

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE MEDICINA DEL DEPORTE**

**RELACIÓN ENTRE NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA Y BURNOUT EN EL IMPACTO
DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS TRABAJADORES DEL DISTRITO DE SALUD
23D02 PERIODO DE AGOSTO A DICIEMBRE 2019**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA DEL DEPORTE.**

Autor: Md. FRREDDY AGUSTIN COSTALES SANCHEZ.

Director de Tesis: Dr. OSCAR CONCHA

Asesor Metodológico: DR. ROMMEL ESPINOZA DE LOS MONTEROS

QUITO - 2020

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Freddy Agustín Costales Sánchez, C.I. 01718888033, autor del trabajo de titulación: “RELACIÓN ENTRE NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA Y BURNOUT EN EL IMPACTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS TRABAJADORES DEL DISTRITO DE SALUD 23D02 PERIODO DE AGOSTO A DICIEMBRE 2019”, previa a la obtención del grado académico de ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DEPORTE, en la Facultad de Ciencias de la Salud:

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos del autor.

2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Quito, 2020

Freddy Agustín Costales Sánchez

C.I. 1718888033

Quito, 2020

AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

En mi calidad de Director de la Tesis del Estudiante Sr. Dr. Freddy Agustín Costales Sánchez, titulada “SCREENING DE LESIONES DEPORTIVAS EN LOS JUGADORES DEL “RELACIÓN ENTRE NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA Y BURNOUT EN EL IMPACTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS TRABAJADORES DEL DISTRITO DE SALUD 23D02 PERIODO DE AGOSTO A DICIEMBRE 2019”, certifico que el presente trabajo reúne todos los requisitos reglamentarios y de estilo, de acuerdo a las normas impuestas por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por la Facultad de Ciencias de la Salud.

Atentamente, Dr. Oscar Concha Zambrano.

DEDICATORIA

La presente investigación va dedicada a mis padres por haberme forjado como la persona que soy que con mis virtudes y defectos siempre están dispuestos ayúdame incondicionalmente.

Al universo que modulo las circunstancias necesarias para que las cosas se den de tal manera para llegar a este momento.

Freddy Costales S.

AGRADECIMIENTOS

A todos mis maestros de posgrado especialmente al Dr. Oscar Concha y Dr. Rommel Espinoza de los Monteros su dirección en todo momento en la realización de esta investigación.

Al Distro de salud 23D02, en especial a la exdirectora distrital Lcda. Percides Quiñonez quien desde un inicio me permitió continuar laborando y acudir a clases. Al actual director Ing. Carlos Ordoñez quien aprobó realizar el estudio en dicho distrito.

A las personas que estuvieron dispuestas a ser incluidas en el estudio.

A mis amigos que me dieron pautas y guías para avanzar y culminar el trabajo de investigación.

*Al sitio web YouTube que con sus tutoriales me libero de varias dudas con el software spss.
Gracias.*

Freddy Costales S.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTOS.....	V
ÍNDICE GENERAL.....	VI
ÍNDICE DE TABLAS.....	IX
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	X
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	XII
RESUMEN.....	XIII
ABSTRACT.....	XIV
CAPÍTULO I.....	1
1.1 INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO II.....	5
2.1 MARCO TEÓRICO.....	5
2.1.1. ACTIVIDAD FÍSICA.....	5
2.1.1.1. Fisiología de la actividad física.....	5
2.1.1.2. Beneficio de la actividad física.....	9
2.1.1.3. Inactividad física.....	11
2.1.1.4. Evaluación de actividad física.....	14
2.1.2. Calidad de Vida.....	16
2.1.2.1. Cuestionario para calidad de vida.....	17
2.1.2.2. Calidad de vida en personal de salud.....	19
2.1.3. Síndrome Burnout.....	20
2.1.3.1. Factores de riesgo del burnout.....	21

2.1.3.2. Etapas del burnout.....	22
2.1.3.3. Burnout en profesionales de la salud.	23
2.1.3.4. Evaluación del burnout.	24
2.1.3.5. Síntomas del burnout.	25
2.1.3.6. Factores de protección para el burnout.	26
2.1.3.7. Tratamiento.....	27
CAPÍTULO III.....	29
3.1 METODOLOGÍA	29
3.1.1. JUSTIFICACIÓN.....	29
3.1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	30
3.1.3. OBJETIVOS	30
3.1.3.1. Objetivo general.....	30
3.1.3.2. Objetivos específicos	31
3.1.4. HIPÓTESIS.....	31
3.1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	31
3.1.6. POBLACIÓN	33
3.1.7. MUESTRA	33
3.1.8. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	34
3.1.8.1. Criterio de inclusión.....	34
3.1.8.2. Criterio de exclusión.....	34
3.1.9. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	35
3.1.10. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.....	35
3.1.11. ASPECTOS BIOÉTICOS.....	35
3.1.11.1. Propósito	35

3.1.11.2. Procedimiento	36
3.1.11.3. Obtención del consentimiento informado.....	36
3.1.11.4. Confidencialidad de la información.....	36
3.1.11.5. Consentimiento informado.....	36
CAPÍTULO IV	37
4.1 RESULTADOS.....	37
4.1.1. Análisis descriptivo.....	37
4.1.2. Característica demográfica.....	37
4.1.3. Análisis de la actividad física.....	39
4.1.4. Análisis del síndrome de burnout.....	43
4.1.5. Análisis de la calidad de vida.....	47
4.1.6. Análisis de la relación de la actividad con burnout y calidad de vida.	49
4.1.6.1. Actividad física y burnout.....	49
4.1.6.2. Actividad física y calidad de vida.....	53
CAPÍTULO V.....	62
5.1 DISCUSIÓN.....	62
CAPÍTULO VI.....	66
6.1 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	66
6.1.1 CONCLUSIONES	66
6.1.2 RECOMENDACIONES	66
BIBLIOGRAFÍA.....	68
ANEXOS	74

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Beneficios de la actividad física o ejercicio.....	9
Tabla 2 Dimensiones del cuestionario SF-36	18
Tabla 3 Factores de riesgo de burnout.....	22
Tabla 4 Valores de referencia del burnout.....	25
Tabla 5 Factores de protección para burnout.	27
Tabla 6 Operacionalización de variables.....	31
Tabla 7. Edad promedio de los participantes	37
Tabla 8 Frecuencia y porcentaje del género de la muestra	37
Tabla 9 Actividad física por profesión.....	42
Tabla 10 Calidad de vida - componente físico.....	47
Tabla 11 Calidad de vida - Componente salud mental.....	48
Tabla 12 Relación actividad física y Burnout (cansancio emocional)	49
Tabla 13 Relación actividad física y Burnout (Despersonalización)	50
Tabla 14 Relación actividad física y Burnout (Realización personal)	52
Tabla 15 Relación actividad física y Calidad de vida (función física).....	53
Tabla 16 Relación actividad física y Calidad de vida (Rol físico).	54
Tabla 17 Relación actividad física y Calidad de vida (Salud general).....	55
Tabla 18 Relación actividad física y Calidad de vida (Dolor corporal).	56
Tabla 19 Relación actividad física y Calidad de vida (Función Social).....	57
Tabla 20 Relación actividad física y Calidad de vida (Vitalidad).	58
Tabla 21 Relación actividad física y Calidad de vida (Rol emocional).	59
Tabla 22 Relación actividad física y Calidad de vida (Salud mental)	60
Tabla 23 Relación actividad física y Calidad de vida – transición de salud.....	61

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Esquema de glucolisis anaeróbica	6
Gráfico 2 Adaptaciones cardio vasculares	7
Gráfico 3 Patología de actividad física	12
Gráfico 4 Efectos de la inactividad física.	13
Gráfico 5 Manejo de actividad física con el cuestionario IPAQ versión corta.....	16
Gráfico 6 Estrés laboral, adaptaciones del organismo y manifestaciones del burnout	26
Gráfico 7. Calculo de la muestra.....	34
Gráfico 8 Grupo etario	38
Gráfico 9 Profesión de los participantes	38
Gráfico 10 Nivel de actividad física	39
Gráfico 11 Nivel de actividad física en hombres	40
Gráfico 12 Nivel de actividad física en mujeres	40
Gráfico 13 Actividad física por grupo etario	41
Gráfico 14 Nivel de actividad física y profesiones	43
Gráfico 15 Niveles de burnout - cansancio emocional	44
Gráfico 16 Profesión y cansancio emocional.....	44
Gráfico 17 Niveles de Burnout – despersonalización.....	45
Gráfico 18 Profesión y despersonalización.....	45
Gráfico 19 Niveles de burnout - realización personal.....	46
Gráfico 20 Profesión y realización personal	46
Gráfico 21 Calidad de vida - componente físico.....	47

Gráfico 22 Calidad de vida - Componente salud mental	48
Gráfico 23 Relación de actividad física y burnout - Cansancio emocional	50
Gráfico 24 Relación de actividad física y burnout - Despersonalización	51
Gráfico 25 Relación de actividad física y burnout – Realización personal.	52
Gráfico 26 Relación de actividad física y calidad de vida Componente físico – Función física.....	53
Gráfico 27 Relación de actividad física y calidad de vida Componente físico – Rol físico.....	54
Gráfico 28 Relación de actividad física y calidad de vida Componente físico-Salud general.	55
Gráfico 29 Relación de actividad física y calidad de vida Componente físico-Dolor corporal.	56
Gráfico 30 Relación de actividad física y calidad de vida Componente salud mental Función social.	57
Gráfico 31 Relación de actividad física y calidad de vida Componente salud mental-Vitalidad.....	58
Gráfico 32 Relación de actividad física y calidad de vida Componente salud mental–Rol emocional	59
Gráfico 33 Relación de actividad física y calidad de vida Componente salud mental-Salud mental.....	60
Gráfico 34 Relación de actividad física y calidad de vida Transición de salud.	61

GLOSARIO DE TÉRMINOS

ACSM	The American College of Sports Medicine.
ATP	Adenosin trifosfato.
NADH	Nicotinamida adenina dinucleótido en su forma reducida.
FADH	Dinucleótido de flavina y adenina en su forma reducida.
HDL	Lipoproteína de alta densidad
OMS	Organización mundial de la salud.
CDC	Centers of Disease Control and Prevention.
IPAQ	Cuestionario internacional de actividad física.
CBB	Cuestionario breve de burnout.
GNBI	The Gillespie-numerof burnout inventory.
EPB	Efecto psíquicos del burnout de García.
SMBM	(shimom melamed burnout mesure)
CDPM	Cuestionario de desgaste profesional medico
CBI	Conpenhaguen burnout inventory.
OLBI	The oldenburg burnout inventory.
TAPS	Tecnico de atencion primaria de salud.

RESUMEN

El presente es un estudio, descriptivo de corte transversal, el objetivo fue describir la relación entre la actividad física con burnout y calidad de vida en trabajadores de distrito de salud 23d02. Se realizó las encuestas de IPAQ para la actividad física, SF-36 para la calidad de vida y Maslach Burnout Inventory para burnout en 175 personas de forma voluntaria y previa firma de consentimiento informado, a continuación los datos fueron ingresados en una base de datos de Excel y tabulados en programa SPSS para determinar asociación entre variables categóricas con tablas 3x2, como prueba de hipótesis se aplicará Chi cuadrado y se consideró estadísticamente significativo un valor de $P < 0,05$ con nivel de confianza del 95%. Resultados. fueron estadísticamente significativos ($< 0,05$) encontrando que realizar alta o moderada actividad física existe niveles más bajos de burnout en sus tres esferas. También se encontró relación mientras exista actividad física existe una mejor calidad de vida en sus 8 esferas. Conclusiones. El realizar actividad física alta o moderada actividad física disminuye el burnout y mejora la calidad de vida.

Palabras claves: Ejercicio, Calidad de Vida, Burnout.

ABSTRACT

This is a descriptive, cross-sectional study, the objective was to describe the relationship between physical activity with burnout and the quality of life in workers of the health district 23d02. The IPAQ surveys for physical activity, SF-36 for quality of life and Maslach Burnout Inventory for burnout were carried out in 175 people voluntarily and after signing an informed consent, a continuation of the data was entered into an Excel database and tabulated in SPSS program to determine association between categorical variables with 3x2 tables, Chi square will be applied as hypothesis test and a value of $P < 0.05$ with 95% confidence level will be considered statistically significant. Results they were statistically significant (< 0.05) finding that performing high or moderate physical activity there are lower levels of burnout in their three spheres. There is also a relationship while there is physical activity there is a better quality of life in its 8 areas. Conclusions Performing high physical activity or moderate physical activity reduces exhaustion and improves the quality of life.

Keywords; Exercise, Quality of Life, Burnout.

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La actividad física constituye un aspecto fundamental que determina una adecuada calidad de vida. Según lo que indica la organización mundial de la salud (OMS) más de dos millones de defunciones por año son causados por la inactividad física consecuencia al sedentarismo que conlleva al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles (Kalil, 2004).

Una de las metas por alcanzar por parte de la American Collage of Sport Medicine es aumentar la actividad física en la población general, la importancia de la actividad física en la salud y bienestar está bien documentado, existiendo una relación inversamente proporcional entre actividad física y el riesgo de muerte. Por tanto hacer cualquier actividad física es mejor que no hacer nada (American College of Sports Medicine. et al., n.d.).

Entre los beneficios de la actividad física que va a contribuir una mejor calidad de vida podemos citar; mejoramiento de la función cardiorrespiratoria, reducción de factores de enfermedad cardiorrespiratoria, reducción de la mortalidad y morbilidad, disminución de ansiedad y depresión, aumento de sensación de bienestar, aumento en el rendimiento en el trabajo (American College of Sports Medicine. et al., n.d.).

Para la medición del nivel de actividad física y ante la necesidad de crear un cuestionario estandarizado poblacional a nivel mundial fue creado el IPAQ la cual su implementación fue a partir de 1998 en Ginebra el mismo que ha sido validado en varios grupos poblacionales tales como Asia, Europa, Australia, África, América.

Los desarrolladores del IPAD crearon una versión corta (9 ítems) y larga (31 ítems) diseñado para grupo de persona entre 18 y 65 años de edad. La versión corta proporciona información sobre la actividad al caminar si esta es sedentaria, moderada o vigorosa a diferencia de la versión larga que da información más detallada sobre actividades cotidianas. La versión corta por su

versatilidad y fácil empleo es sugerida para el empleo en estudios poblacionales. (Mantilla Toloza & Gómez-Conesa, 2007)

En contraste el sedentarismo representa la mínima actividad física que realiza una persona para mantener un buen estado de salud. La OMS la define como “poca agitación o movimiento”. En términos de gasto energético es cuando la actividad cotidiana no aumenta más del 10% del metabolismo basal (Armando et al., 2011).

La actividad física se fusiona con el concepto de salud y calidad de vida como estrategia que permite a los individuos beneficiarse en todo lo que esta conlleva en el ámbito psicosocial, cognitivo y biológico, convirtiendo la actividad física como una herramienta para el mejoramiento de la calidad de vida de la población (World Health Organization, 2016)

Para determinar la calidad de vida existe un sin número de test, pero el cuestionario de salud SF-36 es un cuestionario genérico de medición de calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) de 36 preguntas que nos da información del estado de salud y es aplicable a pacientes y población sana de 14 años o más.

El cuestionario abarca 8 dimensiones las que son; funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental. Las puntuaciones de las 8 dimensiones del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor valor mejor es el estado de salud.

Por sus buenas propiedades psicométricas que han estado bajo evaluación en más de 400 articulo, lo convierten en uno de los instrumentos de mayor potencial y aceptación en medición de CVRS. (Instituto Nacional de Estadística (Spain) & Núñez Antón, 2008)

Desde el punto de vista del trabajador publico el estrés y para ser más específicos el estrés laboral se lo cataloga como una enfermedad que afecta la salud mental, biológica predisponiendo a enfermedades cardiovasculares e incluso a accidentes laborables.

Una de las causas para el padecimiento del síndrome metabólico es la inactividad física acompañado del envejecimiento y una inadecuada alimentación. La diferente actividad física que se realiza en el lugar de trabajo o fuera del mismo contribuye a disminuir el riesgo de síndrome metabólico disminuyendo el riesgo de padecer enfermedades asociadas.

En un estudio transversal realizado a 3.296 trabajadores Taiwaneses en el que se evaluó los distintos tipos de actividad física (ocupación, ocio, desplazamientos diarios) y síndrome metabólico se llegó a la conclusión y el estudio sugiere que un alto nivel de actividad física de tiempo libre se relaciona con un menor riesgo de síndrome metabólico. Por los resultados en el que indica que el cuarenta por ciento de estos trabajadores realizan actividad de ocio y actividad ocupacional se considera estas actividades como factores cruciales para la promoción de la salud en el lugar de trabajo (Huang et al., 2010).

Según una encuesta realizada en Colombia sobre Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales se constató estrés por exposición a factores de riesgo psicosociales principalmente por violencia verbal de un tercero. Entre otras causas que causa estrés es la posición en la que realizan su labor que causa cansancio y dolor físico (Sarsosa-Prowesk & Charria-Ortiz, 2018).

En el año 1974 Herbert Freudenberger médico psiquiatra adoptó el término de Burnout para describir un estado de “estar quemado”, “Consumido”, “Apagado” el cual la persona después de periodos más o menos largos de trabajo presentan pérdida de energía, desmotivación, falta de interés por el trabajo acompañándose de síntomas de depresión y ansiedad (Carlin & Garcés de los Fayos, 2010).

El burnout es una problemática de los trabajos de servicios humanos (profesiones con relación continua de ayuda al cliente) los cuales están más expuestos a riesgos psicológicos y emocionales (Carlin & Garcés de los Fayos, 2010).

Como patrón de oro para medir el burnout tenemos el test de Maslach el cual consta de 22 ítems con el objetivo de dar un constructo tridimensional que abarca aspectos de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal. (Manso, 2006)

La actividad física y el sedentarismo tiene marcada influencia en la salud integral del individuo más aun trabajadores públicos que laboran largas jornadas bajo una sola posición y en inactividad física.

En un estudio realizado en la ciudad de Milagro Ecuador con una muestra de 240 participantes de trabajadores de diferentes instituciones del sector público se encontró que el 67% de esta población no realiza ningún tipo de deporte (Alvarez et al., 2017). Esto pone en evidencia que muchas de estas personas mantienen una vida sedentaria y la carga de estrés y cansancio acumuladas en todas las horas laborables no son disipadas mediante la activada física.

Este trabajo de investigación está estructurado por; Capítulo I donde se realiza una breve introducción sobre actividad física, calidad de vida y burnout. Seguido del Capítulo II se realizó una revisión bibliográfica con evidencia actual y pasada donde se expone la problemática del estudio. En el Capítulo III se expone la metodología utilizada, variables a valorar. También se describe el método estadístico usado para obtener la muestra, el método de recopilación y análisis de la muestra.

En el IV Capitulo se detalla los resultados por gráficos y tablas. En el V Capitulo se detalla la discusión con resultados obtenidos relacionándolos con otros estudios similares. Las conclusiones y recomendaciones se detallan en al Capítulo VI. Por último, se encuentra la bibliografía y anexos con las encuestas utilizadas y consentimiento informado.

CAPÍTULO II

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1. ACTIVIDAD FISICA

La actividad física es el eje fundamental para mantener niveles óptimos de salud en sus diferentes esferas tanto en la salud física, mental y emocional en cualquier grupo de edad para así prevenir enfermedades. Según la OMS considera “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exige gasto de energía” (World Health Organization, 2016).

El colegio norteamericano de medicina del deporte (ACSM) define la actividad física como “cualquier movimiento corporal producido por la contracción de los músculos esqueléticos y que resulta en un incremento sustancial respecto al gasto de energía en reposo (American College of Sports Medicine. et al., 2014)

2.1.1.1. Fisiología de la actividad física

Para entender la fisiología es importante conocer que existe varias adaptaciones en el organismo que dependerán del grado de intensidad de la actividad practicada.

Para comenzar cualquier movimiento el cual pone en marcha la contracción muscular por la activación de actina y miosina es necesario la participación del adenosin trifosfato (ATP) que es la fuente de energía primordial la cual es obtenida por su re síntesis a través de 3 sistemas metabólicos que utilizan sustratos como carbohidratos, lípidos y proteínas (Guyton & Hall, 2016; López Chicharro & Fernández Vaquero, 2006).

Los sistemas energéticos encargados de la producción de ATP son:

- **Sistema de fosfágenos de alta energía:** este sistema está constituido por ATP celular y la fosfocreatina que también es llamada creatina fosfato el cual tiene un enlace fosfato de alta energía como se indica en la fórmula.

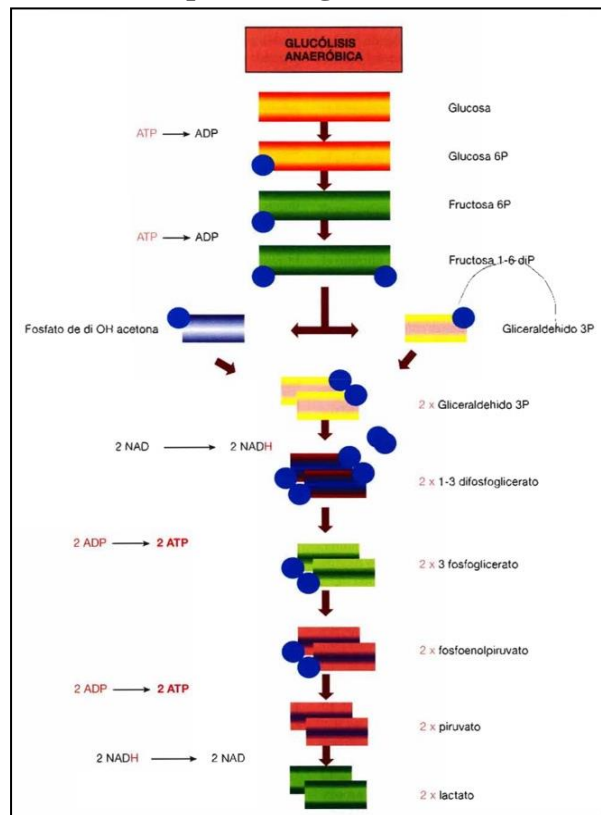
CRATINA ~ PO₃

Esta molécula al disociar un fosfato produce gran energía, liberando aun que el ATP. Además, gran parte de las células musculares tienen mayor cantidad de fosfocreatina que de ATP.

La transferencia de energía de la fosfocreatina al ATP es en fracciones de segundo, por lo que la energía almacenada como fosfocreatina está disponible en forma instantánea ante una contracción muscular (Barbany i Cairo, 2015).

- **Sistema glucolisis anaeróbica:** en este sistema la glucosa almacenada como glucógeno en el tejido muscular puede ser usada para la obtención de energía. La glucosa es escindida en dos moléculas de ácido pirúvico las cuales proporcionan dos moléculas ATP cada una posterior a la cual si existe el aporte necesario de oxígeno se obtiene más energía ingresando a la mitocondria en caso contrario se convierte en ácido láctico (Barbany i Cairo, 2015; Guyton & Hall, 2016; López Chicharro & Fernández Vaquero, 2006). En la gráfica 1 se esquematiza la cascada producida desde la glucosa hasta la producción de lactato a partir del pirúvico.

Gráfico 1 Esquema de glucolisis anaeróbica



Fuente: López Chicharro, J., & Fernández Vaquero, A. (2006). Fisiología del ejercicio. Médica Panamericana

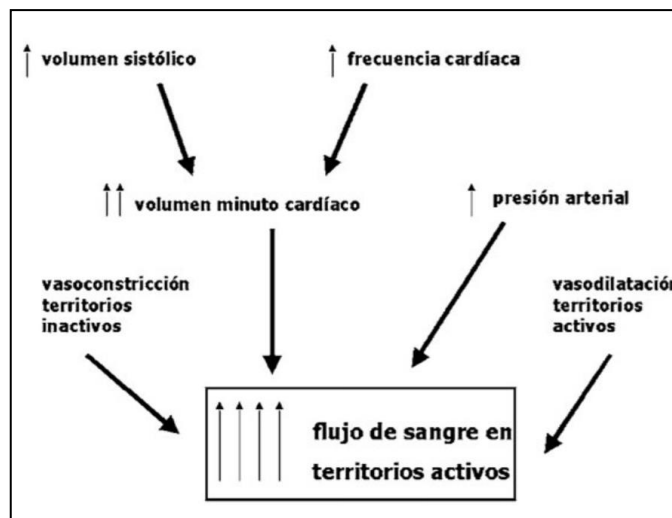
- Sistema Aeróbico u oxidativo: este sistema se realiza dentro de la mitocondria en el cual cumple un rol importante los hidrogeniones formados en procesos anterior el FADH y NADH para entrar en la fosforilación oxidativa donde el producto final es la fosforilación de 38 moléculas de ADP hacia ATP (López Chicharro & Fernández Vaquero, 2006).

Durante la actividad física existe varios cambios y adaptaciones fisiológicas en varios sistemas del organismo los más relevantes se describe a continuación:

- Adaptaciones cardiovasculares: durante la realización de actividad física, ejercicio o durante algún deporte que conlleven que el musculo necesite un mayor aporte de oxígeno y nutrientes provocan que exista una mayor demanda de flujo sanguíneo causando cambios en el sistema cardiovascular para la adaptación del mismo las cuales se esquemática en la gráfica 2 y continuación:

- Aumento del gasto cardiaco, equivalente a volumen minuto cardiaco, aumento de frecuencia cardiaca, y volumen eyectado en cada sístole.
- Aumento de la presión arterial media, por aumento del inotropismo cardiaco y vasoconstricción de zonas no activas.
- Modificación del calibre arteriolar, dado por la vasoconstricción en zonas inactivas y vaso dilación en las activas (Barbany i Cairo, 2015; López Chicharro & Fernández Vaquero, 2006).

Gráfico 2 Adaptaciones cardio vasculares



Fuente: Barbany i Cairo, J. R. (2015). Fisiología del ejercicio físico y el entrenamiento

- Adaptaciones respiratorias: independientemente de la capacidad que tenga el sistema cardiovascular para suministrar las cantidades de flujo necesario, si no existe un buen aporte de oxígeno por parte del sistema respiratorio para suplir las necesidades la capacidad de resistencia se verá perjudicada.

Entre las adaptaciones que presenta el sistema respiratorio tenemos:

- Volumen pulmonar, en general el volumen y capacidad pulmonar a varían poco ante el entrenamiento. La capacidad vital aumenta levemente y al mismo tiempo existe una ligera reducción del volumen residual
- Frecuencia respiratoria, en personas entrenadas se observa una reducción de la frecuencia respiratoria en reposo y en ejercicio submáximos lo que refleja una mejor adaptación pulmonar.
- Difusión pulmonar, durante ejercicios máximos se puede ver aumento de la difusión que mejora el intercambio gaseoso. Existe un aumento del flujo sanguíneo pulmonar lo que aumenta la perfusión pulmonar.
- Ventilación pulmonar, después del entrenamiento permanece esencialmente invariable o se reduce en reposo, pero la ventilación pulmonar máxima aumenta sustancialmente. Los factores responsables de estos cambios son: el mayor volumen oscilante y la mayor frecuencia respiratoria en el ejercicio máximo (Kenney et al., 2014).
- Diferencia arteriovenosa de oxígeno, esta aumenta en ejercicios máximos esto es debido a que la sangre venosa que vuelve al corazón desde los diferentes sitios del cuerpo llega con menos cantidad de oxígeno por una mayor extracción del mismo en los tejidos, lo que se traduce en una distribución más efectiva (Barbany i Cairo, 2015; Kenney et al., 2014).

- Adaptaciones metabólicas: una vez explicado la adaptación cardiovascular y respiratoria se puede entender como estos sistemas se integran con el metabolismo del resto de tejidos activos.

Entre las adaptaciones están:

- Umbral de lactato, el entrenamiento de resistencia aumenta el umbral de lactato el cual puede darse por varios factores como una mayor eliminación por parte del musculo y un incremento de las enzimas responsable de la reutilización de lactato como fuente de energía.
- Relación de intercambio respiratorio, el cual aumenta en sujetos entrenados
- Consumo de oxígeno, existe un aumento en el entrenamiento de resistencia que puede deberse a un incremento de las enzimas oxidativas en las mitocondrias provocando una mayor utilización de oxigeno por los tejidos, por otro lado, el incremento de la VO2max seria explicado en sujetos entrenados por el incremento en el volumen sanguíneo, gasto cardiaco y una mejor perfusión de los músculos activos (Guyton & Hall, 2016; Kenney et al., 2014).

2.1.1.2. Beneficio de la actividad física

Existe diversa bibliografía que respalda una relación inversamente proporcional entre la actividad física practicada y enfermedades crónicas no transmisibles, tipos de neoplasias, ansiedad y depresión. En la tabla 1 se detalla los beneficios de la actividad física regular o ejercicio.

Tabla 1 Beneficios de la actividad física o ejercicio

FUNCIÓN CARDIOVASCULAR Y RESPIRATORIA
<ul style="list-style-type: none"> ○ Aumento del VO2max por adaptaciones periféricas y centrales. ○ Disminución de la ventilación minuto. ○ Disminución del consumo de oxigeno del miocardio. ○ Disminución de la frecuencia cardiaca y presión arterial. ○ Aumento de; densidad capilar, umbral láctico, umbral de ejercicio por el inicio de

síntomas o signos de la enfermedad.
REDUCCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CORONARIA.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Reducción de la tensión sistólica y diastólica en reposo. ○ Aumento del colesterol HDL y disminución de triglicéridos. ○ Reducción de la grasa corporal total e intraabdominal. ○ Reducción de necesidad de insulina mejorando la tolerancia a la glucosa. ○ Reducción a la adhesión y agregación plaquetaria
REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD Y MORBILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ Mayor nivel de actividad física se asocia a menor mortalidad por enfermedad coronaria. ○ Mayor nivel de actividad física se asocia con una tasa inferior de la combinación de enfermedades cardiovasculares, enfermedad coronaria, ictus, diabetes tipo II, fracturas osteoporóticas, cáncer de colon y mama, enfermedad de vesícula biliar.
OTROS BENEFICIOS
<ul style="list-style-type: none"> ○ Reducción de la ansiedad y depresión. ○ Mejora la función física y una vida independiente en adultos mayores. ○ Mejora la sensación de bienestar. ○ Mejora el rendimiento en el trabajo y las actividades de ocio y deportivas. ○ Reducción de riesgo de caídas y lesiones por caída en adultos mayores. ○ Prevención o mitigación de las limitaciones funcionales de las personas mayores. ○ Terapia eficaz para muchas enfermedades crónicas de las personas mayores.

Fuente: American College of Sports Medicine., Kenney, W. L., Mahler, D. A., & González del Campo Roman, P. (n.d.). Manual ACSM para la valoración y prescripción del ejercicio. Editorial Paidotribo.

Elaborado por: Costales, F (2020)

2.1.1.3. Inactividad física.

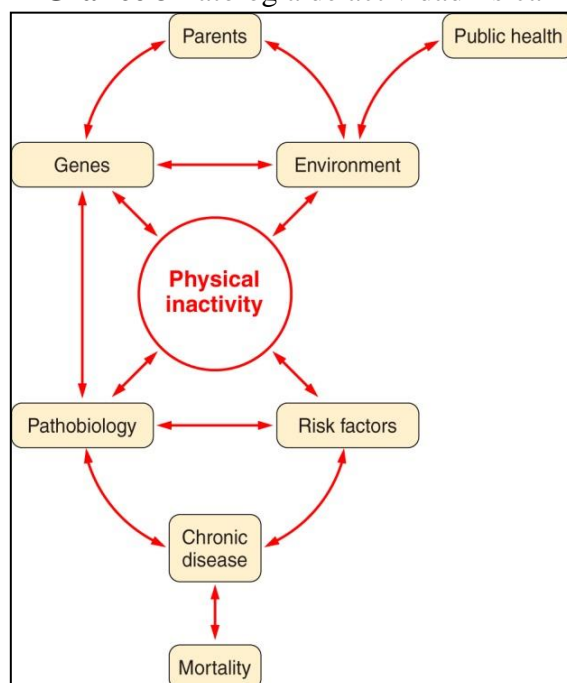
La inactividad física se la define como el espectro en la disminución del movimiento corporal que causa un gasto de energía disminuido hacia el nivel basal.

Existe evidencia que indica que la inactividad física es un factor de riesgo que aumenta la morbilidad y mortalidad. El centro para el control de enfermedades de los Estados Unidos (CDC) han publicado varios estudios como por ejemplo en 1990 concluyeron que el sedentarismo es un factor de riesgo que contribuyo en el 23% de las primeras 9 causas de muertes por enfermedad crónica.

En el 2015 se realizó un estudio en el que el 11.1% de todos los costes de atención medica se asociaron con la inadecuada actividad física (como se cita en Booth et al., 2017) por lo que la inactividad física es un componente importante en la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles.

La etiología de la inactividad física es incierta determinada por varios factores de riesgo, un periodo de latencia prolongado, un curso prolongado de enfermedad, deterioro funcional o discapacidad (Goodman et al., 2013). En el grafico 3 se resume la progresión a una patología más grave durante la inactividad física continua y de larga duración.

Gráfico 3 Patología de actividad física

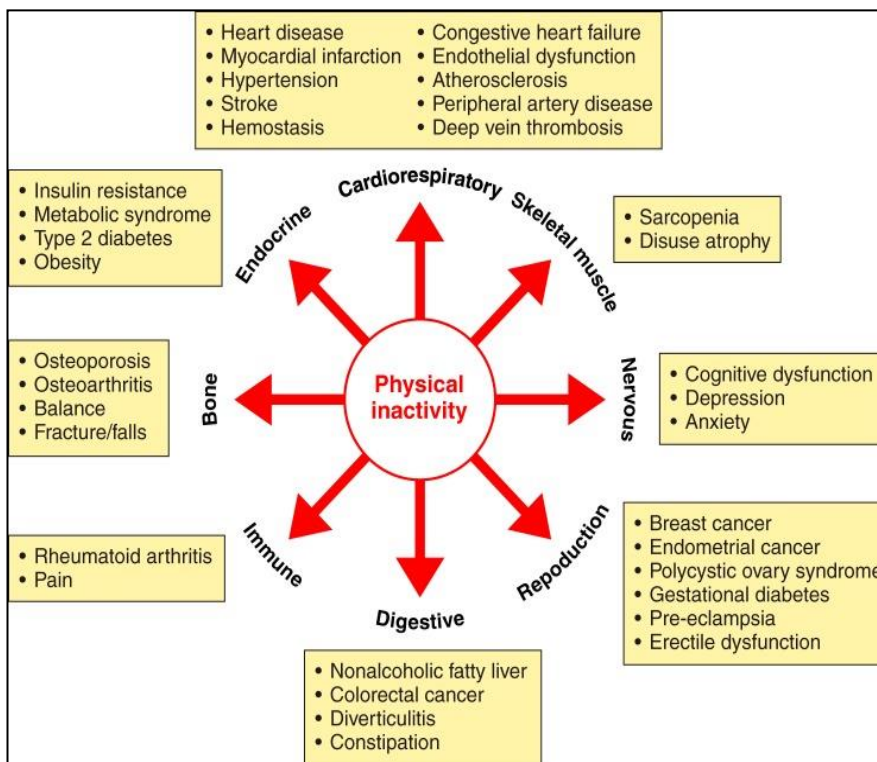


Fuente: Booth, F. W., Roberts, C. K., Thyfault, J. P., Ruesegger, G. N., & Toedebusch, R. G. (2017). Role of Inactivity in Chronic Diseases: Evolutionary Insight and Pathophysiological Mechanisms. *Physiological Reviews*, 97(4), 1351–1402. <https://doi.org/10.1152/physrev.00019.2016>

Sin duda la inactividad física se ha convertido en unos de los principales problemas de salud global, es una pandemia que es una de las primeras causas de muerte en el mundo y uno de los pilares fundamentales para prevención de enfermedades crónicas (Kohl et al., 2012). Se estima que 6 al 10% de las muertes mundiales por enfermedades crónicas no transmisibles son debidas a la inactividad física (Lee et al., 2012).

La falta de actividad física no es el mecanismo causal real de enfermedades crónicas, sino que la actividad física protege o es una terapia para enfermedades/afecciones causadas para inactividad física. Por otro lado, la inactividad física es una de las numerosas causas reales de 35 enfermedades que se detalla en el grafico 4 (Booth et al., 2012).

Gráfico 4 Efectos de la inactividad física.



Fuente: Booth, F. W., Roberts, C. K., Thyfault, J. P., Rueggsegger, G. N., & Toedebusch, R. G. (2017). Role of Inactivity in Chronic Diseases: Evolutionary Insight and Pathophysiological Mechanisms. *Physiological Reviews*, 97(4), 1351–1402. <https://doi.org/10.1152/physrev.00019.2016>

Muchas de las enfermedades crónicas son poligénicas, pero para algunas enfermedades que se citan a continuación tienen un aumento porcentual asociados a la inactividad física que oscila entre el 20 y 45%:

- Enfermedad cardiovascular: las personas que no realizan actividad física tuvieron 45% más enfermedades cardiovasculares de las que sí lo hicieron.
- Las personas con baja actividad física tenían un riesgo 26 a 35% de diabetes tipo 2 a diferencia de los grupos de alta actividad física (Aune et al., 2015).
- Cáncer de mama: existe un aumento en promedio del 25% en sufrir cáncer de mama en personas que tienen baja actividad física (Lynch et al., 2011).

- **Cáncer de colon:** el riesgo de sufrir de cáncer de colon proximal y distal aumento en un 27% y 26% respectivamente en personas menos activas (Boyle et al., 2012).
- **Demencia:** la disminución de actividad física es un fuerte predictor de la enfermedad de Alzheimer, según un promedio de 27 estudios encontraron que el porcentaje de riesgo atribuible de demencia de la población por la actividad física es del 31.9% (Beydoun et al., 2014).
- **Depresión:** el metanálisis que componen 25 estudios mostro una gran mejora significativa de la depresión por el ejercicio, además se demostró que el ejercicio mejora los síntomas depresivos en un grado comparable al de la farmacoterapia y psicoterapia (Blumenthal et al., 2012).

2.1.1.4. Evaluación de actividad física.

Ante la necesidad de crear un cuestionario estandarizado para estudios poblacionales a nivel global se creó el cuestionario internacional de actividad física (IPAQ) como método para estratificar el nivel de actividad física.

Desde 1996 varios expertos de la organización mundial de la salud (OMS), universidad de Sydney, Instituto Karolinska y los centers of Disease Control and Prevention (CDC) trabajado en conjunto para elaborar, implementar y dar mejoras a dicho cuestionario. La implementación del IPAQ comenzó en 1998 en Ginebra el cual ha sido validado en varias poblaciones como; europea, asiática, australiana, africanas y americanas (Mantilla Toloza & Gómez-Conesa, 2007).

Se desarrollaron dos versiones dependiendo del número de preguntas, la versión corta que consta de 9 ítems nos da información sobre el tiempo usado para caminar, información de actividades de intensidad moderada y vigorosa y actividades sobre sedentarismo (anexo 3). La versión larga de 31 ítems proporciona información de actividades en el hogar, jardinería, ocupacionales, transporte, del tiempo libre y sedentarias.

Al ser la versión larga de mayor tiempo para el llenado y más tediosa para el encuestado, limita su aplicabilidad en estudios de investigación por que se sugiere el uso de la versión corta para estudios poblacionales (Crespo-Salgado et al., 2015; Mantilla Toloza & Gómez-Conesa, 2007).

Ambas versiones del cuestionario evalúan tres características de la actividad: la intensidad (vigorosa, moderada o leve), la frecuencia (medida en días por semana) y la duración (el tiempo por día). Se considera una actividad moderada cuando se produce un aumento moderado en la respiración, sudoración, frecuencia cardiaca por lo menos en 10 min continuos, la actividad vigorosa produce un mayor aumento de las variables descritas, pero durante 10 min o más.

La actividad a la semana se mide por el registro de METs-min-semana por lo que los valores de referencia son:

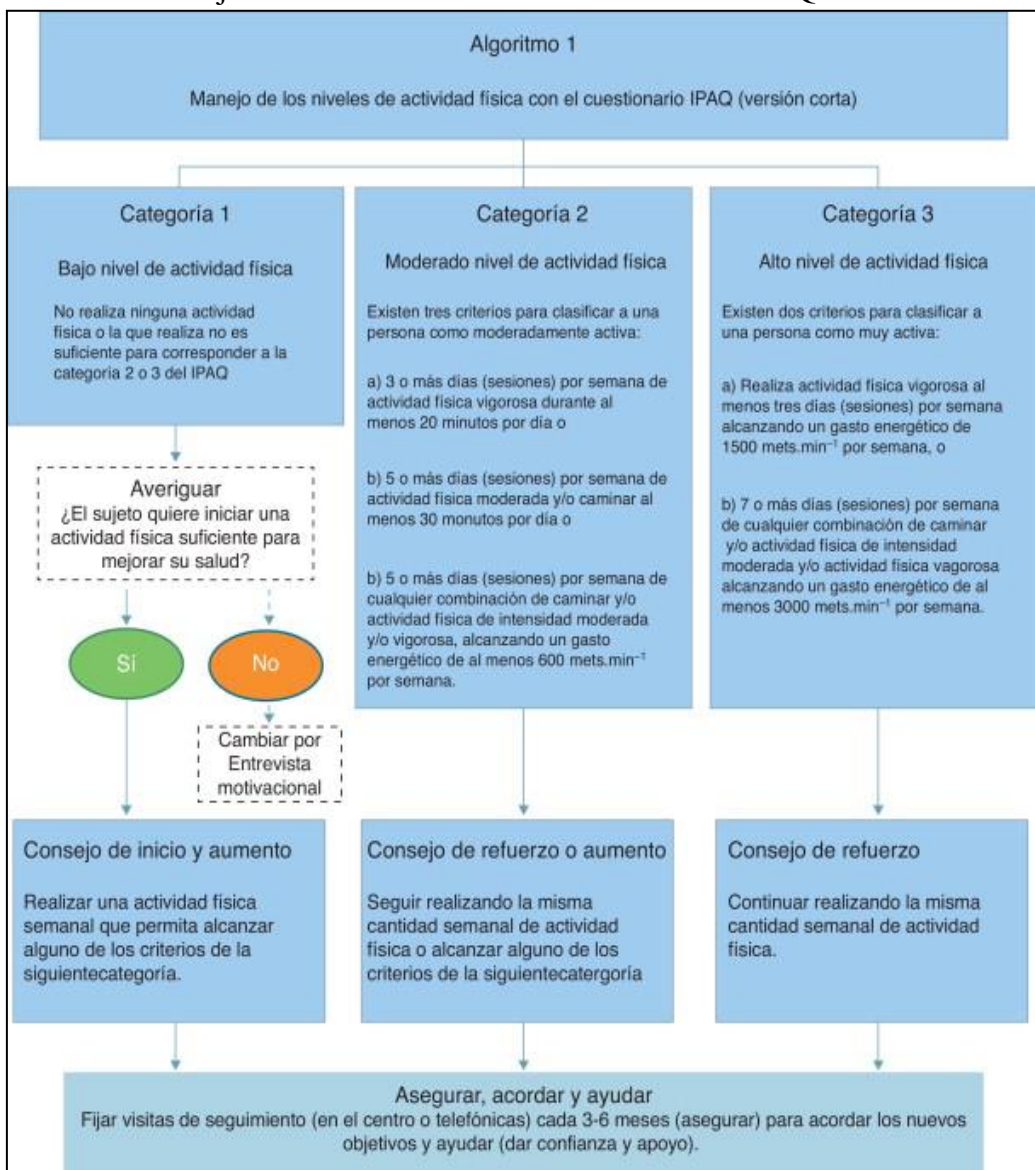
- Caminar: 3,3 METs.
- Actividad física moderada: 4 METs.
- Actividad física vigorosa: 8 METs.

Posterior del cálculo del índice de actividad física que se obtiene del producto de intensidad, la frecuencia y por la duración se clasifica el nivel de actividad física en tres categorías:

- Baja: no registra actividad alguna o en su defecto no alcanzan valores de categoría media ni alta
- Media: considerando lo siguiente
 - Tres o más días de actividad vigorosa de al menos 20 minutos por día.
 - Cinco o más días de actividad moderada o caminar por lo menos 30 min.
 - Cinco días o más de cualquier combinación de actividad de cualquier intensidad que alcance un registro de 600 METs-min/semana.
- Alta: cumple lo siguiente
 - Tres o más días de actividad vigorosa o que acumulen 1500 METs-min-semana.
 - Siete días o más de cualquier combinación de actividad de cualquier intensidad que alcance los 3000 METs-min/semana (Crespo-Salgado et al., 2015; Mantilla Toloza & Gómez-Conesa, 2007).

El manejo de los resultados se detalla en el gráfico 5

Gráfico 5 Manejo de actividad física con el cuestionario IPAQ versión corta



Fuente: Crespo-Salgado, J. J., Delgado-Martín, J. L., Blanco-Iglesias, O., & Aldecoa-Landes, S. (2015). Guía básica de detección del sedentarismo y recomendaciones de actividad física en atención primaria. *Atencion Primaria*, 47(3), 175–183. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.09.004>

2.1.2. Calidad de Vida.

La OMS define a la calidad de vida como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de cualquier enfermedad. Cualquier alteración en las dimensiones físicas, mentales y sociales afecta negativamente la calidad de vida del individuo. La medición

de la calidad de vida es uno de los instrumentos para determinar la efectividad de la intervención en entornos de atención primaria.

Para la valoración de la calidad de vida los cuestionarios deben ser diseñados para que puedan juzgar correctamente la calidad de vida de las personas. Hasta hace poco tiempo no existía muchos instrumentos para medición de la calidad de vida relacionadas con la salud para el uso en población general. Uno de estos cuestionarios más usados es el cuestionario SF-36 el cual es sensible a los cambios en la edad, condición social, económica y salud de la población en general (Rodríguez Vidal, Magali, & Merino Escobar, Manuel, & Castro Salas, 2009).

La calidad de vida está influenciada por varias variables tales como el estilo de vida, la infraestructura, bienestar emocional y social. Es importante conocer la calidad de vida en personas normales para tratar de aspirar alcanzar esos valores en la población con enfermedades (Agrawal & Silva, 2017).

2.1.2.1. Cuestionario para calidad de vida.

Uno de los cuestionarios genéricos más usados en el mundo para valoración de la calidad de vida relacionado a la salud es el SF-36 (Short Form Health Survey 36) el cual fue creado en Estados Unidos durante el medical outcomes study (MOS) el cual todas sus propiedades psicométricas se han puesto en valoración en más 400 artículos, de igual manera la versión en español ha sido evaluada en diversos estudios (Vilagut et al., 2008).

El cuestionario SF-36 consta de 35 ítems los arroja resultados de 8 dimensiones distintas que valoran: función física, rol físico, rol emocional, función social, salud mental, salud general, dolor corporal y vitalidad. Además tiene un ítem aislado que mide el cambio de la salud en el tiempo (Vilagut et al., 2008). Además, en el cuestionario existen 2 dominios principales de salud; el dominio físico y mental.

El componente físico encasilla a las dimensiones de; funcionamiento físico (ff), rol físico (rf), salud general (sg) y dolor corporal (dc). El componente de salud mental está conformado por; función social (fs), vitalidad o energía (vit), rol emocional (rm) y salud mental. Existen 21 ítems

destinados para el componente físico y para el componente mental 14 ítems (anexo 4). En cuando a la confiabilidad de los 2 componentes es alta con un Alpha de Cronbach 0,86 (Rodríguez Vidal, Magali, & Merino Escobar, Manuel, & Castro Salas, 2009)

En la tabla 2 se detalla la puntuación de cada dimensión del cuestionario.

Tabla 2 Dimensiones del cuestionario SF-36

DIMENSIÓN	Nº ITEMS	PEOR PUNTAJE 0	MEJOR PUNTAJE 100
Función Física	10	Muy limitado hacer actividades físicas incluyendo bañarse debido a la salud	Cumple a cabo todo tipo de actividad física incluyendo las más vigorosas sin limitación alguna
Rol Físico	4	Problemas en el trabajo o actividades diarias debido a salud física.	Ningún problema con el trabajo o actividades diarias debido a la salud físico.
Dolor corporal	2	Dolor muy Intenso y limitante al extremo	Ningún dolor ni limitaciones
Salud general	5	Cataloga como mala la propia salud y cree posible que empeore.	Evalúa la propia salud como excelente.
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo.	Muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo.
Función social	2	Extrema interferencia y frecuente con actividades sociales normales debidos a problemas físicos o emocionales.	Cumple las actividades sociales normales sin alguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales.

Rol emocional	3	Problemas en el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales.	Ningún problema en el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales.
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión todo el tiempo.	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo.
Transición de salud	1	¿cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año atrás?	¿cree que su salud es mucho mejor ahora que hace un año atrás?

Fuente: Rodríguez Vidal, Magali, & Merino Escobar, Manuel, & Castro Salas, M. (2009). VALORACIÓN PSICOMÉTRICA DE LOS COMPONENTES FÍSICOS (CSF) Y MENTALES (CSM) DEL SF-36 EN PACIENTES INSUFICIENTES RENALES CRÓNICOS EN TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS

Elaborado por: Costales, F. (2019)

Posterior la realización del cuestionario las respuestas son codificadas dando una escala para cada dimensión entre el 0 al 100, asignando un punto de corte en 50, siendo menor de 50 para considerar peor estado de salud y mayor de 50 para mejor estado de salud (Ware, 1993).

2.1.2.2. Calidad de vida en personal de salud

El trabajo diario del personal de salud enfrenta varios problemas los cuales son factores de riesgo para el padecimiento de enfermedades físicas y mentales. Las razones por la que el personal de salud presenta ausentismo en su trabajo son múltiples pero entre las más frecuentes son ausencia por enfermedad y accidentes laborales (Blanco Jarava et al., 2014).

En caso particular en el ambiente laboral de los trabajadores de salud están siempre en cambio constantes produciendo mayor demanda y estrés excesivo, afectando negativamente el estado de salud general del trabajador en sus esferas psicológicas, física, y social, con lo que la empresa se perjudica negativamente (Mesa M & Kaempffer R, 2004).

2.1.3. Síndrome Burnout

El síndrome de burnout es un problema en el ambiente laboral moderno que, en la última década, la definición más aceptada es la propuesta por Maslach y Jackson en 1981, quien describió como una respuesta crónica al estrés laboral que comprende tres componentes o dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y logro personal.

El agotamiento emocional se refiere a la sobrecarga física emocional que resulta de interacciones con compañeros de trabajo y usuarios de sanidad. La despersonalización es el desarrollo de actitudes cínicas y respuestas hacia compañeros de trabajo y los beneficiarios de los servicios que uno proporciona. Baja realización personal se refiere a la tendencia de la persona para adoptar un concepto negativo de sí mismo.

Algunas personas son más susceptibles que otras al agotamiento por lo que es fundamental tener en cuenta las diferencias individuales con el fin de comprender mejor porque algunas personas están en más riesgo que otras. Variables socio demográficas se han estudiado ampliamente como se detalla a continuación:

- Con respecto a la edad algunos estudios concluyen que el desgaste disminuye con la edad (Alacacioglu et al., 2009), al contrario que otros informan que aumenta (Losa Iglesias et al., 2010) inclusive cuestionar sobre la asociación entre la edad y el síndrome (Gosseries et al., 2012). En personas jóvenes la causa de altos niveles de burnout puede deberse a que este grupo tiene menos experiencia profesional y no han tenido el tiempo suficiente para formular estrategias eficaces para confrontar el estrés ocupacional (Khamisa et al., 2013).
- En cuanto al género en un metanálisis se encontró una diferencia en el género siendo las mujeres las que padecen de mayor agotamiento emocional mientras que los hombres padecen de más despersonalización (Alarcon et al., 2009). Como posible razón que las mujeres responden más emocionalmente a situaciones estresantes de trabajo.

- En cuanto al estado civil algunos estudios concluyen que las personas casadas son más propensas a sufrir agotamiento emocional, por otro lado, la persona casada tiene mayor nivel de realización personal que los solteros explicado por el apoyo de sus parejas. También existe datos contradictorios con tener hijos (Maslach, 2003).
- Tener hijos favorece positivamente a la realización personal, son más estables y tiene mayor madures emocional no obstante su mayor nivel de agotamiento emocional podría derivar de la responsabilidad de tener hijos conciliar el trabajo y la vida familiar.
- Variables ocupacionales como las horas laborables, la antigüedad o demandas emocionales relacionadas con el trabajo. El nivel de agotamiento emocional es más bajo en personas que han trabajado anteriormente en el mismo trabajo o en el mismo tipo de servicio de atención médica y en áreas de servicios menos estresantes. Lo contrario sucede entre los que laboran en cuidados intensivos, descansos cortos entre turnos (Ayala & Carnero, 2013).

Vinculados al ámbito laboral sanitario y los estresores laborales existen tres grupos relevantes para la salud medica: a) empeoramiento del entorno laboral actual; b) sobrecarga a la atención al paciente con el consiguiente aumento de carga emocional y mental; c) aumento de exigencias macroeconómicas. En conjunto todos estos factores conllevan a un síndrome de burnout en la profesión médica (Carlos Mingote Adán et al., 2004).

2.1.3.1. Factores de riesgo del burnout.

Se ha observado que los médicos al esforzarse por brindar una atención de calidad a sus pacientes tienden a dar un cuidado subóptimo y dan menos atención a su propia salud, el sistema de salud burocrático, leyes, demandas y el ámbito en el que se desempeña el profesional de salud propicia el desarrollo del burnout y despersonalización (O’Handley et al., 2016).

Ciertos rasgos de personalidad como por ejemplo ser impulsivo, perfeccionismo, alta empatía, baja autoestima y ser adicto al trabajo aumenta el riesgo del burnout. Entre otros factores de riesgos se detallan en la tabla 3.

Tabla 3 Factores de riesgo de burnout.

1. Personalidad altamente perfeccionista, adicción al trabajo.
2. Baja autoestima.
3. Continuo estrés laboral sin pausas y largas jornadas de trabajo.
4. Mala relación laboral con colegas.
5. Dificultad al resolver problemas laborales y familiares.
6. Pobres habilidades para enfrentar el estrés (tabaquismo, alcohol, uso de drogas, confrontación).
7. Falta del tiempo necesario para el auto cuidado.
8. Percibir que no se tiene el tiempo suficiente para acabar las tareas del trabajo.
9. Falta de control sobre sus horarios. Horarios no flexibles.
10. Aumento de la burocratización de la asistencia sanitaria.
11. Cuadro clínicos de pacientes complejos y desafiantes.

Fuente: O’Handley, J. G., Tobin, E. J., & Shah, A. R. (2016). Textbook of Family Medicine Ninth Edition. In Textbook of Family Medicine Ninth Edition.

Elaborado por: Costales, F. (2019)

2.1.3.2. Etapas del burnout

El síndrome de burnout se desarrolla gradualmente y se han descrito 12 etapas:

1. Estado compulsivo para aprobarse a uno mismo.
2. Trabajar más fuerte.
3. Descuidar las necesidades de uno mismo.
4. Desplazamiento de conflictos.
5. Gestionar los problemas emergentes.
6. Retirada.
7. Cambio de comportamiento.

8. Despersonalización.
9. Vacío interior.
10. Depresión.
11. Síndrome de burnout.

Estas etapas no son necesariamente en secuencia y no todas están relacionadas en un caso específico, la duración de cada etapa es variable en ciertas ocasiones puede haber coincidir 2 etapas a la vez. El inicio es único en cada persona por lo que se dificulta identificar tempranamente un burnout en curso (Rothenberger, 2017).

2.1.3.3. Burnout en profesionales de la salud.

El burnout se considera extremadamente importante para una gama amplia de profesiones. Las personas que brindan su servicio hacia la salud de los demás no están exentos de padecer problemas físicos y psicológicos (Carlos Mingote Adán et al., 2004). El burnout ha sido considerado problema grave para enfermeras, médicos y residentes en muchos países como: Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, Países Bajos, Japón, Francia, Alemania, Italia, España, Portugal, Rumania, Grecia, Turquía (Alexandrova-Karamanova et al., 2016) .

Este síndrome en profesionales de salud es de preocupación mundial ya que tiene efecto negativo sobre su salud y bienestar, así como su importante impacto sobre la calidad y seguridad de la atención al paciente. A nivel global se estima que entre el 10 al 20% de los médicos en algún momento en transcurso de su vida puede sufrir problemas psíquicos y conductas adictivas. Lastimosamente se reporta que solo un 60% son identificados para su tratamiento oportuno.

Ciertas características especiales en el profesional de salud lo llevan a padecer síndrome de burnout tales como: la relación médico paciente, relación familiar, el contacto el dolor y la muerte, la gran responsabilidad para mantener la salud de sus pacientes, horas extensas de turnos incluyendo los nocturnos, presión laboral, la presión social, situaciones de emergencia, inequidad laboral y problemas con sus supervisores (Wilkinson et al., 2017)

Muchos autores han indicado problemas de alcoholismo, adicción a drogas, alteraciones psiquiátricas, depresión y el suicidio (Pilowski & O'Sullivan, 1989)(Carlos Mingote Adán et al., 2004). Entre las especialidades y servicios con mayor grado de burnout encontramos: servicio de emergencia, urología medicina física y rehabilitación, medicina familiar, radiología, traumatología, medicina interna, neurología. En entre las de menor grado burnout: oftalmología, psiquiatría, pediatría (Rothenberger, 2017).

2.1.3.4. Evaluación del burnout.

En el código internacional de enfermedades al burnout se lo clasifica bajo la codificación z37 como problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida, bajo el código z370 problemas relacionados con el desgaste laboral o con el código z733 problemas relacionados con el estrés, no clasificados en otra parte.

Christina Maslach y otros investigadores plantearon algunos cuestionarios para el diagnóstico del burnout siendo un conjunto de problemas sociales, laborales e individuales difícil de diagnosticar en sus etapas iniciales. Entre los cuestionarios disponibles para el análisis se encuentran: SB-HP de Jones, Ts de Pines, Burnout Measure, cuestionario breve de burnout (CBB), the Gillespie-numerof burnout inventory (GNBI), Copenhagen burnout inventory (CBI), entre otros. Pero el que mayoritariamente ha sido usado es el Maslach Burnout Inventory (MBI).

El cuestionario MBI (anexo 2) consta de 22 ítems los cuales están estructurados en forma de afirmaciones, encasillan interrogantes sobre los sentimientos y actitudes del personal de salud en su trabajo y su objetivo es valorar el desgaste profesional. Este cuestionario procura medir la frecuencia y la intensidad del padecimiento del burnout. Mide las 3 esferas del burnout: el desgaste emocional, despersonalización y realización personal (Gonzalez & Veliz, 2019).

Para dar una puntuación cada ítem tiene una escala de 0 a 6 siendo su puntaje el siguiente:

- 0 Nunca.
- 1 Pocas veces al año o menos.
- 2 Una vez al mes o menos.

- 3 Unas pocas veces al mes.
- 4 Una vez a la semana.
- 5 Unas pocas veces a la semana.
- 6 Todos los días.

Cada esfera del síndrome de burnout le corresponde cierto número de ítems y sus valores de referencia (tabla 3):

- Agotamiento o cansancio emocional: Consta de 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8,13, 14, 16, 20.) donde el puntaje máximo es de 54.
- Despersonalización: abarca 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22) el puntaje máximo es de 30.
- Realización personal: integrado por 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) el puntaje máximo de 48.

Tabla 4 Valores de referencia del burnout

	BAJO	MEDIO	ALTO
CANSANCIO EMOCIONAL	0-18	19-26	27-54
DESPERSONALIZACIÓN	0-5	6-9	10-30
REALIZACIÓN PERSONAL	0-33	34-39	40-48

Elaborado por: Costales, F (2019)

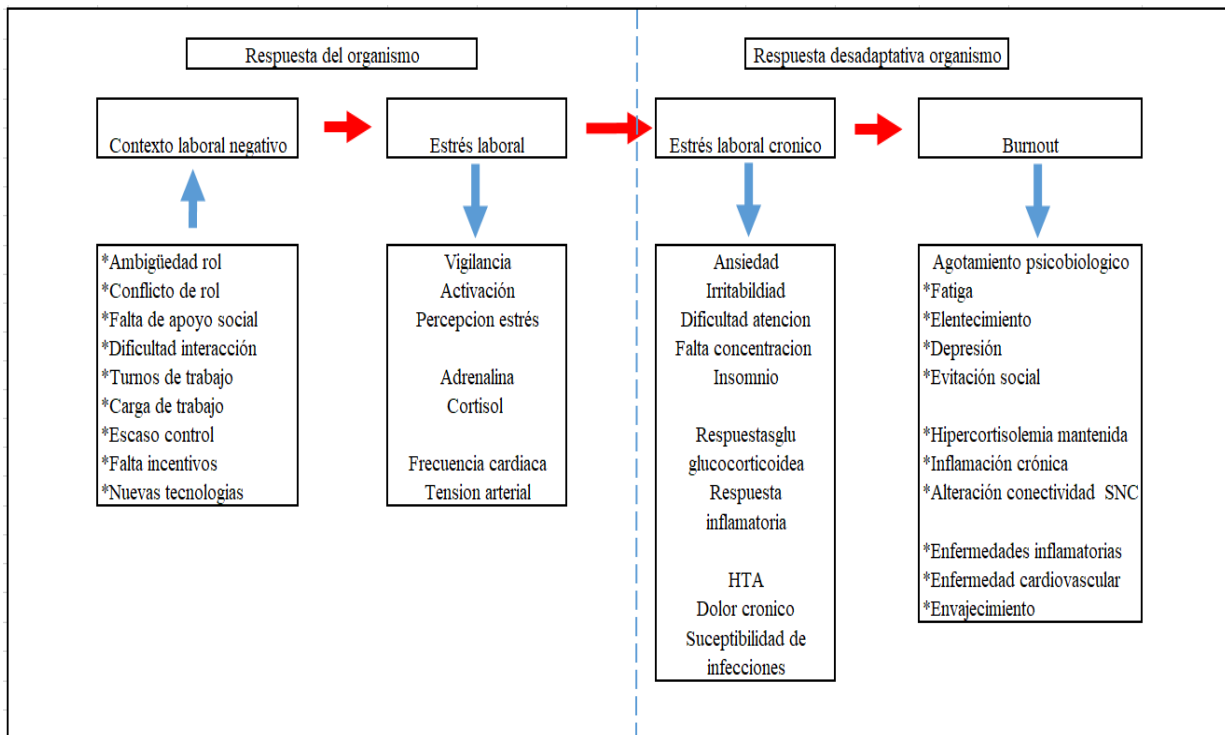
2.1.3.5. Síntomas del burnout.

Este síndrome se asociado con la aparición de síntomas psicossomáticos, psicológicos emocionales y conductuales.

- Síntomas psicossomáticos: los sujetos pueden presentar astenia, alteraciones gastrointestinales, cefaleas, disminución de peso y dolor.

- Síntomas psicológicos emocionales: tales como la dificultad de atención y concentración, baja autoestima, irritabilidad, ansiedad e hipotimia.
- Síntomas conductuales: las personas son más propensas al abuso de sustancias como el alcohol, drogas, absentismo laboral, distanciamiento de los pacientes, incumplimiento de horarios, aumento de riesgo de errores laborales (Navinés et al., 2016).

Gráfico 6 Estrés laboral, adaptaciones del organismo y manifestaciones del burnout



Fuente: Navinés, R., Martín-Santos, R., Olivé, V., & Valdés, M. (2016). Estrés laboral: implicaciones para la salud física y mental. *Medicina Clínica*, 146(8), 359–366. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2015.11.023>

2.1.3.6. Factores de protección para el burnout.

Entre los factores que manifiestan protección para el desarrollo se detallan en la tabla.

Tabla 5 Factores de protección para burnout.

FACTORES DE PROTECCIÓN
1. Tener buen temperamento y buen sentido de humor.
2. Ser consiente de sí mismo, reflexivo y estar en sintonía con las necesidades personales.
3. Tener valores morales.
4. Tener filosofía optimista hacia la vida y el trabajo.
5. Tener actitudes de no juzgar a los demás y perdonar.
6. Tener compasión y aceptación hacia los demás y hacia sí mismo.
7. Sentir que se está haciendo alguna diferencia en el trabajo.
8. Tener límites y saber cuándo decir no.
9. Mantener equilibrio entre trabajo y la vida.
10. Contar con familiares, amigos y colegas afectuosos.
11. Mantener una vida saludable, ejercicio regular y mantener las necesidades de la mente y cuerpo.

Fuente: O'Handley, J. G., Tobin, E. J., & Shah, A. R. (2016). Textbook of Family Medicine Ninth Edition. In Textbook of Family Medicine Ninth Edition.

Elaborado por: Costales, F (2019)

2.1.3.7. Tratamiento

Las estrategias para el manejo tanto para la prevención como para el tratamiento se realizan en varios enfoques sea: el individual, grupal u organizacional. Desde el enfoque individual las estrategias que van dirigidas al afrontamiento centradas al problema puede evitar la aparición de problemas en la salud, a su vez que las estrategias que consiste en evitar o el escape ayudaría a la aparición y mantenimiento del problema.

La psicología cognitivo conductual ayuda con técnicas de solución de problemas, aumentando la asertividad y mejorando eficiencia en el uso del propio tiempo. Igualmente se puede usar estrategias de colocar limites en el horario, desvincularse de los problemas al terminar la jornada añadiendo hábitos saludables como el ejercicio físico y dieta saludable.

En el tratamiento el enfoque grupal se basa en fomentar el apoyo social mejorando las relaciones con compañeros, supervisores y también con otros grupos informales ayudando a reducir sentimientos de soledad. Desde el punto de vista organizativo se debería poner en funcionamiento programas para prevenir el burnout identificando a tiempo factores estresantes y permitir cambios para la mejor adaptación y adherencia de la persona a la institución (Navinés et al., 2016).

CAPÍTULO III

3.1 METODOLOGÍA

3.1.1. JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial aproximadamente el 60% de personas no realizan actividad física para mantener una adecuada salud. La inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que es mortalidad mundial (6% defunciones), además la inactividad física se estima que causa el 21-25% del cáncer de mama y colon, 27% de casos de diabetes y 30% cardiopatías isquémicas (Organización Mundial de la Salud., 2013).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) indica que los primeros estudios sobre salud y bienestar reorientaron el enfoque sobre los efectos del trabajo sobre la salud mental positivo y negativo. La protección de la salud mental en el trabajo tiene aún más énfasis si centra en estrategias de prevención. La salud en el trabajo y su promoción contribuyen a mejorar la salud mental y bienestar en el trabajador por ende su calidad de vida (Organización internacional del trabajo, 2016)

La inactividad física aumenta la frecuencia y duración de incapacidades laborales lo que conlleva a pérdidas para la empresa, trabajador y sociedad porque para la salud ocupacional fomentar la actividad física es una estrategia para mitigar el estrés laboral (Ramón Suárez et al., n.d.).

En el Ecuador según cifras del 2012 las horas en la semana promedio de trabajo remunerado corresponde a 51;36 horas para hombres y 43;58 horas para las mujeres, de las 168 horas a la semana solo 10:17 y 9:54 horas son utilizadas para convivencia y actividades recreativas en hombre y mujeres respectivamente (Instituto Nacional de Estadística y Censos., 2012)

Datos obtenidos por el ministerio del deporte a 2245 personas de diferentes regiones del Ecuador en promedio las personas pasan 5,4 horas sentados o recostados en un día normal, solo 39% conoce la manera adecuada de hacer actividad física y el 63% de los encuestados no realiza actividad física porque no tiene tiempo (Ministerio del Deporte, 2012).

Con lo antes mencionado la actividad física en su gran mayoría no es practicada por falta de tiempo y al disponer del mismo solo un pequeño porcentaje sabe cómo hacerla. A nivel laboral en el sector público con 8 horas en promedio por día más horas dedicadas hacia otra labor el tiempo para realizar actividad física se reduce llegando a instancias en muchas ocasiones al sedentarismo que influye en el estrés laboral y calidad de vida.

3.1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En nuestro país en un estudio elaborado por el ministerio del deporte donde se encuestó a 2245 personas de 18 provincias diferentes que laboran 9 horas en promedio, el 51% no realiza deporte, solo el 30% indica que el deporte es para mejorar la salud, el 39% conoce la manera adecuada de realizar actividad física y el 49% refiere que si tuviera más tiempo realizaría actividad física (Ministerio del Deporte, 2012).

Estas cifras nos dan a entender que muy pocos ecuatorianos saben realizar una adecuada actividad física, la mayoría de los encuestados tienen poco tiempo para realizarla ya que trabajan en promedio 9 horas al día.

En el sector público de la salud existe sobrecarga laboral lo que lleva a estados de estrés por el contacto a circunstancias que desencadenan el mismo. Al trabajar con personas y de las cuales somos veedores de su salud debemos estar en las condiciones óptimas para su buen manejo por lo tanto estudiar la relación entre la actividad física con calidad de vida y burnout en estos servidores públicos de suma importancia para la sociedad y la población que será estudiada no existen datos de esta índole.

3.1.3. OBJETIVOS

3.1.3.1. Objetivo general

Describir la relación entre la actividad física, burnout y calidad de vida en trabajadores de distrito de salud 23d02

3.1.3.2. Objetivos específicos

-Estratificar el desgaste laboral con el nivel de actividad física de los trabajadores del distrito 23d02

-Determinar la calidad de vida y burnout con la actividad física.

-Comparar el desgaste laboral entre los diferentes tipos de trabajadores

3.1.4. HIPÓTESIS

A mayor actividad física existe un menor desgaste laboral y mejora la calidad de vida

3.1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Tabla 6 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR OPERACIONAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDIDAS
EDAD	Número de años cumplidos	18 a 29 años 30 a 39 años 40 a 49 años >50 años	Categórica	Frecuencia Absoluta y relativa Porcentaje
GENERO	Características biológicas sexuales que diferencian al ser humano fenotípicamente como hombre y mujer.	Masculino Femenino	Cualitativa Nominal Dicotómica	Frecuencia Absoluta y relativa Porcentaje
PROFESIÓN	Tipos de profesionales.	1. Medico 2. Enfermera 3. Obstetra	Cualitativa Nominal	Frecuencia Absoluta y relativa Porcentajes

		4. Odontólogo. 5. Estadístico 6. Otros (farmacia, paramédico, terapeuta, guardia, Taps, laboratorista, chofer, psicólogo)		
SÍNDROME DE BURNOUT, ESFERA: Agotamiento emocional	Disminución y pérdida de recursos emocionales, en donde se presenta un desbalance entre la demanda y los recursos	1.Alto (>27 puntos) 2.Medio (19-26 puntos) 3.Bajo (<19 puntos)	Ordinal	Frecuencia absoluta y relativa. Porcentaje.
SÍNDROME DE BURNOUT, ESFERA: Despersonalización	Consiste en el desarrollo de actitudes negativas, insensibles, produciendo un estado de tensión psicofísica	1.Alto (>10 puntos) 2.Medio (6-9 puntos) 3.Bajo (<6 puntos)	Ordinal	Frecuencia absoluta y relativa. Porcentaje.
SÍNDROME DE BURNOUT, COMPONENTE: Realización Personal.	Tendencias a evaluar el propio trabajo de manera negativa, con baja autoestima.	1.Alto (> 40 puntos) 2.Medio (34-39 puntos) 3.Bajo (<33 puntos)	Ordinal	Frecuencia absoluta y relativa. Porcentaje.
Niveles de Actividad Física	Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que resultan en gasto energético. Medido según la CUESTIONARIO	Nivel Bajo o Inactivo Nivel Moderado Nivel Alto	Ordinal	Frecuencia absoluta y relativa. Porcentaje.

	INTERNACIONAL DE ACTIVIDAD FÍSICA (IPAQ)			
Calidad de vida	<p>“Short form 36 versión 2”.</p> <p>Encuesta genérica que evalúa la calidad de vida de las personas. Componente físico (funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general).</p> <p>Componente mental (salud mental, rol emocional, vitalidad, funcionamiento social)</p>	<p>Según el valor obtenido en la interpretación del resultado del cuestionario SF-36 (componentes físico y mental).</p> <p>Se otorga un valor del 0 al 100 en cada componente, representando:</p> <p>Menor calidad de vida (<50%)</p> <p>Mayor calidad de vida (>50%)</p>	Ordinal	<p>Frecuencia absoluta y relativa.</p> <p>Porcentaje.</p>

Elaborado por: Costales F. (2019)

3.1.6. POBLACIÓN

Existen 287 trabajadores del distrito de salud 23d02 en el área operativa.

3.1.7. MUESTRA

El tamaño de la muestra se calculó en base al estudio “Burnout en profesionales de la salud del Ecuador” el cual conto con 2404 participantes de las 24 provincias del Ecuador donde se obtuvo una prevalencia 36.4% para el síndrome de burnout. (Ramírez. M, 2015)

A continuación, se usa la fórmula de muestreo usando programa epi info, en la que se selecciona un tamaño de muestra de una población de tal manera que cada muestra posible tenga la misma probabilidad de ser seleccionada, usando un error estándar de 5% (Gráfico 7)

Gráfico 7. Calculo de la muestra

Encuesta poblacional o estudio descriptivo mediante un muestreo aleatorio (no cluster)	
Nivel confianza	Tamaño muestra
80%	99
90%	134
95%	159
97%	173
99%	196
99.9%	223
99.99%	238

Tamaño población:	287
Frecuencia esperada:	36.4%
Limites de confianza:	5%

Elaborado por: Costales F. (2019). Programa EPI INFO

Por lo tanto, es una muestra de 159 personas, al que hay que sumar el 10% tomando en cuenta pérdidas insensibles, dando un total de 175 pacientes.

3.1.8. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.1.8.1. Criterio de inclusión

- Personal que labore en el distrito 23d02 bajo contrato ocasional, provisional o nombramiento
- Personas que acepten entrar en el estudio previo firma de consentimiento
- Todo genero

3.1.8.2. Criterio de exclusión

- Personal que se niegue a la participación en el estudio

- Personal que deciden retirarse del estudio durante la realización del mismo

3.1.9. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Una vez obtenidos los permisos en la institución pública donde se realizará el estudio, previa firma de consentimiento informado (anexo 1) de los participantes los datos serán recolectados mediante 3 encuestas; 1) Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) (anexo 3) el cual consta de 7 ítems, 2) cuestionario de calidad de vida SF-36 (Short-Form Health Survey-36) el cual consta de 36 preguntas (anexo 4), 3) Maslach Burnout Inventory (MB) (Anexo2), se acudirá personalmente a cada uno de los centros de salud para la realización de las respectivas encuestas abarcando 2 centro de salud por día (16 personas por día aproximadamente) en un plazo de 20 días.

3.1.10. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recolectados serán concentrados en una base de datos en Microsoft Excel y posteriormente tabulados en el programa estadístico SPSS donde para el análisis descriptivo (Univariado) se estimará para variables cualitativas: las frecuencias absolutas y relativas, así como también porcentajes.

Posteriormente se procederá a realizar el análisis estadístico para determinar asociación entre variables categóricas con tablas 3x2 como prueba de hipótesis se aplicará Chi cuadrado y se consideró estadísticamente significativo un valor de P menor a 0,05 con un nivel de confianza del 95%.

3.1.11. ASPECTOS BIOÉTICOS

3.1.11.1. Propósito

Se busca determinar la relación de la actividad física en burnout y en la calidad de vida de servidores públicos del área de la salud. Se realizará en el distrito de salud 23D02 en la ciudad de santo domingo de los Colorados en el mes de septiembre a diciembre.

3.1.11.2. Procedimiento

Se recolectará la información en todo el distrito de salud 23D02 en el cual se aplicará los test de IPAQ, S-F36, MBI. Su llenado no tomará más de 15 min por persona.

3.1.11.3. Obtención del consentimiento informado

Antes de la realización de las encuestas y previa información sobre el objetivo y propósito del estudio se aclarará dudas del mismo y se procederá a que el participante firme de forma voluntaria el consentimiento informado.

3.1.11.4. Confidencialidad de la información

Con el fin de proteger la confidencialidad del participante, cada encuesta será codificada por orden de llenado de las mismas, omitiendo datos personales identificables o cualquier información que pudiese traducirse en la identificación de las mismas, limitando el acceso a los datos e ingresado los mismos a la matriz, mediante codificación.

3.1.11.5. Consentimiento informado

Anexo 1

CAPÍTULO IV

4.1 RESULTADOS

4.1.1. Análisis descriptivo

En esta investigación entraron a estudio según la muestra 175 trabajadores pertenecientes al distrito de salud 2302 de provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas con un universo total de 289 personas según base de datos proporcionada por talento humano, adicionalmente cumplen con los criterios de inclusión y exclusión establecidos en el estudio.

4.1.2. Característica demográfica.

La edad de los participantes oscilo de los 20 a 62 años siendo el promedio en este grupo de 33 años +/- 8 años.

Tabla 7. Edad promedio de los participantes

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	175	20	62	33,38	8,673

Elaborado por: Costales, F (2020)

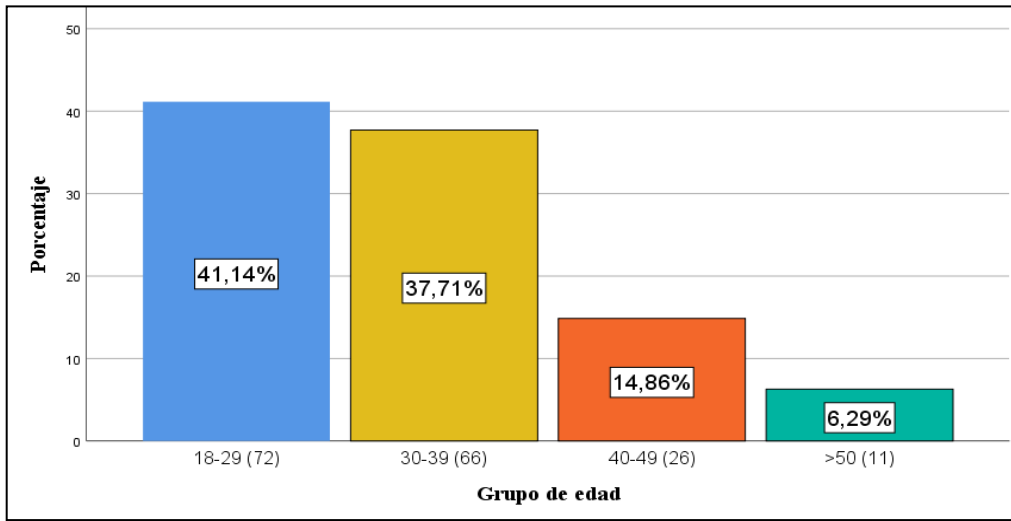
Con respecto al género de los 175 participantes el 36% (n=63) son hombres mientras que la gran mayoría 64% (n=112) son mujeres. En cuanto al grupo etario el 41,1% (n=72) corresponde a personas de 18-29 años, el 37,7% (n=66) a personas 30-39 años, el 14,9% (n=26) son personas de 40-49 años y por último el 6,3% (n=11) (Grafico 8).

Tabla 8 Frecuencia y porcentaje del género de la muestra

	Género	
	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	63	36%
Mujer	112	64%
Total	175	100%

Elaborado por: Costales, F (2020)

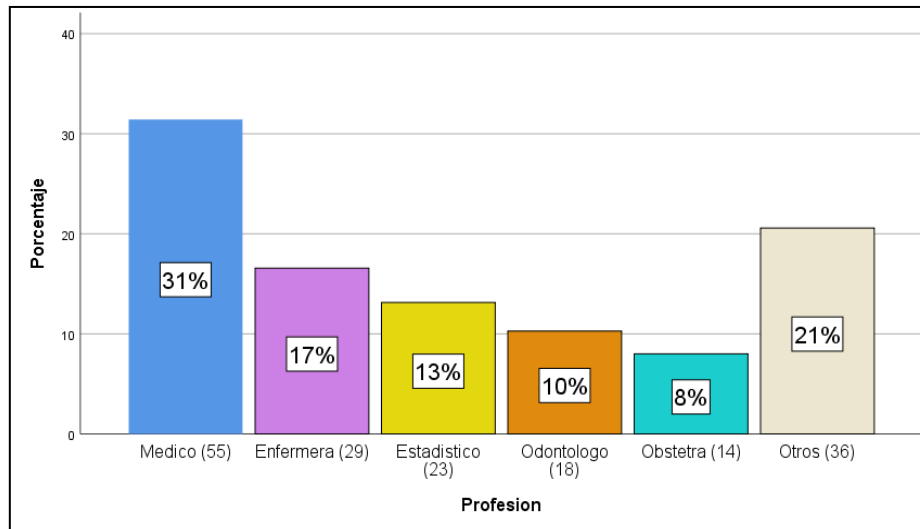
Gráfico 8 Grupo etario



Elaborado por: Costales, F (2020)

Analizando por el tipo profesión los 175 encuetados están conformados por el 31% (n=56) por médicos, el 17% (n=29) corresponde a enfermeras, el 13% (n=23) estadísticos, el 10% (n=18) odontólogos, el 8% (n=14) obstetras y el 21% (n=36) corresponde otro personal que por su número reducido se los agrupo, este grupo consta de 5 personal de farmacia, 5 paramédicos, 2 terapeutas, 4 guardias de seguridad, 7 Taps, 4 laboratoristas, 3 choferes de ambulancia y 3 psicólogos.

Gráfico 9 Profesión de los participantes

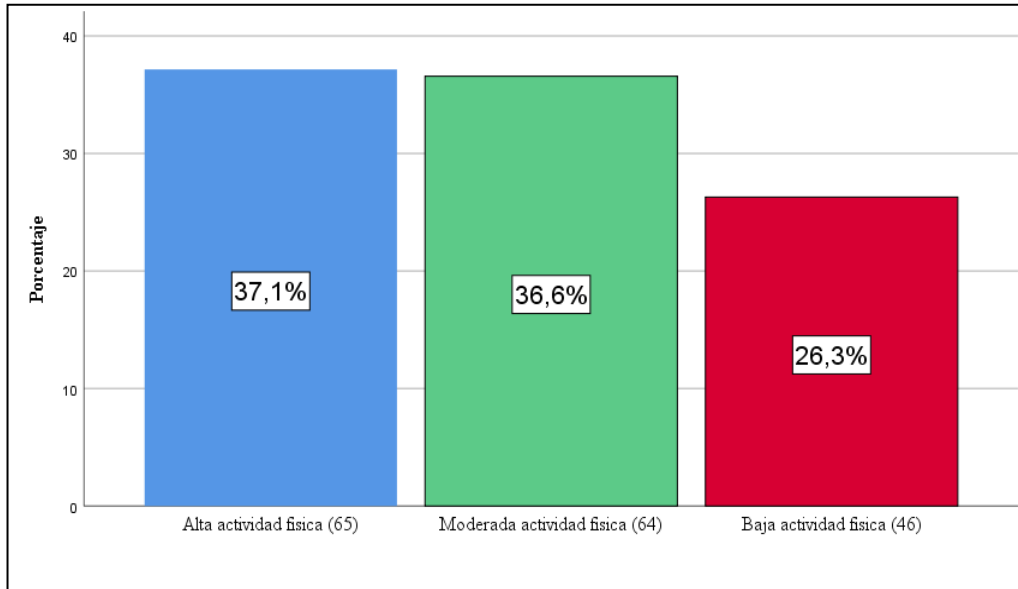


Elaborado por: Costales, F (2020)

4.1.3. Análisis de la actividad física.

Al analizar el nivel de actividad física de los 175 participantes se encontró que el 37,1% (n=65) realiza alta actividad física, el 36,6% (n=64) actividad física moderada y el 26,3% (n=46) realiza una baja actividad física (Grafico 10).

Gráfico 10 Nivel de actividad física

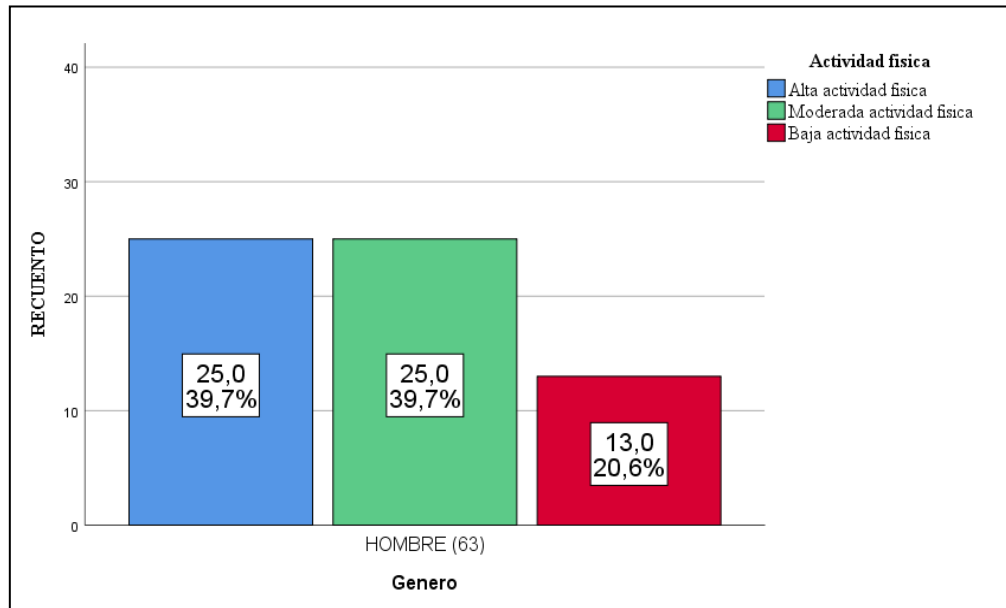


Elaborado por: Costales, F (2020)

Al analizar el nivel de actividad por genero se encontró que los hombres realizan mayor actividad física que las mujeres siendo así que en el grupo de los hombres el 39,7% (n=25) realiza alta actividad física, el 39,7% (n=25) actividad física moderada y el 20,6% (n=13) baja actividad física (Grafico 11).

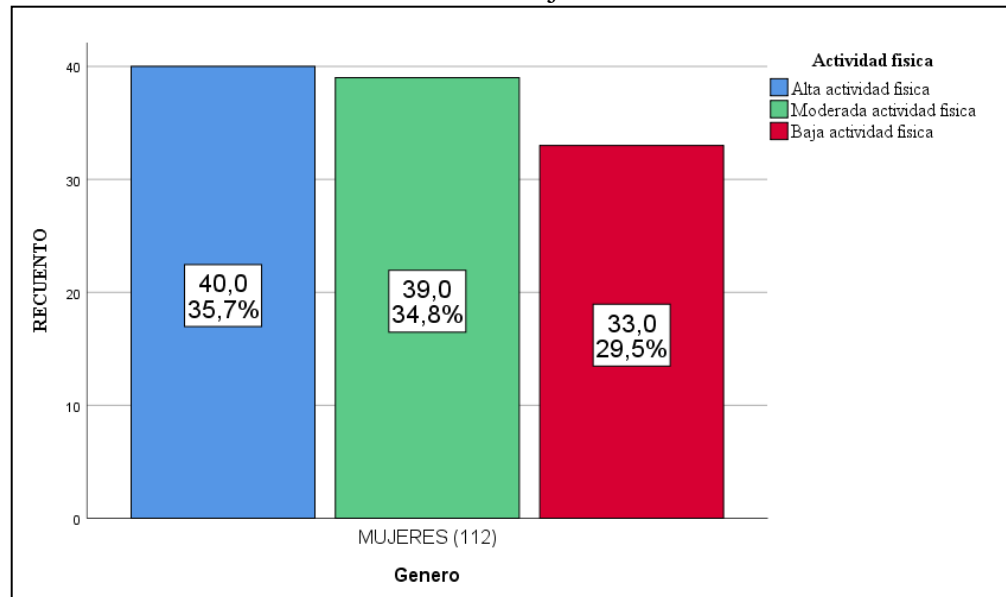
En el grupo de las mujeres el 35,7% (40) realizan actividad física alta, el 34,8% (n=39) actividad física moderada y el 33% (n=33) baja actividad física (Grafico 12).

Gráfico 11 Nivel de actividad física en hombres



Elaborado por: Costales, F (2020)

Gráfico 12 Nivel de actividad física en mujeres



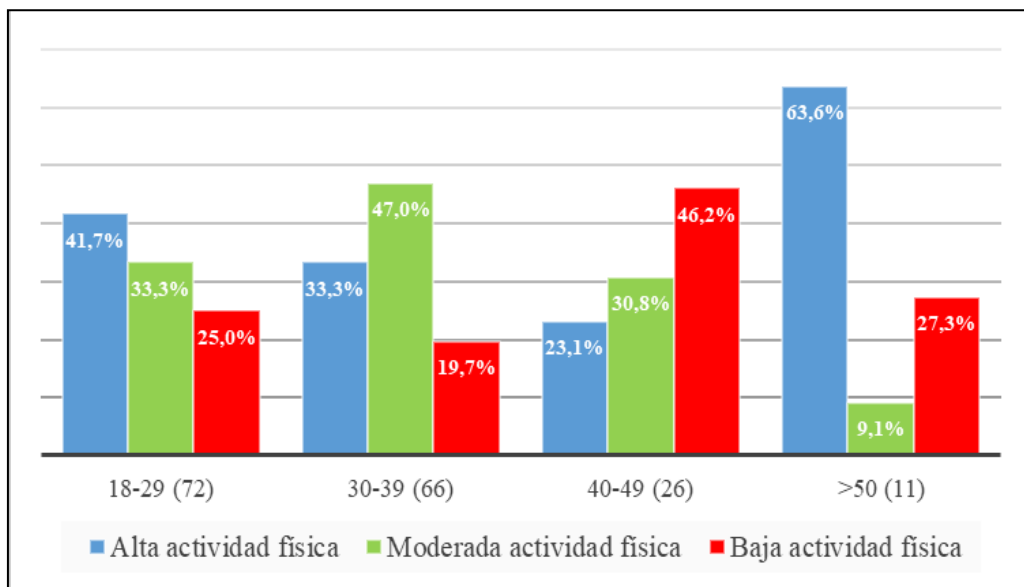
Elaborado por: Costales, F (2020)

En lo que respecta al nivel de actividad física y el grupo etario en el estudio encontramos que mientras más joven se es mayor el nivel de actividad física practicado exceptuando el grupo de mayor de 50 años que se observa mayor nivel de actividad física.

En el grupo de participantes de 18-29 años el 41,7% (n=30) realizan alta actividad física, el 33,3% (n=24) realiza actividad física moderada y el 25% (n=18) baja actividad física. En el grupo etario de 30-39 años de edad el 33,3% (n=22) realiza actividad física alta, la actividad física modera corresponde al 47% (n=31) y el 19,7% (n=13) realiza baja actividad física.

Las personas de 40-49 años de edad su nivel de alta actividad física fue del 23,1% (n=6), el 30,8% (n=8) actividad física moderada y el 46,2% (n=12) baja actividad física. Por ultimo las personas de más de 50 años el 63% (n=7) realizan alta actividad física, el 9,1% (n=1) modera actividad física y el 27,3% (n=3) baja actividad física.

Gráfico 13 Actividad física por grupo etario



Elaborado por: Costales, F (2020)

Tabla 9 Actividad física por profesión

Profesión		Actividad física			Total
		Alta	Moderada	Baja	
Medico	Recuento	25	18	12	55
	% dentro de Profesión	45%	33%	22%	100,0%
Enfermera	Recuento	8	11	10	29
	% dentro de Profesión	28%	38%	34%	100,0%
Obstetra	Recuento	3	6	5	14
	% dentro de Profesión	21%	43%	36%	100,0%
Odontólogo	Recuento	5	9	4	18
	% dentro de Profesión	28%	50%	22%	100,0%
Estadístico	Recuento	10	8	5	23
	% dentro de Profesión	43%	35%	22%	100,0%
Otros	Recuento	14	12	10	36
	% dentro de Profesión	39%	33%	28%	100,0%
Total	Recuento	65	64	46	175
	% dentro de Profesión	37,1%	36,6%	26,3%	100,0%

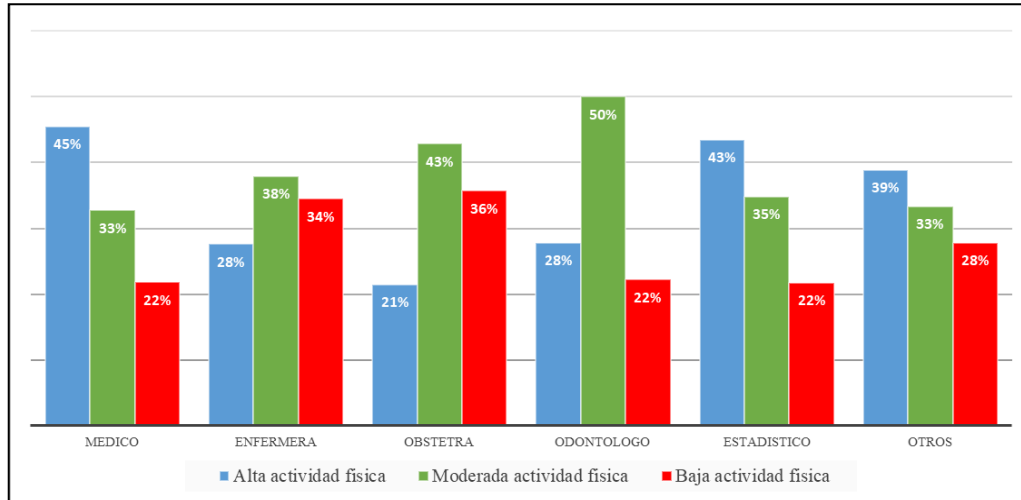
Elaborado por: Costales, F (2020)

En la tabla 9 podemos observar la relación entre la actividad física con la profesión la cual no fue significativo ($p > 0,05$). Los profesionales que realizan en mayor medida actividad física son los médicos con el 45% ($n=25$) para la alta actividad física y en el 33% ($n=18$) moderada actividad física. Seguido a los médicos encontramos a los estadísticos con el 43% ($n=10$) que realizan alta actividad física y 35% ($n=8$) moderada actividad. El grupo correspondiente a otras profesiones el 39% ($n=14$) realiza alta actividad física y el 33% ($n=12$) modera actividad física.

Los odontólogos es el grupo donde más predomina la actividad física moderada correspondiente al 50% ($n=9$) mientras que la alta actividad física para este grupo es del 28% ($n=5$).

Anqué en ninguna profesión predomina la baja actividad física se puede observar mayores niveles de baja actividad física comparada con otros grupos en enfermeras y obstetras. El 38% ($n=11$) de las enfermeras realizan moderada actividad física y el 34% ($n=10$) baja actividad física. Las obstetras el 43% ($n=6$) de ellas realiza actividad física moderada y el 36% ($n=5$) realiza baja actividad física (Gráfico 14).

Gráfico 14 Nivel de actividad física y profesiones



Elaborado por: Costales, F (2020)

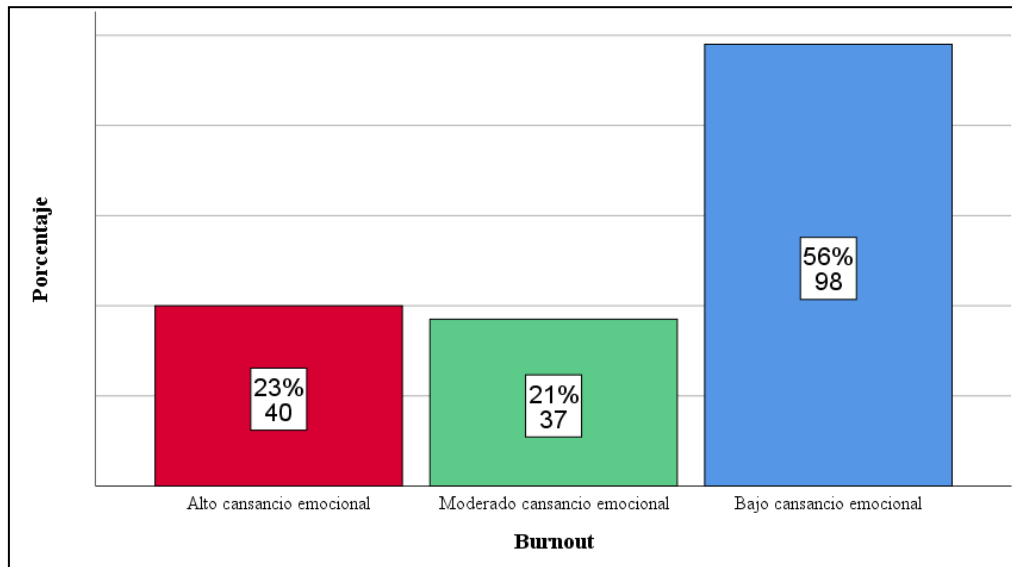
4.1.4. Análisis del síndrome de burnout.

Al analizar las tres esferas del burnout se encontró que en el cansancio emocional predominó el nivel bajo con el 56% (n=98), el 21% (n=37) tiene un moderado cansancio emocional y el 23% (n=40) tienen un alto cansancio emocional (Gráfico 15).

En cuanto al tipo de profesión en cada grupo predomina el bajo cansancio emocional, cabe resaltar que los médicos tienen mayor nivel de cansancio emocional, el 29,1% (n=16) de ellos presentan alto nivel de cansancio emocional, el 21,8% (n=12) moderado cansancio emocional y 49,1% (n=27) bajo cansancio emocional.

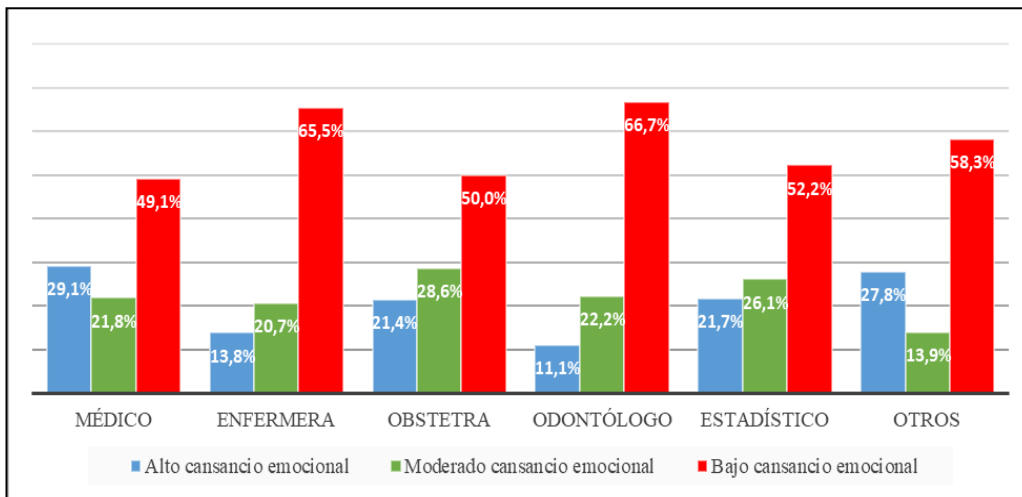
Entre los que presentan más bajo cansancio emocional está el grupo de odontólogos y enfermeras, teniendo un 66,7% (n=12) y 65,5% (n=19) de bajo cansancio emocional respectivamente (Gráfico 16).

Gráfico 15 Niveles de burnout - cansancio emocional



Elaborado por: Costales, F (2020)

Gráfico 16 Profesión y cansancio emocional



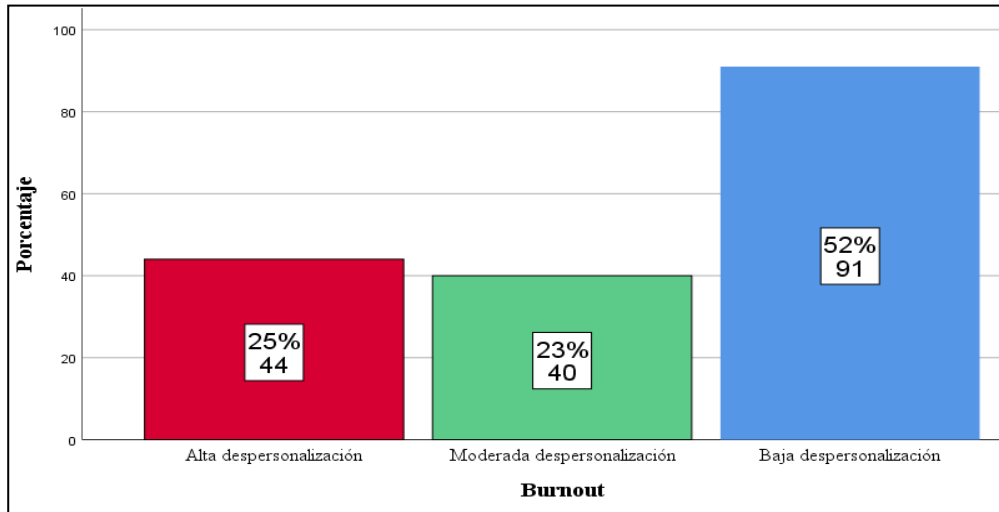
Elaborado por: Costales, F (2020)

Analizando la despersonalización el 53% (n=91) de los encuestados presentan baja despersonalización, el 23% (n=40) tienen una moderada despersonalización y el 25% (n=44) alta despersonalización (Gráfico 17).

Los 2 grupos de profesionales que presentan un grado más alto de despersonalización son los estadísticos y obstetras siendo el 34,8% (n=8) y el 28,6% (4) respectivamente. Los que tienen

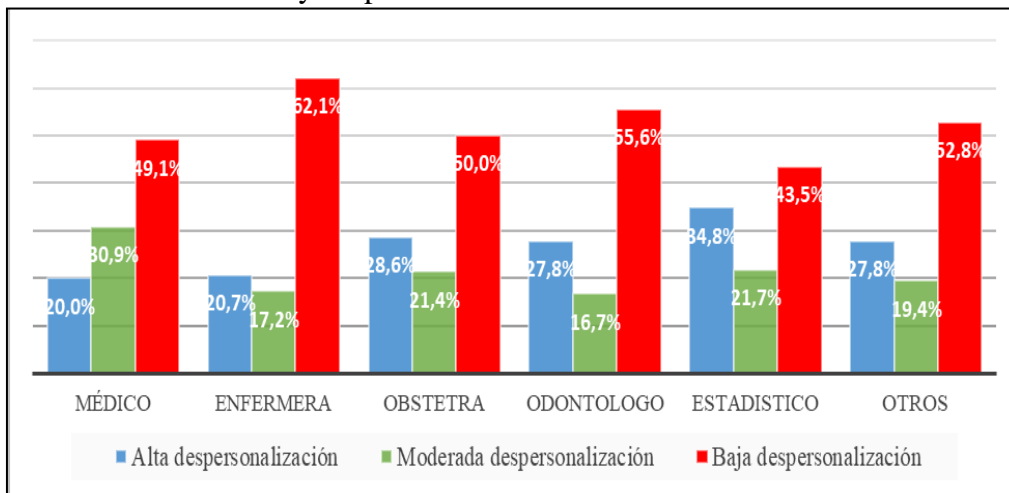
más bajos niveles de despersonalización son las enfermeras con el 62,1% (n=18) y los odontólogos con el 55,6% (n=10) (Gráfico 18).

Gráfico 17 Niveles de Burnout – despersonalización



Elaborado por: Costales, F (2020)

Gráfico 18 Profesión y despersonalización

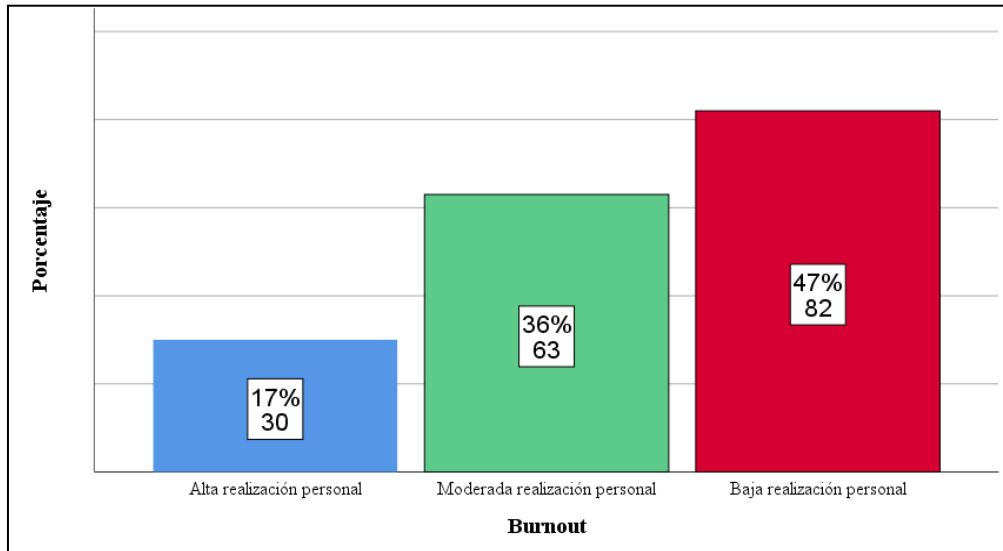


Elaborado por: Costales, F (2020)

Al medir la realización personal se encontró niveles bajos en mayor porcentaje representando el 47% (n=82), el 36% (n=63) tienen una moderada realización personal y el 17% (n=30) una alta realización personal (Gráfico 19).

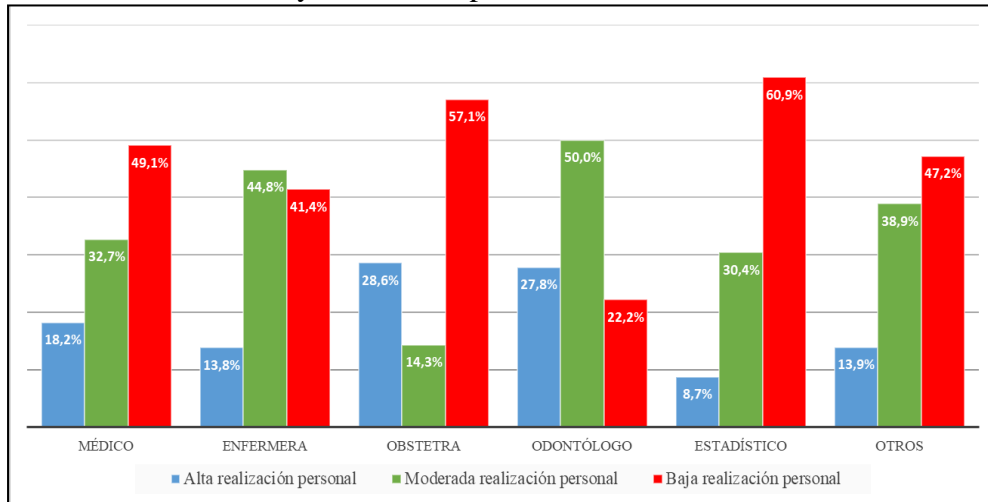
Aunque ningún grupo tiene alta realización personal se observa que el 50% (n=9) de los odontólogos presentan moderada realización personal siendo el grupo mejor realizado personalmente. Las enfermeras tienen el 44% (n=13) moderada realización personal. Entre los que tienen más baja realización personal son los estadísticos con el 60,9% (n=14) (Gráfico 20).

Gráfico 19 Niveles de burnout - realización personal



Elaborado por: Costales, F (2020)

Gráfico 20 Profesión y realización personal



Elaborado por: Costales, F (2020)

4.1.5. Análisis de la calidad de vida

Para determinar la calidad de vida se dividió en 2 componentes, el componente físico (función física, rol físico, salud general, dolor corporal) y el componente mental (función social, vitalidad, rol emocional, salud mental).

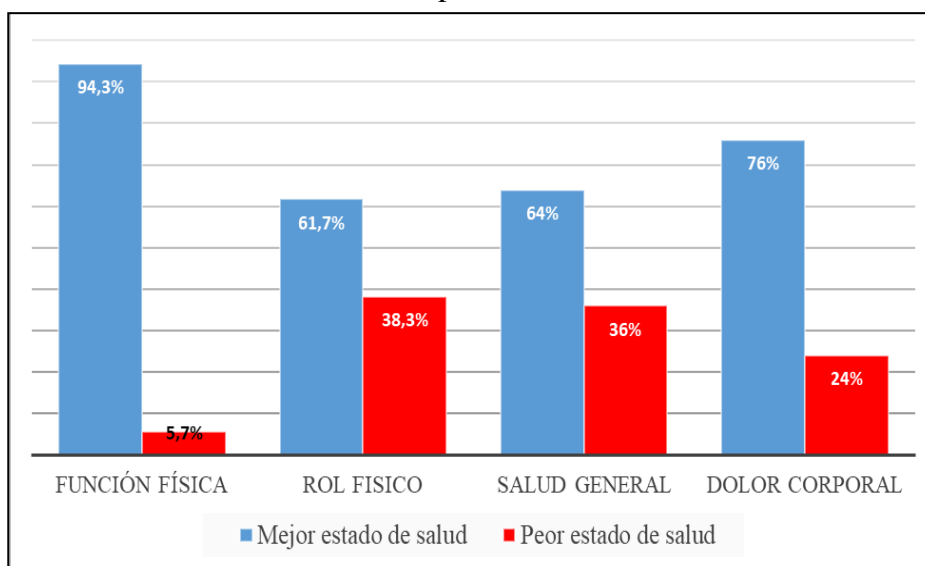
En la tabla 10 y grafico 21 sobre el componente físico se puede apreciar que no existe predominancia hacia peor estado de salud en ninguno de los 4 grupos. La función física encasilla con mejor porcentaje de mejor estado de salud con el 94,3% (n=165) mientras que la salud general y rol físico presentan un menor porcentaje de mejor estado de salud con el 64% (n=112) y el 61,7% (n=108) respectivamente.

Tabla 10 Calidad de vida - componente físico

	FUNCIÓN FÍSICA		ROL FÍSICO		SALUD GENERAL		DOLOR CORPORAL	
Mejor estado de salud	165	94,3%	108	61,7%	112	64%	133	76%
Peor estado de salud	10	5,7%	67	38,3%	63	36%	42	24%

Elaborado por: Costales, F (2020)

Gráfico 21 Calidad de vida - componente físico



Elaborado por: Costales, F (2020)

En el componente de salud mental al igual que el físico no existe predominio sobre peor estado de salud en ningún componente, siendo el que tiene mejor porcentaje para mejor estado de salud el de salud mental con un 92,6% (n=162)

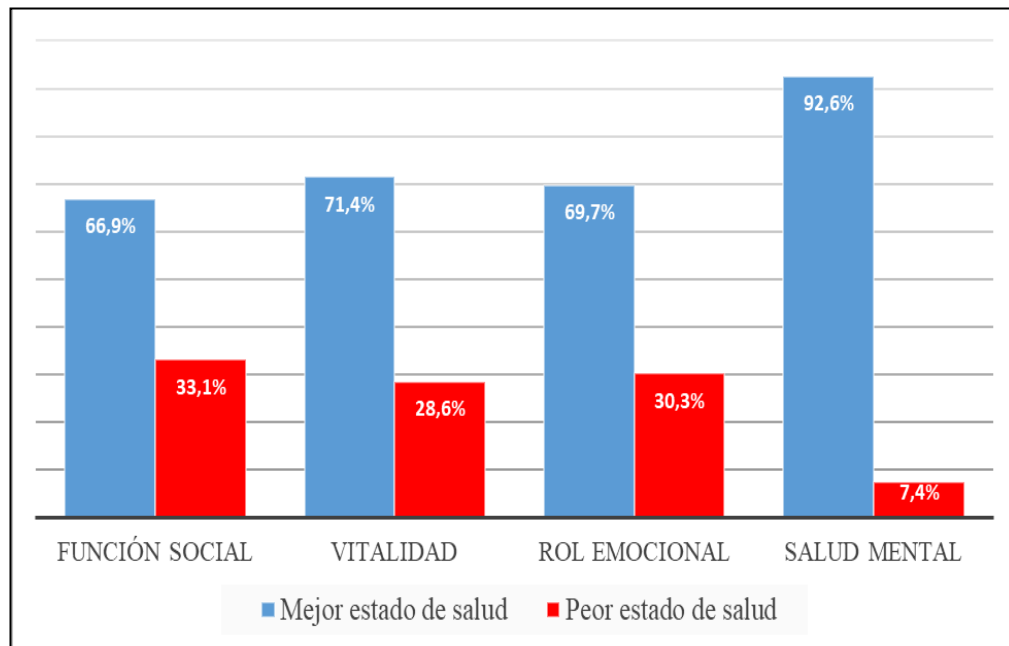
Existe porcentajes casi similares para los componentes de función social, vitalidad, rol emocional, siendo predominantes el mejor estado de salud (tabla 11) (Gráfico 22).

Tabla 11 Calidad de vida - Componente salud mental

	FUNCIÓN SOCIAL		VITALIDAD		ROL EMOCIONAL		SALUD MENTAL	
Mejor estado de salud	117	66,9%	125	71,4%	122	69,7%	162	92,6%
Peor estado de salud	58	33,1%	50	28,6%	53	30,3%	13	7,4%

Elaborado por: Costales, F (2020)

Gráfico 22 Calidad de vida - Componente salud mental



Elaborado por: Costales, F (2020)

4.1.6. Análisis de la relación de la actividad con burnout y calidad de vida.

4.1.6.1. Actividad física y burnout.

Para el análisis de la relación de la actividad física y burnout se realizó el cruce de la variable actividad física y las tres esferas del burnout (cansancio emocional, despersonalización, realización personal).

Al analizar la actividad física y el cansancio emocional se encontró una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Se evidencia que mientras mayor sea el nivel de actividad física más bajo es el cansancio emocional, siendo así que en niveles altos de actividad física se evidencia un 64% ($n=42$) de bajo cansancio emocional, un 26,2% ($n=17$) moderado cansancio emocional y un 9,2% ($n=6$) alto cansancio emocional. En actividad física moderada aún se evidencia su influencia en mantener bajo cansancio emocional con un 60,9% ($n=39$) y un aumento del alto cansancio emocional en 26,6% ($n=17$).

En la actividad física baja se evidencia un aumento evidente del alto cansancio emocional de 37% ($n=17$) y un bajo cansancio emocional de 37% ($n=17$) (Tabla 12) (Gráfico 23).

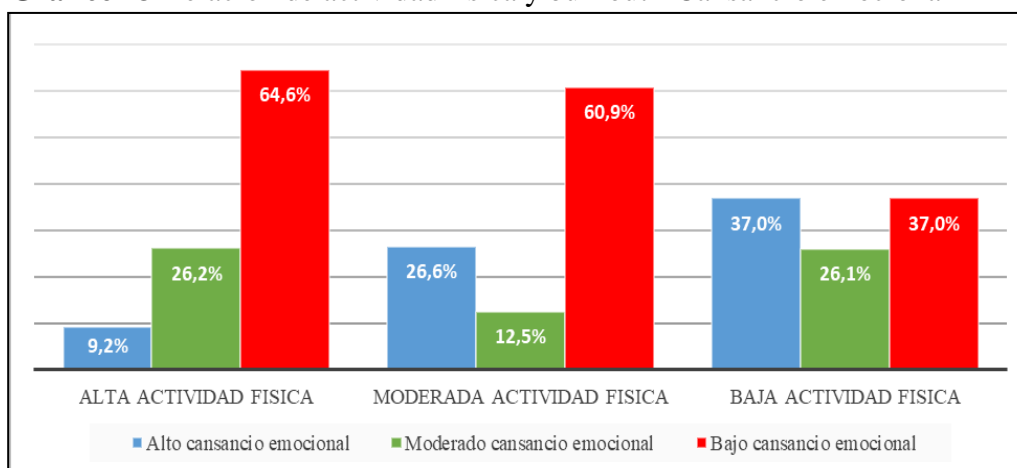
Tabla 12 Relación actividad física y Burnout (cansancio emocional)

		Burnout – cansancio emocional			Total
		Alto	Moderado	Bajo	
Alta actividad física	Recuento	6	17	42	65
	% dentro de actividad física	9,2%	26,2%	64,6%	100,0%
Moderada actividad física	Recuento	17	8	39	64
	% dentro de actividad física	26,6%	12,5%	60,9%	100,0%
Baja actividad física	Recuento	17	12	17	46
	% dentro de actividad física	37,0%	26,1%	37,0%	100,0%
Total	Recuento	40	37	98	175
	% dentro de actividad física	22,9%	21,1%	56,0%	100,0%

Chi2 : 17,3 p= ≤ 0,002

Elaborado por: Costales, F (2020)

Gráfico 23 Relación de actividad física y burnout - Cansancio emocional



Elaborado por: Costales, F (2020)

La relación entre el nivel de actividad física y la despersionalización tuvo resultados estadísticamente significativos ($p < 0,05$). Se evidencia que mientras se tiene actividad física existen niveles más altos de bajo cansancio emocional.

En la actividad física alta existe un 59,9% ($n=37$) de baja despersionalización, en la actividad física moderada un 57,8% ($n=37$) de baja despersionalización a diferencia de la baja actividad física donde predomina la alta despersionalización en un 41,3% ($n=19$) y un 37% ($n=17$) de baja despersionalización (Tabla 13) (Gráfico 24).

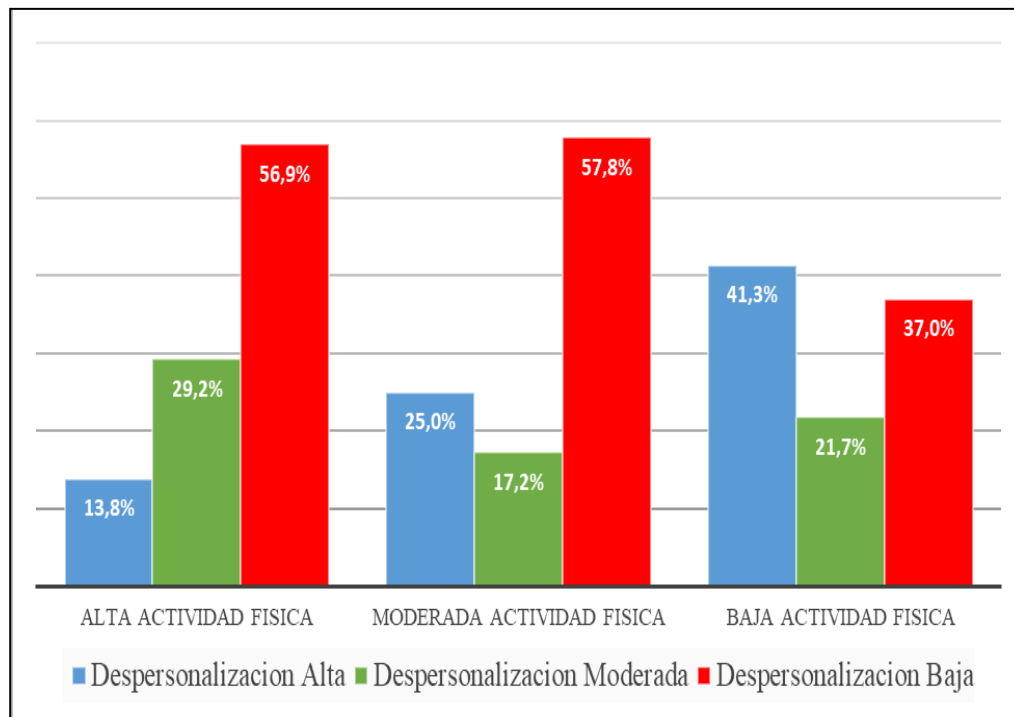
Tabla 13 Relación actividad física y Burnout (Despersionalización)

		Burnout Despersionalización			Total
		Alta	Moderada	Baja	
Alta actividad física	Recuento	9	19	37	65
	% dentro de actividad física	13,8%	29,2%	56,9%	100,0%
Moderada actividad física	Recuento	16	11	37	64
	% dentro de actividad física	25,0%	17,2%	57,8%	100,0%
Baja actividad física	Recuento	19	10	17	46
	% dentro de actividad física	41,3%	21,7%	37,0%	100,0%
Total	Recuento	44	40	91	175
	% dentro de actividad física	25,1%	22,9%	52,0%	100,0%

Chi 2: 12,8 $p \leq 0,012$

Elaborado por: Costales, F (2020)

Gráfico 24 Relación de actividad física y burnout - Despersonalización



Elaborado por: Costales, F (2020)

Al relacionar la actividad física con la realización personal se encontró que es estadísticamente significativamente ($p = < 0,05$). El realizar actividad física influye en niveles más elevados de realización personal.

Como se puede observar en la tabla 14 y gráfica 25 en actividad física alta se aprecia un 46,2% ($n=30$) de moderada realización personal y un 43,1% ($n=28$) de baja realización personal, en la actividad física moderada existe algo contradictorio se eleva el nivel de alta realización personal al 29,7% ($n=19$) y una baja realización personal en el 37,5% ($n=24$), es importante notar que en baja actividad física se disparan los niveles de baja realización personal al 65,2% ($n=30$) y tan solo el 8,7% ($n=4$) tiene alta realización personal.

Ningún grupo de actividad física refleja alta realización personal.

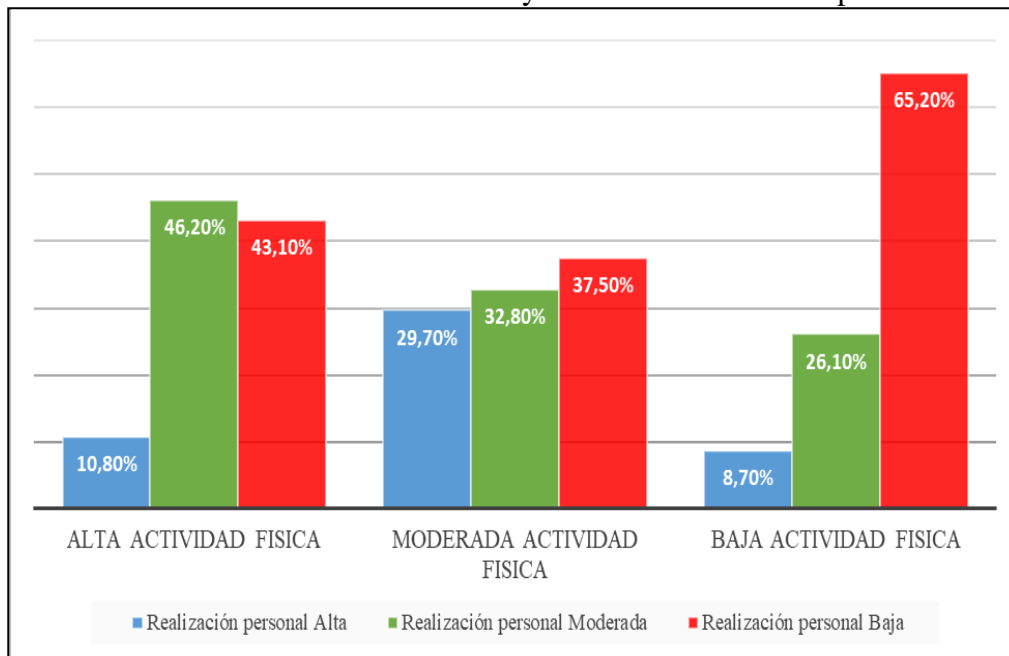
Tabla 14 Relación actividad física y Burnout (Realización personal)

		Burnout Realización personal			Total
		Alta	Moderada	Baja	
Alta actividad física	Recuento	7	30	28	65
	% dentro de actividad física	10,80%	46,20%	43,10%	100,00%
Moderada actividad física	Recuento	19	21	24	64
	% dentro de actividad física	29,70%	32,80%	37,50%	100,00%
Baja actividad física	Recuento	4	12	30	46
	% dentro de actividad física	8,70%	26,10%	65,20%	100,00%
Total	Recuento	30	63	82	175
	% dentro de actividad física	17,10%	36,00%	46,90%	100,00%

Chi 2: 17,3 p = ≤ 0,002

Elaborado por: Costales, F (2020)

Gráfico 25 Relación de actividad física y burnout – Realización personal.



Elaborado por: Costales, F (2020)

4.1.6.2. Actividad física y calidad de vida.

Al analizar la relación de la calidad de vida en su esfera función física se encontró que los resultados son estadísticamente significativos ($p = < 0,05$). En la tabla 15 y grafico 26 se evidencia que al realizar alta y moderada actividad física existe un porcentaje más elevado de mejor estado de salud siendo el 96,9% (n=63) y 96,9% (n=62) respectivamente, a diferencia de los individuos con bajo nivel de actividad física este porcentaje baja al 87% (n=40) y aumenta el peor estado de salud al 13% (n=6).

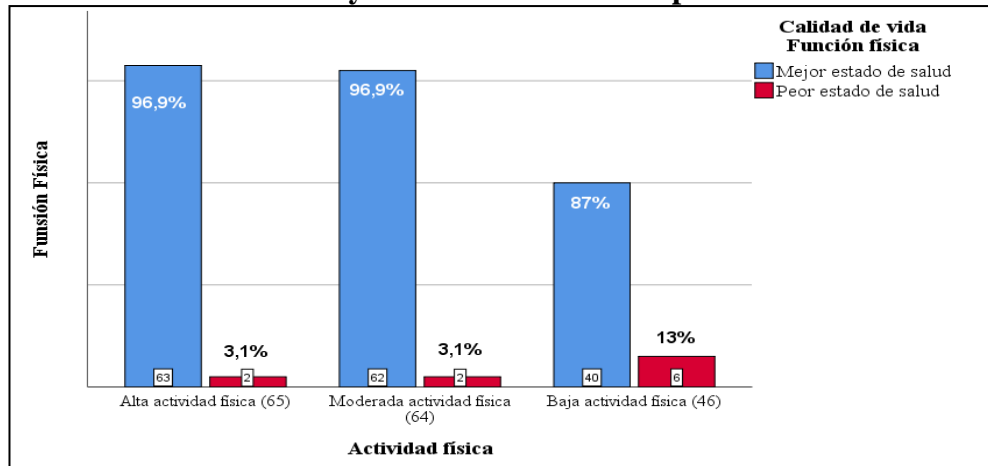
Tabla 15 Relación actividad física y Calidad de vida (función física).

		Calidad de vida – Función física		Total
		Mejor estado de salud	Peor estado de salud	
Alta actividad física	Recuento	63	2	65
	%	96,9%	3,1%	100,0%
Moderada actividad física	Recuento	62	2	64
	%	96,9%	3,1%	100,0%
Baja actividad física	Recuento	40	6	46
	%	87,0%	13,0%	100,0%
Total	Recuento	165	10	175
	%	94,3%	5,7%	100,0%

Chi 2: 6,22 $p = \leq 0,045$

Elaborado por: Costales, F (2020)

Gráfico 26 Actividad física y calidad de vida - Componente físico – Función física.



Elaborado por: Costales, F (2020)

La relación de la actividad física con la calidad de vida en el rol físico resulto estadísticamente significativa ($p = < 0,05$). Se observa que mientras exista actividad física moderada y alta hay menos porcentaje de peor estado de salud. Los individuos que realizaran alta actividad física tienen 69,2% ($n=45$) mejor estado de salud y un 30,8% ($n=20$) peor estado de salud. En la actividad física moderada aún se ve influencia sobre la calidad de vida observando un 71,9% ($n=46$) con mejor estado de salud y 28,1% ($n=18$) con peor estado de salud.

En el grupo de baja actividad física existe un notorio peor estado de salud con el 63% ($n=29$) y un 37% ($n=17$) con mejor estado de salud (Tabla 16) (Gráfico 27).

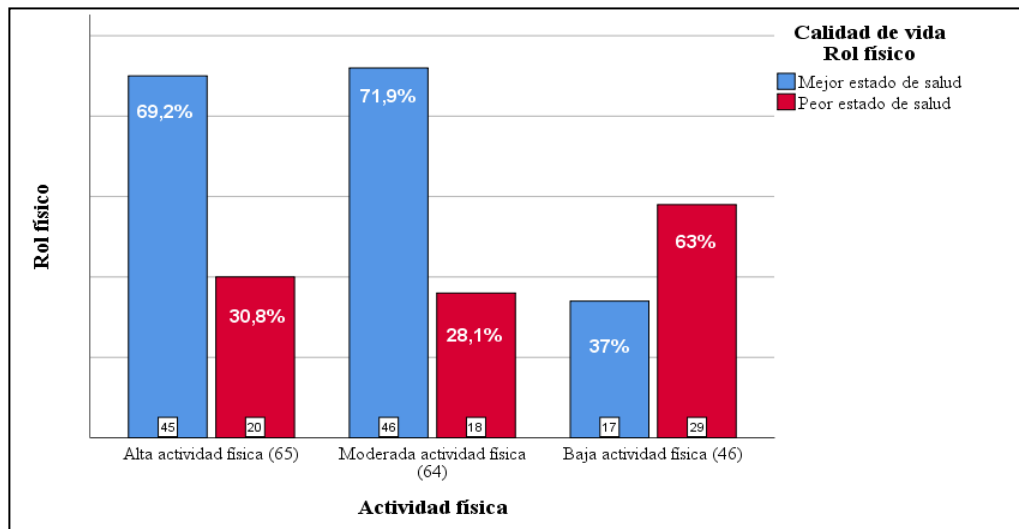
Tabla 16 Relación actividad física y Calidad de vida (Rol físico).

		Calidad de vida – Rol físico		Total
		Mejor estado de salud	Peor estado de salud	
Alta actividad física	Recuento	45	20	65
	%	69,2%	30,8%	100,0%
Moderada actividad física	Recuento	46	18	64
	%	71,9%	28,1%	100,0%
Baja actividad física	Recuento	17	29	46
	%	37,0%	63,0%	100,0%
Total	Recuento	108	67	175
	%	61,7%	38,3%	100,0%

Chi 2: 16,2 $p = \leq 0,0003$

Elaborado por: Costales, F (2020)

Gráfico 27 Relación de actividad física y calidad de vida - Componente físico – Rol físico.



Elaborado por: Costales, F (2020)

Al estudiar la relación de la actividad física y la salud general se obtuvo resultados estadísticamente significativos ($p = < 0,05$). Los individuos que realizan alta actividad física el 80% ($n=52$) presentan un mejor estado de salud, en la actividad moderada este porcentaje disminuye al 70,3% ($n=45$) y en la actividad física baja se evidencia un predominio de peor estado de salud con el 67,4% ($n=31$) y con un 32,6% ($n=15$) con mejor estado de salud.

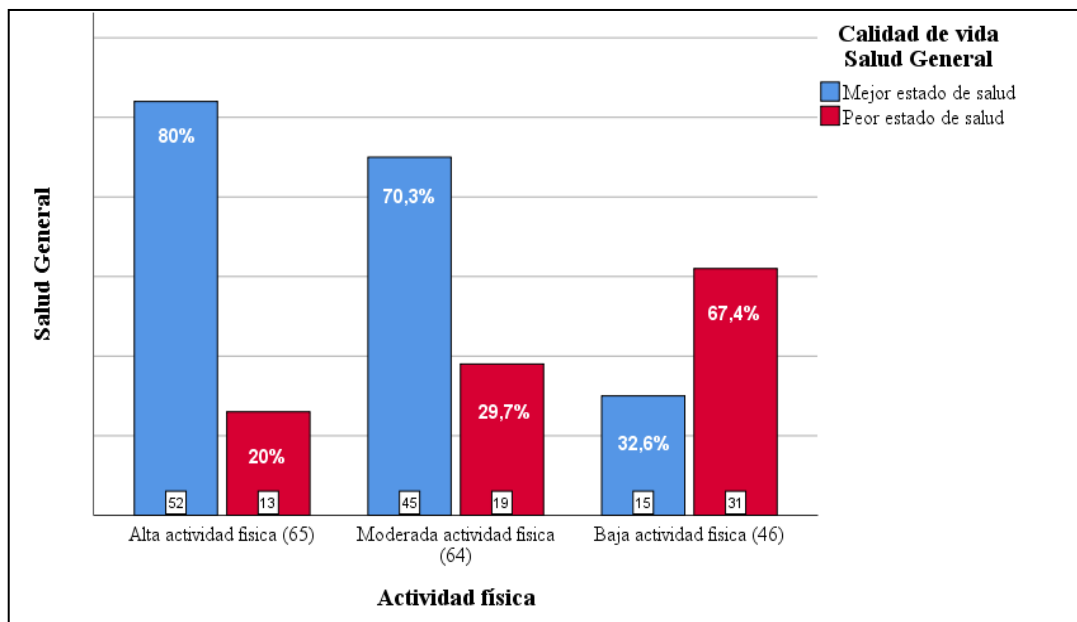
Tabla 17 Relación actividad física y Calidad de vida (Salud general).

		Calidad de vida – Salud general		Total
		Mejor estado de salud	Peor estado de salud	
Alta actividad física	Recuento	52	13	65
	%	80,0%	20,0%	100,0%
Moderada actividad física	Recuento	45	19	64
	%	70,3%	29,7%	100,0%
Baja actividad física	Recuento	15	31	46
	%	32,6%	67,4%	100,0%
Recuento		112	63	175
%		64,0%	36,0%	100,0%

Chi 2: 28 **$p = \leq 0,000008$**

Elaborado por: Costales, F (2020)

Gráfico 28 Actividad física y calidad de vida - Componente físico – Salud general.



Elaborado por: Costales, F (2020)

El análisis entre actividad física y dolor corporal resulto ser estadísticamente significativo ($p = < 0,05$), existiendo una relación a más actividad física mejor estado de salud para el dolor corporal. Como se puede evidenciar en la tabla 18 y gráfico 29 las personas que realizaron alta actividad física el 86,2% (n=56) tienen mejor estado de salud y el 13,8% (n=9) peor estado de salud, en la actividad física moderada persiste el mejor estado de salud con el 81,3% (n=52) y 18,8% (n=12) con peor estado de salud.

El grupo de baja actividad física los valores de peor estado de salud se elevan representando el 45,7% (n=21) y con un 54,3% (n=25) para mejor estado de salud (tabla 18) (gráfico 28).

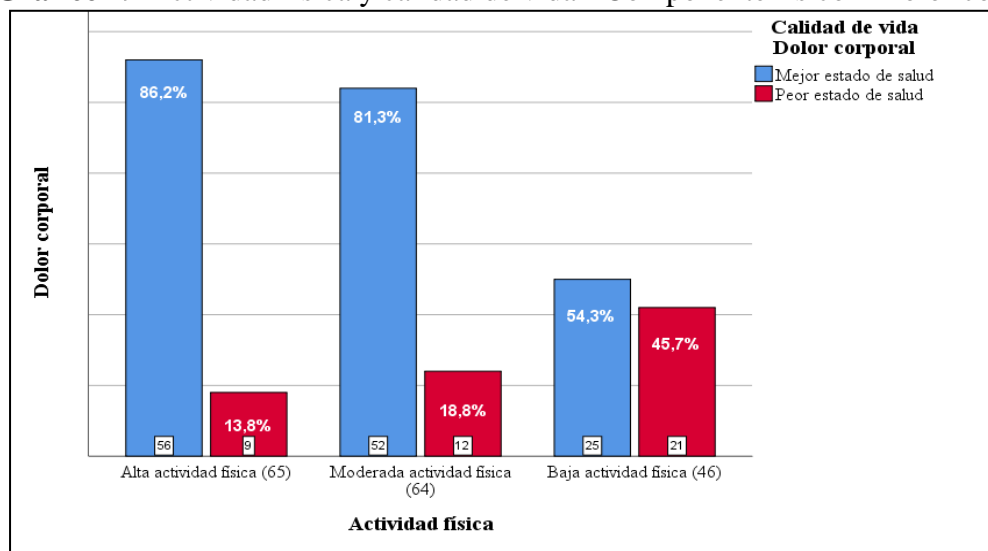
Tabla 18 Relación actividad física y Calidad de vida (Dolor corporal).

		Calidad de vida – Dolor corporal		Total
		Mejor estado de salud	Peor estado de salud	
Alta actividad física	Recuento	56	9	65
	%	86,2%	13,8%	100,0%
Moderada actividad física	Recuento	52	12	64
	%	81,3%	18,8%	100,0%
Baja actividad física	Recuento	25	21	46
	%	54,3%	45,7%	100,0%
Total	Recuento	133	42	175
	%	76,0%	24,0%	100,0%

Chi 2: 16,46 $p = \leq 0,00027$

Elaborado por: Costales, F (2020)

Gráfico 29 Actividad física y calidad de vida - Componente físico – Dolor corporal.



Elaborado por: Costales, F (2020)

También se analizó la relación de la actividad física con el componente de salud mental de la calidad de vida.

Los resultados de la relación de actividad física y función social fueron estadísticamente significativos ($p < 0,05$). Se puede observar que las personas que realizan actividad física tienen mejor función a diferencia de las que realizan baja actividad. En el grupo de alta actividad física el 76,9% ($n=50$) tienen un mejor estado de salud mientras que las personas en moderada actividad física tienen el 78,1% ($n=50$) igualmente mejor estado de salud. El grupo de baja actividad física muestra mayor nivel de peor estado de salud en el 63% ($n=29$).

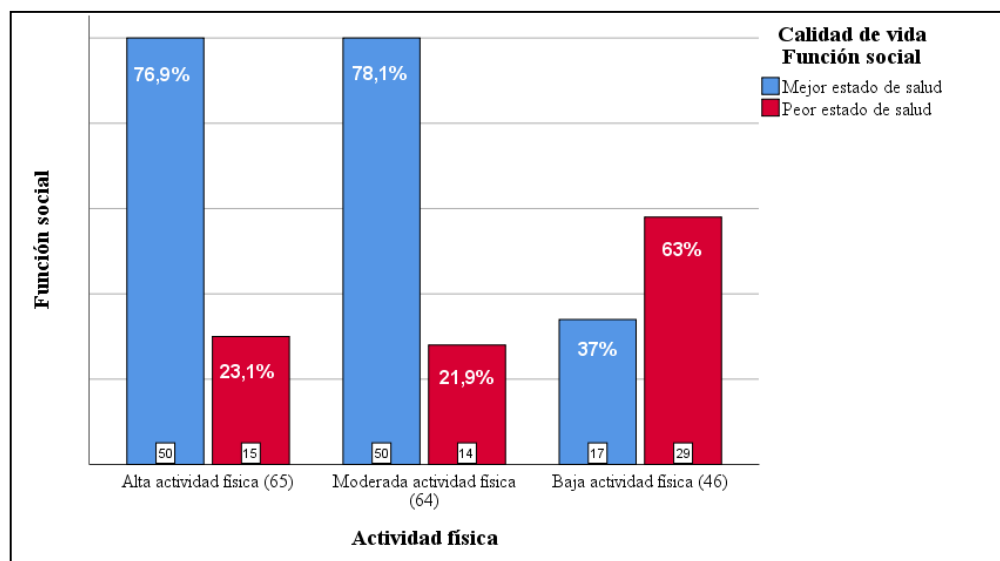
Tabla 19 Relación actividad física y Calidad de vida (Función Social).

		Calidad de vida – Función social		Total
		Mejor estado de salud	Peor estado de salud	
Alta actividad física	Recuento	50	15	65
	%	76,9%	23,1%	100,0%
Moderada actividad física	Recuento	50	14	64
	%	78,1%	21,9%	100,0%
Baja actividad física	Recuento	17	29	46
	%	37,0%	63,0%	100,0%
Total	Recuento	117	58	175
	%	66,9%	33,1%	100,0%

Chi 2: 25,19 $p = \leq 0,000003$

Elaborado por: Costales, F (2020)

Gráfico 30 Actividad física y calidad de vida - Componente salud mental–Función social.



Elaborado por: Costales, F (2020)

En cuanto al análisis de la actividad física relacionada con la vitalidad se encontró resultados estadísticamente significativos ($p = < 0,05$).

Las personas que realizan una baja actividad física se encontró un peor estado de salud en cuanto a la vitalidad con el 54,3% ($n=25$) a diferencia de las personas que realizan alta y moderada actividad física donde se evidencio un mejor estado de salud en el 83,1% ($n=54$) y 78,1% ($n=50$) respectivamente (tabla 20) (gráfico 31).

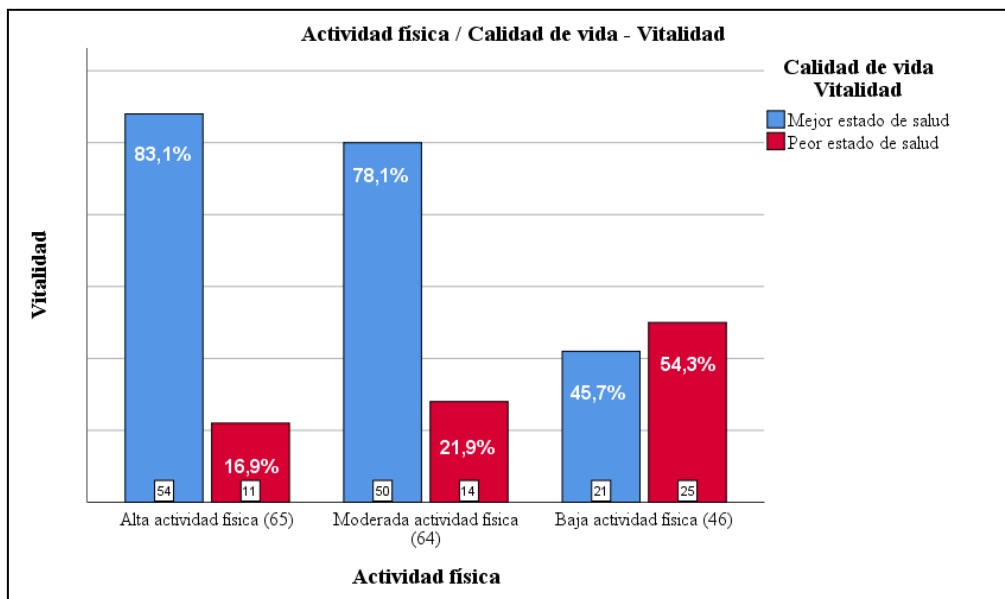
Tabla 20 Relación actividad física y Calidad de vida (Vitalidad).

		Calidad de vida – Vitalidad		
		Mejor estado de salud	Peor estado de salud	Total
Alta actividad física	Recuento	54	11	65
	%	83,1%	16,9%	100,0%
Moderada actividad física	Recuento	50	14	64
	%	78,1%	21,9%	100,0%
Baja actividad física	Recuento	21	25	46
	%	45,7%	54,3%	100,0%
Total	Recuento	125	50	175
	%	71,4%	28,6%	100,0%

Chi 2: 20,70 **p = ≤ 0,00003**

Elaborado por: Costales, F (2020)

Gráfico 31 Actividad física y calidad de vida-Componente salud mental – Vitalidad



Elaborado por: Costales, F (2020)

Al analizar la actividad física y el rol emocional se obtuvo resultados estadísticamente significativos ($p = < 0,05$). Los sujetos que realizan alta y moderada actividad física tienen un porcentaje más elevado de mejor estado de salud representado en el 82,5% ($n=53$) y 76,6% ($n=49$) respectivamente a diferencia en el grupo de baja actividad física que tienen 43,5% ($n=20$) y un 56,5% ($n=26$) para un peor estado de salud (tabla 21) (gráfico 32).

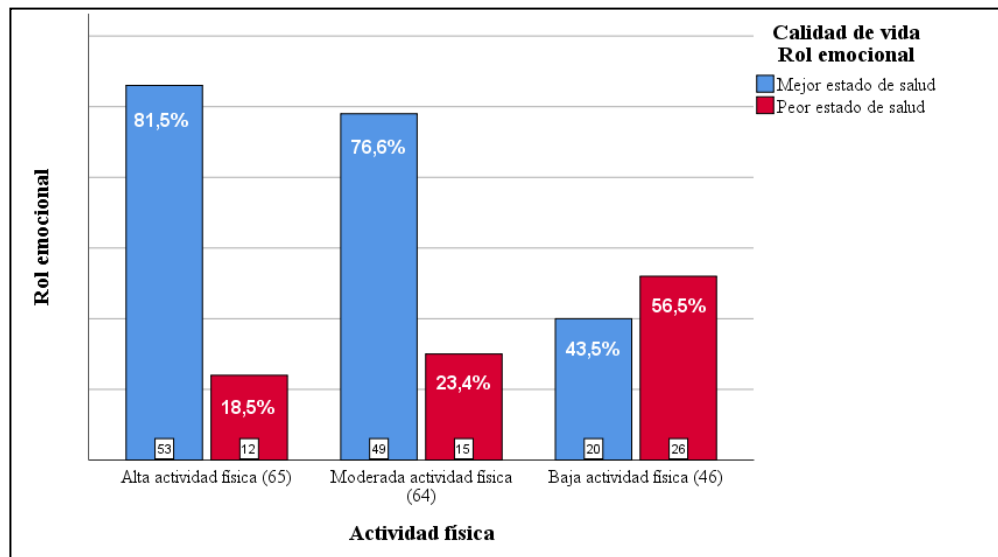
Tabla 21 Relación actividad física y Calidad de vida (Rol emocional).

		Calidad de vida – Rol emocional			
		Mejor estado de salud	Peor estado de salud	Total	
Alta actividad física	Recuento	53	12	65	
	%	81,5%	18,5%	100,0%	
Moderada actividad física	Recuento	49	15	64	
	%	76,6%	23,4%	100,0%	
Baja actividad física	Recuento	20	26	46	
	%	43,5%	56,5%	100,0%	
Total		122	53	175	
		%	69,7%	30,3%	100,0%

Chi 2: 20,7 p = ≤ 0,00003

Elaborado por: Costales, F (2020)

Gráfico 32 Actividad física y calidad de vida-Componente salud mental–Rol emocional



Elaborado por: Costales, F (2020)

Al estudiar la relación existente entre la actividad física y salud mental se encontraron resultados estadísticamente significativos ($p = < 0,05$). Los sujetos que realizan actividad física alta y moderada tienen niveles altos de mejor estado de salud en el 95,4% ($n=62$) y 96,9% ($n=62$) respectivamente a diferencia de los de baja actividad física que este valor descendió al 82,6% ($n=38$) (tabla 22) (gráfico 33).

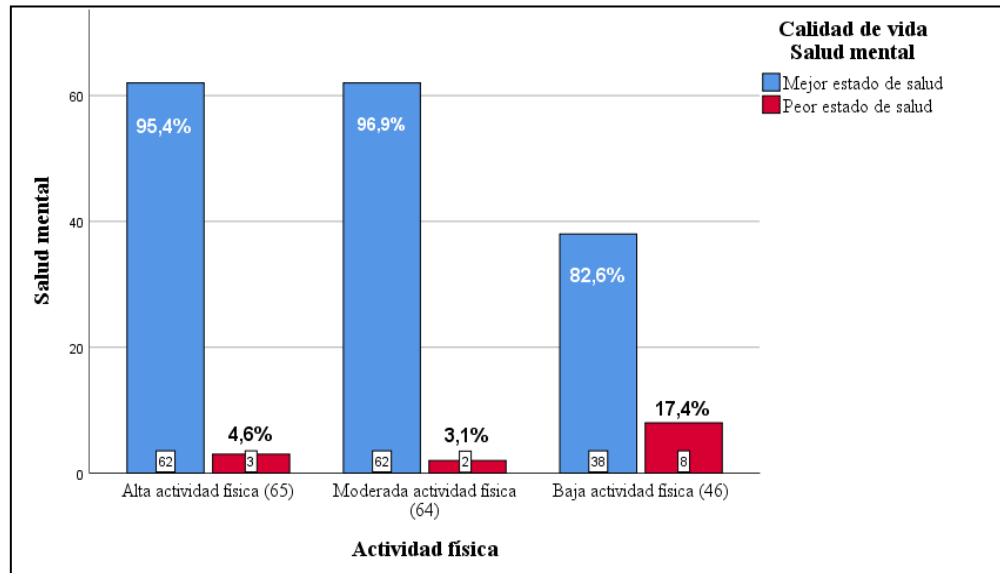
Tabla 22 Relación actividad física y Calidad de vida (Salud mental)

		Calidad de vida – Salud mental		
		Mejor estado de salud	Peor estado de salud	Total
Alta actividad física	Recuento	62	3	65
	%	95,4%	4,6%	100,0%
Moderada actividad física	Recuento	62	2	64
	%	96,9%	3,1%	100,0%
Baja actividad física	Recuento	38	8	46
	%	82,6%	17,4%	100,0%
Total	Recuento	162	13	175
	%	92,6%	7,4%	100,0%

Chi 2: 9,11 $p = \leq 0,011$

Elaborado por: Costales, F (2020)

Gráfico 33 Actividad física y calidad de vida-Componente salud mental–Salud mental.



Elaborado por: Costales, F (2020)

En cuanto al análisis de la transición de salud que es una variable que no consta en el componente físico ni de salud mental se encontró relación con la actividad física dando resultados estadísticamente significativos ($p = < 0,05$). Aunque los 3 grupos de actividad física tienen predominantemente peor estado de salud para transición de salud las personas de que realizan baja actividad física en un 82,6% ($n=38$) refiere que estar peor de salud que hace un año, a diferencia de los que realizan alta y moderada actividad física donde el 56,9% ($n=37$) y el 60,9% ($n=39$) indican que están peor que hace un año (tabla 23) (gráfico 34).

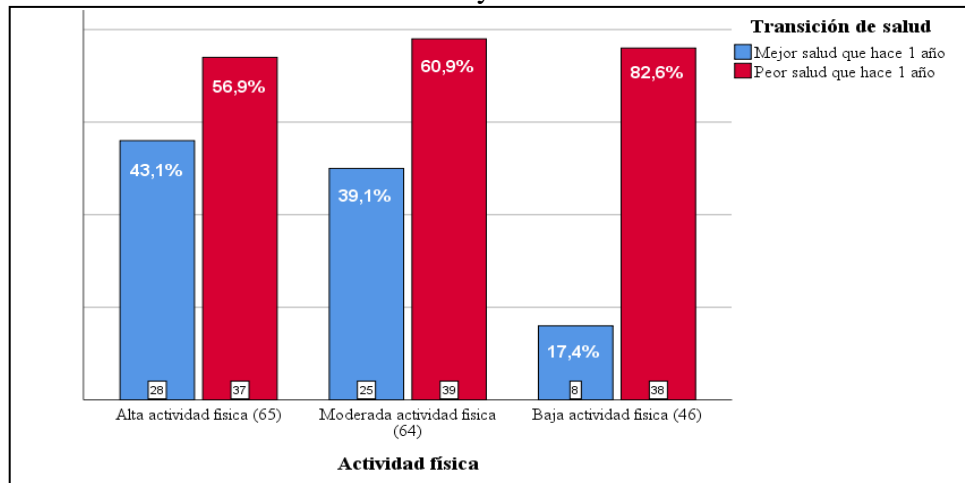
Tabla 23 Relación actividad física y Calidad de vida – transición de salud

		Transición de salud		Total
		Mejor salud que hace 1 año	Peor salud que hace 1 año	
Alta actividad física	Recuento	28	37	65
	%	43,1%	56,9%	100,0%
Moderada actividad física	Recuento	25	39	64
	%	39,1%	60,9%	100,0%
Baja actividad física	Recuento	8	38	46
	%	17,4%	82,6%	100,0%
Total	Recuento	61	114	175
	%	34,9%	65,1%	100,0%

Chi 2: 8,61 $p = \leq 0,013$

Elaborado por: Costales, F (2020)

Gráfico 34 Relación de actividad física y calidad de vida – Transición de salud.



Elaborado por: Costales, F (2020)

CAPÍTULO V

5.1 DISCUSIÓN

El presente estudio tiene el fin de analizar la relación existente entre el nivel de actividad física con el síndrome de burnout en sus tres esferas y con la calidad de vida tanto el componente físico como el de salud mental en el personal de salud del distrito de salud 2302 de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas. Considerando que el personal sanitario por su horario de trabajo, el rol que desempeñan y guardias presentarían limitado tiempo para realizar actividad física por lo que se desarrollaría conductas sedentarias siendo presa fácil para el síndrome de burnout y una baja calidad de vida.

En cuanto a la actividad física en el presente estudio se encontró mayor porcentaje de alta y moderada actividad física, en el 37,1% y 36,6% respectivamente y en menor medida baja actividad en el 26,3% en el personal de salud. En un estudio realizado en Cataluña en 544 profesionales de atención primaria de salud el 26,5% realizaba baja actividad física, 46,5% moderada y 27% alta actividad física (Molina Aragonés et al., 2016), datos que se asemejan al presente estudio.

En una publicación cerca de nuestra región en Perú se analizó el nivel de actividad física en 172 trabajadores de salud encontrando cifras contrarias a las del presente estudio, el 88% tuvieron baja actividad física, el 3% alta actividad física y el 9% moderada (Sanabria-Rojas et al., 2014).

En el presente artículo se observó en cuanto al género los hombres realizan en mayor proporción actividad física que las mujeres, datos contradictorios encontrados en el estudio de Cataluña donde las mujeres realizan en mayor proporción actividad física en el 78,1% y el 21,9% hombres (Molina Aragonés et al., 2016). El autor Sanabria en Perú encontró que tanto hombres como mujeres realizan baja actividad física en un 87% y 88% respectivamente (Sanabria-Rojas et al., 2014).

Al observar la relación de la actividad con el tipo de profesión los médicos son los que realizan en mayor proporción alta actividad física seguida de los estadísticos y los que realizan en menor medida actividad física son las enfermeras y obstetras. Datos similares describe el autor Molina donde el personal de administración y médicos ocupan el primero lugar de alta actividad física

con el 30,5% y 26,4% respectivamente, las enfermeras al igual que el presente estudio realizan más actividad moderada (Molina Aragonés et al., 2016).

Considerando que el personal sanitario está expuesto constantemente a estrés constante y varios factores que lo potencian en el presente estudio se encontró en la esfera de burnout de cansancio emocional la proporción de bajo cansancio emocional fue mayor y en menor medida el alto y moderado cansancio emocional con el 56%, 23% y 21% respectivamente siendo los médicos y estadísticos con mayor proporción de alto cansancio emocional. En la esfera de despersonalización predomina el nivel bajo estando menos despersonalizadas las enfermeras y odontólogos. En la realización personal existe mayor baja realización personal en mayor medida en estadísticos y obstetras.

En una publicación realizada en Europa a 2107 médicos se encontró alta proporción de cansancio emocional en el 41%, alta despersonalización 32% y alto agotamiento para realización personal (Soler et al., 2008). En una revisión sistemática de 19 artículos realizada en países árabes se encontró un alto agotamiento emocional en personal médico del 20-80%, despersonalización alta y realización baja (Loya Murguía et al., 2018). datos que solo se asemejan en la esfera de realización personal con el estudio presente.

En Brasil se analizó a 188 profesionales de la salud y se encontró que el 52,8% de los médicos presentaban moderado cansancio emocional, 25% alto cansancio emocional y 22,2% bajo cansancio emocional. (Zanatta & De Lucca, 2015), corroborando la mayor proporción de esta esfera de burnout en médicos. En el mismo estudio se observó moderada despersonalización tanto en médicos como en enfermeras en el 55,6% y 43,9% respectivamente.

Datos similares fueron encontrados en Colombia en trabajadores de atención primaria de salud donde existió alto cansancio emocional en el 22,6%, 12,8% en despersonalización en lo que se diferenció del presente estudio fue en el valor de realización personal donde aquí fue menor en el 16,9% (Leonardo & Montealegre, 2018).

En una tesis realizada en el distrito de salud 01D02 de la ciudad de cuenca presentan datos similares de síndrome de burnout con predominio del bajo cansancio emocional en el 55,2%, predominio de baja despersonalización en el 44% y mayor proporción de baja realización personal en el 40,8% (Aguilera Muñoz & Villamagua Arias, Norman Andrés Vintimilla

Izquierdo, 2016). Lo que nos podría reflejar condiciones similares que están expuestos los médicos en el sector público del Ecuador.

La calidad de vida medida en el presente estudio se realizó con el SF-36 dando resultados de 8 esferas en 2 componentes; el físico y salud mental. El resultado obtenido en el componente físico se observó que todos presenta un mejor estado de salud superando el 60% para cada esfera siendo el rol físico con menor proporción. En el componente de salud mental todos sus cuatro componentes presentan mejor estado de salud superando igualmente el 60%.

En un estudio griego que analizo la calidad de vida en 292 empleados de varios hospitales sus resultados fueron similares al del presente estudio, los valores obtenidos para las cuatro esferas del componente físico fueron mayor al 60%, y para el componente de salud mental de igual manera mayor al 60% sus resultados fueron estadísticamente significativos ($p = < 0,05$) (Tountas et al., 2003).

Otra publicación realizada en Nueva Zelanda a 225 enfermeras se evidencio que el puntaje para cada una de las 8 esferas de la calidad de vida es mayor a 65% con un promedio total de 81,8% demostrando mejor calidad de vida en ese grupo de profesionales en esa localidad (Budge et al., 2003). Reflejando una mejor calidad de vida que la presente investigación.

Resultados similares reporta el autor Kheiraoui el cual incluyo 324 trabajadores de la salud entre médicos, enfermeras y tecnólogos de seguridad, los resultados para las 8 esferas de la calidad de vida fue entre el 60% al 92,8% teniendo mejores resultados para salud general, función física, rol físico, dolor corporal y salud mental, pero las puntuaciones más bajas fueron para vitalidad, función social y rol emocional (Kheiraoui et al., 2012). Resultados mejor puntuados que en nuestra población en estudio.

Respecto a la relación de la actividad física y burnout existe un mayor nivel del síndrome del quemado en sus tres esferas en personas que realizan menos actividad física los cuales fueron estadísticamente significativos.

Se puede constatar que en el estudio de Alexandrova Karamanova en el que conto con 2623 profesionales de salud de hospitales de 7 ciudades Europeas se demostró que existe un mayor agotamiento emocional y despersonalización en quienes realizan menos ejercicio

concomitantemente también pueden estar asociadas otras variables como consumo de comida rápida, alcohol, uso de analgésicos. En cuanto a la realización personal los autores mencionan que esta tiene una relación débil con las variables en estudio por lo que la realización personal puede deberse al agotamiento (Alexandrova-Karamanova et al., 2016).

Goldberg determino que el menor ejercicio físico se asocia a burnout en los médicos de emergencia (Goldberg et al., 1996). En el estudio de Gorter donde se analizó 709 odontólogos holandeses se encontró que a menor ejercicio físico mayor (Gorter et al., 2000), datos similares se encontraron en el estudio realizado a 347 trabajadores de ambulancia que mostraron más desgaste laboral a menor ejercicio (Moustou et al., 2010).

En el estudio de Fernández donde participaron un total de 125 profesionales sanitarios de cuidados paliativos en España demostraron la relación que fue estadísticamente significativa ($p < 0,01$) entre el personal que realiza ejercicio físico con regularidad siendo así que el 33,7% de sujetos que no presentaron burnout realizaban ejercicio regular, el 100% de los que tenían burnout en 2 o 3 esferas no realizaban ejercicio físico (Fernández Sánchez et al., 2017), resultados que concuerdan con esta investigación.

Lamentablemente, la literatura existente sobre la relación de actividad física y calidad de vida en profesionales de salud no es amplia, los estudios que evalúa la calidad de vida han utilizado otros instrumentos genéricos de salud y nivel de actividad física por lo que no se puede hacer una comparación directa de sus hallazgos con los resultados de este estudio, por lo que se analizara con población general.

En una revisión sistemática de 14 estudios los autores mostraron una asociación consistente positiva entre la actividad física y la percepción subjetiva de la calidad de vida (Bize et al., 2007). Resultados similares registrados en esta investigación donde a baja actividad física peor calidad de vida. Wendel-Vos et al. encontró resultados que apoyan que al menos la realización de actividad física moderada ayuda positivamente la calidad de vida en la esferas de función física y salud general (Wendel-Vos et al., 2004).

CAPÍTULO VI

6.1 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1.1 CONCLUSIONES

- Los niveles de actividad física realizada en el distrito de salud 23d02 está en mayor proporción en nivel alto y moderado.
- Las profesiones que realizan en mayor proporción alta actividad física son médicos y estadísticos, siendo las enfermeras y obstetras las que realizan menos actividad física.
- Aunque existe burnout en sus tres esferas predominó en cada una de ellas el bajo cansancio emocional, baja despersonalización y baja realización personal.
- El cansancio emocional fue más evidente en médicos, la despersonalización en estadísticos y la baja realización personal en estadísticos y obstetras.
- La calidad de vida su componente físico sus 4 esferas presentan puntuaciones altas, siendo el rol físico y salud general las más bajas.
- La calidad de vida su componente de salud mental, sus 4 esferas presentan puntuaciones altas, siendo la función social la peor puntuada.
- La relación de actividad física alta y moderada se relacionó con el bajo cansancio emocional, baja despersonalización y mayor realización personal.
- La actividad física influye positivamente en la calidad de vida, siendo así que a baja actividad física se elevan los valores de peor estado de salud en las esferas del componente físico y de salud mental.

6.1.2 RECOMENDACIONES

- Es necesario implementar programas de Actividad física que fomenten la práctica de la misma en instituciones de salud pública con el fin de apoyar la salud, disminuir el grado de agotamiento laboral y mejorar calidad de vida.

- Evitar periodos prolongados de inactividad física introduciendo pausas activas en horas destinadas para la misma sin interrupción de las actividades laborales.
- Empoderar a los médicos ocupacionales para analizar la calidad de vida y burnout en los profesionales de salud públicos para tomar medidas y mediante prácticas de actividad física mejorar su condición si así lo amerita.
- Complementar con más estudios que aporten evidencia de los posibles factores causales para la inactividad física e implementar estrategias para el fortalecimiento de una población activa.

BIBLIOGRAFÍA

- Agrawal, R., & Silva, C. D. (2017). ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE IN NORMAL INDIVIDUALS USING THE SF-36 QUESTIONNAIRE. In *Int J Cur Res Rev*.
- Aguilera Muñoz, J., & Villamagua Arias, Norman Andrés Vintimilla Izquierdo, A. M. (2016). *Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal sanitario del distrito 01D02 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el año 2016*. <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/7268>
- Alacacioglu, A., Yavuzsen, T., Dirioz, M., Oztop, I., & Yilmaz, U. (2009). Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psycho-Oncology*, 18(5), 543–548. <https://doi.org/10.1002/pon.1432>
- Alarcon, G., Eschleman, K. J., & Bowling, N. A. (2009). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work and Stress*, 23(3), 244–263. <https://doi.org/10.1080/02678370903282600>
- Alexandrova-Karamanova, A., Todorova, I., Montgomery, A., Panagopoulou, E., Costa, P., Baban, A., Davas, A., Milosevic, M., & Mijakoski, D. (2016). Burnout and health behaviors in health professionals from seven European countries. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 89(7), 1059–1075. <https://doi.org/10.1007/s00420-016-1143-5>
- Alvarez, G., Alvarez, G. M., Vargas, M. G., Murillo, H. M., Vargas, M. G., Murillo, H. M., Amaya, J. R., & Amaya, J. R. (2017). El sedentarismo y la actividad física en trabajadores administrativos del sector público / Sedentary lifestyle and physical activity in administrative public sector workers. *Ciencia Unemi*, 9(21), 116–124. <https://doi.org/10.29076/issn.2528-7737vol9iss21.2016pp116-124p>
- American College of Sports Medicine., Kenney, W. L., Mahler, D. A., & González del Campo Roman, P. (n.d.). *Manual ACSM para la valoración y prescripción del ejercicio*. Editorial Paidotribo.
- American College of Sports Medicine., W. L., Kenney, W. L., Mahler, D. A., & González del Campo Roman, P. (2014). *Manual ACSM para la valoración y prescripción del ejercicio*. <https://books.google.com.ec/books?id=iGTDDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=libro+acsm&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjZ5O2P3MLnAhXv01kKHSAPBVMQ6AEIejAK#v=onepage&q=libro+acsm&f=false>
- Armando, J., Claros, V., Vélez Álvarez, C., Cuellar, C. S., Lorena, M., & Mora, A. (2011). *ACTIVIDAD FÍSICA: ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD*. 16(161), 202–218. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v16n1/v16n1a14.pdf>
- Aune, D., Norat, T., Leitzmann, M., Tonstad, S., & Vatten, L. J. (2015). Physical activity and the risk of type 2 diabetes: A systematic review and dose-response meta-analysis. *European Journal of Epidemiology*, 30(7), 529–542. <https://doi.org/10.1007/s10654-015-0056-z>

- Ayala, E., & Carnero, A. M. (2013). Determinants of Burnout in Acute and Critical Care Military Nursing Personnel: A Cross-Sectional Study from Peru. *PLoS ONE*, 8(1), e54408. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054408>
- Barbany i Cairo, J. R. (2015). *Fisiología del ejercicio físico y el entrenamiento* (p. 192).
- Beydoun, M. A., Beydoun, H. A., Gamaldo, A. A., Teel, A., Zonderman, A. B., & Wang, Y. (2014). Epidemiologic studies of modifiable factors associated with cognition and dementia: Systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-643>
- Bize, R., Johnson, J. A., & Plotnikoff, R. C. (2007). Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: A systematic review. In *Preventive Medicine* (Vol. 45, Issue 6, pp. 401–415). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2007.07.017>
- Blanco Jarava, A., Alonso Campón, E., Vizueté Calero, A., Beteta López, A., Galán Ladero, M., Almazán García, R., Marcos Sánchez, F., & Toledo Resumen, R. (2014). Revista Clínica Española. *Rev Clin Esp*, 214, 2565. <https://doi.org/10.1016/j.rceng.2015.09.004>
- Blumenthal, J. A., Smith, P. J., & Hoffman, B. M. (2012). Opinion and evidence: Is exercise a viable treatment for depression? In *ACSM's Health and Fitness Journal* (Vol. 16, Issue 4, pp. 14–21). <https://doi.org/10.1249/01.FIT.0000416000.09526.eb>
- Booth, F. W., Roberts, C. K., & Laye, M. J. (2012). Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. *Comprehensive Physiology*, 2(2), 1143–1211. <https://doi.org/10.1002/cphy.c110025>
- Booth, F. W., Roberts, C. K., Thyfault, J. P., Rueggsegger, G. N., & Toedebusch, R. G. (2017). Role of Inactivity in Chronic Diseases: Evolutionary Insight and Pathophysiological Mechanisms. *Physiological Reviews*, 97(4), 1351–1402. <https://doi.org/10.1152/physrev.00019.2016>
- Boyle, T., Keegel, T., Bull, F., Heyworth, J., & Fritschi, L. (2012). Physical activity and risks of proximal and distal colon cancers: A systematic review and meta-analysis. In *Journal of the National Cancer Institute* (Vol. 104, Issue 20, pp. 1548–1561). <https://doi.org/10.1093/jnci/djs354>
- Budge, C., Carryer, J., & Wood, S. (2003). Health correlates of autonomy, control and professional relationships in the nursing work environment. *Journal of Advanced Nursing*, 42(3), 260–268. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02615.x>
- Carlin, M., & Garcés de los Fayos, R. E. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de Psicología*, 26(1), 169–180. <http://revistas.um.es/analesps>
- Carlos Mingote Adán, J., Moreno Jiménez, B., & Gálvez Herrer, M. (2004). Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Medicina Clínica*, 123(7), 265–270. [https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(04\)74484-x](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(04)74484-x)

- Crespo-Salgado, J. J., Delgado-Martín, J. L., Blanco-Iglesias, O., & Aldecoa-Landesá, S. (2015). Guía básica de detección del sedentarismo y recomendaciones de actividad física en atención primaria. *Atencion Primaria*, 47(3), 175–183. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.09.004>
- Fernández Sánchez, J. C., Pérez Mármol, J. M., & Peralta Ramírez, M. I. (2017). [Influence of sociodemographic, occupational and life style factors on the levels of burnout in palliative care health professionals]. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 40(3), 421–431. <https://doi.org/10.23938/assn.0114>
- Goldberg, R., Boss, R. W., Chan, L., Goldberg, J., Mallon, W. K., Moradzadeh, D., Goodman, E. A., & McConkie, M. L. (1996). Burnout and its correlates in emergency physicians: Four years' experience with a wellness booth. *Academic Emergency Medicine*, 3(12), 1156–1164. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.1996.tb03379.x>
- Gonzalez, E., & Veliz, A. (2019). *Prevalencia del Síndrome Burnout en trabajadores que laboran con personas en situación de discapacidad en Puerto Montt, Chile*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7165131>
- Goodman, R. A., Posner, S. F., Huang, E. S., Parekh, A. K., & Koh, H. K. (2013). Defining and measuring chronic conditions: imperatives for research, policy, program, and practice. *Preventing Chronic Disease*, 10, E66. <https://doi.org/10.5888/pcd10.120239>
- Gorter, R. C., Eijkman, M. A. J., & Hoogstraten, J. (2000). Burnout and health among Dutch dentists. *European Journal of Oral Sciences*, 108(4), 261–267. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0722.2000.108004261.x>
- Gosseries, O., Demertzi, A., Ledoux, D., Bruno, M. A., Vanhauzenhuysse, A., Thibaut, A., Laureys, S., & Schnakers, C. (2012). Burnout in healthcare workers managing chronic patients with disorders of consciousness. *Brain Injury*, 26(12), 1493–1499. <https://doi.org/10.3109/02699052.2012.695426>
- Guyton, A. C. 1919-2003, & Hall, J. E. 1946-. (2016). *Guyton & Hall, tratado de fisiología médica*. Elsevier España.
- Huang, J.-H., Li, R.-H., Huang, S.-L., Sia, H.-K., Lee, S.-S., Wang, W.-H., & Tang, F.-C. (2010). Relationships between different types of physical activity and metabolic syndrome among Taiwanese workers. *Scientific Reports*, 7(1), 13735. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-13872-5>
- Instituto Nacional de Estadística (Spain), I., & Núñez Antón, V. A. (2008). Estadística española. In *Estadística española, ISSN 0014-1151, Vol. 50, Nº 167, 2008, págs. 147-192* (Vol. 50, Issue 167). Instituto Nacional de Estadística. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2593867>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2012). *Uso del Tiempo*. <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/uso-del-tiempo-2/>
- Kalil, M. (2004). Prevención de la hipertensión arterial: importancia de un estilo de vida

saludable. *Belo Horizonte, Brasil: Semper., Servicio de Cardiología Del Hospital.*

- Kenney, W. L., Wilmore, J. H., & Costill, D. L. (2014). *Fisiología del deporte y el ejercicio*. Editorial Médica Panamericana.
- Khamisa, N., Peltzer, K., & Oldenburg, B. (2013). Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: A systematic review. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 10, Issue 6, pp. 2214–2240). Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI). <https://doi.org/10.3390/ijerph10062214>
- Kheiraoui, F., Gualano, M. R., Mannocci, A., Boccia, A., & La Torre, G. (2012). Quality of life among healthcare workers: A multicentre cross-sectional study in Italy. *Public Health, 126*(7), 624–629. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.03.006>
- Kohl, H. W., Craig, C. L., Lambert, E. V., Inoue, S., Alkandari, J. R., Leetongin, G., Kahlmeier, S., Andersen, L. B., Bauman, A. E., Blair, S. N., Brownson, R. C., Bull, F. C., Ekelund, U., Goenka, S., Guthold, R., Hallal, P. C., Haskell, W. L., Heath, G. W., Katzmarzyk, P. T., ... Wells, J. C. (2012). The pandemic of physical inactivity: Global action for public health. In *The Lancet* (Vol. 380, Issue 9838, pp. 294–305). Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60898-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60898-8)
- Lee, I.-M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., & Katzmarzyk, P. T. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet, 380*(9838), 219–229. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61031-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61031-9)
- Leonardo, J., & Montealegre, M. (2018). *Nivel de Burnout en trabajadores de Atención Primaria en Salud y factores asociados en una localidad de Bogota D.C. Año 2016.*
- López Chicharro, J., & Fernández Vaquero, A. (2006). *Fisiología del ejercicio*. Médica Panamericana.
- Losa Iglesias, M. E., Vallejo, R. B. de B., & Fuentes, P. S. (2010). The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies, 47*(1), 30–37. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.06.014>
- Loya Murguía, K., Valdez Ramírez, J., Bacardi Gascón, M., & Jiménez Cruz, A. (2018). El síndrome de agotamiento en el sector salud de Latinoamérica: revisión sistemática. *Journal of Negative and No Positive Results: JONNPR, 3*(1), 40–48. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.2060>
- Lynch, B. M., Neilson, H. K., & Friedenreich, C. M. (2011). Physical activity and breast cancer prevention. In *Recent Results in Cancer Research* (Vol. 186, pp. 13–42). https://doi.org/10.1007/978-3-642-04231-7_2
- Manso, J. (2006). Estructura Factorial del Maslach Burnout Inventory - Version Human Services Survey - en Chile. In *Revista Interamericana de Psicología* (Vol. 40).

- Mantilla Toloza, S. C., & Gómez-Conesa, A. (2007). El Cuestionario Internacional de Actividad Física. Un instrumento adecuado en el seguimiento de la actividad física poblacional. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*, 10(1), 48–52. [https://doi.org/10.1016/S1138-6045\(07\)73665-1](https://doi.org/10.1016/S1138-6045(07)73665-1)
- Maslach, C. (2003). *Burnout: The Cost of Caring*. ISHK. <http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=Pigg1p-hJhgC&pgis=1>
- Mesa M, F. R., & Kaempffer R, A. M. (2004). 30 Años de estudio sobre ausentismo laboral en Chile: Una perspectiva por tipos de empresas. *Revista Medica de Chile*, 132(9), 1100–1108. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872004000900012>
- Ministerio del Deporte. (2012). *Actividad física de la población ecuatoriana demanda y hábitos de consumo deportivo*. 102. http://aplicativos.deporte.gob.ec/investigacion/libros/DEPORTE_EN_CIFRAS_2012.pdf
- Molina Aragonés, J. M., Sánchez San Cirilo, S., Herreros López, M., Vizcarro Sanagustín, D., & López Pérez, C. (2016). Prevalencia de actividad física en profesionales de atención primaria de Cataluña. *Semergen*, 43(5), 352–357. <https://doi.org/10.1016/j.semereg.2016.04.026>
- Moustou, I., Panagopoulou, E., Montgomery, A., & Benos, A. (2010). Burnout Predicts Health Behaviors in Ambulance Workers. *The Open Occupational Health & Safety Journal*, 2, 16–18.
- Navinés, R., Martín-Santos, R., Olivé, V., & Valdés, M. (2016). Estrés laboral: implicaciones para la salud física y mental. *Medicina Clínica*, 146(8), 359–366. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2015.11.023>
- O’Handley, J. G., Tobin, E. J., & Shah, A. R. (2016). Textbook of Family Medicine Ninth Edition. In *Textbook of Family Medicine Ninth Edition*.
- Organizacion internacional del trabajo. (2016). *Estres en el trabajo*. www.ilo.org/safeday
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Inactividad física: un problema de salud pública mundial*. WHO; World Health Organization. http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/es/
- Pilowski, L., & O’Sullivan, G. (1989). Mental illness in doctors. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 298(6669), 269–270. <https://doi.org/10.1136/bmj.298.6669.269>
- Ramón Suárez, G., Zapata Vidales, S., & Cardona-Arias, J. (n.d.). *Estrés laboral y actividad física en empleados * Occupational stress and physical activity in employees*. Retrieved November 10, 2017, from <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v10n1/v10n1a10.pdf>
- Rodríguez Vidal, Magali, & Merino Escobar, Manuel, & Castro Salas, M. (2009). *VALORACIÓN PSICOMÉTRICA DE LOS COMPONENTES FÍSICOS (CSF) Y MENTALES (CSM) DEL SF-36 EN PACIENTES INSUFICIENTES RENALES CRÓNICOS EN TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS*.

- Rothenberger, D. A. (2017). Physician Burnout and Well-Being: A Systematic Review and Framework for Action. *Diseases of the Colon and Rectum*, 60(6), 567–576. <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000000844>
- Sanabria-Rojas, H., Tarqui-Mamani, C., Portugal-Benavides, W., Pereyra-Zaldívar, H., & Mamani-Castillo, L. (2014). Nivel de actividad física en los trabajadores de una Dirección Regional de Salud de Lima, Perú. *Revista de Salud Pública*, 16(1), 53–62. <https://doi.org/10.15446/rsap.v16n1.38672>
- Sarsosa-Prowesk, K., & Charria-Ortiz, V. H. (2018). *Estrés laboral en personal asistencial de cuatro instituciones de salud nivel III de Cali, Colombia*. 20(1), 44–52. <https://doi.org/10.22267/rus.182001.108>
- Soler, J. K., Yaman, H., Esteva, M., Dobbs, F., Asenova, R. S., Katic, M., Ozvacic, Z., Desgranges, J. P., Moreau, A., Lionis, C., Kotányi, P., Carelli, F., Nowak, P. R., de Aguiar Sá Azeredo, Z., Marklund, E., Churchill, D., Ugan, M., & European General Practice Research Network Burnout Study Group. (2008). Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Family Practice*, 25(4), 245–265. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmn038>
- Tountas, Y., Demakakos, P. T. H., Yfantopoulos, Y., Aga, J., Houliara, L., & Pavi, E. (2003). The health related quality of life of the employees in the Greek hospitals: Assessing how healthy are the health workers. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-61>
- Vilagut, G., Valderas, J. M., Ferrer, M., Garin, O., López-García, E., & Alonso, J. (2008). Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: Componentes físico y mental. *Medicina Clinica*, 130(19), 726–735. <https://doi.org/10.1157/13121076>
- Ware, J. E. (1993). *How to score and interpret single-item health status measures: a manual for users of the SF health survey* (p. 220). QualityMetric Inc. ;Health Assessment Lab.
- Wendel-Vos, G. C. W., Schuit, A. J., Tijhuis, M. A. R., & Kromhout, D. (2004). Leisure time physical activity and health-related quality of life: Cross-sectional and longitudinal associations. *Quality of Life Research*, 13(3), 667–677. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000021313.51397.33>
- Wilkinson, H., Whittington, R., Perry, L., & Eames, C. (2017). Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. In *Burnout Research* (Vol. 6, pp. 18–29). Elsevier GmbH. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.06.003>
- World Health Organization. (2016). WHO | The Ottawa Charter for Health Promotion. In *WHO. World Health Organization*. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- Zanatta, A. B., & De Lucca, S. R. (2015). Prevalence of Burnout syndrome in health professionals of an onco-hematological pediatric hospital. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 49(2), 253–258. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000200010>

ANEXOS

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

[Documento de Consentimiento Informado para trabajadores de salud del distrito 23d02]

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a hombres y mujeres que laboran en el distrito de salud 23d02 administrativos y operativos los cuales acepten de forma voluntaria participar en el estudio:

[Freddy Agustín Costales Sánchez]

[Pontificia Universidad Católica del Ecuador]

[Relación entre nivel de actividad física y burnout en el impacto de la calidad de vida de los trabajadores del distrito de salud 23d02 periodo de agosto a diciembre 2019]

Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

- **Información (proporciona información sobre el estudio)**
- **Formulario de Consentimiento (para firmar si está de acuerdo en participar) Se le dará una copia del Documento completo de Consentimiento Informado,**

PARTE I: Información

Introducción

Yo soy Freddy Agustín Costales Sánchez, estudiante del posgrado de medicina del deporte de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Estoy investigando la relación entre nivel de actividad física y burnout en el impacto de la calidad de vida. Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación.

Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me detiene según le informo para aclararle sus dudas. Si tiene preguntas más tarde, puede hacerlas a mí.

Propósito

Se busca determinar la relación de la actividad física en burnout y en la calidad de vida de servidores públicos del área de la salud.

Se realizará en el distrito de salud 23D02 en la ciudad de Santo Domingo de los Colorados en el mes de agosto a diciembre.

Tipo de Intervención de Investigación

Esta investigación se hará mediante una entrevista y aplicación de tres cuestionarios cortos.

Selección de participantes

Se está invitando a hombres y mujeres que laboran en el distrito de salud 23d02 que trabajan como administrativos y operativos.

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, no influenciará en su relación laboral con la institución. Incluso, usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Procedimientos y Protocolo

A. Descripción del Proceso

La entrevista se hará una sola vez, primero se aplicará 4 cuestionarios:

- Cuestionario de actividad física (IPAQ): consta de 7 ítems para valorar su nivel de actividad física.
- Cuestionario de calidad de vida sf-36; consta de 36 ítems para determinar su nivel de calidad de vida
- Encuesta de Maslach Burnout Inventory (MBI): la que determinará su nivel de desgaste laboral en 3 esferas diferentes.

Duración

La entrevista y la aplicación de cuestionarios durarán aproximadamente 15 a 25 minutos, en un único encuentro. Al finalizar la entrevista, se finalizará la investigación.

Riesgos

Al participar en esta investigación no existen posibles riesgos relacionados con su participación en este estudio ya que se trata de la aplicación de cuestionarios y toda información recolectada es confidencial. El riesgo por pérdida de confidencialidad se minimiza por codificación.

Molestias

No hay posibilidad de molestia alguna por ser una entrevista y aplicación de cuestionarios.

Beneficios

Si usted participa en esta investigación, usted no recibirá ningún beneficio económico directo por su participación en este estudio. Su participación nos permitirá conocer la relación de la actividad física y desgaste laboral en el impacto de calidad de vida, para implementación futuras de medidas de prevención.

Incentivos

No habrá ninguna compensación por la participación en este estudio. No se le dará ningún dinero o regalos por tomar parte en esta investigación.

Confidencialidad

La información brindada por usted será secreta y confidencial. Si se publican los resultados, usted no será identificado/a personalmente. Se dará un código numérico a toda la información recopilada, esto asegurará que todos los participantes permanezcan en el anonimato. Únicamente el investigador tendrá acceso a toda la información personal del estudio. Después de que el estudio haya sido publicado, toda la información personal será destruida y solo se guardará la información codificada numéricamente.

Compartiendo los Resultados

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted si lo desea, antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información confidencial.

Derecho a negarse o retirarse

Usted no tiene por qué participar en esta investigación si no desea hacerlo y el negarse a participar no le afectará en ninguna forma su relación laboral con la institución. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que desee sin perder sus derechos servidor público.

A Quién Contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse llenado los cuestionarios. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a: [Freddy Costales Sánchez telf.: 0984043521, o al correo electrónico: freddyzaso@hotmail.com].

PARTE II: Formulario de Consentimiento

He sido invitado a participar en la investigación de Relación entre nivel de actividad física y burnout en el impacto de la calidad de vida de los trabajadores del distrito de salud 23d02 periodo de agosto a diciembre 2019, mediante una entrevista única y aplicación de cuestionarios. He sido informado de que no hay algún mínimo riesgo. Sé que no se me recompensará de manera económica alguna. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. CONSIENTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre de Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año _____

SI ES ANALFABETO

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____

Y Huella dactilar del participante



Firma del testigo _____

Fecha Día/mes/año _____

RECHAZO O REVOCACIÓN DE INTERVENCIÓN

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. NO AUTORIZO PARTICIPAR en esta investigación como participante

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año _____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha Día/mes/año _____

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado _____ (iniciales del investigador/asistente)

Anexo 2

CARGO: _____

EDAD: _____

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS.

3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA. 5= POCAS VECES A LA SEMANA.

6= TODOS LOS DÍAS.

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDAD FÍSICA (IPAQ)

Estamos interesados en saber acerca de la clase de actividad física que la gente hace como parte de su vida diaria. Las preguntas se referirán acerca del tiempo que usted utilizó siendo físicamente activo(a) en los **últimos 7 días**. Por favor responda cada pregunta aún si usted no se considera una persona activa. Por favor piense en aquellas actividades que usted hace como parte del trabajo, en el jardín y en la casa, para ir de un sitio a otro, y en su tiempo libre de descanso, ejercicio o deporte.

Piense acerca de todas aquellas actividades **vigorosas** que usted realizó en los **últimos 7 días**. Actividades **vigorosas** son las que requieren un esfuerzo físico fuerte y le hacen respirar mucho más fuerte que lo normal. Piense solamente en esas actividades que usted hizo por lo menos 10 minutos continuos.

1. Durante los **últimos 7 días**, ¿Cuántos días realizó usted actividades físicas vigorosas como levantar objetos pesados, excavar, aeróbicos, o pedalear rápido en bicicleta?

_____ Días por semana

Ninguna actividad física vigorosa

Pase a la pregunta 3

2. ¿Cuánto tiempo en total usualmente le tomó realizar actividades físicas vigorosas en uno de esos días que las realizó?

_____ Horas por día

_____ Minutos por día

No sabe/No está seguro(a)

Piense acerca de todas aquellas actividades **MODERADAS** que usted realizo en los **últimos 7 días** Actividades **moderadas** son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado y le hace respirar algo más fuerte que lo normal. Piense solamente en esas actividades que usted hizo por lo menos 10 minutos continuos.

3. Durante los **últimos 7 días**, ¿Cuántos días hizo usted actividades físicas **moderadas** tal como cargar objetos livianos, pedalear en bicicleta a paso regular, o jugar dobles de tenis? No incluya caminatas.

_____ **Días por semana**

Ninguna actividad física moderada **Pase a la pregunta 5**

4. Usualmente, ¿Cuánto tiempo dedica usted en uno de esos días haciendo actividades físicas moderadas?

_____ Horas por día

_____ Minutos por día

No sabe/No está seguro(a)

Piense acerca del tiempo que usted dedicó a caminar en los **últimos 7 días**. Esto incluye trabajo en la casa, caminatas para ir de un sitio a otro, o cualquier otra caminata que usted hizo únicamente por recreación, deporte, ejercicio, o placer.

5. Durante los últimos 7 días, ¿Cuántos días caminó usted por al menos 10 minutos continuos?

_____ **Días por semana**

No caminó

Pase a la pregunta 7

6. Usualmente, ¿Cuánto tiempo gastó usted en uno de esos días caminando?

_____ Horas por día

_____ Minutos por día

No sabe/No está seguro(a)

La última pregunta se refiere al tiempo que usted permaneció **sentado(a)** en la semana en los **últimos 7 días**. Incluya el tiempo sentado(a) en el trabajo, la casa, estudiando, y en su tiempo libre. Esto puede incluir tiempo sentado(a) en un escritorio, visitando amigos(as), leyendo o permanecer sentado(a) o acostado(a) mirando televisión.

7. Durante los últimos 7 días, ¿Cuánto tiempo permaneció sentado(a) en un día en la semana?

_____ Horas por día

_____ Minutos por día

No sabe/No está seguro(a)

Su salud y bienestar

Esta encuesta le pide sus opiniones acerca de su salud. Esta información permitirá saber cómo se siente y qué tan bien puede hacer usted sus actividades normales. *¡Gracias por contestar estas preguntas!*

Para cada una de las siguientes preguntas, por favor marque con una la casilla que mejor describa su respuesta.

1. En general, diría que su salud es:

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Comparando su salud con la de hace un año, ¿cómo la calificaría en general ahora?

Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual ahora que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día típico. ¿Su estado de salud actual le limita para hacer estas actividades? Si es



Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
▼	▼	▼

- | | | | | |
|---|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a | <u>Actividades vigorosas</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes fuertes | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| b | <u>Actividades moderadas</u> , tales como mover una mesa, barrer, jugar al billar o al golf o trabajar en el jardín.. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| c | Levantar o cargar las compras del mercado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| d | Subir <u>varios</u> pisos por las gradas | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| e | Subir <u>un</u> piso por las gradas | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| f | Doblarse, arrodillarse o agacharse..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| g | Caminar <u>más de un kilómetro</u> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| h | Caminar <u>varias cuadras (varios cientos de metros)</u> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| i | Caminar <u>una cuadra (unos cien metros)</u> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| j | Bañarse o vestirse | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
- así, ¿cuánto?



4. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de su salud física?



Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼

- a. Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades 1 2 3 4 5
- b. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado 1 2 3 4 5
- c. Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades 1 2 3 4 5
- d. Ha tenido dificultades en realizar el trabajo u otras actividades (por ejemplo, le ha costado más esfuerzo)..... 1 2 3 4 5



5. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido/a o nervioso/a)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a. Ha reducido el <u>tiempo</u> que dedicaba al trabajo u otras actividades	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Ha logrado hacer <u>menos</u> de lo que le hubiera gustado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Ha hecho el trabajo u otras actividades <u>con menos</u> cuidado de lo usual	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Durante las últimas 4 semanas, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

Nada	Ligeramente	Mediana-mente	Mucho	Muchísimo
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante las últimas 4 semanas?

Ningún dolor	Muy poco	Poco	Moderad o	Fuerte	Muy fuerte
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?

Nada	Un poco	Mediana- mente	Mucho	Muchísimo
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Estas preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. Para cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerque a la manera cómo se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a se ha sentido lleno/a de vida?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
b se ha sentido muy nervioso/a?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
c se ha sentido tan decaído/a de ánimo que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
d se ha sentido tranquilo/a y calmado/a?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
e ha tenido mucha energía?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
f se ha sentido desanimado/a y deprimido/a?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
g se ha sentido agotado/a?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
h se ha sentido feliz?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
i se ha sentido cansado/a?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5

10. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. ¿Qué tan **CIERTA** o **FALSA** es cada una de las siguientes frases para usted?



Completamente cierta	Bastante cierta	No sé	Bastante falsa	Completamente falsa
▼	▼	▼	▼	▼

- a. Parece que yo me enfermo un poco más fácilmente que otra gente..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- b. Tengo tan buena salud como cualquiera que conozco 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- c. Creo que mi salud va a empeorar..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- d. Mi salud es excelente..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

□

Anexo 5. Fotos

Realización de encuestas a personal sanitario.

PERSONAL DE SALA DE PARTO Y EMERGENCIA.



PERSONAL ADMINISTRATIVO



PERSONAL DE CONSULTA EXTERNA



PERSONAL DE AREA DE VACUNACIÓN

