bisquerra Alzina, 2015)

3.2.2.2 Motivación

La motivación es un constructo teórico-hipotético que designa un proceso complejo del organismo que causa la conducta. En la motivación intervienen múltiples variables (biológicas y adquiridas) que influyen en la activación, direccionalidad, intensidad y coordinación del comportamiento encaminado a lograr determinadas metas. (Bisquerra Alzina, 2015).

La motivación como el proceso arquetípico y universalmente significativo para despertar la acción, sostener la actividad en progreso y regular el patrón de actividad. Planteando que la motivación humana es una compleja integración de procesos psíquicos que implica la actividad nerviosa superior y refleja la realidad objetiva a través de las condiciones internas de la personalidad social.

Esta integración de procesos, en su constante transformación y determinación recíproca con la actividad externa sus objetos y estímulos, regula la dirección (el objeto meta) y la intensidad o activación del comportamiento, por lo que se manifiesta como actividad motivada. (Monjaraz Carrasco, 2011)

3.2.2.3 Sentimiento

El sentimiento es aquel estado de ánimo que caracteriza el estado afectivo general de una persona con cierto grado de duración y permanencia, así nos referimos a la alegría, la preocupación, la angustia, el temor, la desesperación etc.

El temple afectivo denuncia el estado general de la persona, y aun la orientación dada a la propia vida. Por eso se encuentra en la más estrecha vinculación con la marcha del organismo y con el régimen personal de intereses, preferencias y esperanzas. (Jordán, 2017)

Así también la psicología estudia la calidad de vida a través de sus ramas como son:

La Ciencia Conductual Contextual (CBS) por sus siglas en inglés, Contextual Behavioral Science, se trata de una estrategia de desarrollo científico y práctico que reúne un conjunto de asunciones filosóficas, asentadas en el contextualismo funcional, donde el fin último es cambiar el mundo de manera positiva e intencional.

De forma más amplia la definición que se recoge en la inauguración de The Journal of Contextual Science: “Contextual Behavioral Science (CBS) es una estrategia comunitaria centrada en principios de desarrollo científico y práctico reticulado.

Basado en suposiciones filosóficas contextualizadas, y anidado dentro de la ciencia de la evolución multidimensional y multinivel como una visión contextual de la vida, busca el desarrollo de conceptos y métodos científicos básicos y aplicados que sean útiles para predecir.

Como así influir en las acciones contextualmente integradas de organismos completos, individualmente y en grupos, con precisión, alcance y profundidad; y extiende ese enfoque al propio desarrollo del conocimiento para crear una ciencia del comportamiento más adecuada a los desafíos de la condición humana (López, 2018)

La psicología positiva y el apoyo conductual positivo son dos modelos que investigan y promocionan el bienestar. El primero dirigido a la población general y el segundo a personas con discapacidad y otros colectivos como escuelas ordinarias, centros de acogida juvenil y tercera edad. Ambos modelos comparten principios similares: el bienestar a través de las emociones, pensamientos y prácticas conductuales. (Bauzá, 2021)

El campo de la psicología positiva en el nivel subjetivo se trata de experiencias subjetivas valiosas: bienestar, satisfacción y satisfacción (en el pasado); esperanza y optimismo (por el futuro); y fluir y felicidad (en el presente).

A nivel individual, se trata de rasgos individuales positivos: capacidad de amor y vocación, coraje, habilidad interpersonal, sensibilidad estética, perseverancia, perdón, originalidad, visión de futuro, espiritualidad, alto talento y sabiduría.

A nivel de grupo, se trata de las virtudes cívicas y las instituciones que mueven a los individuos hacia una mejor ciudadanía: responsabilidad, educación, altruismo, civismo, moderación, tolerancia y ética de trabajo. (Seligman & Csikszentmihalyi, 2014)

3.2.2.4 Bienestar psicológico

Los constructos bienestar psicológico y bienestar subjetivo remiten a dos tradiciones distintas en el estudio del bienestar: la que se centra en el estudio del crecimiento personal, el propósito en la vida y la autorrealización (bienestar psicológico: perspectiva eudaimónica), y la que se centra en la experiencia de satisfacción con la propia vida (factor cognitivo), nivel elevado de afecto positivo y nivel bajo de afecto negativo (factores afectivos) (bienestar subjetivo: perspectiva hedonista)

El bienestar psicológico es el multidimensional menciona Carol Ryff, que concibe el bienestar psicológico como desarrollo personal y compromiso con los desafíos existenciales de la vida (es un modelo, por tanto, eudaimónico), e incluye seis dimensiones: autoaceptación (autoevaluaciones positivas y de la propia vida pasada), relaciones positivas (relaciones interpersonales de calidad), autonomía (sentido de autodeterminación), dominio del entorno (capacidad de gestionar con eficacia la propia vida y el mundo circundante), crecimiento personal (sentido de crecimiento y desarrollo como persona) y propósito en la vida (creencia de que la propia vida es útil y tiene un sentido). (Aldete García, 2022)

El bienestar psicológico busca reflejar a través de sus dimensiones los dos puntos fundamentales de la definición de la salud mental empleada en esta investigación: sentirse bien consigo mismo y ser capaz de resolver demandas internas y externas.

Por un lado, el hecho de sentirse bien con uno mismo se observa a través de conceptos como los propósitos de vida y la autoaceptación y, por otro, la capacidad de resolver demandas se aborda con dimensiones como la autonomía y el dominio del entorno. (Álvarado Suárez, 2019)

3.2.2.4.1 Autoaceptación

Definiendo la autoaceptación como una actitud positiva y estable hacia uno mismo, reconociendo y aceptando los múltiples aspectos positivos y negativos que nos caracterizan, incluyendo los sentimientos positivos hacia lo vivido. (Fleha García, 2018) así junto con el autoconcepto integra las percepciones y creencias que uno tiene de sí mismo, de modo que implica un incentivo fundamental para regular nuestra conducta y para un adecuado funcionamiento personal (Guía Informativa UPC)

3.2.2.4.2 Relaciones Positivas

Las relaciones positivas son todas las interacciones sociales que implican una reciprocidad de dos o más sujetos. Poseer relaciones positivas supone que el sujeto se sienta integrado socialmente, con un importante apoyo de los otros y satisfecho con sus relaciones sociales. relaciones pueden definirse en términos de sus procesos o su cualidad.

Además, entre sus elementos esenciales puede mencionarse la carga emocional atribuida, la resistencia a la tensión que soporten sus integrantes y el grado de conexión entre ellos. Una relación interpersonal para que sea calificada de positiva, debe vincularse con la confianza, el respeto, la comprensión, el amor, entre otros aspectos. (Betina Lacunza, 2016)

3.2.2.4.3 Autonomía

Donde define la autonomía como la capacidad del hombre para tomar decisiones por sí mismo. Según esta definición, lo primero que debe considerarse es la autonomía como una capacidad que puede estar diezmada o incluso ausente en el ser humano, y que no puede ser igual para todas las personas dado que en muchas ocasiones las personas que no tienen su autonomía disminuida pueden desear no lo que la recta razón ordena, sino lo que los sentimientos desean. (Mazo Álvarez, 2012)

3.2.2.4.4 Dominio del Entorno

La habilidad personal para elegir o crear entornos favorables y satisfacer los propios deseos y necesidades. Cuando las personas logran un alto dominio del entorno experimentan una sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir a su alrededor. (Jhorima Rangel & Leonor, 2010)

3.2.2.4.5 Crecimiento Personal

El ser humano está biológicamente provisto de tendencias que le impulsan de forma natural hacia un desarrollo constante y a la superación personal (autoactualización). El proceso de crecimiento personal se llevaría a cabo una vez que el individuo tiene satisfechas sus necesidades más básicas (necesidades fisiológicas) y, por consiguiente, enfoca todas sus capacidades hacia su pleno desarrollo individual (metas). (Freire & Ferradás, 2022)

3.2.3 Salud mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como: Los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente.

También ha sido definido como un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades. Salud mental se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos. (OMS, 2004)

Para el Ministerio de Salud de Costa Rica, La Salud Mental se entiende como un proceso de bienestar y desempeño personal y colectivo caracterizado por la autorrealización, la autoestima, la autonomía, la capacidad para responder a las demandas de la vida en diversos contextos: familiares, comunitarios, académicos, laborales y disfrutar de la vida en armonía con el ambiente.

Algunos componentes que menciona según Lalonde (1974) son:

Determinantes biológicos: son todos aquellos elementos de la salud, tanto física como mental, que se desarrollan dentro del cuerpo humano como consecuencia de la biología básica y de aspecto orgánicos de la persona, como podría ser la carga genética, el proceso de envejecimiento, los sistemas internos del organismo, estructura poblacional (envejecimiento) y otros.

Determinantes ambientales: son los aspectos relacionados con el ambiente en general, como el ambiente humano que modifica el estado de salud de las personas. Se entiende por ambiente humano al espacio donde vive una persona o grupo humano y que incluye los elementos naturales, materiales e institucionales que condicionan su existencia.

Determinantes sociales, económicos y culturales: estilos de vida, decisiones individuales, hábitos alimentarios, uso de medicamentos y drogas ilícitas, niveles socialmente tolerados de castigo físico, tipos de familia, prácticas religiosas, vivencias y prácticas de la sexualidad, recreación, organización social y existencia de redes de apoyo, ingreso económico y equidad en su distribución, nivel educativo, empleo, recreación, participación política, razón de dependencia, nivel de satisfacción de necesidades básicas, políticas públicas y organización de las instituciones gubernamentales.

Así como la cultura con los ingresos económicos, nivel educativo aspectos culturales, sedentarismos, alimentación saludable, actividad física, estrés, emociones, aspectos espirituales, conducción temeraria, violencia y discriminación en todas sus manifestaciones.

Determinantes relacionados con sistemas y servicios de salud: acceso, equidad, cobertura de atención, cantidad, calidad, naturaleza, oportunidad, uso, relación con las personas usuarias, disponibilidad de recursos materiales, insumos médicos, medicamentos y organización de los servicios. (Ministerio de Salud Costa Rica, 2012)

La Salud Mental de acuerdo al IMSS es el estado de equilibrio que debe existir entre las personas y el entorno sociocultural que los rodea, incluye el bienestar emocional, psíquico y social e influye en cómo piensa, siente, actúa y reacciona una persona ante momentos de estrés (IMSS, 2019)

En la psiquiatría se considera que la salud mental es el estado de equilibrio y adaptación activa y suficiente que permite al individuo interactuar con su medio, de manera creativa, propiciando su crecimiento y bienestar individual, y el de su ambiente social cercano y lejano, buscando mejorar las condiciones de la vida de la población conforme a sus particularidades (Alárcon, 1986)

En psicología cuando se habla de salud mental se la entiende como un “estado relativamente perdurable en el cual la persona se encuentra bien adaptada, siente gusto por la vida y está logrando su autorrealización. Es un estado positivo y no la mera ausencia de trastornos mentales”. También se considera un estado normal del individuo (Davini, 1978)

Para Cabildo Arellano la salud mental es un sentimiento de bienestar emocional producto de la relación equilibrada y armónica entre su realidad interna y externa; que se manifiesta por una adaptación flexible y constructiva a la vida; con relaciones empáticas, productividad, objetividad, libertad y ponderación del juicio; estabilidad; positividad del comportamiento congruente con su cuadro de valores humanos, capacidad en su oportunidad biológica y social, de integrar una pareja amoroso-sexual satisfactoria y estable con una persona del sexo opuesto. (Cabildo Arellano, 1991)

Los componentes de la salud mental son:

Bienestar psicológico. El bienestar psicológico busca reflejar a través de sus dimensiones los dos puntos fundamentales de la definición de la salud mental empleada en esta investigación: sentirse bien consigo mismo y ser capaz de resolver demandas internas y externas (Confederación Salud Mental España, 2018; OMS, 2018). Por un lado, el hecho de sentirse bien con uno mismo se observa a través de conceptos como los propósitos de vida y la autoaceptación y, por otro, la capacidad de resolver demandas se aborda con dimensiones como la autonomía y el dominio del entorno (Suárez Vergne, 2019)

Bienestar emocional: conjunto de sensaciones positivas derivadas de un funcionamiento mental que nos capacita para hacer frente o adaptarnos a las situaciones y demandas ambientales. (Clinic Barcelona Hospital Universitario , 2019)

Bienestar social: Grado en el cual una determinada sociedad, comunidad, sector social, grupo o familia, satisface las necesidades humanas fundamentales. En ese sentido va acorde con el desarrollo económico y social que incide en la calidad de vida. Implica un sistema organizado de políticas, leyes, servicios e instituciones sociales, diseñadas para promover en las comunidades, grupos, familias e individuos, el logro de niveles satisfactorios de vida, así como relaciones personales y sociales que les permita desarrollar planamente sus potencialidades en armonía con el entorno. (Heinz, Heinz, & Hillmann, 2001).

3.2.4 Trastorno Psicológico

También hay que considerar que diferencias hay entre un trastorno psicológico a un trastorno mental. Los trastornos psicológicos son aquellos trastornos psicósomáticos o psicofisiológicos donde las dolencias físicas cuya aparición, mantenimiento o agravamiento puede relacionarse con factores psicológicos

Al hablar de síntomas psicósomáticos nos referimos a las dolencias físicas para las que no se tiene la posibilidad de practicar un diagnóstico médico que las explique; estos síntomas pueden ser aislados y no constituir necesariamente un síndrome que coincida con el cuadro de una enfermedad (Ramírez & Landero Hernández, 2008).

Se mencionan dos grandes categorías en el depresión y trastornos mentales de la OMS;" Los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad. Estos trastornos son altamente prevalentes en la población y repercuten en el estado de ánimo o los sentimientos de las personas afectadas. Los síntomas varían en cuanto a su intensidad (de leves a severos) y duración (de meses a años). Estos trastornos son condiciones de salud diagnosticables y se diferencian de los sentimientos de tristeza, estrés o temor que cualquiera puede experimentar ocasionalmente en su vida." (OPS, 2017)

3.2.5 Satisfacción por compasión

El cuidado de las personas pone de manifiesto en el cuidador vivencias complejas que a continuación se describen y que se enmarcan en sensaciones negativas (estrés y fatiga por compasión, burnout o desgaste por empatía) y positivas (satisfacción por compasión, vocación o felicidad).

La empatía es calidez en la relación, proximidad afectiva en la relación que debe modularse para no perder la distancia terapéutica, que se considera como positiva, siempre y cuando no dé lugar a un enfriamiento en la relación con el enfermo, o derive, por un mal manejo de la distancia en la implicación emocional, en burnout. (Buceta & Bermejo, 2019)

3.2.6 Burnout

Síndrome del Burnout es la combinación de dos palabras inglesas. “Burn” que significa quemadura y “out” que significa ahora, por lo que se puede traducir como quemarse ahora, en el momento, estar quemado o quemarse en el trabajo (Martínez Calzado, 2014) así Cárdenas Marín menciona que “es el conjunto de respuestas crecientes, formado por sentimientos de agotamiento emocional, actitudes negativas hacia los receptores del servicio y una tendencia a evaluarse a sí mismo de manera negativa, lo cual está relacionado con sentimientos de insatisfacción con el puesto de trabajo.” (Cárdenas Marín, 2020)

Donde la OMS declarado en el año 2000 como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida además Hernández García ocupa el termino en el cual “es el agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir frecuentemente entre los individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas”. (Hernández García, 2007)

En la tesis Anabella (Martínez A. , 2010) conglomeró distintos conceptos del burnout en la cual Maslach y Schaufeli aplicaron diversas definiciones al aplicar el burnout a profesionales asistenciales en los cuales tienen las características similares las cuales destacan:

1. Predominan más los síntomas mentales o conductuales que los físicos. Entre los síntomas disfóricos se señalan, el cansancio mental o emocional, fatiga y depresión; siendo el principal el Cansancio Emocional.
2. Los síntomas se manifiestan en personas que no sufrían ninguna Psicopatología anteriormente.
3. Se lo clasifica como un síndrome clínico-laboral.
4. Se desencadena por una inadecuada adaptación al trabajo, que conlleva a una disminución del rendimiento laboral junto a la sensación de baja autoestima

En la revista de Medicina Legal de Costa Rica en un artículo realizado por Lachiner y Luis (Hidalgo & Morales, 2015) identifican 3 componentes del síndrome de burnout los cuales son:

- Cansancio o agotamiento emocional: Es la pérdida progresiva de energía, desgaste, fatiga.
- Despersonalización: construcción, por parte del sujeto, de una defensa para protegerse de los sentimientos de impotencia, indefinición y frustración.
- Abandono de la realización personal: El trabajo pierde el valor que tenía para el sujeto.

3.2.6.1 Agotamiento Emocional

Se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales, es decir, que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismo a nivel afectivo. (Alvaro Rivera , 2019) Donde menciona Johana Marchena que es la primera fase del proceso, caracterizado por una progresiva pérdida de las energías vitales y una desproporción creciente entre el trabajo realizado y el cansancio experimentado por el trabajador.

En esta etapa las personas se vuelven más irritables, aparece la queja constante por la cantidad de trabajo realizado y se pierde la capacidad de disfrutar de las tareas. Desde una mirada externa, se las empieza a percibir como personas permanentemente insatisfechas, quejumbrosas e irritables. (Marchena Hernández, 2011)

3.2.6.2 Despersonalización

Es un modo de responder a los sentimientos de impotencia, y desesperanza personal. En lugar de expresar estos sentimientos y resolver los motivos que los originan, las personas que padecen el Síndrome de Burnout muestran una fachada hiperactiva que incrementa su sensación de agotamiento y, en esta fase, alternan la depresión y la hostilidad hacia el medio en todos sus aspectos. (Alvaro Rivera , 2019).

Lo cual hace que se desarrollen actitudes y sentimientos negativos. De insensibilidad y de cinismo hacia el personal de su propio trabajo. El profesional trata de distanciarse no sólo de las personas destinatarias de su trabajo sino también de los miembros del equipo con los que trabaja... hacia un descenso del rendimiento laboral. (Alvaro Rivera , 2019)

3.2.6.3 Falta de realización personal

Es la tercera fase del proceso y consiste en el progresivo retiro de todas las actividades que no sean laborales vinculadas con las actividades que generaron el estrés crónico. En esta etapa hay pérdida de ideales y, fundamentalmente, un creciente aislamiento de actividades familiares, sociales y recreativas, creando una especie de ensimismado (Marcena Hernández, 2011).

Consiste en un sentimiento de bajo logro o realización profesional que surge cuando se verifica que las demandas que se le hace exceden su capacidad para atenderlas de forma competente. Supone respuestas negativas lo cual afecta en la realización del trabajo y a la relación con las personas que atienden, los trabajadores se sienten descontentos consigo mismo (baja autoestima) e insatisfechos con sus resultados laborales.

Experimentan sentimientos de fracaso personal (falta de competencia, de esfuerzo o conocimientos), carencias de expectativas laborales y una generalizada insatisfacción como consecuencia: la impuntualidad, el absentismo y el abandono de la profesión estos aparecen como síntomas habituales y típicos de esta patología laboral. (Alvaro Rivera , 2019)

Así también Lachiner y Luis mencionan la clínica del síndrome, y lo esquematizó en cuatro niveles:

- Leve: Quejas vagas, cansancio, dificultad para levantarse a la mañana
- Moderado: Cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo
- Grave: Enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión, abuso de alcohol o drogas
- Extremo: aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos, suicidio

3.2.6.4 Tipos de Burnout

Ante la disparidad de tipologías de Burnout existentes en la literatura. Karen Balladares (Balladares Ponguillo, 2017) propone una clasificación sencilla en función de la conducta del trabajador: Burnout activo y pasivo.

Burnout activo: En este tipo de Burnout, el empleado presenta comportamientos de resistencia activa frente al Burnout y su conducta es asertiva, es decir, con iniciativa para el cambio a través de estrategias de afrontamiento.

Burnout pasivo: El Burnout Pasivo, por el contrario, se caracteriza por una actitud derrotista, marcada por la apatía y la retirada del esfuerzo por cambiarla situación, prefiriendo el distanciamiento frente a las situaciones que provocan estrés

3.2.6.5 Consecuencias del Burnout.

Se pueden establecerse dos tipos de repercusiones del SB: para el individuo (salud, relaciones interpersonales fuera del trabajo) y para la institución (insatisfacción laboral, propensión al abandono y al ausentismo, deterioro de la calidad del servicio, se genera cierto grado de hostilidad y resentimiento). (Martínez López , 2005)

Ciertos autores mencionan los efectos del burnout en las personas que lo sufren como son Margarita y Vinaccio (Quiceno & Estefano Alpi, 2007) en su tesis Burnout: “síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)” y María Tereza (Cantoral Díaz, 2001) en los cuales coinciden en los que son:

- Manifestaciones psicosomáticas: Incluyen fatiga crónica, cefaleas, trastornos del sueño, trastornos gastrointestinales, problemas cardiovasculares y dolores musculares.
- Manifestaciones conductuales: Dentro de éstas se incluyen el ausentismo laboral, conductas relacionadas con el pobre control de impulsos, conductas suicidas, abuso de medicamentos, problemas matrimoniales y familiares.
- Manifestaciones emocionales: Comprenden el aislamiento, distanciamiento emocional, irritabilidad, expresiones de hostilidad, impaciencia, conductas defensivas, desconfianza, ansiedad, disminución en la capacidad para concentrarse, desorientación y sentimientos depresivos
- Manifestaciones cognitivas: Cogniciones asociadas a baja autoestima, baja realización personal en el trabajo, impotencia para el desempeño del rol profesional, fracaso profesional, dificultad para expresar sentimientos, supresión inconsciente de información y desplazamiento de sentimientos.

3.2.7 Resiliencia

El término resiliencia procede del latín, de resilio (re salio), que significa volver a saltar, rebotar, reanimarse. Se utiliza en la ingeniería civil y en la metalurgia para calcular la capacidad de ciertos materiales para recuperarse o volver a su posición original cuando han soportado ciertas cargas o impactos. Por extensión, la resiliencia podría representarse como la deformación que sufre una pelota lanzada contra una pared y la capacidad para salir rebotada. (Uriarte Arciniega, 2005)

La resiliencia no está en los seres excepcionales sino en las personas normales y en las variables naturales del entorno inmediato. Por eso se entiende que es una cualidad humana universal presente en todo tipo de situaciones difíciles y contextos desfavorecidos, guerra, violencia, desastres, maltratos, explotaciones, abusos, y sirve para hacerlos frente y salir fortalecido e incluso transformado de la experiencia (Vanistendael , 1995)

El concepto de “resistencia” (hardiness) surge a partir de la idea de “protección” frente a los estresores, y no puede entenderse sino como resultado de la interacción individuo medio, tratando de ser un concepto clave en la psicología social del estrés y la salud. Este constructo está constituido por tres dimensiones (Ríos Rísquez, Godoy Fernández, & Sánchez Meca, 2011); compromiso, control y reto.

El **compromiso** es la tendencia a desarrollar comportamientos caracterizados por la implicación personal en todas las actividades de la vida, y es una cualidad que es propuesta como moderadora de los efectos de estrés. Además, esta cualidad no se limita a un sentimiento de competencia personal, sino que incluye igualmente un sentimiento de comunidad y/o corporación.

La dimensión de **control** hace referencia a la convicción que tiene el sujeto de poder intervenir en el curso de los acontecimientos. Esta capacidad de control permite al individuo percibir en muchos de los acontecimientos o situaciones estresantes consecuencias predecibles a su propia actividad y, en consecuencia, manejar los estímulos en su propio beneficio, atenuando así los efectos del estrés.

La dimensión de **reto** hace referencia a la creencia de que el cambio, frente a la estabilidad, es la característica habitual de la vida. Desde este punto de vista, un estímulo estresante se entendería como una oportunidad o un incentivo para el desarrollo personal, y no como una amenaza a la propia seguridad

3.2.8 Estrés

El concepto de estrés se remonta a la década de 1930, cuando un joven austriaco de 20 años, estudiante de segundo año de la carrera de Medicina en la Universidad de Praga, Hans Selye, hijo del cirujano austriaco Hugo Selye, observó que todos los enfermos a quienes estudiaba, indistintamente de la enfermedad que padecían, presentaban síntomas comunes y generales: cansancio, pérdida del apetito, baja de peso, astenia, etc. Esto llamó mucho la atención de Selye, quien lo denominó el “Síndrome de estar enfermo”. (Sánchez J. M., 2010)

Barrio menciona que el estrés es un estado de ansiedad alto, sin ser extremo, es una respuesta adaptativa del organismo que nos ayuda a afrontar una situación nueva o amenazante, nos prepara para rendir, focaliza nuestra atención en la tarea, nos activa. Por tanto, sentir un cierto grado de estrés ante la perspectiva de hablar en público es normal y puede resultar adecuado, siempre y cuando sea transitorio se limite a los primeros momentos de la ejecución y no sea tan intenso como para interferir en la misma (Barrio J. , 2006).

Así mismo Diana Álvarez en su tesis " Principales fuentes de estrés en los estudiantes de Enfermería antes de la práctica clínica" el estrés se define como un estímulo puntual, agresivo o no, percibido como amenazante para la homeostasis. Selye habla de reacción de alarma.

El estrés activa un conjunto de reacciones que implican respuestas conductuales y fisiológicas (neuronales, metabólicas y neuroendocrinas) que permiten al organismo responder al estresor de la manera más adaptada posible.

Es todo lo que produce una sensación desagradable. (Alvarez, Principales Fuentes de Estrés en los estudiantes de Enfermería antes de la Práctica Clínica, 2021) es así cuando nos sentimos "estresados" cuando percibimos que lo que se espera de nosotros va más allá de nuestros recursos, fuerzas o tiempo. Es entonces cuando deberíamos detenernos y analizar lo que está funcionando mal (OCU, 2018)

3.2.8.1 Eustrés.

Representa aquel estrés donde el individuo interacciona con su estresor, pero mantiene su mente abierta y creativa, y prepara al cuerpo y mente para una función óptima. En este estado de estrés, el individuo deriva placer, alegría, bienestar y equilibrio, experiencias agradables y satisfactorias. La persona con estrés positivo se caracteriza por ser optimista y creativo, es lo que lo mantiene viviendo y trabajando.

El individuo expresa y manifiesta sus talentos especiales y su imaginación e iniciativa en forma única/original. Se enfrenta y resuelve problemas. El estrés es un estado muy importante para la salud del ser humano, la cual resulta en una diversidad de beneficios/efectos positivos, tales como: el mejoramiento del nivel de conocimiento, ejecuciones cognoscitivas y de comportamiento superior; provee la motivación excitante de,

por ejemplo, crear un trabajo de arte, la urgente necesidad de una medicina, desarrollar una teoría científica. (Alvarez, 2021)

3.2.8.2 Distrés.

Este tipo de estrés produce una sobrecarga de trabajo no asimilable, Representa aquel “Estrés perjudicante o desagradable”, la cual eventualmente desencadena un desequilibrio fisiológico y psicológico que termina en una reducción en la productividad del individuo, la aparición de enfermedades psicosomáticas y en un envejecimiento acelerado. (Alvarez, 2021)

3.2.8.3 Tipos de Estrés por duración.

3.2.8.3.1 El estrés agudo

Es la forma de estrés más común este surge de las exigencias y presiones del pasado reciente y las exigencias y presiones anticipadas del futuro cercano

3.2.8.3.2 El estrés agudo episódico

Es cuando se padece estrés agudo con mucha frecuencia. La gente afectada asume muchas responsabilidades y no puede organizar la cantidad de exigencias ni presiones; por lo tanto, reacciona de forma descontrolada, muy emocional, y suele estar irritable, y sentirse incapaz de organizar su vida.

3.2.8.3.3 El estrés crónico

Es un estado constante de alarma surge cuando una persona nunca ve una salida a una situación deprimente. Es el estrés de las exigencias y presiones implacables durante períodos aparentemente interminables que en algunos casos también pueden provenir de experiencias traumáticas de la niñez que se mantienen presentes constantemente

3.2.8.4 Estresores

Los estresores son estímulos ambientales que desencadenan y pueden mantener al individuo en una constante de activación fisiológica. Un estresor puede incluir desde el aspecto más nimio hasta el aspecto más complejo, dependiendo en gran medida de quién lo vive. (Cruz Pérez, 2018) Denominamos estresores a los estímulos que provocan el desencadenamiento del estrés en un momento determinado.

Es conocer la importancia de los estresores ya que es el resultado de la combinación de varios elementos que hacen reacciones a nivel interno. Estas reacciones vividas como amenaza producirán desgastes y descompensaciones de los mecanismos de regulación y control de la forma de reaccionar del organismo.

Por lo que, en vez de vivir en armonía, en felicidad, con tranquilidad; todo el sistema estará en continua ebullición intentando el organismo dar respuesta de solución a estas situaciones. (Barrio J. A., 2006)

3.2.8.4.1 Agentes Estresantes

Mario Blanco Guzmán aglutina a diferentes autores propone una matriz de clasificación de los principales factores estresante según se trate de factores ambientales, organizacionales, del individuo, familiares o del contexto de trabajo. (Blanco Guzmán, 2003) Los cuales se muestran en la tabla número 3.

Tabla 3.- Identificación de los factores estresante

Fuente: Elaborado por los autores de las citas

Factores				
Ambientales	Organizacionales	Familiares	Individuales	Condiciones de Trabajo
<ul style="list-style-type: none"> • Económica • Política • Tecnológica 	<ul style="list-style-type: none"> • Estructura Organizacional • Liderazgo • Tareas • Cantidad de Trabajo • Calidad del Trabajo • Roles • Ciclo de vida organizacional • Clima • Control • Interacción Social • Conflicto Intragrupo • Cohesión • Estatus • Insatisfacción 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de Apoyo del Cónyuge • Problemas Familiares • Peleas Domesticas • Problemas Económicos • Responsabilidad de otras personas • Repercusiones del trabajo en la familia 	<ul style="list-style-type: none"> • Discriminación • Residencia • Genero • Sexo • Ambiciones Frustradas • Progreso profesional lento/rápido • Seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> • Peligro • Turno • Decisiones comunes • Iluminación • Ruido • Temperatura • Vibración • Higiene • Toxicidad • Condicione climatológicas • Disponibilidad y disposición del espacio físico

Elaborado por María Guadalupe y Jesús Alejandro

3.2.8.5 Respuestas fisiológicas del estrés.

La respuesta fisiológica del estrés, conocida también como “fight-or-flight”, fue descrita inicialmente por Walter Cannon en 1915 al referirse a la respuesta del animal dentro del laboratorio de experimentación ante una situación de amenaza o presión externa. (Moscoso, 2009)

Se tomo de los autores Blasina (Camargo, 2010) y Jaqueline (Ávila, 2014) en las fases del Síndrome General de Adaptación (SGA) en la cual está es la respuesta fisiológica estereotipada del organismo que se produce ante un estímulo estresante, que ayuda al organismo adaptarse y que es independiente del tipo de estímulo que lo provoca ya sea aversivo o placentero. En los cuales están constituidos por:

3.2.8.5.1 Fase de Alarma e huida.

Consiste en una serie de reacciones fisiológicas, el cuerpo se prepara para producir el máximo de energía que se da cuando enfrentamos una situación difícil, con los consecuentes cambios químicos que preparan a los sujetos para pelear o huir. (Camargo, 2010)

3.2.8.5.2 Fase de resistencia.

Nuestro organismo mantiene una activación fisiológica máxima tratando de superar la amenaza o adaptarse a ella, de esta forma el organismo sobrevive. Se mantiene la situación de alerta, sin que exista relajación. (Ávila, 2014)

3.2.8.5.3 Fase de Colapso o Agotamiento.

Se produce sólo si el estímulo estresante es continuo o se repite frecuentemente. El organismo agota sus recursos y pierde su capacidad de activación o adaptación. Sucede cuando el estrés se convierte en crónico, y se mantiene durante un período de tiempo que varía en función de cada individuo (Camargo, 2010)

3.2.9 Trastorno Psicológico

También hay que considerar que diferencias hay entre un trastorno psicológico a un trastorno mental. Los trastornos psicológicos son aquellos trastornos psicósomáticos o psicofisiológicos donde las dolencias físicas cuya aparición, mantenimiento o agravamiento puede relacionarse con factores psicológicos

Al hablar de síntomas psicósomáticos nos referimos a las dolencias físicas para las que no se tiene la posibilidad de practicar un diagnóstico médico que las explique; estos síntomas pueden ser aislados y no constituir necesariamente un síndrome que coincida con el cuadro de una enfermedad (Ramírez & Landero Hernández, 2008). Se mencionan dos grandes

categorías en el depresión y trastornos mentales de la OMS;” Los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad.

Estos trastornos son altamente prevalentes en la población y repercuten en el estado de ánimo o los sentimientos de las personas afectadas. Los síntomas varían en cuanto a su intensidad (de leves a severos) y duración (de meses a años). Estos trastornos son condiciones de salud diagnosticables y se diferencian de los sentimientos de tristeza, estrés o temor que cualquiera puede experimentar ocasionalmente en su vida.” (OPS, 2017)

3.2.10 Miedo

Concuerdan los autores L. Bueno (Bueno Sánchez, Díaz Africano, & Respreto García , 2019) y Juan Capafons (Capafons Bonet, 2001) que el miedo es una experiencia común para los seres humanos, se considera una emoción básica la cual cumple una función adaptativa que garantiza la supervivencia de la especie ante peligros reales. Cuando el miedo aparece ante situaciones que no representan un peligro real, deja de ser adaptativo y puede llegar a causar problemas en las diferentes áreas de ajuste del individuo, así como en la relación con su entorno.

3.2.11 Fobia

La fobia específica se define como un temor acusado y persistente que es desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos. El individuo debe reconocer que el miedo es excesivo o poco razonable, tiene que estar asociado con un malestar subjetivo o un deterioro funcional y normalmente se acompaña por una inmediata respuesta de ansiedad y la evitación del objeto o situación temidos.

La fobia específica, de acuerdo con el DSM V, es un desorden caracterizado por el miedo intenso, irracional y exagerado ante un objeto o situación específicos, o ante la anticipación de los mismos. Estos estímulos desencadenan en el sujeto una gran ansiedad, y conductas de evitación y/o escape (Bueno Sánchez, Díaz Africano, & Respreto García , 2019)

3.2.12 El DSM-IV

El DSM-IV fue publicado en 1994 por la Asociación Americana de Psiquiatría y es un sistema de clasificación de los trastornos mentales que tiene la intención de proporcionar descripciones claras y precisas de las categorías diagnósticas, para que los clínicos y los investigadores puedan estudiar, diagnosticar e intercambiar información respecto de estas. (Pichot, 1994)

Capítulo IV. Metodología

4.1 Paradigma enfoque alcance y Diseño de investigación.

El diseño del estudio será cuantitativo, descriptivo, transversal y analítico.

Para observar y medir la calidad, se requiere de estándares, para la cual pueda ser evaluada. Existen solamente algunos instrumentos que han sido desarrollados para la medición de la calidad de vida, “Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF” de la OMS ha probado ser de utilidad en estudios realizados anteriormente, es además un instrumento validado por múltiples estudios realizados anteriormente.

Se utilizará también una escala de calidad de vida profesional de calidad de vida que evalúa la compasión y satisfacción laboral, también ha sido validada por estudios realizados en México.

Primero se emplearán ambos instrumentos a la muestra seleccionada, posteriormente se proporcionará un consentimiento informado, donde se explica la metodología del estudio y se hará al análisis de los datos, con el programa estadístico SPSS. Se utilizarán los métodos estadísticos de parámetros descriptivos: distribuciones de frecuencia, medidas de tendencia y variabilidad (media, moda, mediana), rangos mínimos y máximos.

4.2 Tabla 1: Operacionalización de variables demográficas

Tabla No. 1. Operacionalización de variables sociodemográficas				
VARIABLES DEL INSTRUMENTO WHOQOL-BREF				
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Unidad o categoría
Edad	Tiempo vivido por una persona expresado en años	Años cumplidos.	Cualitativo ordinal.	20 a 29 30 a 45 46 a 60 Mayor de 60
Sexo	Hace referencia a las características	Femenino o masculino.	Cualitativo nominal.	Hombre, mujer.

	biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres			
Escolaridad	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.	Último nivel de estudios.	Cualitativo ordinal.	Preparatoria, carrera técnica, licenciatura, posgrado, maestría, doctorado, posdoctorado.
Estado civil	El estado civil es una situación personal en la que se encuentran las personas en un determinado momento de su vida	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja.	Cualitativo nominal	Soltero, casado, divorciado, viudo, unión libre, separado.
Hijos	Así se denomina a un animal o a un ser humano respecto de sus progenitores	Presencia o no de descendientes.	Cualitativo nominal.	Si, no.
Turno	Orden según el cual se alternan varias personas en la realización de una actividad o un servicio.	Los diferentes horarios en los que se trabajan.	Cualitativo nominal.	Matutinal Vespertino Nocturno
Trabajo	Actividad extra	Si tiene algún otro	Cualitativo	Si, no.

adicional al estudiado.	que ejerce una persona de forma habitual a cambio de un salario	trabajo o realiza comúnmente suplencias o guardias.	nominal.	
Calidad de vida	Percepción del individuo de su posición en la vida, en contexto con su cultura y el sistema de valores que viven en relación con sus metas, expectativas y preocupaciones.	¿Cómo calificarías tu calidad de vida?	Cualitativo nominal.	
Salud física	Es el bienestar del cuerpo y el óptimo funcionamiento del organismo, que se encuentran en buen estado físico, mental, emocional	Actividades de la vida diaria, dependencia de algún medicamento, energía y fatiga, dolor, calidad del sueño, capacidad de trabajar.	Cualitativo nominal	4-20
Psicológica	Ciencia que estudia los procesos mentales, las sensaciones, las percepciones y el comportamiento del ser humano, en relación con el medio ambiente físico y social que	Imagen personal, apariencia, sentimientos negativos, sentimientos positivos, autoestima, espiritualidad, religión, creencias personales, pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración.	Cualitativo nominal	4-20

	lo rodea.			
Relaciones sociales	Conjunto de las interacciones que ocurren entre dos o más personas, o dos o más grupos de personas, de acuerdo a una serie de protocolos o lineamientos mutuamente aceptados, o sea, de acuerdo a normas específicas.	Relaciones personales, apoyo social, actividad sexual.	Cualitativo nominal.	4-20
Ambiente	Es el entorno donde el ser humano se desenvuelve, desarrolla y prolonga su vida	Recursos financieros, libertad, seguridad física, seguridad en salud y social accesibilidad y equidad, ambiente en casa, oportunidades para adquirir nueva información, habilidades, participación y oportunidades de recreación, actividades de distracción, ambiente físico (contaminación), transporte.	Cualitativo nominal	4-20
Variables Del instrumento ProQOL -vIV “Professional quality of life”				
Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala
Satisfacción	Capacidad del	Es sobre el placer que	Cualitativa	Alto: >41

por compasión	profesional para enfrentar situaciones traumáticas, sufrimiento, tristeza, enfermedad y, aun así, sentirse feliz de ayudar al otro.	deriva de la habilidad de hacer bien su trabajo. Sentimientos positivos por colegas y la habilidad y contribución al trabajo o incluso al bien mayor de la sociedad. Entre más alta la calificación se relaciona con la capacidad de realizar un buen cuidado en el trabajo. Altos puntajes en esta escala representan una gran satisfacción por tener la habilidad de ser efectivo en el trabajo.	nominal.	Normal:37 Bajo: 32
Burnout	Es la respuesta que da un trabajador cuando percibe la diferencia existente entre sus propios ideales y la realidad de su vida laboral.	Se asocia con sentimientos de desesperanza o dificultades para lidiar con el trabajo o para realizar el trabajo de forma efectiva, normalmente aumentan de forma gradual, el reflejo del sentimiento de que hacer un esfuerzo no hace la diferencia o se puede asociar con una alta carga de trabajo un ambiente donde no hay apoyo.	Cualitativa nominal.	Alto: >28 Normal: 23 Bajo: 23
Fatiga de compasión/ trauma secundario	Es una afección de salud mental que algunas personas desarrollan tras	Se trata sobre la exposición secundaria relacionada al trabajo a eventos muy estresantes, compartir	Cualitativa nominal.	Alto: 17 Normal: 13 Bajo: 8

	<p>experimentar o ver algún evento traumático</p>	<p>con otras personas que están en contacto con el peligro o evento traumático</p> <p>Incluye sentimientos de miedo, dificultad para dormir, o evitar situaciones que recuerden al evento traumático. Alta puntuación en esta escala denota la exposición secundaria laboral</p> <p>a eventos muy estresantes que generaron un impacto negativo en la vida del profesional y se</p> <p>Asocian con eventos específicos.</p>		
--	---	---	--	--

Fuente: Elaborada por los autores de las citas

4.3 Universo, Población y muestra.

4.3.1 Universo

Todo el personal médico que laboran en el HGZ N.º 196 Fidel Velázquez, quienes se encuentran presentes en el momento de la aplicación del instrumento de dicha investigación.

4.3.2. Población

La población por estudiar es el personal de medicina que labora en diferentes turnos del HGZ N.º 196 Fidel Velázquez.

4.3.3 Muestra

El tipo de muestra es no probabilística, en la que la selección de los sujetos no será al azar, sino que se escogerán de acuerdo con las características especificadas en el planteamiento del problema que se quieren investigar, un un aproximado de 50 profesionales. Al proporcionarles el instrumento se les explicó el objetivo de la investigación, el tiempo que les tomaría para su resolución, las instrucciones de llenado, así mismo se aclararon dudas surgidas durante la aplicación.

4.4. Tabla 2: Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación.

Tabla 2: Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación.		
4.4.1. Inclusión	4.4.2. Exclusión	4.4.3. Eliminación
<ul style="list-style-type: none">✓ Personal de ambos sexos✓ Que laboren en cualquier turno de los servicios considerados como áreas críticas. (Urgencias, triage y área de choque).✓ Que tengan por lo menos 6 meses laborando en el servicio actual.✓ Personal fijo a los servicios, no	<ul style="list-style-type: none">✓ Menos de 6 meses laborando en el servicio.✓ Que no acepten participar.✓ Personal rotante.	<ul style="list-style-type: none">✓ No contestaron el instrumento por completo✓ Las respuestas no concuerdan con lo solicitado.✓ En situaciones extremas, la persona cambio de hospital.

<p>rotatorio. ✓ Que acepten participar mediante un consentimiento informado.</p>		
---	--	--

Fuente: Elaborada por los autores de las citas

4.5 Técnica de recolección

En el proceso de recolección de datos se lleva a cabo con la aplicación de 50 instrumentos con los ítems del WHOQOL-BREF y ProQOL -vIV PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE Compassion, Satisfaction and Fatigue a los profesionales de Medicina que laboran en áreas críticas, en una Institución de Segundo nivel de atención en el Estado de México.

4.6 Instrumentó de recolección de datos

El instrumento titulado “*Escala de calidad de vida*”, se utilizará con el objetivo de conocer la calidad de la vida del personal de medicina, así como, identificar los factores que conllevan a tener una mala calidad de vida.

Al inicio del instrumento se da a conocer la finalidad de la investigación, posteriormente contiene las instrucciones que orientaran al sujeto el cómo responder los diferentes ítems. Se utilizaron dos instrumentos; el primero se divide en dos secciones, en la primera sección se hace referencia sobre las situaciones sociodemográficas, las cuales son:

Edad, sexo, fecha de nacimiento, nivel de estudios concluidos del personal de medicina, estado civil, está enfermo y si tiene un problema de salud, mientras que en la segunda sección un ítem hace referencia a la percepción de la calidad de vida de la persona. En el segundo instrumentó se harán preguntas sobre los aspectos positivos y negativos que el profesional puede tener. (Ver anexo 1 y anexo 2“Instrumento”)

4.7 Plan estadístico para el análisis de datos de investigación

A partir de los datos obtenidos, estos se deberán organizar y resumir para obtener información significativa, para ello se utilizara la estadística descriptiva, en donde los datos serán ordenados indicándose el número de veces que se repite cada valor, para ello se elaborará una base de datos en el programa Excel y en S.P.S.S., a partir de los cuales se procesarán medidas de tendencia central, así como de dispersión, posteriormente de los datos recolectados y tabulados, estos se presentarán de varias formas de acuerdo a su complejidad y según las necesidades, que pueden ser: gráficas y/o tablas.

Los datos obtenidos de las encuestas se organizaron y posteriormente se realizó una base de datos en el programa de S.P.S.S., a partir de los cuales se corrió la prueba de normalidad para el análisis de datos.

4.8 Ética de la investigación

4.8.1 Ley general de salud

4.8.1 LEY GENERAL DE SALUD (Unión, 2023)

TITULO QUINTO: Investigación para la Salud

CAPÍTULO ÚNICO

Artículo 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
- III. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población.
- IV. Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud.
- V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud
- VI. A la producción nacional de insumos para la salud.

Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.
- II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.
- III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.
- IV. Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

VI. La realización de estudios genómicos poblacionales deberá formar parte de un proyecto de investigación;

VII. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, discapacidad, muerte del sujeto en quien se realice la investigación;

VIII. Es responsabilidad de la institución de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda, y

IX. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación

Es un precepto o conjunto de preceptos, dictados por la autoridad, mediante el cual se manda o prohíbe algo acordado por los órganos legislativos a proceder al realizar una investigación.

4.8.2 Decálogo de ética

4.8.2.1 DECALOGO DE ETICA PARA LOS ENFERMEROS EN MÉXICO

Decálogo de ética para los enfermeros en México (SSA, 2001)

La profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse a trabajar en competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros.

- **Beneficencia y no maleficencia:** se enciende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada. Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales. Para la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad; esto tiene una aplicación individual y social.
- **Justicia:** La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona. Este principio permite aclarar y dar crédito a muchas situaciones desde aspectos generales y organizativos, como la asistencia institucional hasta la presencia de numerosas iniciativas sociales para otorgar con justicia los servicios de salud.
- **Autonomía:** Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.
- **Privacidad:** El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y

la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.

4.8.3 Tratado de Helsinki

De acuerdo con los principios establecidos en el acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki este estudio se desarrollará conforme a los siguientes criterios:

- La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.
- Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

(World Medical Association, Inc, 2019).

Es la atención en los derechos del sujeto a exploración y afirmar su consentimiento como «absolutamente esencial» ya que son los postulados éticos en la integridad moral y las responsabilidades que tiene el investigador. V. Reporte de Investigación

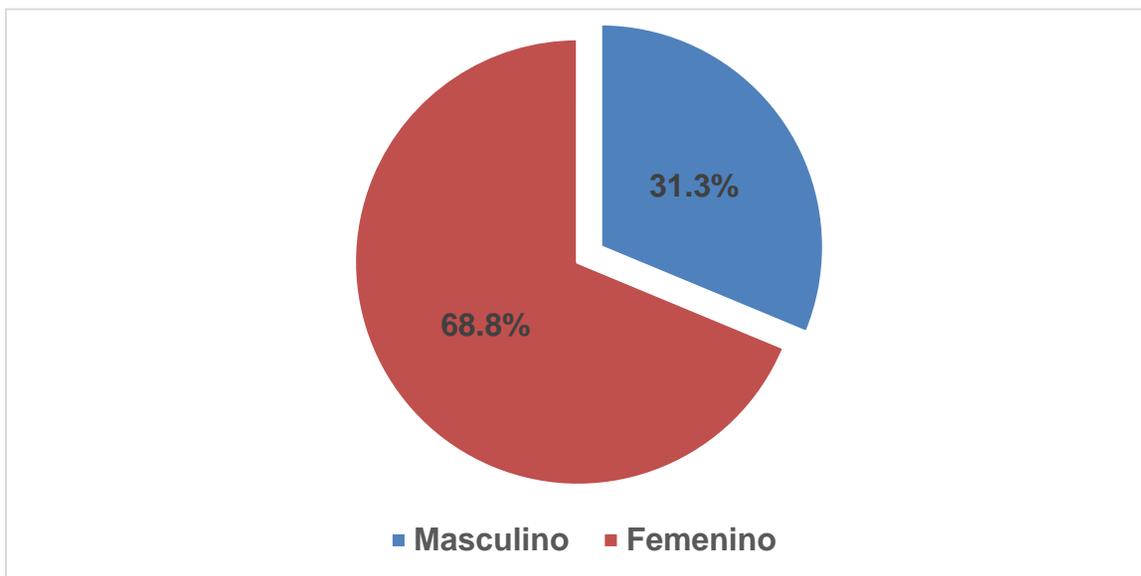
Capítulo V. Resultados, Discusión y Conclusiones

5.0 Resultados

5.1.1 WHOQOL-BREF.

Se presentan los resultados de los 50 instrumentos aplicados, seguido de los puntajes obtenidos para las funciones de la calidad de vida de acuerdo con el **WHOQOL-BREF**.

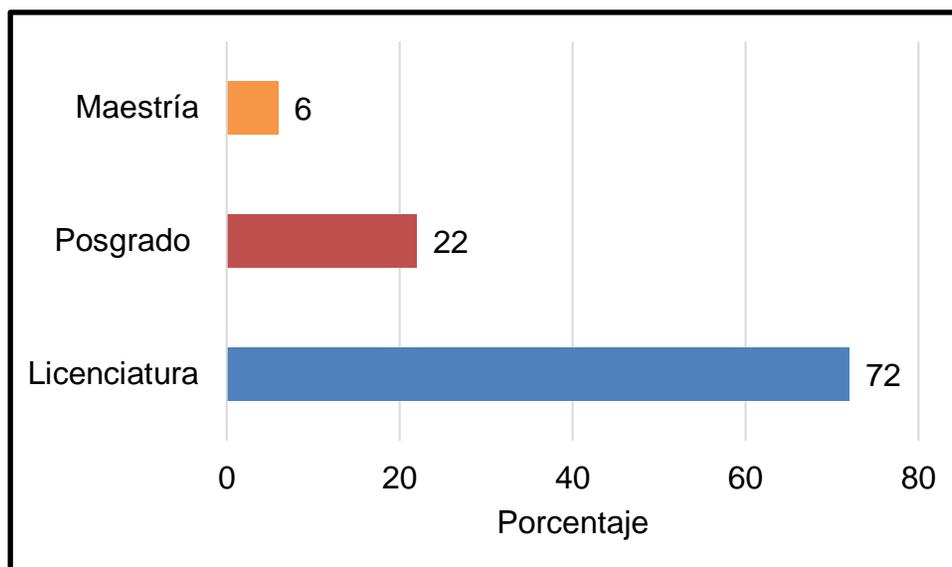
5.1.1.1 Gráfica 1 Sexo



Fuente: Recolección de datos de la aplicación de 50 instrumentos con los ítems del WHOQOL-BREF a los profesionales de Medicina que laboran en áreas críticas, en una Institución de Segundo nivel de atención en el Estado de México en la presente investigación

En los 50 instrumentos aplicados del WHOQOL-BREF en la presente investigación se muestra en la gráfica 1 se aprecia que la población encuestada es de 68.8% son del sexo femenino y el otro 31.3% son del sexo masculino. Donde se observa que el sexo predominante en el hospital de médicos es femenino.

5.1.1.2 Gráfica 2: Grado de estudios de los médicos

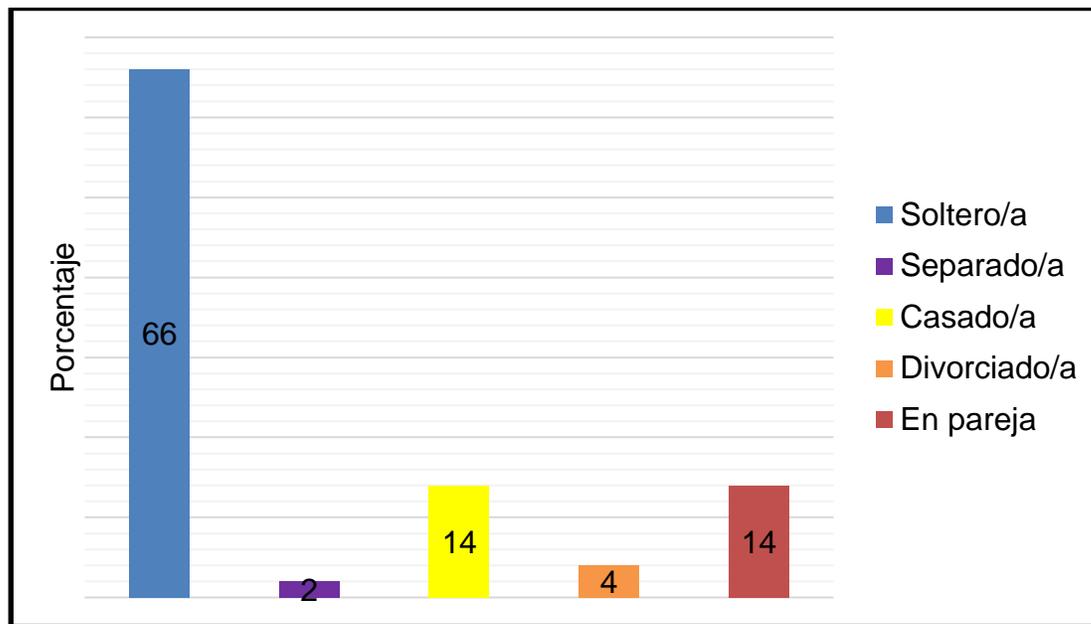


Fuente: Recolección de datos de la aplicación de 50 instrumentos con los ítems del WHOQOL-BREF a los profesionales de Medicina que laboran en áreas críticas, en una Institución de Segundo nivel de atención en el Estado de México en la presente investigación

En lo referente al grado de estudios se encontró en los 50 instrumentos aplicados en este trabajo, en la gráfica 2 el 6% tiene el nivel de maestría, el 22% el de posgrado y el 72% el grado de licenciatura, cabe señalar que el nivel profesional en el hospital, en razón a médicos es a nivel licenciatura. En la asociación nacional de universidades e instituciones a nivel superior menciona que en solo en México (Superior, 2021) de 2020 a 2021, 4, 983,204 personas estaban escritas nivel superior como pública o privadas, en donde solo se titularon solo 525,593 personas.

En México la escuela es un derecho hasta nivel bachillerato, aun teniendo entidades públicas es difícil que un estudiante llegue a tener nivel de estudios superiores a este. Ya que las entidades no promueven la titulación y el mismo estudiante al querer tener un estilo de vida propio menciona empezar a trabajar una vez concluidos.

5.1.1.3 Gráfica 3: Estado civil de los médicos

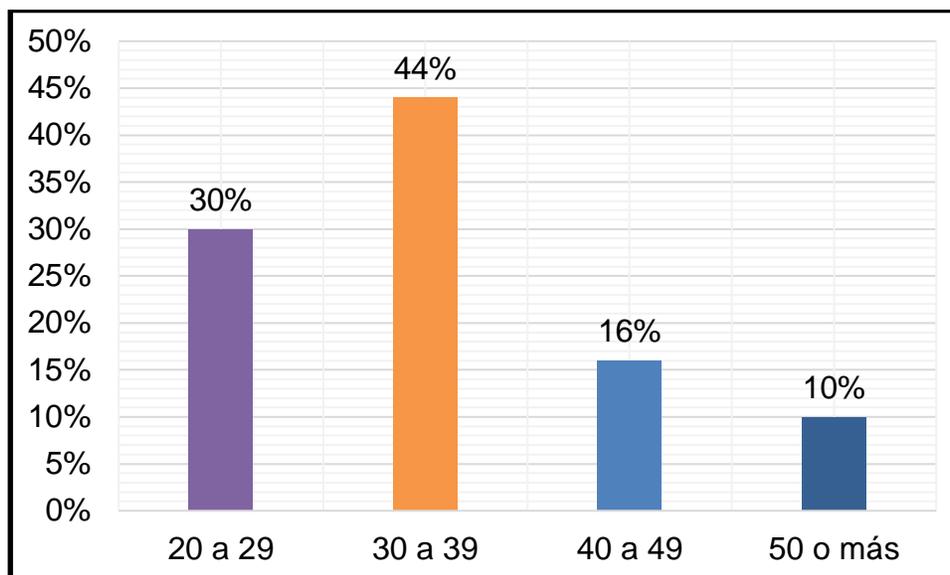


Fuente: Recolección de datos de la aplicación de 50 instrumentos con los ítems del WHOQOL-BREF a los profesionales de Medicina que laboran en áreas críticas, en una Institución de Segundo nivel de atención en el Estado de México en la presente investigación

Se examina los resultados de los 50 instrumentos aplicados, en la investigación los avances demostrados en la gráfica 3 los porcentajes de estado civil dan un 66% que se encuentran solteros, un 2% separados, 14% casados, 4% divorciados y 14% en pareja. Observando que la mayoría de los profesionales se encuentran solteros.

En un estudio realizado para determinar, la felicidad buscando determinar el efecto de cada factor (género, edad y estado conyugal), los valores de cada uno de ellos y sus interacciones sobre la felicidad. Encuentra en cuanto a la relación entre estado conyugal y felicidad, hallamos que las personas casadas son más felices que las solteras (Reynaldo, 2001)

5.1.1.4 Gráfica 4: Rangos de edad



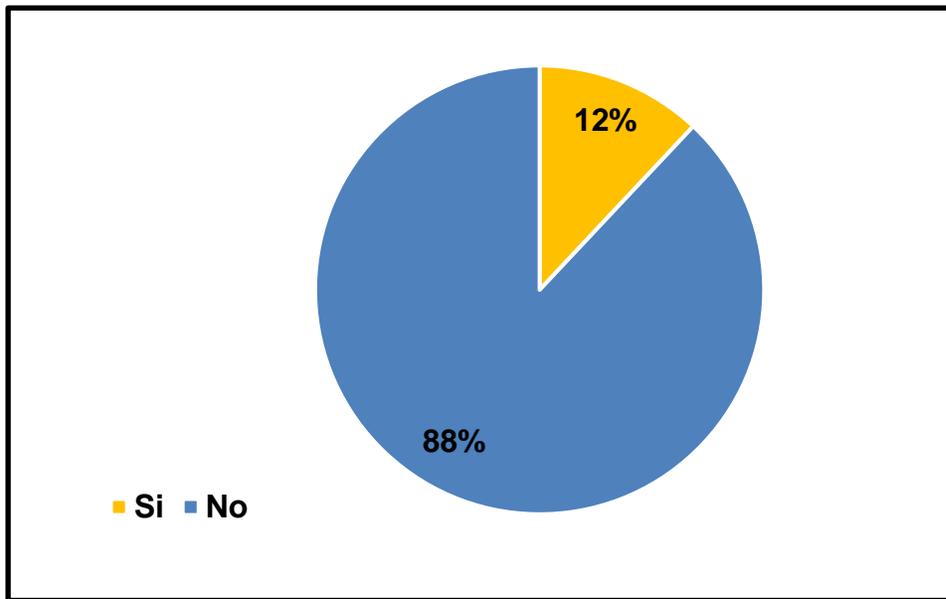
Fuente: Recolección de datos de la aplicación de 50 instrumentos con los ítems del WHOQOL-BREF a los profesionales de Medicina que laboran en áreas críticas, en una Institución de Segundo nivel de atención en el Estado de México en la presente investigación.

Profundizamos en los 50 instrumentos aplicados, como resultado del estudio realizado que se presenta en la gráfica 4 los rangos de edad que tienen los médicos que es de 20 a 29 años en un 30%, un 44% de 30 a 39 años con un 16% de 40 a 49 años y un 10% de 50 años o más. Con un total de 74% de personas que se encuentran en un rango de edad de 20 a 40 años. Cada etapa de la vida conlleva sus retos y oportunidades, la adultez media es una de las etapas más importantes en la vida de una persona, comprende desde los 40 a los 65 años y es considerada como la más larga y productiva. (Meléndez, 2011)

Define la adultez, como una condición social, biológica, orgánica y emocional, la cual, desde un punto de vista teórico, implica madurez emocional, un alto grado de estabilidad emocional, un buen control de los impulsos y una elevada tolerancia a la frustración.

Crisis de la mitad de la vida”, producida entre los 35 y 45 años”, en la que la persona realiza una evaluación de su vida, en base a la comparación de las metas fijadas y los logros. La edad genera estereotipos, los cuales (McCann, 2012) define como “las creencias y expectativas sobre una persona basada en su edad. Las personas jóvenes y mayores son percibidas de forma distinta a través de los estereotipos. Las personas mayores a menudo tienen tonos negativos y los de las personas jóvenes tienden a ser más positivos.” En las que son entre los 20 a 40 años.

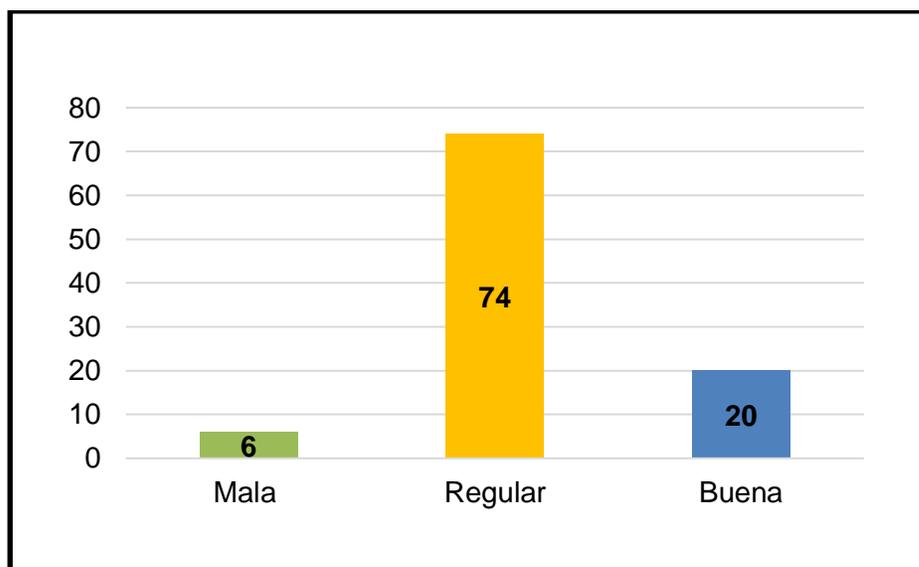
5.1.1.5 Grafica 5: Porcentaje de médicos que mencionan estar enfermas



Fuente: Recolección de datos de la aplicación de 50 instrumentos con los ítems del WHOQOL-BREF a los profesionales de Medicina que laboran en áreas críticas, en una Institución de Segundo nivel de atención en el Estado de México en la presente investigación

La derivación de los resultados de los 50 instrumentos aplicados, como resultado del estudio se pueden presentar en la gráfica 5 que el 88% de ellos dicen no estar enfermos y un 12% si estar enfermos. Al observar la gráfica se podría decir que la población se encuentra sana. Sin problemas de salud que puedan afectar.

5.1.1.6 Gráfica 6: Rango de Calidad de Vida



Fuente: Recolección de datos de la aplicación de 50 instrumentos con los ítems del WHOQOL-BREF a los profesionales de Medicina que laboran en áreas críticas, en una Institución de Segundo nivel de atención en el Estado de México en la presente investigación

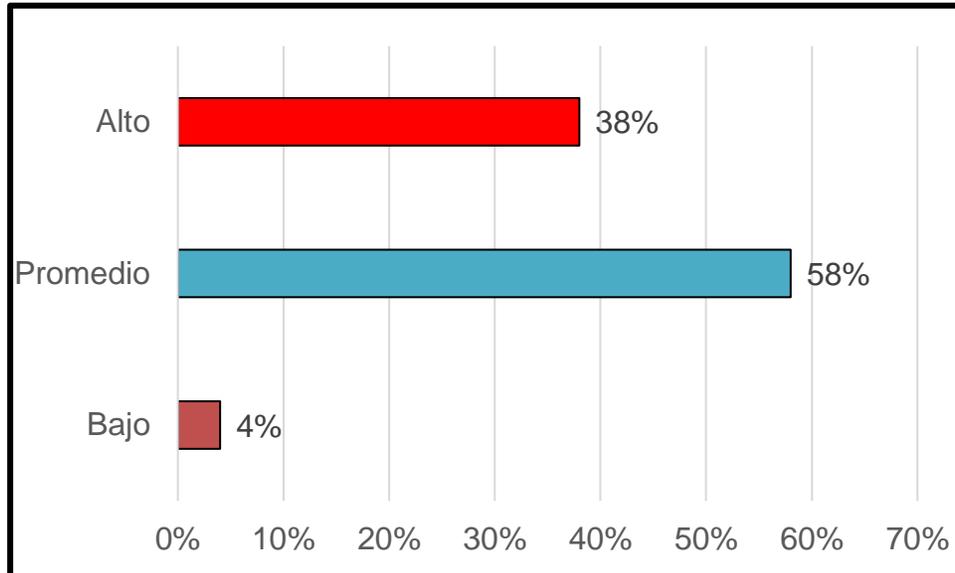
Derivando de los 50 instrumentos aplicados, se encontró en esta investigación que el rango de calidad de vida tiene una mala con un 6%, un 74% dice tener una calidad de vida regular y un 20% una buena calidad de vida. Describiendo la calidad de vida como la percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones.

Es un concepto de amplio alcance que está atravesado de forma compleja por la salud física de la persona, su estado fisiológico, el nivel de independencia, sus relaciones sociales y la relación que tiene con su entorno. (INAPAM, 2021) La calidad de vida en profesionales de medicina se encuentra en un intervalo en el cual puede mejorar o puede inclinarse a una mala calidad de vida, ya que estos profesionales al estar en contacto con diferentes estímulos pueden alterarse muy fácilmente y afectar esta misma. Sin tener una ayuda profesional.

En la siguiente sección daremos a continuación con los resultados del segundo instrumento que se empleó.

5.1.2 ProQOL -vIV PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE Compassion, Satisfaction and Fatigue

5.1.2.1 Grafica 7: Gráfica de satisfacción por compasión

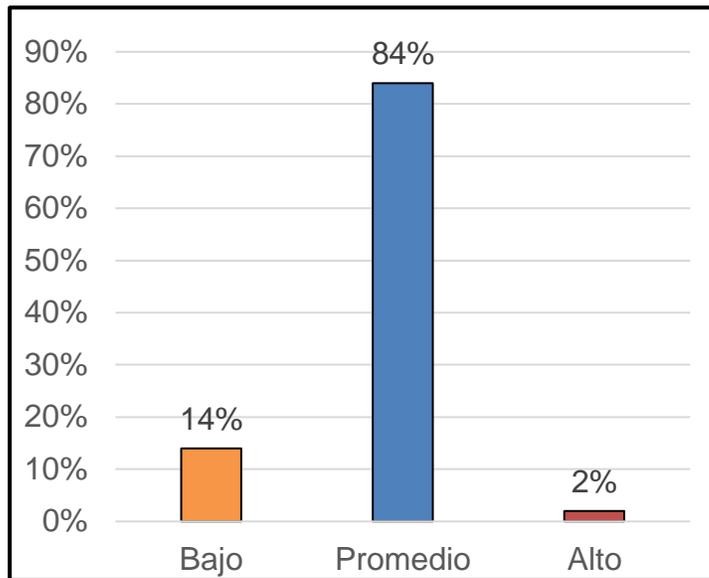


Fuente: Recolección de datos de la aplicación de 50 instrumentos con los ítems del ProQOL -vIV **PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE Compassion, Satisfaction and Fatigue** a los profesionales de Medicina que laboran en áreas críticas, en una Institución de Segundo nivel de atención en el Estado de México en la presente investigación

En los 50 instrumentos aplicados de ProQOL -vIV PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE Compassion, Satisfaction and Fatigue en el apartado que menciona la satisfacción por compasión hace referente el placer de hacer bien su trabajo. (Stamm, 2021) Donde el 38% dicen tener una gran dicha de hacerlo. Con un promedio del 58% puede tener satisfacción en otras actividades ajenas a su trabajo y un 4% no tener ninguna satisfacción por el mismo.

El promedio fue el rango más alto debido a que la mayoría de los profesionales médicos al estar en contacto con personas que están afectadas por su problema de salud les agrada recibir un diferente estímulo al no ser laboral. Pueden buscar ayuda profesional para poder encontrar los problemas para poder disfrutar de una manera mejor su trabajo. En un nivel alto son aquellos que disfrutan y les agrada estar en su labor. Y la baja puede tener problemas que afecten el amor a su profesión y su trabajo.

5.1.2.2 Gráfica 8 Burnout

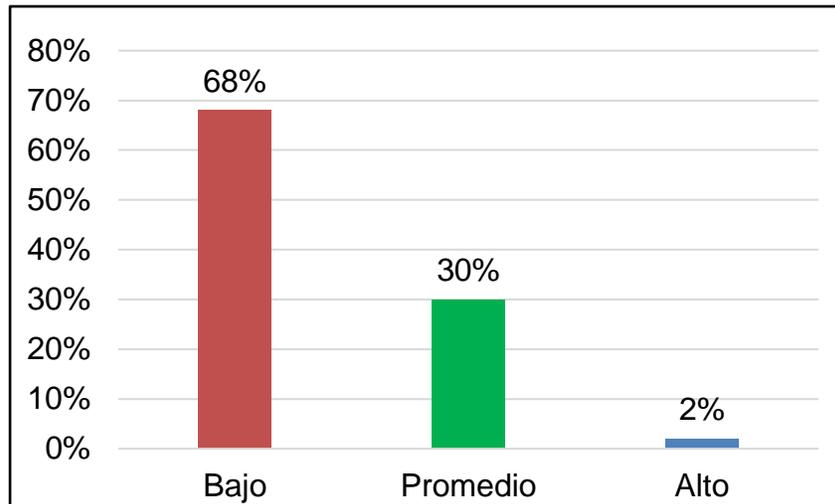


Fuente: Recolección de datos de la aplicación de 50 instrumentos con los ítems del **ProQOL -vIV PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE Compassion, Satisfaction and Fatigue** a los profesionales de Medicina que laboran en áreas críticas, en una Institución de Segundo nivel de atención en el Estado de México en la presente investigación

En los 50 instrumentos aplicados de ProQOL -vIV PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE Compassion, Satisfaction and Fatigue en el apartado puede reflejar el sentimiento de que sus esfuerzos no hacen diferencia, o pueden estar asociados con una carga de trabajo muy alta o un entorno de trabajo no propicio. (Stamm, 2021) En la gráfica 8 de este trabajo muestra el burnout situacional de los médicos en los que el 14% asumen de bajo, otro con el promedio es de 84% y un alto con un total del 2%.

El 84 % presento síndrome de burnout promedio debido a que se encuentra un deterioro físico, emocional y motivacional normal; también que su ambiente emocional y laboral es bueno; estos resultados nos ponen a imaginar que nuestro personal de salud no corre riesgo de tener síndrome burnout y son eficaces ,que son resilientes ante las diferentes situaciones con las que pueden enfrentarse en el hospital a pesar de que es personal del servicio urgencias y se encuentran en la primera línea ante el Covid- 19.

5.1.2.3 Gráfica 9 Estrés postraumático



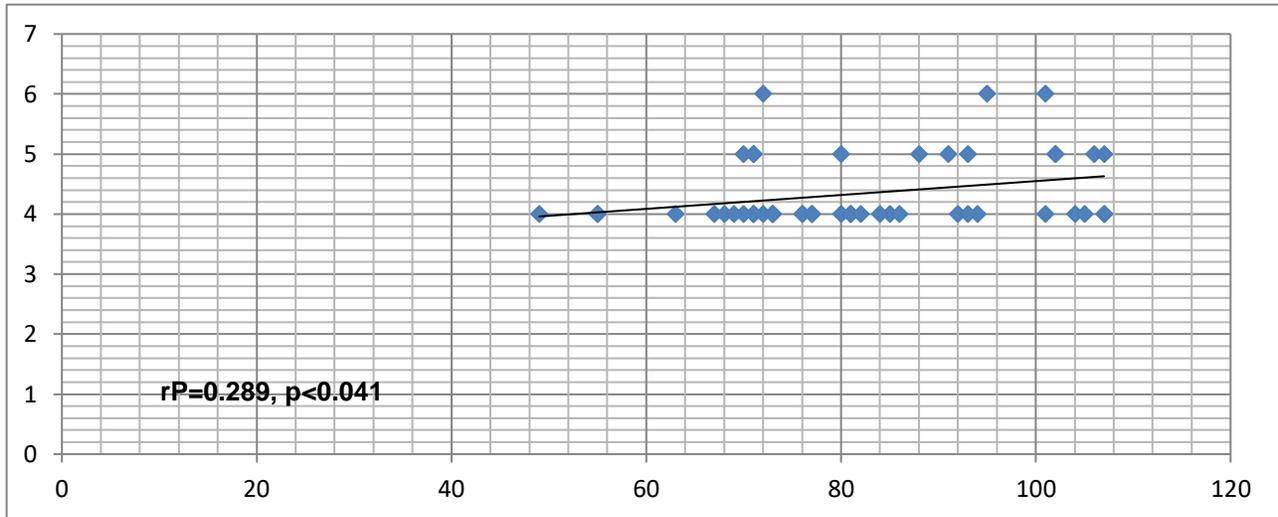
Fuente: Recolección de datos de la aplicación de 50 instrumentos con los ítems del ProQOL -vIV **PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE Compassion, Satisfaction and Fatigue** a los profesionales de Medicina que laboran en áreas críticas, en una Institución de Segundo nivel de atención en el Estado de México en la presente investigación

En los 50 instrumentos aplicados de ProQOL -vIV PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE Compassion, Satisfaction and Fatigue en el apartado, las personas que han experimentado experiencias extremas o eventos traumáticamente estresantes (Stamm, 2021) En la gráfica 9 que se da del resultado de este proyecto son 68% de ellas es bajo, 30% tienen en promedio alguna y otras que es el 2 % tienen alta experiencias post traumáticas.

La mayoría de los encuestados dijo que no presentan estrés postraumático debido a que no son empáticos y no se preocupan por el bienestar de sus pacientes es por eso por lo que los dos rubros que le siguen nos muestran porcentajes bajos ya que si hacemos una comparación con la gráfica número 7 (satisfacción por compasión) crea una barrera ante el estrés postraumático.

5.1.3 Pruebas Estadísticas

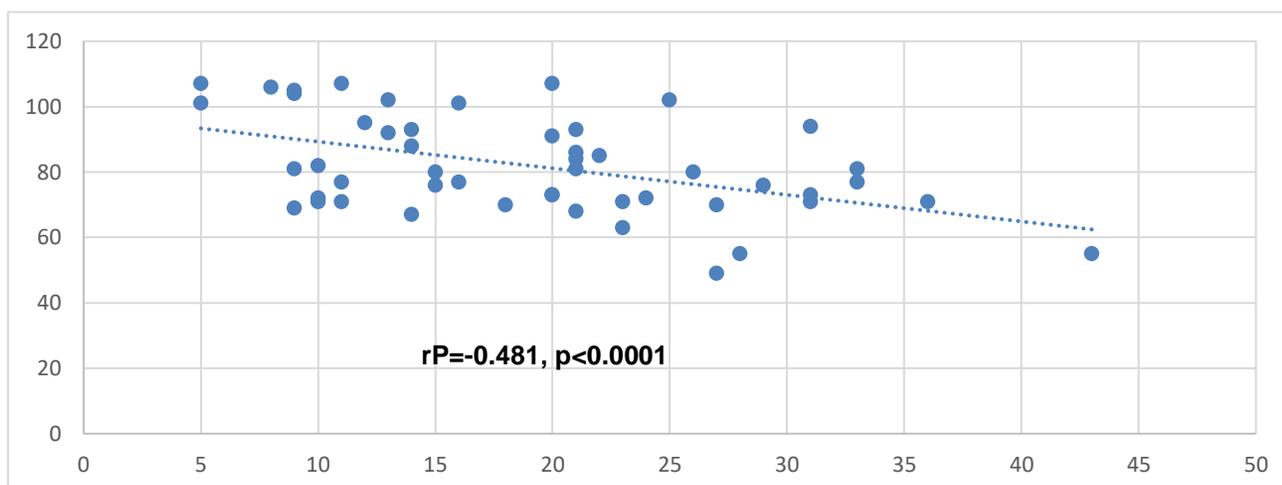
5.1.3.1 Grafica 10: Relación entre la Suma calidad y el Nivel de Estudios



Fuente: Recolección de datos de la aplicación de 50 instrumentos con los ítems del ProQOL -vIV **PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE Compassion, Satisfaction and Fatigue** y WHOQOL-BREF a los profesionales de Medicina que laboran en áreas críticas, en una Institución de Segundo nivel de atención en el Estado de México en la presente investigación

Se encontró una asociación estadísticamente significativa, moderada, entre el puntaje de suma calidad y el nivel de estudios de profesionales de medicina que laboran en áreas críticas, en una institución de segundo nivel de atención en el Estado de México ($rP = 0.289$, $p < 0.05$) (Ver en la gráfica 10).

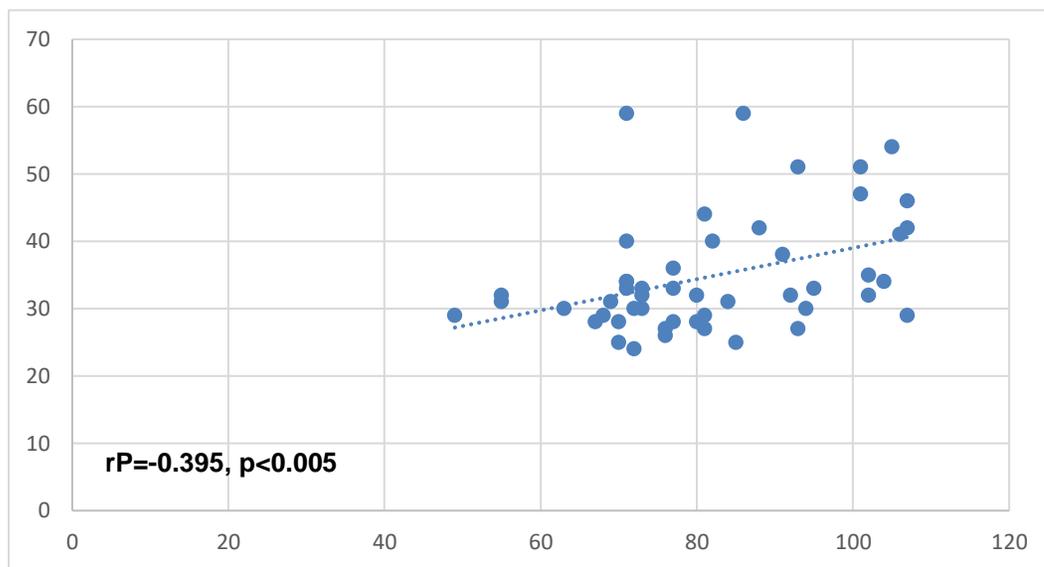
5.1.3.2 Grafica 11: Relación entre la Suma calidad y Estrés



Fuente: Recolección de datos de la aplicación de 50 instrumentos con los ítems del ProQOL -**vIV PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE Compassion, Satisfaction and Fatigue** y WHOQOL-BREF a los profesionales de Medicina que laboran en áreas críticas, en una Institución de Segundo nivel de atención en el Estado de México en la presente investigación

Se encontró una asociación estadísticamente significativa, moderada, entre el puntaje de suma calidad y Estrés de profesionales de medicina que laboran en áreas críticas, en una institución de segundo nivel de atención en el Estado de México ($rP = -0.481$, $p < 0.05$) (Ver en la gráfica 11).

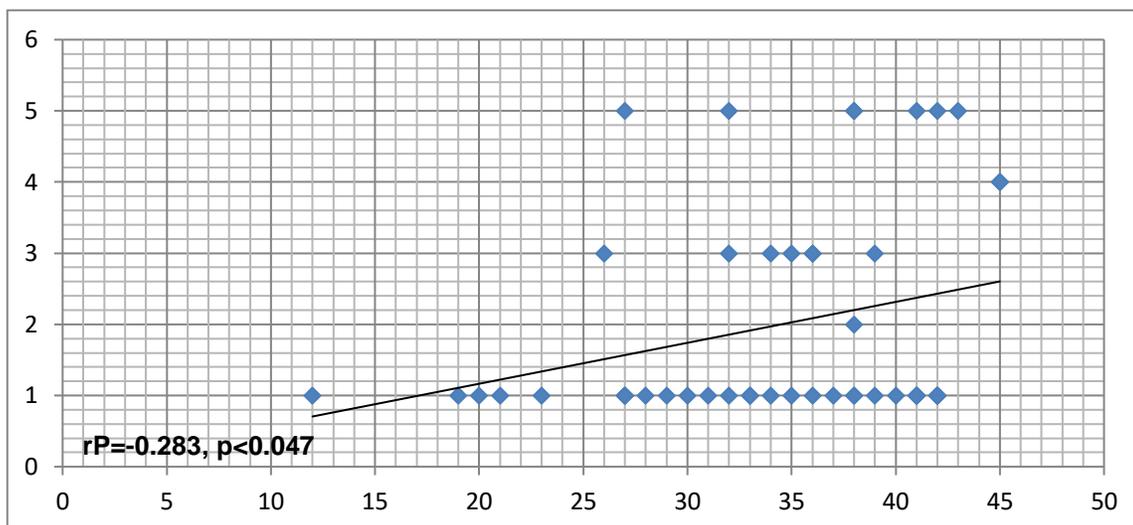
5.1.3.3 Grafica 12: Relación entre la Suma calidad y Edad



Fuente: Recolección de datos de la aplicación de 50 instrumentos con los ítems del ProQOL -vIV **PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE Compassion, Satisfaction and Fatigue** y WHOQOL-BREF a los profesionales de Medicina que laboran en áreas críticas, en una Institución de Segundo nivel de atención en el Estado de México en la presente investigación

Se encontró una asociación estadísticamente significativa, moderada, entre el puntaje de suma calidad y Edad de profesionales de medicina que laboran en áreas críticas, en una institución de segundo nivel de atención en el Estado de México ($rP = 0.395$, $p < 0.05$) (Ver en la gráfica 12)

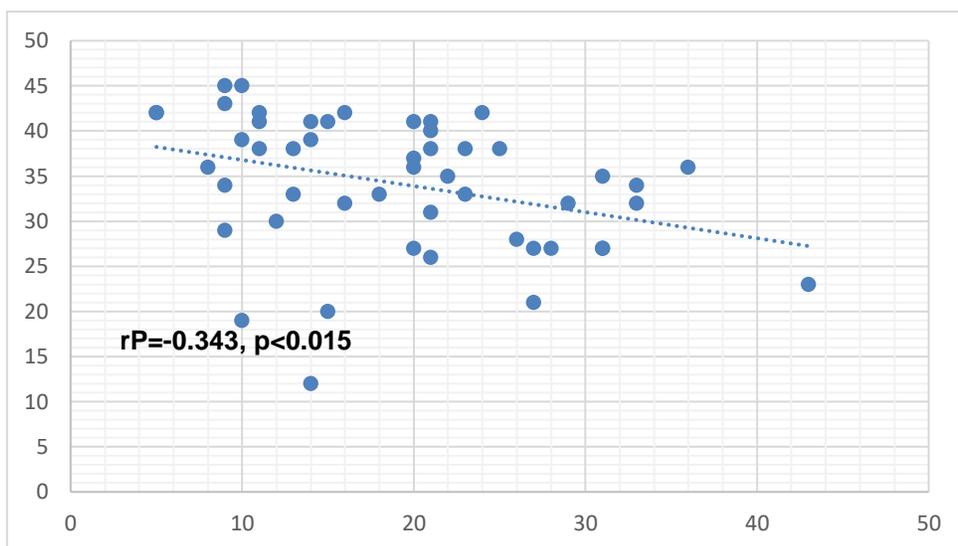
5.1.3.4 Grafica 13: Relación entre la Satisfacción y Estado civil



Fuente: Recolección de datos de la aplicación de 50 instrumentos con los ítems del ProQOL -vIV **PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE Compassion, Satisfaction and Fatigue** y WHOQOL-BREF a los profesionales de Medicina que laboran en áreas críticas, en una Institución de Segundo nivel de atención en el Estado de México en la presente investigación

Se encontró una asociación estadísticamente significativa, moderada, entre el puntaje de Satisfacción y Estado Civil de profesionales de medicina que laboran en áreas críticas, en una institución de segundo nivel de atención en el Estado de México ($rP = 0.283$, $p < 0.05$) (Ver en la gráfica 13).

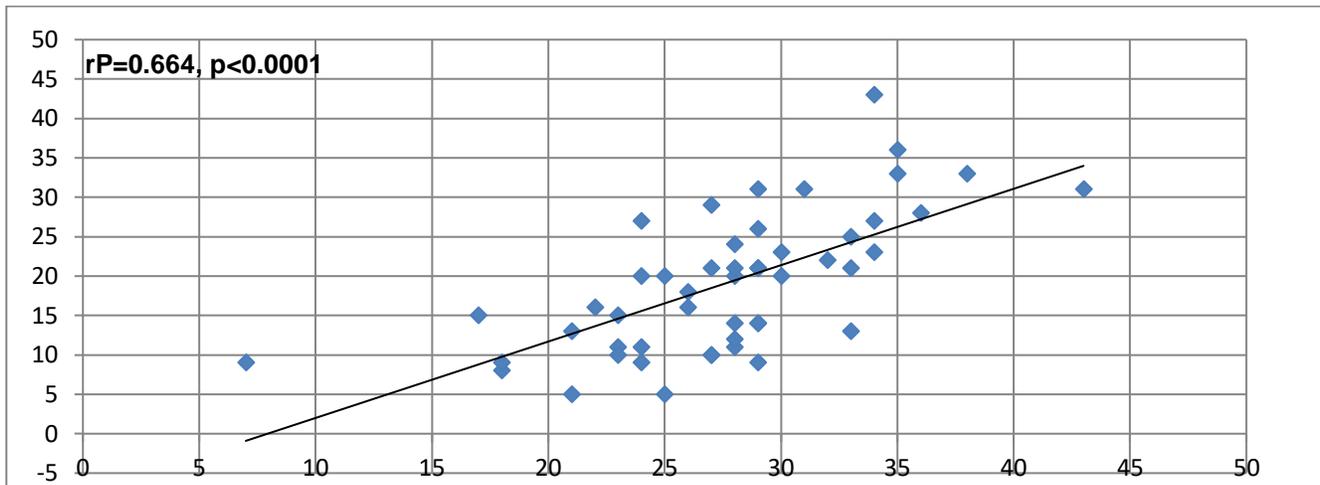
5.1.3.5 Grafica 14: Relación entre Estrés y Satisfacción



Fuente: Recolección de datos de la aplicación de 50 instrumentos con los ítems del ProQOL -vIV **PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE Compassion, Satisfaction and Fatigue** y WHOQOL-BREF a los profesionales de Medicina que laboran en áreas críticas, en una Institución de Segundo nivel de atención en el Estado de México en la presente investigación

Se encontró una asociación estadísticamente significativa, moderada, entre el puntaje de Estrés y Satisfacción de profesionales de medicina que laboran en áreas críticas, en una institución de segundo nivel de atención en el Estado de México ($rP = -0.343, p < 0.05$) (Ver en la gráfica 14).

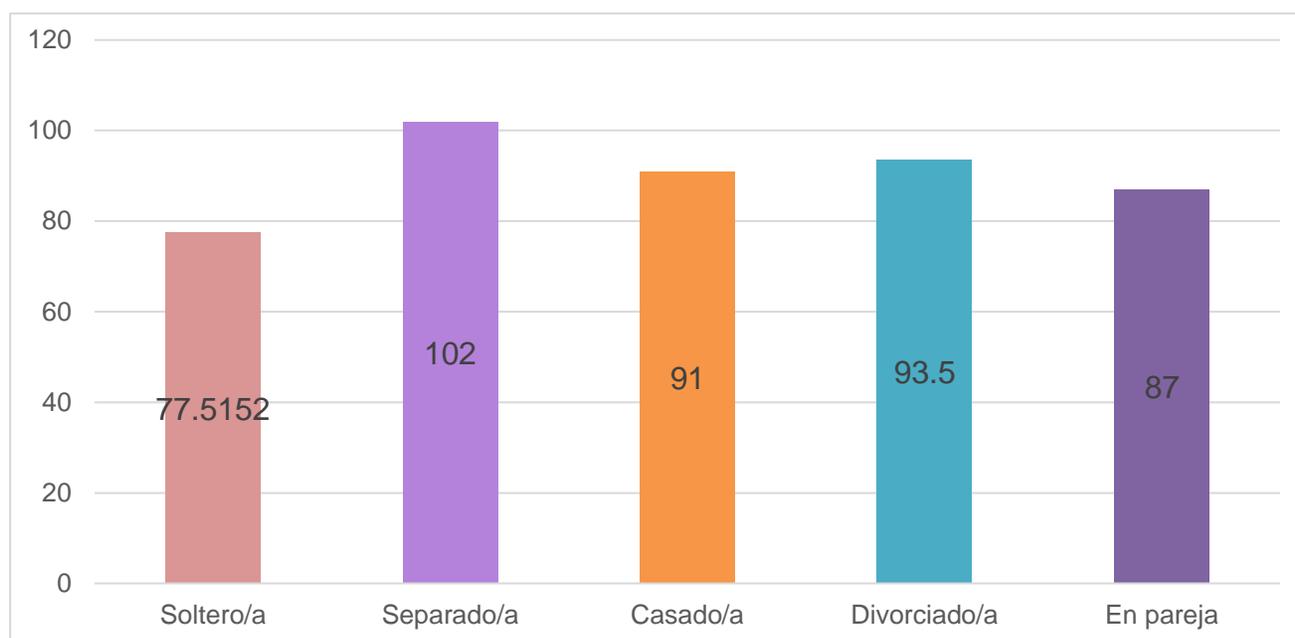
5.1.3.6 Grafica 15: Relación entre Burnout y Estrés



Fuente: Recolección de datos de la aplicación de 50 instrumentos con los ítems del ProQOL -viv **PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE Compassion, Satisfaction and Fatigue** y WHOQOL-BREF a los profesionales de Medicina que laboran en áreas críticas, en una Institución de Segundo nivel de atención en el Estado de México en la presente investigación

Se encontró una asociación estadísticamente significativa, moderada, entre el puntaje de Burnout y Estrés de profesionales de medicina que laboran en áreas críticas, en una institución de segundo nivel de atención en el Estado de México ($rP = 0.664$, $p < 0.05$) (Ver en la gráfica 16).

5.1.3.6 Grafica 16: Comparación entre Suma calidad y Estado civil



Fuente: Recolección de datos de la aplicación de 50 instrumentos con los ítems del **ProQOL -vIV PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE Compassion, Satisfaction and Fatigue** y **WHOQOL-BREF** a los profesionales de Medicina que laboran en áreas críticas, en una Institución de Segundo nivel de atención en el Estado de México en la presente investigación

En lo que respecta a las comparaciones, se encontraron diferencias en Suma calidad y Estado civil de profesionales de medicina que laboran en áreas críticas, en una institución de segundo nivel de atención en el Estado de México ($F = 2.732$; $gl = 4$; $p < 0.041$). Este resultado se debe a que se encontraron diferencias entre la calidad de vida y el estado civil ($p < 0.05$), no observándose diferencias en las otras comparaciones. (Observados en la gráfica 16)

5.2 Discusión

En la presente investigación fue de tipo de muestra no probabilística y se utilizó la estadística descriptiva, cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida en profesionales de medicina que laboran en áreas críticas, en una institución de segundo nivel de atención en el Estado de México. En esta investigación participaron 50 médicos de áreas críticas.

5.2.1 Sexo

En el libro *La mujer y la salud en México dice que,* "El logro del sistema de salud ha sido el esfuerzo de y compromiso de hombres y mujeres en donde distintos sectores y disciplinas a transformar a México de manera decidida" (CONACYT, 2014). En lo cual Vilca Zelada, menciona que en una institución pública están trabajando 128 personas, de las cuales 81 participaron. En donde el 58% eran mujeres y un 42% son hombres.

Ahora bien, Alvarado Rene menciona que en el HGZ N°32 Villa Coapa donde hay solo 608 enfermeros de los cuales participaron para su estudio 101, de los cuales 92% pertenecían al género femenino y con un 8% del masculino. En la presente investigación se muestra que, la población encuestada es del 68.8% son del sexo femenino y el otro 31.3% son del sexo masculino. Demostrando en cada uno de los estudios una mayor participación de mujeres en el sector salud.

5.2.2 Grado de estudios

Dentro de los hospitales se encuentra un equipo multidisciplinario que son el motor y el corazón de este. Estando conformado por profesionales de salud como: enfermeros, médicos y gran número de especialistas como cardiólogos, dermatólogos, neonatólogos, psiquiatras, neurólogos y nefrólogos y demás personal capacitado, para brindar un servicio integral y de alta calidad. Bustos Camacho menciona que en el HGZ con Medicina Familiar No.20.

Asimismo, la mayoría contesto tener estudios de preparatoria 44.8%, seguido de Contesto tener un posgrado o más con un 21.1% y secundaria 19.6%. Además, Pérez menciona que de 673 trabajadores considerando todas categorías que representan el 33.7% del total de la institución. La cual se conforma del 34.5% de enfermeras, 23.9% de médico, 10.5% de personal de laboratorio y 30.2% de personal de otras categorías.

También, Hernández Aguilera realizo un estudio realizado en la UMAE en la cual se encuentran 153 residentes. El 57.7% (88) pertenecían a especialidades médicas y el 42.4% (65) a especialidades quirúrgicas. En la presente investigación mostramos que los médicos y residentes, el 6% tiene el nivel de maestría, el 22% el de posgrado y el 72% el grado de licenciatura. El grado estudio en hospitales de 2° nivel de atención es nivel preparatorio o más.

5.2.3 Estado civil

Sara menciona que el planteamiento de su investigación alrededor del concepto de matrimonio o conyugalidad, las cuales varía de acuerdo con la cultura y con las normas y acuerdos sociales establecidos. Teniendo en cuenta que esta última hace referencia a una “herencia socialmente aprendida y compartida que es trasmitida de una generación a otra”. (Gómez Castillo, 2010) Alvarado Rene menciona en el HGZ No 32 Villa Coapa.

Por otra parte, se encuentran laborando 608 enfermeros, aplicándose el instrumento a 101 trabajadores, el estado civil predominante fue casado con el 51.5%, seguidas de los solteros con 29 personas (28.7%), 11 personas en unión libre (10.9%) y 9 divorciados (8.9%).

En tal sentido, Galeana menciona que en el HGZ con UMF No. 8, se estudiaron 141 profesionales de la salud, 49% solteros, 35.5% casados, 7.1% Unión libre y 7.8 % Divorciados.

En la presente investigación los porcentajes de estado civil dan un 66% que se encuentran solteros, un 2% separado, 14% casados, 4% divorciados y 14% en pareja.

5.2.4 Rangos de edad

Inés menciona que la edad cronológica se refiere a la edad en años. Es la que va desde el nacimiento hasta la edad actual de la persona. (Alcalde, 2005). Galena menciona que en el HGZ con Unidad De Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, el rango de edad se obtuvo: 42 (29.8%) se encuentra entre 25 y 33 años, 41 (29.1%) entre 34 y 41 años, 33 (23.4%) entre 42 y 49 años, 18 (12.8%) entre 50 y 57 años, finalmente 7 (5%) entre 58 y 65.

Por ello Vilca Zelada, encontró que el rango de edad entre 35 a 45 años (41%), además el 32% presentaba edades comprendidas entre 24 a 34 años y el 27% entre 46 a 57 años. Es así como Flores Ramírez y Escalante Hernández mencionan que en el INNN que el 13.7% tiene entre 20-29 años, 19.2% 30-39, 42.5% 40 a 49 y el 24.7% 50 o más. En la presente investigación los rangos de edad son de 20 a 29 años en un 30%, un 44% de 30 a 39 años con un 16% de 40 a 49 años y un 10% de 50 años o más. El rango de edad que sobresale es variable en cada uno de estudios.

5.2.5 Porcentaje de médicos enfermos.

La OMS define enfermedad como "Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible" (Herrero Jaén, 2016).

Diana Vera menciona es su estudio HGZ y UMF No13, se obtuvo una mejor calidad de vida en la función física con un promedio de 92.2% y problemas físicos con un promedio de 97.1. Por otro lado, Bustos Camacho menciona en su estudio que las personas, todas aquellos de 20 o más años tuvieron estados negativos en la función dolor corporal.

Demostrando que en nuestra investigación que la cantidad de médicos que mencionan no estar enfermos es de un 88% y un 12% si estar enfermos. Donde las limitamos de nuestro estudio es la confianza, de saber si esta si se siente enferma o no. Donde la salud física en el ámbito hospitalario es de vital importancia para la realización de actividades y procedimientos.

5.2.6 Calidad de vida

Gianfabio menciona que los residentes de enfermería de una escuela de medicina los efectos de la calidad de vida sobre la salud de esta población son perjudiciales y les afectan a diario modificando su desempeño y comportamiento. Señala que en la literatura nacional algunas especialidades son más agotadoras e implican una disminución de la calidad de vida.

Quintana-Zavala menciona que calidad de vida en el trabajo global en instituciones públicas en Hermosillo, Sonora, del personal de enfermería es de 207.31 (DE 41.74), que indica un nivel medio,

Garduño menciona en su estudio en la UMAE Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza “, los médicos residentes de las especialidades de angiología y nefrología obtuvieron mejor calidad de vida con un promedio de 92.7, seguidos de coloproctología con 91.7; y los que presentan menor calidad de vida fueron los de alergia e inmunología clínica con 69.87 y hematología con 70.8 puntos.

Flores Ramírez y Escalante Hernández mencionan que de acuerdo con las preguntas generales del cuestionario WHOQOL-BREF “¿Cómo calificaría su calidad de vida?” y “¿Qué tan satisfecho está con su salud?”, resultado que 29 personas (39.7%) refirieron su CV como bastante buena, sobre todo las mujeres, y 37 de las personas (50.7%) indicó su satisfacción de salud como normal.

Sánchez y Carrillo, mencionan en su estudio realizado en el Hospital General de Querétaro que la población estudiada muestra una mala calidad de vida laboral en las dimensiones: Integración al puesto de trabajo (51.7%), Satisfacción por el trabajo (61.8%), Bienestar logrado a través del trabajo (67.4%), Desarrollo personal (38.2%) Administración de tiempo

libre (53.9%). Sólo en las dimensiones: Soporte institucional para el trabajo (51.7%) y Seguridad en el trabajo (62.9%) se encontró una buena calidad de vida laboral.

Ya que la calidad de es el asociado a los prejuicios que van generándose a un individuo a través de la sociedad de manera negativa o positiva. A las ambiciones y metas que establece, ya que al realizarla genera un auto concepto del juicio y del ánimo en que percibe su vida implicando, lo físico, económico, social, psicológico y la satisfacción de las necesidades básicas.

En relación en nuestra investigación la calidad de vida en profesionales de Medicina que laboran en áreas críticas, el rango de calidad de vida tiene una mala con un 6%, un 74% dice tener una calidad de vida regular y un 20% una buena calidad de vida.

5.2.7 Satisfacción por compasión

La Satisfacción se ve influenciada por múltiples variables, tanto de índole social y cultural, señalando entre las más relevantes el nivel socioeconómico y el nivel cultural de las personas como por variables de tipo personal, entre las que cabe citar como una de las más importantes la edad, además de otras como el sexo, e incluso las mismas características y rasgos de personalidad, que pueden condicionar la valoración de la vida o de un aspecto de la misma como más o menos satisfactorio. (Carrión, 2000)

Alvarado Rene menciona, que el 79% del personal de enfermería tiene una Baja Calidad de Vida en el Trabajo (BCVT), el 100% del hombre tuvo una BCVT en el Hospital General de Zona No 32 Villa Coapa. En que las dimensiones más afectadas en todo el personal fueron Bienestar logrado a través del trabajo, Satisfacción por el trabajo y Administración del tiempo libre. El autor hace mención que las dimensiones más afectadas están influidas por cuestiones de orden personal, lo que nos hace pensar que un gran porcentaje de estos trabajadores no tuvieron una adecuada orientación vocacional.

Sánchez y Carrillo mencionan que la población estudiada muestra una mala calidad de vida laboral en las dimensiones: Integración al puesto de trabajo (51.7%), Satisfacción por el trabajo (61.8%), Bienestar logrado a través del trabajo (67.4%), Desarrollo personal (38.2%) Administración de tiempo libre (53.9%). Donde se sugiere ampliar la información sobre el fenómeno realizando la medición de otras variables como es la satisfacción laboral y clima organizacional. Esto hace alusión que no tuvo una adecuada orientación vocacional.

En nuestro estudio donde el 38% dicen tener una gran dicha de hacerlo. Con un promedio del 58% puede tener satisfacción en otras actividades ajenas a su trabajo y un 4% no tener ninguna satisfacción por el mismo

Flores-Ramírez y Escalante-Hernández, mencionan, al evaluar los resultados del instrumento PROQOL-IV, se observó que el 40% (29) de la población tiene riesgo de padecer desgaste por empatía

5.2.8 Burnout

Yunue menciona que el síndrome de burnout es una respuesta al estrés laboral crónico que aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que de forma habitual emplea el individuo para manejar los estresores laborales. (Cárdenas Marín, 2020) Caballero Pedraza menciona en su estudio que el agotamiento emocional es notablemente más alto que la despersonalización.

Ya que comparar los resultados de las subescalas del burnout, se evidencia que sus valores son homogéneos en cada una de estas subescalas, pero van en orden descendente: realización personal (40.53%), agotamiento emocional (18.71%) y despersonalización (7.32).

La severidad del Burnout podemos decir que, es casi ausente o muy baja si las sumamos entre sí (38 personas) que representan el 61,3% del total de la población estudiada. Mientras que quienes la presentan de una manera entre moderada a severa (24 personas), son el 38.7% restante, porcentaje importante si consideramos los efectos del síndrome sobre el personal y la calidad de la atención en salud.

Así lo menciona Gianfabio que en el Hospital de Sao Pablo Brasil que el 72,1% de los residentes no tenían criterios de depresión; El 8,8% presentó criterios de disforia y el 19,1% presentó criterios compatibles con depresión, considerando los puntos de corte establecidos por el cuestionario. Donde observa que este índice es más alto que el encontrado en la población general, alrededor del 5 al 10%.

Es así como Carlos Valdez a la percepción de Burnout académico, el 21.4% (n=15) de los médicos residentes manifestó tenerlo. El 34.3% (n=24) de los médicos residentes tienen percepción de sufrir el síndrome de Burnout laboral En cuanto a la calidad de vida que perciben los médicos residentes, predomina el alta en el 44.3% (n=31).

Salas menciona que 28% de los internos padecen probable trastorno mental y respecto al Burnout, en agotamiento emocional un 56% nivel alto y con nivel medio un 40%, con una despersonalización, del cual 28% manifestó un nivel alto y un 36% nivel medio.

Hernández Aguilera menciona que, el 36.6% (56) de los residentes reportan niveles de fatiga leve, 32% (49) niveles de fatiga moderada y 31.3% (48) de los residentes reportan fatiga excesiva. El 32.6% (50) cumplieron con los criterios síndrome de burnout. En el PROQOL-IV, 40% de participantes tuvieron riesgo de padecer desgaste por empatía y 19% tiene riesgo de padecer burnout

ProQOL -vIV PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE Compassion, Satisfaction and Fatigue en el apartado puede reflejar el sentimiento de que sus esfuerzos no hacen diferencia, o pueden estar asociados con una carga de trabajo muy Alta o un entorno de trabajo no propicio. (Stamm, 2021) En este trabajo demuestra que el burnout situacional de los médicos en los que el 14% asumen de bajo, otro con el promedio es de 84% y un alto con un total del 2%...

Lo cual hace mención que las situaciones que suceden en el hospital van despersonalizando al personal.

5.2.9 Relación entre la Suma calidad y el Nivel de Estudios

En la presente investigación se muestra una asociación estadísticamente significativa, moderada, entre el puntaje de suma calidad y el nivel de estudios de profesionales de medicina que laboran en áreas críticas, en una institución de segundo nivel de atención en el Estado de México ($rP = 0.289$, $p < 0.05$). A mayor nivel de estudios disminuirá la calidad de vida ya que se le exige más al estar más preparado profesionalmente.

5.2.10 Relación entre la Suma calidad Estrés

En la presente investigación se muestra una asociación estadísticamente significativa, moderada, entre el puntaje de suma calidad y Estrés de profesionales de medicina que laboran en áreas críticas, en una institución de segundo nivel de atención en el Estado de México ($rP = -0.481$, $p < 0.05$). Estos dos factores están estrechamente relacionados ya que si la calidad de vida disminuye aumenta el estrés.

5.2.11 Relación entre la Suma calidad y Edad

En la presente investigación se muestra una asociación estadísticamente significativa, moderada, entre el puntaje de suma calidad y Edad de profesionales de medicina que laboran en áreas críticas, en una institución de segundo nivel de atención en el Estado de México ($rP = 0.395$, $p < 0.05$). A mayor edad de igual forma aumentara su calidad de vida puesto que la mayoría de los profesionales de medicina cuentan con un trabajo fijo.

5.2.12 Relación entre la Satisfacción y Estado civil

En la presente investigación se muestra una asociación estadísticamente significativa, moderada, entre el puntaje de Satisfacción y Estado Civil de profesionales de medicina que laboran en áreas críticas, en una institución de segundo nivel de atención en el Estado de México ($rP = 0.283$, $p < 0.05$). Se piensa que las personas solteras tienen una menor satisfacción a pesar de que cuenten con el apoyo de familia y amigos, aunque se ve reflejado más el sostén de su pareja en su satisfacción.

5.2.13 Relación entre Estrés y Satisfacción

Se encontró una asociación estadísticamente significativa, moderada, entre el puntaje de Estrés y Satisfacción de profesionales de medicina que laboran en áreas críticas, en una institución de segundo nivel de atención en el Estado de México ($rP = -0.343$, $p < 0.05$). Si el estrés aumenta tiene un mayor impacto en la satisfacción y hace que esta disminuya.

5.2.14 Relación entre Burnout y Estrés

En la presente investigación se muestra una asociación estadísticamente significativa, moderada, entre el puntaje de Burnout y Estrés de profesionales de medicina que laboran en áreas críticas, en una institución de segundo nivel de atención en el Estado de México ($rP = 0.664$, $p < 0.05$). Estos dos factores están estrechamente relacionados; ya que si uno se ve afectando el otro asciende o desciende.

5.2.15 Comparación entre Suma calidad y Estado civil

En lo que respecta a las comparaciones, se encontraron diferencias en Suma calidad y Estado civil de profesionales de medicina que laboran en áreas críticas, en una institución de segundo nivel de atención en el Estado de México ($F = 2.732$; $gl = 4$; $p < 0.041$). Este resultado se debe a que se encontraron diferencias entre la calidad de vida y el estado civil ($p < 0.05$), no observándose diferencias en las otras comparaciones. Estas se ven perjudicadas desigualmente ya que el estado civil no afecta directamente la calidad de vida.

5.3 Conclusiones

Ya que el propósito de este estudio fue evaluar la calidad de vida en profesionales de medicina que laboran en áreas críticas. Con base en un análisis cuantitativo, descriptivo, transversal y analítico de los factores que influyen para que esta ascienda o descienda, generar autoconciencia profesional, tanto del personal médico que labora, así como las nuevas generaciones y que tengan conocimiento sobre el problema identificado y la importancia de recuperar dicha calidad de vida, concluimos que en el estudio se demostró que los profesionales de medicina del HGZ N.º 196 Fidel Velázquez.

El 74% presentan una calidad de vida regular lo cual encuentra en un intervalo en el cual puede mejorar o puede inclinarse a una mala calidad de vida, ya que estos profesionales al estar en contacto con diferentes estímulos pueden alterarse muy fácilmente y afectar está misma. Sin tener una ayuda profesional.

Gianfabio nos comenta que los efectos sobre la calidad de vida sobre la salud de esta población son perjudiciales y les afectan a diario, modificando su desempeño y comportamiento, tanto físico como psíquico. Existen descripciones en la literatura nacional e internacional de que algunas especialidades como urgencias, cuidados intensivos y quirófono, por ejemplo, son más agotadoras e implican una disminución de la calidad de vida.

La satisfacción por compasión con un promedio del 58% se demuestra que ellos tienen satisfacción en otras actividades ajenas a su trabajo. Pueden buscar ayuda profesional para poder encontrar los problemas para poder disfrutar de una manera mejor su trabajo. El 4% no tener ninguna satisfacción por el mismo y tienen problemas que afecten el amor a su profesión y a su trabajo.

El 84 % presento síndrome de burnout promedio debido a que se encuentra un deterioro físico, emocional y motivacional normal; también que su ambiente emocional y laboral es bueno; estos resultados nos ponen a imaginar que nuestro personal de salud no corre riesgo de tener síndrome burnout y son eficaces ,que son resilientes ante las diferentes situaciones con las que pueden enfrentarse en el hospital a pesar de que es personal del servicio urgencias y se encuentran en la primera línea ante el Covid- 19.

Aunque sin bajar la guardia ya que Martínez nos añade que la calidad de vida del personal que labora en el servicio de urgencias tiende a reportarse insatisfactorio para el personal de salud y que puede redundar en una calidad de atención deficientes en el entorno del servicio de urgencias puede hacer que los médicos sean más vulnerables a las alteraciones de su bienestar físico y psicológico. En la carga de trabajo, por la presión y la cantidad de este, se marca elevada.

Se demostró una asociación estadísticamente significativa, moderada, entre el puntaje de Estrés y Satisfacción de profesionales de medicina que laboran en áreas críticas, en una institución de segundo nivel de atención en el Estado de México ($rP = -0.343$, $p < 0.05$). Si el estrés aumenta tiene un mayor impacto en la satisfacción y hace que esta disminuya.

El estrés postraumático demostró que el 68% de ellas es bajo y el 30% tienen en promedio alguna. La mayoría de los encuestados dijo que no presentan estrés postraumático debido a que no son empáticos y no se preocupan por el bienestar de sus pacientes es por eso por lo que los dos rubros que le siguen nos muestran porcentajes bajos ya que si hacemos una comparación con la gráfica numero 7 (satisfacción por compasión) crea una barrera ante el estrés postraumático.

Se demostró una asociación estadísticamente significativa, moderada, entre el puntaje de suma calidad y Estrés de profesionales de medicina que laboran en áreas críticas, en una institución de segundo nivel de atención en el Estado de México ($rP = -0.481$, $p < 0.05$). Estos dos factores están estrechamente relacionados ya que si la calidad de vida disminuye aumenta el estrés.

Se demostró una asociación estadísticamente significativa, moderada, entre el puntaje de Burnout y Estrés de profesionales de medicina que laboran en áreas críticas, en una institución de segundo nivel de atención en el Estado de México ($rP = 0.664$, $p < 0.05$). Estos dos factores están estrechamente relacionados; ya que si uno se ve afectando el otro asciende o desciende.

La próxima vez en realizar esta investigación o en la continuidad de dicha investigación, se recomienda tomar en cuenta el área de terapia intensiva y cirugía general.

Capítulo VI Bibliografía

- Jhorima Rangel, V., & Leonor, A. (2010). El estudio del bienestar psicológico subjetivo. Una breve revisión teórica. *Redalyc*, 265-275.
- Sánchez, J. M. (2010). Estrés laboral. *Hidrogénesis*, 56-63.
- Sánchez, M. C., & Carrillo Ávila, A. (2015). *Calidad de vida laboral de los profesionales de enfermería del Hospital General de Querétaro, SESEQ*. Ciudad de México: Universidad Autónoma de Queretero.
- Vazquez Ramirez, L. A. (2014). *Niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida relacionada con la salud en médicos residentes de medicina familiar y de especialidades troncales del ISSSTE*. Ciudad de Mexico: Universidad Nacional Autonoma de Mexico.
- Adicciones, C. N. (19 de 04 de 2022). *Gobierno de México*. Obtenido de <https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/que-es-la-salud-mental>
- Alárcon, R. (1986). *Alternativa de Asistencia Psiquiátrica en Bolivia*. Bolivia: Instituto Nacional de Psiquiatria "Gregorio Pacheco".
- Alcalde, I. (2005). Ocio de los mayores: calidad de vida. *Centro de Prevención y Atención del Alcoholismo*, 43-62.
- Aldete García, J. (17 de 08 de 2022). *Psicología positiva, bienestar y calidad de vida. En claves del pensamiento*. Obtenido de Scielo México: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-879X2014000200013&lng=es&tlng=es.
- Álvarado Suárez, V. (2019). Discriminación, apoyo social y bienestar psicológico en personas con trastornos mentales. *Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, 155-168.
- Alvarado, R. (2012). *Calidad de vida en el trabajo en el personal de enfermería de un HGZ. No 32 "Villa Coapa"*. Ciudad de México : Universidad Nacional Autónoma de México.
- Alvarez, D. L. (2021). *Principales Fuentes de Estrés en los estudiantes de Enfermería antes de la Práctica Clínica*. Ciudad de Mexico: Tesis UNAM.
- Alvarez, D. L. (2021). *Principales Fuentes de Estrés en los Estudiantes de Enfermería antes de la Práctica Clínica: Kezkak*. Ciudad de Mexico: Tesis UNAM.
- Alvaro Rivera , G. (2019). Factores de Riesgo Asociados al Síndrome de Burnout. *Revista Digital de Postgrado*,.

- AMIF. (10 de 01 de 2022). *70AMIF Innovación para la vida*. Obtenido de <https://amiif.org/la-salud-mental-del-personal-sanitario-como-prioridad-hallazgos-y-resultados-de-la-alianza-nosotros-tambien-nos-cuidamos/>
- Arias, J. A. (2014). Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida Applications of a WHO-designed instrument for the quality of life evaluation. *Revista Cubana de Salud Pública*, 175-189.
- Ávila, J. (2014). El estrés un problema de salud del mundo actual. *Conciencia*, 115-124.
- Ayala García, A. (2017). *Frecuencia de estres laboral y calidad de ida relacionada con la salud en persona Isanitario y administrativo de un hospital de tercer nivel en México, durante el periodo de diciembre 2016 abril 2017*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ayala García, A. (2017). *Frecuencia de estres laboral y calidad de ida relacionada con la salud en persona Isanitario y administrativo de un hospital de tercer nivel en México, durante el periodo de diciembre 2016 abril 2017*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Balladares Ponguillo, K. (2017). *Burnout: el síndrome laboral*. Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil.
- Barrio , J. (2006). Control del Estrés. 1, 429-439.
- Barrio, J. A. (2006). El Estrés como Respuesta. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 37-48.
- Bauzá, S. F. (2021). Una aproximación entre la psicología positiva y el apoyo conductual positivo. . *Revista Española de Discapacidad.*, 197-215.
- Bello, N. L. (200). *Fundamentos de enfermería Parte 1*. La Habana: Ciencias Medicas.
- Belmont, C. (2019). *Contrato laboral y su impacto en la calidad de vida en el trabajo y bienestar psicológico percibido en profesionales de la salud / tesis que para obtener el título de Licenciado en Psicología, presenta David Belmont Cabrera ; asesor Alfonso Sergio Correa*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Berrospe Silva, M. d. (2016). *Calidad de vida profesional de médicos urgenciólogos adscritos al hospital general regional No. 46*. Guadalajara, Jalisco: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Berrospe Silva, M. d. (2016). *Calidad de vida profesional de médicos urgenciólogos adscritos al hospital general regional No. 46* . Guadalajara, Jalisco: Tesis UNAM.
- Betina Lacunza, A. (2016). Relaciones interpersonales positivas: los adolescentes como protagonistas. *Psicodebate*, 73-94.

- Bisquerra Alzina, R. (2015). *Psicopedagogía de las Emociones*. España: SÍNTESIS, S.A.
- Blanco Guzmán, M. (2003). El estrés en el trabajo. *Universidad Católica Boliviana*, 71-78.
- Buceta, M., & Bermejo, J. (2019). Elementos potenciadores de la satisfacción por compasión. *Annals of psychology*, 323-331.
- Bueno Sánchez, L., Díaz Africano, N., & Respreto García, D. (2019). *Realidad Virtual como Tratamiento para la Fobia Específica a las Arañas: Una revisión sistémica*. Bogotá, Colombia: Universidad de San Buenaventura.
- Bustos, H. C. (2021). *Calidad de vida en salud, en personal trabajador de la unidad del hospital general de sub zona con medicina familiar No 20 de San Luis De LA Paz, Guanajuato*. Guanajuato: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Caballero, I. M. (2017). *Síndrome de Burnout y calidad de vida laboral en el personal asistencial de una institución de salud en Bogotá*. Bogotá: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cabildo Arellano, H. M. (1991). *Salud Mental Enfoque Preventivo*. Ciudad de Mexico: Imprenta Unión.
- Camargo, B. (2010). Estrés, síndrome general de adaptación o reacción general de alarma. *Revista Médico Científica*, 78-86.
- Cantoral Díaz, M. (2001). *Niveles del síndrome de burnout en sus tres dimensiones entre los médicos residentes de diferentes especialidades del hospital español de México y su relación con niveles de ansiedad*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Capafons Bonet, J. I. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas*. Oviedo, España: Universidad de Oviedo.
- Cárdenas Marín, Y. (2020). *Guía Prevención del Burnout*. Ciudad de México: Psírculo Creativo.
- Carpio, B. S. (2010). Perfil ocupacional del personal profesional y técnico de enfermería asistencial que labora en el.
- Carrión, A. C. (2000). Estudio de la satisfacción personal según la edad de las personas. *Anales de psicología*, 189-198.
- Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 20-34.
- Cheung Chung, M. (1997). A critique of the concept of quality of life. *International Journal of Health Care Quality*, 80-84.

Clinic Barcelona Hospital Universitario . (7 de Octubre de 2019). *clinicbarcelona.org*. Recuperado el 17 de Septiembre de 2021, de *clinicbarcelona.org*: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/salud-mental-en-la-infancia-y-la-adolescencia/bienestar-emocional>

CONACYT. (2014). *La mujer y la salud en México*. México: Intersistemds.

Cruz Pérez, G. (2018). Desestigmatizando la función de estrés. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 604-620.

Cummins, R. (1992). *Comprehensive Quality of Life Scale – Intellectual Disability*. Melbourne: Psychology Research Center.

Davini, G. d. (1978). *Psicología General* . Argentina: Kapelusz.

Deepak, C. (2010). *La receta de la felicidad: Las siete claves de la felicidad e iluminacion*. Buenos Aires: Grijalbo.

Delgado, D., Inzulza, M., & Delgado, F. (2012). Calidad de vida en el trabajo: Profesionales de la salud de Clínica Río Blanco y Centro de Especialidades Médicas. *Medicina y seguridad del trabajo*.

Emerson, E. (1985). Evaluating the Impact of Deinstitutionalization on the Lives of Mentally Retarded People. *American Journal of mental Deficiency* .

Escobedo, P. S. (2008). *Psicología Clínica*. México: El manual moderno.

Española, R. A. (15 de 08 de 2021). *Real Academia Española*. Obtenido de Real Academia Española: <https://dle.rae.es/calidad#CxIV49c>

Expansion. (29 de 04 de 2021). *Ranking del indice de paz global 2021*. Obtenido de <https://datosmacro.expansion.com/demografia/indice-paz-global>

Felce, D. (1995). Quality of life: It's Definition and Measurement. *Developmental Disabilities*, 51-74.

Fernandez Garcia , V. (2010). ¿Para qué estudiar el síndrome de burnout en el personal de enfermería en México? Precisiones metodológicas para el desarrollo de una línea de investigación. *Scielo*, 23-35.

Fernando, M. (2005). Delegacion y retrodelegacion de la funcion directiva. *Documentos de apoyo docente*, 14-20.

Ferrans, C. E. (Noviembre de 1990). Quality of life: Conceptual Issues. *Seminars in Oncology Nursing*, VI(4), 248-254.

Fleha García, A. (2018). Autoaceptación y sentido/ Proposito vital para personas mayores institucionalizadas. *Pedagogía Social Revista Interuniversitaria*, 139-151.

- Freire, C., & Ferradás, M. (2022). La consecución del funcionamiento psicológico pleno: La dimensión de crecimiento personal. *Papeles del Psicólogo*, 63-73.
- G. Morris, C., & A. Maisto, A. (2005). *Introducción a la psicología*. México: PEARSON Educación.
- Galeana, G. M. (2021). *Medición de la calidad de vida en el trabajo en profesionales de la salud en el hospital general de zona con unidad de medicina familiar No. 8 Dr Gilberto Flores Izquierdo*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Galeana, M. G. (2021). *Medición de la calidad de vida en el trabajo en profesionales de la salud en el hospital general de zona con unidad de medicina familiar No. 8 Dr Gilberto Flores Izquierdo*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gallup. (2017). *State of the global workplace*. Nueva York: Gallup Press.
- Gaona, L., Consuelo, J., Tomp, E., & Rizo, J. (2018). La importancia de la salud en los médicos residentes y su relación con la calidad y seguridad del paciente. *CONAMED-OPS*, 16-17.
- García Moran, M. (2016). El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Stress among Health Professional*, 11-30.
- García, M. d. (2007). Las bases de la enfermería actual. *Educare*, 1-15.
- García, M., & Gil, M. (2016). El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Redalyc.org*, 11-30.
- Gianfábio, F. (2005). Calidad de vida y síntomas depresivos en estudiantes de enfermería. *Latino-am Enfermagem*, 139-144.
- Gómez Castillo, S. (2010). La conyugalidad como muestra de transformación. *Redalyc.org*.
- Gonzales, E. L. (2021). *Psicología General*. Ciudad de México: VitalSource Bookshelf.
- Guía Informativa UPC*. (s.f.). Lima, Peru: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.
- Haas, B. (1999). Clarification and integration of similar quality of life concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 215–220.
- Hagerty, M. R. (2001). *Quality of Life Indexes for National Policy: Review and Agenda for Research*. Social Indicators Research.
- Heinz, Heinz, & Hillmann. (2001). *Diccionario Enciclopédico de Sociología*. España: Herder.
- Hernández García, T. J. (2007). *El síndrome de burnout: una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición*.

- Hernandez Olmos, J. L. (2020). *Calidad de vida laboral del personal de enfermería del hospital de oncología del CMN siglo XXI*. Ciudad de Mexico: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hernández, L. M. (2012). *Factores psicosociales, mobbing, estrés, fatiga, calidad de vida y burnout en médicos residentes*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Herrero Jaén, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Scielo*.
- Hidalgo, L. F., & Morales, L. S. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*.
- Hornquist, J. O. (1989). *Quality of Life: Concept and Assessment*. Linköping, Sweden: Faculty of Health Sciences, Department of Community Medicine.
- Hörnquist, J. O. (1989). Quality of Life: Concept and Assessment. *Department of Community Medicine, Preventive and Social Medicine*, 69-79.
- IMSS. (25 de 10 de 2019). *Acercando al IMSS al ciudadano*. Recuperado el 08 de 09 de 2022, de Acercando al IMSS al ciudadano: <https://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/salud-mental>
- INAPAM. (23 de 12 de 2021). *Gobierno de México*. Obtenido de <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/calidad-de-vida-para-un-envejecimiento-saludable?idiom=es>
- Jordán, F. (2017). *Psicología Una introducción a las nociones fundamentales*. Córdoba: Editorial de la Universidad Católica de Córdoba.
- Juarez, B. D. (2019). *Calidad de vida en el trabajo del personal de salud de la unidad de medicina familiar No° 76 de Nuevo Laredo Tamalipas*. Nuevo Laredo: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lane. (1996). *Subjective Well-Being in the European Union During the 90s*. USA: Social Indicators Research.
- Lawton, M. P. (1999). *Quality of life in chronic illness*. Philadelphia, Pa. USA: Polisher Research Institute.
- Lehman, A. (1983). The Well-Being of Chronic Mental Patients. Assessing Their Quality of Life. *Archives of General Psychiatry*.
- López, N. V. (2018). Una alternativa actual al dualismo en Psicología: la Ciencia Conductual Contextual. *Apuntes de Psicología*, 35-40.

- Macias Araiza, A. L. (2015). *Calidad de vida laboral su relación con la percepción del estilo de liderazgo*. Ciudad de Mexico: Universidad Nacional Autonoma de Mexico.
- Macias, A. L. (2015). *Calidad de vida laboral su relación con la percepción del estilo de liderazgo*. Ciudad de Mexico: Universidad Nacional Autonoma de Mexico.
- Marcena Hernández, J. (2011). *Población a riesgo de desarrollar síndrome de burn-out y cuales sus factores de riesgo*. Medellín: Facultad de Salud Pública.
- Martínez Calzado, M. (2014). *Tesis Síndrome de Burnout*. Morelia, Michoacan: Universaidad Nacional Autónoma de México.
- Martínez López , C. (2005). Características del síndrome de Burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. *Archivos en Medicina Familia*, 5-9.
- Martínez, A. (2010). EL SÍNDROME DE BURNOUT. EVOLUCIÓN CONCEPTUAL Y ESTADO ACTUAL DE. *Revista de Comunicación Vivat Academia*, 42-80.
- Martínez, O. (2017). *Calidad de vida profesional de los médicos adscritos a urgencias adultos del hospital general regional No. 46 durante 2017*. Guadalajara, Jalisco: Universidad Nacional Autonoma de Mexico.
- Mazo Álvarez, H. (2012). La autonomía: principio ético contemporáneo. *Revista Colombiana de Ciencias Social*, 115-132.
- McCann, R. (2012). *Discriminación laboral por razones de edad*. España: UOC.
- Medscape. (2018). *Medscape.com [Internet]. Medscape 1994 [actualizado 11 octubre 2019; citado 07 diciembre 2021]. Disponible en: https://espanol.medscape.com/diapositivas/59000113?src=ban_ret_mxcomp2012_display_300x600_latammkt*.
- Meeberg, G. (1993). Quality of Life: A Concept Analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 32-38.
- Meléndez, R. (2011). Retiro Labora y Ajuste a la Jubilacion de Hombres y. *Revista Electronica Actualidades Investigativas en Educacion.*, 1-28.
- Milos, H. P. (2007). La “gestión del cuidado” en la legislación Chilena: interpretación y alcance.
- Ministerio de Salud Costa Rica. (2012). *Política Nacional de Salud Mental 2012-2021*. San Jose, Costa Rica: Ministerio de Salud.
- Monjaraz Carrazco, J. (2011). *Motivación y pareja*. México, D.F.: UNAM.
- Moscoso, M. (2009). *De la Mente a la Célula: Impacto del Estrés en Psixoneuroinmunoendocrinología*. Florida, USA: University of South Florida/Health.

- MS, L. Z. (1992). Quality of live: conceptual and measurement nursing. *Journal of Advance Nursing*, 795-800.
- Núñez, Z. M. (2005). *Acciones independientes de Enfermería*. La Habana: Ciencias Medicas.
- OCU, E. (2018). *El estrés: cómo identificarlo y superarlo*. Obtenido de Ediciones de la U.: <https://www-ebooks7-24-com.pbidi.unam.mx:2443/?il=9379>
- Okuno, M. F. (2021). Religious/spiritual experiences, quality of life and satisfaction with life of hospitalized octogenarians. *Revista brasileira de enfermagem*, 1-7.
- OMS. (1996). ¿Qué calidad de vida? *La gente y la salud*, 385-387.
- OMS. (2004). *Invertir en Salud Mental*. Ginebra: Organizacion Mundial de la Salud.
- OMS. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque reproductivo*. Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (19 de 04 de 2022). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response#:~:text=La%20salud%20mental%20es%20un%20estado%20de%20bienestar%20en%20el,de%20contribuir%20a%20su%20comunidad>.
- OPS. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes*. OMS.
- Ortego Mate, M., & López Gonzales, S. (2000). *Ciencias psicosociales I*. Catabria, España: Universidad de Catabria.
- Perez, D. (Mayo de 2019). Calidad de vida en el personal de la salud trabajador del HGZ con medicina familiar No. 13 de Acambaro, GTO. León, Guanajuato, México.
- Peréz, J. P. (2013). Efectos del burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo. *Iservier España*, 445-455.
- Peydro, C. (2015). *Calidad de Vida, Trabajo y Salud en los Profesionales Sanitarios: un estudio en el Hospital General Universitario de Alicante*. Alicante: Univerddidad de Alicante.
- Pichot, P. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España: American Psychiatric Association de Washington.
- Pinedo, A. E. (2006). Dotación de personal de enfermería. *Estructura organizacional*.
- Prieto, M. (2009). Medición de la calidad de vida en médicos residentes. *Viguera Editores*, 169-177.
- Proshansky, H., & Fabian, A. (1986). Psychological Aspects of Quality of Urban Life.

- Quiceno, J. M., & Estefano Alpi, V. (2007). *Burnout "Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)"*. Colombia: Acta Colombiana de Psicología.
- Quintana, M. O. (2016). Calidad de vida en el trabajo del personal de enfermería de instituciones públicas de salud. *Latino-Americana Enfermagem*, 1-8.
- Ramírez, F., & Hernández, E. (2020). Calidad de vida en profesionales de enfermería que laboran en áreas críticas en una institución de tercer nivel de atención. *Revista de Enfermería Neurológica*, 53-65.
- Ramírez, M. T., & Landero Hernández, R. (2008). *Confirmación de un modelo explicativo del y los de los síntomas psicómicos mediante ecuaciones estructurales*. Nuevo Leon: Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Ramon, G. (2008). *Calidad de vida en médicos residentes de una unidad de atención médica de tercer nivel*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rejeski, J., & Mihalko, S. (2001). Physical Activity and Quality of Life in Older Adults. . *Journals of Gerontology: Series A: Biological Sciences & Medical Sciences*.
- Reynaldo, A. (2001). Relación entre felicidad, género, edad y estado coyugal. *Revista de Psicología de PUCP*, 29-45.
- Ríos Rísquez, M. I., Godoy Fernández, C., & Sánchez Meca, J. (2011). *Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería*. Murcia, España: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Rojas, J. (2007). Factores Relacionados Con La Aplicación Del Proceso De Atención De Enfermería Y Las Taxonomías En 12.
- Salas, J. H. (1 de Jun-Dic de 2009). Estado de salud y estrés laboral en médicos internos del IMSS en Tepic, Nayarit. *Waxapa*, págs. 35-41.
- Salmeron, M. (17 de 01 de 2022). *Diccionario Iberoamericano de Filosofía de la Educación*. Obtenido de Diccionario Iberoamericano de Filosofía de la Educación: <https://www.fondodeculturaeconomica.com/dife/definicion.aspx?l=E&id=61>
- Sánchez Escobedo, P. (2008). *Psicología clínica* . Ciudad de Mexico : Manual Moderno.
- Sánchez Escobedo, P. (2008). *Psicología clínica*. Ciudad de Mexico: Manual Moderno.
- Sánchez, S. E. (2018). *Evaluación de la calidad de vida profesional del personal médico en formación del HGZ/UMF No. 8, "DR. Gilberto Florez Izquierdo"*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sarmiento, P. J. (2015). Calidad de vida en médicos en formación de postgrado. *Persona y Bioética*, 290-302.

- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2014). *Positive psychology: An introduction*. American Psychologist. Philadelphia, PA: Springer, Dordrecht.
- SSA. (2001). *CÓDIGO DE ÉTICA PARA LA ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MÉXICO*. Ciudad de México: SUBSECRETARÍA DE INOVACIÓN Y CALIDAD.
- Stamm, H. (23 de 12 de 2021). *Professional Quality of Life*. Obtenido de www.proqol.org
- Suárez Vergne, Á. (2019). Discriminación, apoyo social y bienestar psicológico en personas con trastornos mentales. *Barataria. Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, 155-168.
- Sugely, C. B. (2010). Perfil ocupacional del personal profesional y técnico de enfermería asistencial que labora en el.
- Superior, A. N. (18 de 12 de 2021). *Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de nivel Superior*. Obtenido de <http://www.anui.es/mx/iinformacion-y-servicios/informacion-estadistica-de-educacion-superior/anuario-estadistico-de-educacion-superior>
- Tartar, R. (1988). The Quality of Life following Liver Transplantation. *Gastroenterology Clinics of North America*, 1-33.
- Teles, M. A. (2014). Psychosocial work conditions and quality of life among primary health care employees: A cross sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1-12.
- Teles, M. A. (2014). Psychosocial work conditions and quality of life among primary health care employees: A cross sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*.
- Testa, M., & Simonson, D. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 835-839.
- Ulrich, B. T. (2006). Critical care nurses' work environments: A baseline status report. *Critical Care Nurse*, 46-57.
- Unión, L. C. (2023). *LEY GENERAL DE SALUD*. Ciudad de México: Secretaría General, Secretaría de Servicios Parlamentarios.
- Uriarte Arciniega, J. (2005). La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología. *Revista de Psicodidáctica*, 61-80.
- Urzua, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto Quality of life: A theoretical review. *Terapia Psicológica*, 61-71.
- Valdéz, C. J. (2021). *Factores que intervienen en el síndrome de burnout y su relación con la calidad de vida de los médicos residentes de medicina familiar en la UMF 20*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.

- Vanistendael, S. (1995). *Cómo crecer superando los percances, resiliencia: capitalizar las fuerzas del individuo*. Ginebra, España: Oficina Internacional Católica de la Infancia.
- Venegas, D. A. (2014). *Calidad de vida laboral en el personal médico del hospital general regional No. 72 del instituto mexicano del seguro social*. Estado de Mexico: Universidad Nacional Autónoma de Mexico.
- Verdugo, M. Á. (2010). Development of an objective instrument to assess quality of life in social services: Reliability. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 105-123.
- Vilca Zelada, J. (2018). *Calidad de vida laboral del personal de salud de una institución pública, según sus características ocupacionales, Lima 2018*. Lima: Escuela de Posgrado Universidad Cesar Vallejo.
- World Medical Association, Inc. (2019). Declaración de Helsinki de la AMM -Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humano. *World Medical Association, Inc*, 1-9.
- Yañez, R., Arenas, M., & Ripoll, M. (2010). El impacto de las relaciones interpersonales en la satisfacción laboral general. *LIBERABIT*.

Anexos

Anexo I Instrumento



Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital General de Zona Num.196
Fidel Velázquez Sánchez
Subdirección de Enfermería
Coordinación de investigación en Enfermería



1. ESCALA DE CALIDAD DE VIDA

WHOQOL-BREF

Antes de empezar con la prueba nos gustaría que contestara unas preguntas generales sobre usted: haga un círculo en la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco.

Sexo: Hombre Mujer

¿Cuándo nació? Día Mes Año

—

¿Qué estudios tiene? Ninguno Primarios Medios Universitarios

—

¿Cuál es su estado civil? Soltero /a Separado/a Casado/a

Divorciado/a En pareja Viudo/a

¿En la actualidad, está enfermo/a? Sí No

Si tiene algún problema con su salud, ¿Qué piensa que es? _____

_____ Enfermedad/Problema

Instrucciones: Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro/a

de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas. Si piensa que obtuvo bastante apoyo de otras personas, usted debería señalar con un círculo el número 4, quedando la respuesta de la siguiente forma:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	④	5

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

Puntuaciones en:

(22) The WHOQOL Group. Whoqol-Bref: Introduction , Administration , Scoring and Generic Version of the Assessment. Program Ment Heal. 1996;(December):16

Anexo II Instrumento

ProQOL -vIV PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE Compassion, Satisfaction and Fatigue

Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción Tercera Revisión

Ayudar a otros le pone en contacto directo con la vida de otras personas. Como usted seguramente lo ha comprobado, su compasión o empatía por aquellos que ayuda tiene aspectos tanto positivos como negativos. Quisiéramos hacerle preguntas acerca de sus experiencias, positivas y negativas, como profesional de la urgencia médica. Considere cada una de las siguientes preguntas de acuerdo con su situación actual. Marque en cada frase, siendo lo más sincero posible, el valor que refleje su experiencia profesional más frecuente para usted en los últimos 30 días.

0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre
5=Siempre

- _____ 1. Soy feliz.
- _____ 2. Estoy preocupado por una o más personas a las que he ayudado o ayudo.
- _____ 3. Estoy satisfecho de poder ayudar a la gente.
- _____ 4. Me siento vinculado a otras personas, con ocasión de mi trabajo.
- _____ 5. Me sobresaltan los sonidos inesperados.
- _____ 6. Me siento fortalecido después de trabajar con las personas a las que he ayudado.
- _____ 7. Encuentro difícil separar mi vida personal de mi vida profesional.
- _____ 8. Pierdo el sueño por las experiencias traumáticas de las personas a las que he ayudado.
- _____ 9. Creo que he sido afectado negativamente por las experiencias traumáticas de aquellos a quienes he ayudado.
- _____ 10. Me siento "atrapado" por mi trabajo.
- _____ 11. Debido a mi profesión tengo la sensación de estar al límite en varias cosas.
- _____ 12. Me gusta trabajar ayudando a la gente.
- _____ 13. Me siento deprimido como resultado de mi trabajo.
- _____ 14. Me siento como si fuera yo el que experimenta el trauma de alguien al que he ayudado.

_____ 15. Tengo creencias (religiosas, espirituales u otras) que me apoyan en mi trabajo profesional.

_____ 16. Estoy satisfecho por cómo soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de asistencia médica.

_____ 17. Soy la persona que siempre he querido ser.

_____ 18. Mi trabajo me hace sentirme satisfecho.

_____ 19. Por causa de mi trabajo me siento agotado.

_____ 20. Tengo pensamientos de satisfacción acerca de las personas a las que he ayudado y sobre cómo he podido ayudarles.

_____ 21. Me siento abrumado por la cantidad y tipo de trabajo que tengo que afrontar.

_____ 22. Creo que puedo hacer cambiar las cosas a través de mi trabajo.

_____ 23. Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan a las experiencias espantosas de la gente a la que he ayudado.

_____ 24. Planeo continuar con mi trabajo por muchos años.

_____ 25. Como resultado de mi trabajo profesional, tengo pensamientos molestos, repentinos, indeseados.

_____ 26. Me siento “estancado” (sin saber qué hacer) por cómo funciona el sistema sanitario.

_____ 27. Considero que soy un buen profesional.

_____ 28. No puedo recordar determinados acontecimientos relacionadas con víctimas muy traumáticas.

_____ 29. Soy una persona demasiado sensible.

_____ 30. Estoy feliz por haber elegido hacer este trabajo.

Por favor anote lo que ha encontrado en este cuestionario y considere que las siguientes puntuaciones deberían ser usadas como una guía, no como información confirmatoria. Las subescalas y los puntos de corte se han derivado teóricamente. Cuando sea posible, los datos deberían de ser usados de una manera continuo, así como la puntuación de corte. Estos puntos de corte deben de utilizarse como orientación y ejemplos comparativos, no como información diagnóstica o confirmatoria.

Estar seguro de su respuesta en todos los ítems. 2. Algunos ítems son inversos, y la puntuación obtenida sería la contraria. 3. La puntuación inversa sería (i.e. 0=0, 1=5, 2=4, 3=3). Los ítems cuya puntuación hay que invertir son cinco: 1, 4, 15, 17 y 29. Nota: la puntuación 0 no es reversible porque a pesar de todo es una evaluación nula en la dirección del ítem. 4. Marca los ítems según: a. Poner una x en los siguientes diez ítems: 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30 b. Poner un “visto” en los siguientes diez ítems: 1, 4, 8, 10,

15, 17, 19, 21, 26, 29 c. Poner un círculo en los siguientes 10 ítems: 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28

Sume los números que anotó por cada uno de los ítems y compárelos con las puntuaciones teóricas. 6. Escriba sus respuestas debajo. La puntuación está basada en puntos de corte teóricos derivados de continuas investigaciones y aproximaciones. Si usted tiene alguna cuestión o duda, debería discutirlos con el mismo profesional de la ayuda.

La puntuación media en esta escala es de 13 (SD 6; Alpha .80). Aproximadamente el 25% de gente puntúa por debajo de 8 y un 25% de la gente por encima de 17. Si su puntuación está por encima de 17, usted puede tomarse algún tiempo para pensar sobre lo espantoso que es para usted su trabajo o si hay alguna otra razón para esta elevada puntuación. Mientras que puntuaciones altas no significan que usted tenga un problema, sí es un indicador de que usted puede querer interrogarse sobre cómo se siente ante su trabajo y lo que a éste le rodea

Anexo III

Consentimiento informado

Investigador principal: Maldonado, García Jesús Alejandro, Martínez Solís María Guadalupe

Sede del estudio: Hospital General de Zona Num.196 Fidel Velázquez Sánchez

Se le invita a participar en el siguiente estudio de investigación, antes de tomar una decisión debe conocer y comprender la siguiente información.

Tiene la libertad de preguntar cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, se le pedirá que firme esta forma de consentimiento de la cual se le entregará una copia.

Un comité de ética y un comité de investigación con revisión independiente responsable por la conducta ética y los principios científicos en este centro de investigación han aprobado este estudio. Por favor, lea esta información cuidadosamente.

Justificación

La calidad de vida debe ser evaluada en el personal sanitario debido a que aún no se sabe mucho de ella en nuestro país. En la actualidad solamente se cuenta con estudios de otros estados o países y no existe mucha información al respecto, la salud laboral es de suma importancia ya que refleja la calidad de los cuidados brindados a los pacientes.

Objetivo del estudio

Determinar la calidad de vida la calidad de vida de los profesionales de medicina que laboran en las áreas críticas en una institución de segundo nivel de atención

Procedimiento

En caso de aceptar participar, se realizarán dos cuestionarios “Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF” y ProQOL –vIV “Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción”, con la finalidad de evaluar su calidad de vida.

Riesgos asociados

Ninguno

Aclaraciones

Esta La participación en este estudio es completamente voluntaria; usted no está obligado a formar parte de este. Usted también podrá retirarse una vez enrolado durante el estudio si es que así lo desea.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado.

He leído y comprendido la información proporcionada sobre el presente estudio y otorgo mi consentimiento de manera libre y voluntaria para participar en el estudio de "*Calidad de vida en profesionales de medicina que laboran en áreas críticas, en una institución de segundo nivel de atención*". Estoy enterado de que puedo retirarme del estudio en cualquier momento sin que se me someta a ningún tipo de penalización. Los datos de mi participación permanecerán con carácter estrictamente confidencial en el centro de investigación. Sin embargo, estoy de acuerdo en que sean examinados y utilizados por todas las personas relacionadas con el proyecto de investigación, incluyendo las agencias reguladoras, incluso si abandono o me retiro anticipadamente del estudio. Si se publica la información obtenida de este estudio, el reporte será redactado de modo tal que nadie pueda identificar mis datos personales e identidad.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de esta información u otra relacionada con el proyecto de investigación favor de contactar al investigador principal: Martínez Solís María Guadalupe, en Email: marilupe1807@gmail.com

Nombre del voluntario

Firma

Fecha y Hora

Nombre

Agradecimiento a Ellos

Padres				
Marco Alejandro			Miguel	
Marisela			Margarita	
Familiares				
María Luisa	Miguelito (Changoso)	Víctor Hugo	Blanca	Guadalupe
Rocío Lizbeth	Andrés	Carmen	Ana Luz	Anabel
	Patricia		Ricardo Manuel	
Amigos				
José Roberto	Luis Alberto	Nancy	Jhanet	Aidée
Carolina	Miriam	Elisa	Víctor Alam	Omar Alan
Oscar			Karla Karinna	