



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE  
SAN NICOLÁS DE HIDALGO**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS “DR. IGNACIO CHÁVEZ”

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 80

**ASOCIACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y LA FUNCIONALIDAD  
FAMILIAR DEL PERSONAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 80  
Y SUS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

**TESIS**

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:  
**DULCE CITLALLI CHÁVEZ SÁNCHEZ**

**DIRECTOR DE TESIS:** DRA. PAULA CHACÓN VALLADARES. UMF NO. 80

ASESOR ESTADÍSTICO: MATEM. CARLOS GÓMEZ ALONSO COORDINADOR  
ANALISTA “A”

**MORELIA, MICHOACÁN; MÉXICO. FEBRERO DE 2017.**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 80



**Dr. Juan Gabriel Paredes Saralegui**

Coordinador de Planeación y Enlace Institucional

**Dr. Cleto Álvarez Aguilar**

Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud

**Dra. Wendy Lea Chacón Pizano**

Coordinador Auxiliar Médico de Educación en Salud

**Dr. Sergio Martínez Jiménez**

Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 80

**Dr. Gerardo Muñoz Cortés**

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

**Dra. Paula Chacón Valladares**

Profesora Titular de la Residencia de Medicina Familiar

**Dr. Jorge Lenin Pérez Molina**

Profesor Adjunto de la Residencia de Medicina Familiar

**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE  
SAN NICOLAS DE HIDALGO  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**Dr. Daniel Feliciano Zalapa Martínez**

Jefe de la División de Posgrado

Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas "Dr. Ignacio Chávez".

**Dr. Alain Raimundo Rodríguez Orozco**

Coordinador de la Especialidad de Medicina Familiar

Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas "Dr. Ignacio Chávez".

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Dra. Paula por brindar su apoyo y asesorarme de manera académica, así como también por participar en conjunto con una servidora para la elaboración de este proyecto. Su paciencia y los conocimientos transmitidos son dos de las grandes virtudes con las que cuenta y le estaré muy agradecida por tenderme su mano en el momento que lo solicite.

A cada uno de los doctores que en el día a día de mi formación en esta residencia, me transmitieron las enseñanzas, la experiencia y los conocimientos sin recibir nada a cambio más que la satisfacción de haber participado en la formación de un especialista, por todo ello les estoy muy agradecida y no los defraudaré y continuaré transmitiendo esos conocimientos que ellos depositaron en mí.

A los directivos de la Unidad de Medicina Familiar No. 80 por su disponibilidad, apoyo y enseñanza, sin ellos mi paso por la Residencia no habría tenido las oportunidades y accesibilidad que ellos proporcionaron, por ello les estoy muy agradecida.

## **DEDICATORIA**

A Dios por darme salud, bienestar y la fuerza para emprender mi carrera académica, que me ha llevado a estar en este lugar, por poner en mi camino a las personas adecuadas y precisas para acompañarme y hacer más fácil este andar. Por dejarme ver en cada uno de los que me han apoyado la esencia de ser los mejores seres humanos.

A mi madre por darme todo su amor y estar a mi lado cuando más necesitaba de ella, por darme la oportunidad de tener una profesión ya que sin su apoyo no lo habría logrado.

A mis hermanos Oscar, Diana y Janeth por entenderme en los momentos más difíciles, y por qué gracias a su compañía y a sus alegrías lograron contagiarme de esa vitalidad y me daban la impulso para continuar en mi camino.

A mi novio Axel, quien ha estado en todo momento a mi lado, quien con su apoyo y comprensión ha sido un pilar en mi carrera y en mi vida, su amor incondicional y su gran fortaleza me ha dado la energía y la fuerza para vencer todos aquellos obstáculos que se me han presentado, y es que sin él y sus palabras de aliento mi residencia no habría sido lo que fue, gracias Axel por todo.

## ÍNDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
ABREVIATURAS.....	3
GLOSARIO.....	4
RELACIÓN DE FIGURAS Y TABLAS.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
MARCO TEÓRICO.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
JUSTIFICACIÓN.....	16
HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	18
MATERIAL Y MÉTODOS.....	19
RESULTADOS.....	34
DISCUSIÓN.....	47
CONCLUSIONES.....	50
PERSPECTIVAS.....	51
RECOMENDACIONES.....	52
BIBLIOGRAFÍA.....	53
ANEXOS.....	56

## RESUMEN

### ASOCIACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DEL PERSONAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 80 Y SUS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Chávez Sánchez DC, UMF No 80, Chacón Valladares P, UMF No 80, Gómez Alonso C.

Coordinador Analista "A" CIBIMI IMSS

**INTRODUCCIÓN:** El Síndrome de Burnout hace referencia a un tipo de estrés laboral generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas. Este Síndrome puede llevar al trabajador a dar una pobre calidad de la atención. Funcionalidad Familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar, que dependerá del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible. **OBJETIVO:** Analizar la asociación de Síndrome de Burnout y la Funcionalidad Familiar del personal en la Unidad de Medicina Familiar No. 80. **METODOLOGÍA:** Estudio prospectivo, observacional y transversal. Se realizó en personal de la UMF 80, en diferentes categorías y de ambos turnos. Previa autorización y firma de consentimiento informado, se realizó el test de Maslach Burnout Inventory para detección de Síndrome de Burnout, el cuestionario FF-SIL para medir funcionalidad familiar, el cuestionario de Graffar-Méndez Castellanos para clasificar el estrato socioeconómico de la familia y se aplicó un test temático para conocer las diferentes características sociodemográficas. Se utilizó prueba estadística  $\chi^2$  para la asociación de variables, con una significancia estadística de  $p < 0.05$ . **RESULTADOS:** Se incluyeron 150 trabajadores, 48 hombres y 102 mujeres, se encontró Síndrome de Burnout en el 13.3% de la población predominando nivel bajo, y la asociación entre el Síndrome de Burnout y la dinámica familiar, fue familia disfuncional con Síndrome Burnout Medio ( $p=0.000$ ). Tener nivel licenciatura, asistente y el estrato medio bajo se asociaron con mayor grado de disfunción familiar con significancia estadística  $p=0.002$ ,  $p=0.001$ ,  $p=0.004$  respectivamente. **CONCLUSIONES:** Se encontró que a mayor disfuncionalidad familiar mayor será el grado de Síndrome de Burnout.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, funcionalidad familiar, instrumento Maslach Burnout Inventory, cuestionario FF-SIL

## **ABSTRACT**

### **ASSOCIATION OF BURNOUT SYNDROME AND PERSONNEL FAMILY FUNCTIONALITY IN FAMILY MEDICINE UNIT NO. 80 AND ITS SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS**

Chávez Sánchez DC, UMF No 80, Chacón Valladares P, UMF No 80, Gómez Alonso C.

Coordinator Analyst "A" CIBIMI IMSS

**INTRODUCTION:** Burnout Syndrome refers to a type of work stress generated in professionals who maintain a constant and direct relationship with other people. This syndrome can lead the worker to give poor quality of care. Family Functionality is the ability of the system to face and overcome each of the stages of the life cycle and critical events that may occur, which will depend on the proper management of the available social and family support network. **OBJECTIVE:** To analyze the Burnout Syndrome association and the Family Functionality of the staff in the family medicine unit No. 80. **METHODOLOGY:** Prospective, observational and transversal study. It was performed in personnel of the UMF 80, in different categories and both shifts. The Maslach Burnout Inventory for the detection of Burnout syndrome, the FF-SIL questionnaire to measure family functionality, and the Graffar-Méndez Castellanos questionnaire were used to classify the socioeconomic stratum of the family. Applied a thematic test to know the different sociodemographic characteristics. Statistical analysis was used Chi<sup>2</sup> pR 1 association of variables, with a statistical significance of  $p < 0.05$ . **RESULTS:** A total of 150 workers, 48 men and 102 women were included. Burnout Syndrome was found in 13.3% of the population, and the association between Burnout Syndrome and family dynamics was dysfunctional with Syndrome Burnout Medium ( $p = 0.000$ ). Levels of undergraduate, secondary and lower middle stratum were associated with higher degree of family dysfunction with statistical significance  $p = 0.002$ ,  $p = 0.001$ ,  $p = 0.004$  respectively. **CONCLUSIONS:** It was found that the higher the family dysfunction, the greater the degree of Burnout Syndrome.

**Key words:** Burnout syndrome, family functionality, Maslach Burnout Inventory, FF-SIL questionnaire.

## **ABREVIATURAS**

AE: Agotamiento emocional

D: Despersonalización

FF: Funcionalidad Familiar

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

OMS: Organización Mundial de la Salud.

RP: Realización personal

SB: Síndrome de Burnout

UMF: Unidad de Medicina Familiar

## GLOSARIO

**Síndrome:** Conjunto de signos y síntomas que se presentan juntos y son característicos de una enfermedad o de un cuadro patológico determinado.

**Síndrome de Burnout:** Freudenberg en 1974, lo definió como un estado de fatiga que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esfuerzo esperado.

**Funcionalidad Familiar:** se puede definir como es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar, que dependerá del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible

**Agotamiento emocional:** Estado de distanciamiento emocional cognitivo en sus actividades diarias, con la consecuente incapacidad de responder adecuadamente a las demandas de servicio.

**Despersonalización:** caracterizada por indiferencia y actitudes cínicas hacia las responsabilidades o hacia las personas que demandan la atención de quien lo padece.

**Realización personal:** el resultado del agotamiento emocional y de la despersonalización.

## RELACION DE FIGURAS Y TABLAS

TABLA I	Descripción sociodemográfica de la población.....	35
TABLA II	Fiabilidad del Instrumento de Síndrome de Burnout (Maslach Burnout Inventory).....	37
TABLA III	Fiabilidad del Instrumento de Dinámica Familiar (FF-SIL).....	37
TABLA IV	Grado de Funcionalidad Familiar y Variables Sociodemográficas.....	38
TABLA V	Presencia del Grado de Sx de Burnout en los trabajadores de UMF N°80, por categoría.....	43
TABLA VI	Asociación de las Dominios de FF-SIL y Agotamiento Emocional.....	44
TABLA VII	Asociación de las Dominios de FF-SIL y Despersonalización.....	45
TABLA VIII	Asociación de Realización Personal y los Dominios del FF-SIL.....	46
TABLA IX	Asociación del nivel de Síndrome de Burnout y la Funcionalidad Familiar .....	47
FIGURA 1	Frecuencia de agotamiento emocional.....	40
FIGURA 2	Nivel de despersonalización.....	41
FIGURA 3	Nivel de realización personal.....	42

## INTRODUCCIÓN

El Sx de Burnout se caracteriza por ser un síndrome de desgaste emocional laboral, que es de suma importancia diferenciarlo de la Depresión clínica que involucra otras áreas. Para determinar el grado del padecimiento se elaboró por Maslach y Jackson un cuestionario donde se mide el nivel de Agotamiento emocional, la Despersonalización y la Insatisfacción personal. La presencia de este síndrome está condicionada por la falta de mecanismos compensatorios ante situaciones de estrés laboral sostenidos.

Se han realizado múltiples estudios alrededor del mundo donde se ha observado que el personal mayormente afectado por este Síndrome son aquellos que se encuentran en contacto directo con personas.

Según los estudios realizados se ha determinado que México ocupa el segundo lugar a nivel mundial en prevalencia de esta enfermedad encontrándose solo por detrás de China, quien encabeza la lista.

En Julio de 2014 se publicó que 40% del total de trabajadores en el País padecían de Sx de Burnout, y los factores desencadenantes que más se han relacionado son: la carga excesiva de trabajo en un tiempo insuficiente para realizarlo, falta de respaldo por parte de los superiores, inexistencia de retroalimentación positiva, percepción de inequidad, incompatibilidad de los valores personales con los de la empresa, falta de autonomía. Y aun cuando se sabe que el estrés es parte de la vida laboral de un profesionista, estar sometidos a sostenidas situaciones de éste provoca alteraciones fisiológicas que repercuten en el estado de salud y por lo tanto en la productividad laboral de quien lo padece.

Algunos de los investigadores del Sx de Burnout consideran que existen ciertas características personales que favorecen la aparición del Síndrome, tal como Gil Monte en 2002, encontraron que los factores asociados eran insatisfacción marital, pobres relaciones familiares, falta de actividades recreativas y supresión de la actividad física, junto con insatisfacción permanente y sobrecarga en la agenda laboral.

La funcionalidad familiar se puede definir como la dinámica relacional sistemática que se da a través de: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad.

## MARCO TEÓRICO

### DEFINICIÓN

La palabra burnout significa estar desgastado, exhausto y perder la ilusión por el trabajo. El Síndrome de Burnout se define como el conjunto de signos y síntomas derivados de un proceso progresivo y gradual a estresores negativos presentes en el área laboral que desgasta, agota, fatiga, deshumaniza y despersonaliza y hace que el individuo se sienta fracasado. Dichos estresores están relacionados al inadecuado ambiente físico de trabajo, a la dificultad entre las relaciones interpersonales, a la toma de decisiones, al propio puesto de trabajo, al tipo de profesión, al desarrollo de la carrera, a la tecnología moderna, a la falta o inadecuado apoyo social, entre otros. <sup>1</sup>

Síndrome psicológico debido a un estresor interpersonal, que ocurre dentro del contexto laboral, caracterizado por presentar síntomas de agotamiento o fatiga, con sentimientos de cinismo hacia las personas que atiende y una sensación de ineffectividad y carencia de logros o laboral.<sup>2</sup>

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar, que dependerá del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible. Y en base a si se cumplen satisfactoriamente las funciones o se dejan de realizar, podemos catalogar a la familia como funcional o disfuncional.<sup>3</sup>

### ANTECEDENTES

El Síndrome de Burnout es un término inglés que fue introducido en 1974 por el psiquiatra norteamericano Herbert Freudenbenger en Nueva York, mientras trabajaba en una clínica para toxicómanos, observó que al año de trabajo, la mayoría de los voluntarios sufrían una progresiva pérdida de energía hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación en su trabajo, agresividad con los pacientes y hasta con

el propio rol profesional, por encontrarse emocionalmente agotados.

Posteriormente Cristina Maslach, describe un síndrome de fatiga emocional, despersonalización y logro personal reducido, que se presenta en individuos que trabajan en contacto directo con personas o pacientes.<sup>4</sup>

## ESTADISTICAS

En el año 2009 en una UMF de Tabasco, se realizó un estudio de prevalencia de Síndrome de Burnout en enfermeras y Médicos, donde se brinda información adicional acerca de la prevalencia en otros países de Latinoamérica, y se menciona que en Argentina 30% en enfermeras que laboran en el área de cuidados intensivos, así mismo un 42% de los residentes de Pediatría lo padecen. En Brasil un 24.1% del personal de salud que labora en centros de salud comunitaria. Colombia tiene un registro de 66.7% en médicos y 42.9% en enfermeras, 43% en residentes de especialidades médico-quirúrgicas, 9.1% en médicos internos de pregrado y de 20% en médicos especialistas en cirugía, todos laborando en tercer nivel de atención. Chile muestra una prevalencia de 20% en el personal de salud que labora en el servicio de psiquiatría de unidades médicas de segundo nivel y 30% en el personal de enfermería que trabaja en unidades de atención primaria. Perú ha sido el país que menor porcentaje de médicos padecen este síndrome ya que sólo en el 1.2% del personal de salud del segundo nivel, se les diagnóstico. Por último, Cuba es donde se mostró la mayor incidencia del padecimiento, reportando un poco más del 30% del personal médico y de enfermería del primer y segundo nivel de atención lo presentan, así como el 36.19% del personal de enfermería de cuidados intensivos.

Por otro lado en nuestro país, se han realizados estudios correspondientes a este tema, donde se encontró en el personal de salud del Estado de Guadalajara que el 41.8% de los médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Salud y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) presentan Sx Burnout; es importante saber que entre ambas instituciones se encuentran diferencias puntuales, por ello se hace la referencia de manera separada por cada institución encontrando que la prevalencia es de 36.6% en ISSSTE, mientras que al estudiar sólo a los

trabajadores del IMSS, la prevalencia es de 42.3%. En Europa, aproximadamente 10 % de los trabajadores sufre depresión, ansiedad o estrés laboral, que constituye el segundo problema de salud después del dolor de espalda y una de las causas principales de ausentismo laboral.<sup>5</sup>

En un estudio de revisión sistematizada, meta análisis, realizado en 2014, en nuestro país, se concentraron 64 artículos seleccionados, la caracterización de las muestras expresa que la gran mayoría de la investigación se centra en profesionales de la salud (más del 50%), principalmente en enfermeras y médicos, lo que deja a otras poblaciones, que también otorgan servicio al público, con mucho menos investigaciones realizadas, aun en el caso de los docentes, quienes en otras latitudes son de los más investigados.<sup>2</sup>

La prevalencia de Burnout en los profesionales residentes en España fue de 14,9%, del 14,4% en Argentina, y del 7,9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%. Por profesiones, Medicina tuvo una prevalencia del 12,1%, Enfermería del 7,2%, y Odontología, Psicología y Nutrición tuvieron cifras inferiores al 6%.

Se realizó en 2009 un estudio donde como objetivo principal, se tenía, el comparar la prevalencia de Síndrome de Burnout y de los valores de las tres dimensiones del MBI entre profesionales sanitarios de diferentes países de habla hispana, por otra parte también se exploró la asociación del Síndrome de Burnout y las características sociodemográficas de los profesionales y sus percepciones. Obteniéndose como resultado que a mayor edad, tener hijos, el optimismo y la valoración económica, fueron variables protectoras contra el síndrome de Burnout.<sup>6</sup>

En Turquía se realizó un estudio en 2006, con personal médico de primer nivel de atención, donde encontraron resultados consistentes con los de otros estudios, lo observado fue que el tiempo personal insuficiente y las vacaciones eran uno de los predictores más importantes de Burnout. Los médicos generales, médicos que trabajan en el sector público, los que tienen más turnos, y tienen menos vacaciones al año, parecen estar en alto riesgo de Burnout. Esto se atribuyó a las cargas excesivas de pacientes, largas horas laborales y a los

problemas de identidad. La correlación negativa de la satisfacción en el trabajo con el agotamiento emocional y despersonalización, y la correlación positiva con el personal fue una de las cosas encontradas en este estudio y se relaciona con la información de estudios a nivel mundial.<sup>7</sup>

Por otro lado en Suecia se realizó en 2005, un estudio transversal también en personal de salud de primer nivel, donde se encontró que los predictores de Burnout moderado fueron el sexo masculino, edad 45 a 55 años y excesivo estrés percibido, debido a la carga de trabajo global, las dificultades para equilibrar la vida profesional y privada, los cambios en el sistema de salud y la excesiva atención médica. Un alto grado de Burnout se asoció también con la práctica en una zona rural, las expectativas de los pacientes, las limitaciones económicas en relación con la práctica, las difíciles relaciones interpersonales en el área de trabajo. Concluyendo que alrededor de un tercio de los profesionales de atención primaria de Suiza presentó un moderado o un alto grado de agotamiento, que se asocia principalmente con los factores de estrés relacionados con el trabajo extrínsecos.<sup>8</sup>

A diferencia de un estudio realizado con personal sanitario, residentes de España y de Hispanoamérica, se hizo en nuestro país una investigación con médicos familiares de la ciudad de Guadalajara en donde los factores sociodemográficos de riesgo para presentar Sx de Burnout, fueron el sexo femenino, tener hijos, poseer una antigüedad mayor de 10 años en la institución y contar con contratación de base. En relación con el sexo, la mujer manifiesta de manera consistente un riesgo dos veces mayor para padecer el Síndrome que el hombre. De manera específica, el perfil de riesgo encontrado para los que presentan el Burnout se caracteriza por: ser mujer, mayor de 40 años, el tener hijos, una antigüedad laboral en la institución mayor de 10 años y estar contratado de manera definitiva, aspectos que mayormente desempeñaron un papel importante para que se produzca dicha situación.<sup>9</sup>

De acuerdo a varios estudios realizados alrededor del mundo, el síndrome afecta en su mayoría a personal que está en contacto directo con personas, como son los profesionales de la salud en su mayoría Médicos y Enfermeras, trabajadores docentes.

Y así mismo se ha podido ver que en el desarrollo del Síndrome de Burnout intervienen

factores ambientales, culturales y personales. Entre los factores ambientales se ha observado que los trabajadores del sector prestador de servicios y los profesionales sanitarios y docentes, son los que presentan mayores prevalencias de Burnout. Además, entre los profesionales sanitarios se han hallado diferencias en la intensidad del síndrome de Burnout entre las distintas profesiones, y en el seno de una misma profesión hay variabilidad según contextos sociales, culturales, económicos y políticos. En general se pueden identificar tres tipos de causas: personales, institucionales y las características propias de las personas.<sup>10</sup>

Para puntualizar que las características personales tienen un papel importante dentro del desarrollo del síndrome, Castañeda y cols. Demostraron en su estudio realizado en profesionales de enfermería en España, que la prevalencia de Burnout entre los profesionales de enfermería es alta. El sexo, edad, estado civil, nivel de asistencia sanitaria, turno de trabajo y áreas de servicio de salud predijo al menos una de las dimensiones del síndrome. Neuroticismo, agresividad, la extraversión y la escrupulosidad son rasgos de personalidad que predicen al menos dos de las dimensiones del síndrome de Burnout. Por lo tanto, los factores de personalidad deben ser considerados en cualquier teoría de los perfiles de riesgo de desarrollar el síndrome de Burnout.<sup>11</sup>

Otras variables que se han sido consideradas como factores de riesgo son el uso de drogas, incluyendo sedantes, tranquilizantes y pastillas para dormir.<sup>12</sup>

Dentro de las consideraciones más importantes está el saber que aunque en general se acepta que el Burnout tiene un efecto en el funcionamiento cognitivo, muy pocos estudios han examinado hasta ahora el vínculo entre el funcionamiento cognitivo y desgaste profesional. Se hizo una revisión sistemática donde el objetivo fue explorar la asociación entre Burnout y el funcionamiento cognitivo. Los resultados sugieren que el burnout se conecta a déficits cognitivos específicos. En particular, el agotamiento se observó que es el más asociado con una disminución en tres principales funciones cognitivas: funciones ejecutivas, atención y memoria. Estos resultados tienen implicaciones, en particular para las profesiones que se caracterizan por altos niveles de presión y demandas cognitivas.<sup>14</sup>

En enfermeras se ha encontrado que las características que se relacionan con Sx de Burnout alto son: factores como la edad, capacidad de elegir días de descanso o la participación en un grupo de investigación, la calidad de las relaciones de trabajo como los conflictos con los pacientes, la relación con la jefa de enfermeras o médicos.<sup>15</sup>

En médicos familiares se identificaron 45 % de casos de Síndrome de Burnout 36 de ellos presentaron afectación en un componente, 15 en dos y 8 en tres. En donde 30 casos correspondieron al matutino y 29 al vespertino. Los hombres resultaron con mayor afección en comparación con las mujeres. El promedio de antigüedad laboral en los casos fue de 17.8 años. Concluyendo que el Síndrome puede interferir en el correcto desempeño de la actividad laboral.<sup>16,17</sup>

#### La familia y síndrome de Burnout

Según se demuestra en investigaciones realizadas en diversos ámbitos, la familia es un elemento importante en el marco del desempeño laboral de los individuos y su nivel de funcionalidad, por lo tanto puede intervenir en el desarrollo del síndrome de Burnout. Actualmente todos los trabajadores, sin importar el sexo, se enfrentan a un dilema, el tratar de conciliar el papel de trabajador, la vida y las obligaciones familiares. Al no poder cumplir con ello se muestra insatisfechos ya que desean disponer de más tiempo para sí mismos, para la pareja, para la familia; pero no consiguen sacar ese tiempo de su situación real. En toda familia se presenta una dinámica compleja que rige sus patrones de convivencia y funcionamiento. Si esta dinámica resulta adecuada y flexible, será funcional, contribuirá a la armonía familiar y proporcionará a sus miembros la posibilidad de desarrollar sólidos sentimientos de identidad, seguridad y bienestar, por lo tanto el desarrollo de cada individuo en la sociedad será de manera funcional, y esto consecuentemente incluye el desarrollarse funcionalmente en el área laboral.<sup>18</sup>

La funcionalidad familiar es considerada como la capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Una familia funcional es aquella capaz de cumplir con las tareas encomendadas, de acuerdo a un ciclo vital en que se

encuentre y en relación con las demandas que percibe del medio ambiente externo. El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros.

La prueba FF – SIL se diseñó en 1994, con la idea que fuera un instrumento sencillo para la evaluación de las relaciones intrafamiliares, de fácil aplicación y calificación por el equipo de salud de la atención primaria.<sup>19</sup>

Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL) adaptado para México, es un test que consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, para un total de 14 ítems, correspondiendo a 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento: variables de cohesión (reactivos 1 y 8), armonía (reactivos 12 y 13), comunicación (reactivos 5 y 11), permeabilidad (reactivos 7 y 12), afectividad (reactivos 3 y 14), roles (reactivos 3 y 9) y adaptabilidad (reactivos 6 y 10). Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos: casi nunca (1 punto), pocas veces (2 puntos), a veces (3 puntos), muchas veces (4 puntos), casi siempre (5 puntos). Posteriormente se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar:

De 57 – 70 puntos: Familia Funcional

De 43 – 56 puntos: Familia Moderadamente Funcional

De 28 – 42 puntos: Familia Disfuncional

De 14 – 27 puntos: Familia Severamente Disfuncional.<sup>19</sup>

La prueba de desgaste profesional de Maslach Burnout Inventory (MBI) se describió para evaluar sus diferentes componentes; el cuestionario se realiza de 10 a 15 minutos y mide los tres aspectos del síndrome: cansancio emocional, despersonalización, y realización persona.<sup>20</sup>

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Convivimos con el estrés cotidianamente, pero el problema surge cuando no cesa, cuando se presenta de manera sostenida, cuando los factores son persistentes, tal y como sucede en determinados ámbitos de trabajo. El síndrome de Burnout es un síndrome que aparece como una respuesta al estrés laboral prolongado, que se caracteriza por ocasionar síntomas físicos y psicológicos, tales como: hipertensión, desórdenes respiratorios, gastrointestinales, sexuales, dermatológicos, alteraciones del sueño, dolores musculares y articulares, aumento o pérdida de peso, déficit de inmunidad celular, fatiga emocional, física y mental, decepción, ansiedad, depresión, irritabilidad, melancolía, disforia, falta de autoestima, motivación, desorientación, pérdida de idealismo, dificultad para la concentración, distanciamiento emocional, estrés y conducta violenta, apatía, hostilidad, cambios negativos de actitud, respuestas rígidas, impaciencia, dificultad para concentrarse y para la abstracción y la elaboración de juicios. También problemas conductuales, falta de competencia en la organización, absentismo, incapacidad para vivir de forma relajada, con cambios del estado del humor, superficialidad en el trato familiar y laboral, conductas evasivas, comportamientos de alto riesgo (conducción imprudente, aficiones de riesgo, ludopatía). Todo esto repercute en el trabajo, al provocar disminución en la calidad del mismo con los pacientes y pérdida de interés por la actividad laboral, aislamiento o deshumanización, cambio frecuente de trabajo, escasa comunicación con los demás y dificultades para colaborar en equipo.

En el 2012 la Organización Mundial de la Salud reporto que México ocupa el segundo lugar en prevalencia. Los estados donde se han realizados estudios con soporte científico es Jalisco, Baja California, Tabasco, Michoacán y Nayarit. En donde se ha observado una alta prevalencia de esta enfermedad, y los Médicos han sido los mayormente afectados, aunque es importante señalar que es en estos, en quienes se han realizado la mayoría de las investigaciones. Sin embargo en el estado de Michoacán según estadísticas reportadas por INEGI no hay registros sobre la prevalencia.

En 2009, Rodríguez y cols. realizaron una investigación en HGR No1, Morelia Mich, donde se estudiaron 106 enfermeras durante 6 meses, encontrando que el 8.5% de estas sufría de sx de Burnout; siendo estos resultados menores comparados con los encontrados en el personal de salud de la Ciudad de México.

En la UMF 80 no se conoce la presencia de sx de Burnout en los trabajadores IMSS, lo cual es de importancia para lograr mejoras en la calidad de vida laboral reduciendo enfermedades asociadas como depresión, hipertensión, insomnio, cefalea, entre otras; y con esto logrando por ende una mejor atención y un mejor servicio a los derechohabientes.

Partiendo de esto, se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe asociación entre el síndrome de Burnout y la funcionalidad familiar del personal en la unidad de medicina familiar no. 80?

## JUSTIFICACION

El síndrome de burnout es un mal que aqueja este siglo, el agotamiento emocional: el paciente se siente sobrecargado por las personas a su alrededor y genera recursos emocionales disminuidos, dificultad para seguir trabajando o prestando un servicio. La despersonalización: asume conductas deshumanizadas, automáticas, estereotipadas y disociadas, alejándose del otro como en un intento por terminar con el agotamiento. Clasificando a las personas en categorías y no como personas individuales, como mecanismo de defensa. Sensación de bajo logro personal: tiene un sentimiento negativo de sí mismo, baja autoestima, es indiferente y disminuye su contacto con la gente o busca cambiar de trabajo. Es por esta razón que el personal de salud, y principalmente en primer nivel, es que se tiene mayor riesgo de padecerlo.

En México y el mundo las enfermedades psicosomáticas se encuentran encabezando las listas de los principales padecimientos que afectan nuestra sociedad. En la actualidad, el estrés es el detonador de enfermedades crónico-degenerativas e intervienen en relaciones interpersonales, por lo tanto laborales de quien lo padece.

En el 2012 la OMS realiza un estudio llamado “ Entornos laborales saludables ”, en donde encuentra que, en Argentina se tenía una prevalencia del 59% en médicos y un 55% en enfermeros. En Brasil llegaba hasta un 70% la prevalencia dentro de los profesionales de atención primaria de salud. En Europa registran que este sx afecta al 60% de los médicos y hasta un 75% de los residentes de medicina. Por otro lado en Estados Unidos de América el porcentaje es mucho menor, encontrándose solo en el 25% de los médicos.

En la UMF 80 no se ha logrado tener un panorama certero de la prevalencia de la enfermedad, de las características del síndrome y mucho menos de las características de la familia y la tipología que involucran el entorno del trabajador que lo padece. Y de existir un alto porcentaje de trabajadores afectados, no se conoce que área laboral es donde

predomina. No se contaba con cifras que nos indicaran, el estado actual de nuestra unidad, y si este se semeja o no a lo reportado mundialmente.

Esta investigación podría llegar a tener un alto impacto, no solo en los que participen en la investigación, si no en todo el personal que estamos inmersos en el área de la Salud, los resultados podrán generalizarse a todo trabajador y podremos conocer el comportamiento de nuestras variables de estudio y la relación que guardan entre ellas. De esta manera podremos recomendar al equipo de salud de la UMF N° 80, que se implementen estrategias que mejores las condiciones laborales en cada una de las categoría. Mejorando con ello la calidad de la atención que se brinda al derechohabiente.

## **HIPOTESIS**

Existe una asociación entre el síndrome de burnout y la funcionalidad familiar del personal en la unidad de medicina familiar No. 80, así como con sus características sociodemográficas.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Analizar la asociación del síndrome de burnout y la funcionalidad familiar del personal en la unidad de medicina familiar no. 80

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Conocer las características sociodemográficas de los trabajadores de la umf no 80
2. Describir la presencia y el grado de síndrome de burnout en los trabajadores adscritos a la umf no 80
3. Identificar la frecuencia de agotamiento emocional del trabajador de la umf no 80
4. Indicar el nivel de despersonalización en el trabajador de la umf no 80
5. Determinar el nivel de realización personal del trabajador de umf no 80
6. Evaluar si existe relación entre los factores sociodemográficos del trabajador de la umf no 80 con sx de burnout
7. Especificar la funcionalidad familiar de el trabajador de la umf no 80

## MATERIAL Y METODOS

### DISEÑO DEL ESTUDIO

Diseño : Transversal

Investigacion Observacional

Metodo de observacion: Descriptivo

Temporalidad. Retrospectivo

### POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Se realizó el estudio en trabajadores de la en la UMF 80, la cual tiene un registro de 279 trabajadores de base, repartidos por categoría de la siguiente manera: médicos 74, enfermeras: 44, asistentes 67, dentistas 9, laboratoristas 16, nutriólogos 2, administrativos 13, trabajo social 6, personal de farmacia 15, auxiliares de oficina 13, intendencia 20.

### ESTIMACION DEL TAMAÑO DE MUESTRA:

Se realizó en personal de la UMF 80, en diferentes categorías o áreas laborales de ambos turnos. La muestra en la que se trabajó fue en un total de 150 trabajadores adscritos a la UMF 80, la cual se determinó por conveniencia tomando en cuenta la opinión del experto en estadística Matemático Carlos Gómez Alonso, ya que el sx de burnout es característico del área laboral asistencial, y la población en la que se realizará por categorías no será homogénea.

### CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Criterios de inclusión:

- Trabajadores de base adscritos a la UMF 80
- Sexo masculino y femenino
- Personal que aceptó participar en el estudio y que hayan firmado el consentimiento informado
- Que hayan contestado el 100 % de la encuesta.

Criterios de exclusión.

- Trabajadores que padecían de enfermedades psiquiátricas y/o consumieran medicamentos psicotrópicos.

Criterios de eliminación.

- Trabajadores que durante la entrevista decidieron retirarse del estudio.

DESCRIPCION DE VARIABLES.

Variable Dependiente:

Funcionalidad familiar.

Características sociodemográficas del personal de la UMF 80.

- Genero
- Edad
- Estado civil
- Religión
- Escolaridad
- Número de hijos.
- Puesto laboral
- Turno laboral
- Nivel socioeconómico.

Variable Independiente: Síndrome de Burnout

- Agotamiento emocional
- Despersonalización
- Realización personal

DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES, ESCALAS DE MEDICIÓN, TIPO DE VARIABLE:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
<b>Edad</b>	Edad cronológica	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual	Cuantitativa continua	Años
<b>Genero</b>	Sexo biológico	Conjunto de características físicas y biológicas determinadas por los cromosomas X y Y	Cualitativa dicotómica	1.Femenino 2.Masculino
<b>Estado civil</b>	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Soltero. Persona que no se encuentra unida en matrimonio a otra persona.  Casado: persona quien ha contraído matrimonio.  Unión libre: unión de un hombre y una mujer, no ligados por vínculo matrimonial a ninguna otra persona, sin formalización legal para cumplir con los fines atribuidos al	cualitativa	1.Soltero 2.casado 3.unión libre 4.divorciado 5.viudo

		<p>matrimonio en la sociedad</p> <p>Divorciado: persona quien a disuelto el lazo jurídico con el cónyuge.</p> <p>Viudo: persona que ha perdido a su cónyuge y no ha vuelto a casarse</p>		
<b>Religión</b>	<p>Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad</p>	<p>Se tomara como SI, en el caso que si profesen una religión, independientemente de cual se trate.</p> <p>NO cuando no tenga creencia ni participación en alguna religión</p>	Cualitativa	<p>1.- si</p> <p>2.- no</p>
<b>Escolaridad</b>	<p>Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente</p>	<p>Grado de estudios profesionales:</p> <p>Primaria: es la que asegura la correcta alfabetización, es decir, que enseña a leer, escribir, cálculo básico y algunos de los conceptos culturales considerados imprescindibles.</p> <p>Secundaria: el nivel inmediato superior de la</p>	Cualitativa	<p>1.Primaria</p> <p>2.secundaria</p> <p>3.preparatoria</p> <p>4.licenciatura</p> <p>5. técnico</p> <p>6. posgrado</p>

		<p>educación primaria, tiene una duración de tres años.</p> <p>Preparatoria: se considera como estudios de nivel medio superior, ya que se deben de cumplir antes de cursar el nivel superior (universidad)</p> <p>Licenciatura: Educación superior, enseñanza superior, estudios superiores o educación terciaria, se refiere a la última etapa del proceso de aprendizaje académico. La preparación que brinda la educación superior es de tipo profesional o académica.</p> <p>Técnico: Es aquella que ofrece programas de formación en ocupaciones de carácter operativo e instrumental y de especialización en su respectivo campo de acción</p> <p>Posgrado: grado académico al que se ingresa posterior a adquirir un título universitario  Doctorado.</p>		
--	--	---	--	--

<b>Turno Laboral</b>	Trabajo que se desarrolla por distintos grupos sucesivos, cumpliendo cada uno de ellos una jornada laboral	Horario desde que llega a su puesto laboral hasta la hora en que realiza su salida, registrada en biométrico de unidad de trabajo  Matutino: tiempo laboral que abarca el horario de 7.00-8:00 hrs a 14:00hr  Vespertino: tiempo laboral que abarca el horario de 14:00hrs – 20:30hrs	Cualitativa	1.Matutino 2.Vespertino
<b>Ocupación</b>	La acción o función que se desempeña para ganar el sustento que generalmente requiere conocimientos especializados	1. Medico: es un profesional que practica la medicina y que intenta mantener y recuperar la salud humana mediante el estudio, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad o lesión del paciente 2. Enfermera: profesional de la salud que abarca los cuidados autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades,	Cualitativa	1.Medico 2.Enfermera 3.Asistente 4.TS 5.Intendencia 6.Farmacia 7.Administrativo 8.Laboratorista 9.Estomatólogo 10.Nutriólogo

		<p>enfermos o sanos en todos los contextos, e incluyen la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas.</p> <p>3. Asistente</p> <p>4. TS: profesional que promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas, y el fortalecimiento y la liberación del pueblo, para incrementar el bienestar</p> <p>5. Intendencia: personal capacitado para realizar las tareas de limpieza e higiene</p> <p>6. Personal Farmacia: encargado de las funciones correspondientes al área de la entrega, inventario, recepción de los fármacos que ingresan a cada una de las unidades hospitalarias.</p>		
--	--	---	--	--

		<p>7. Personal</p> <p>Administrativo: son aquellos encargados de la planificación, organización, dirección y control de los recursos humanos, financieros, materiales, tecnológicos, del conocimiento, de una organización, con el fin de obtener el máximo beneficio posible; este beneficio puede ser económico o social, dependiendo de los fines perseguidos por dicha organización.</p> <p>8. Laboratorista: capacitado para obtener los diferentes tipos de muestras biológicas, procesarlas, analizarlas y reportar los resultados en las áreas de: Parasitología, Bacteriología, Hematología, Inmunología y Química Clínica,</p>		
--	--	--	--	--

		<p>para detectar las diferentes alteraciones patológicas.</p> <p>9. Estomatólogo: personal de la salud que encarga del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades del aparato estomatognático, que incluye los dientes, el periodonto, la articulación temporo-maxilar el sistema neuromuscular</p> <p>10. Nutriólogo: profesional sanitario experto en alimentación, nutrición y dietética. Se encarga principalmente del tratamiento nutricional de las enfermedades, además de adecuar la alimentación de cada persona a cualquier situación fisiológica. Asimismo interviene en la gestión de control</p>		
--	--	--	--	--

		de calidad y seguridad alimentaria, el diseño y planificación de menús adaptados a patologías en hospitales, en la intervención y desarrollo de actividades y políticas relacionadas con la salud pública.		
<b>Enfermedades crónicas degenerativas</b>	Enfermedades de larga duración y de progresión lenta	Enfermedades de larga duración y de progresión lenta	Cualitativa	1 Si 2 No
<b>Estrato socioeconómico</b>	Nivel de clasificación de la población con características similares en cuanto a grado de riqueza y calidad de vida, determinado de manera directa mediante las condiciones físicas de las viviendas y su localización	Se determinara por medio de Escala de Graffar-Méndez Castellanos y se interpreta:  Estrato Alto: Puntuacion de 4 a 6  Estrato Medio Alto: 7 a 9 puntos  Estrato Medio Bajo: de 10 a 12 puntos  Estrato Obrero de 13 a 16 puntos  Estrato Marginal: de 17 a 20 puntos	Cualitativa	1. Estrato Alto 2. Estrato Medio Alto 3. Estrato Medio Bajo 4. Estrato Obrero 5. Estrato Marginal

<b>Funcionalidad familiar</b>	capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa	Se medira en base al FFCIL en donde  Familia Funcional: 57 - 70 puntos  Familia Moderadamente Funcional: 43 - 56 puntos  Familia Disfuncional: 28 - 42 puntos  Familia Severamente Disfuncional: 14 - 27 puntos	Cualitativa	1. Funcional  2. Moderadamente Funcional  3. Disfuncional  4. Severamente Disfuncional
<b>Agotamiento emocional</b>	Se define como la sensación de estar exhausto emocionalmente a causa del trabajo y con menor capacidad de entrega a los demás.  Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo	Se mide de acuerdo a los puntajes de cada reactivo, según el cuestionario MBI, de esta forma puede ser:  Alto: $> 27$ puntos  Medio: de 17 – 26 puntos  Bajo: de 0 a 16 puntos	Cualitativo	1 Alto  2 Medio  3 Bajo
<b>Despersonalización</b>	Indiferencia y actitudes cínicas hacia las responsabilidades o hacia las personas que demandan la atención de quien lo padece.	Se mide de acuerdo a los puntajes de cada reactivo, según el cuestionario MBI, de esta forma puede ser:  Alto: $> 14$ puntos  Medio: de 9 – 13	Cualitativo	1 Alto  2 Medio  3 Bajo

		puntos Bajo: de 0 a 8 puntos		
<b>Realización personal</b>	Se describe como los sentimientos de auto eficiencia y realización personal en el trabajo  Expresa los sentimientos de competencia y éxito.	Se mide de acuerdo a los puntajes de cada reactivo, según el cuestionario MBI, de esta forma puede ser:  Alto: < de 30 puntos  Medio: de 31 – 36 puntos  Bajo: de 37 a 48 puntos	Cualitativo	1 Alto  2 Medio  3 Bajo
<b>Síndrome de Burnout</b>	Conjunto de signos y síntomas de fatiga emocional, despersonalización y logro personal disminuido, que se presenta en individuos que trabajan en contacto directo con personas o pacientes.  Otra definición es: como una condición fisiológica, psicológica y conductual que presenta un profesional, cuyo trabajo está orientado al servicio directo con otras personas	Se diagnostica según los niveles que presenta el paciente dentro de las 3 variantes que lo describen:  Alto: alto agotamiento emocional, alta despersonalización y baja realización personal.  Medio: agotamiento emocional intermedio, despersonalización medio y media realización personal.  Bajo: bajo agotamiento emocional, baja despersonalización con alta realización personal.	Cualitativo	1 Alto  2 Medio  3 Bajo  4 Sin Síndrome de Burnout

## DESCRIPCION OPERATIVA

Previa autorización del comité de investigación y aceptación del proyecto por SIRELCIS. Siempre el mismo investigador acudió al área de trabajo del personal de la UMF No 80, de ambos turnos. Se les explicó en que consistía el proyecto y una vez que aceptaron participar se les entregó el consentimiento informado para que este fuera firmado. Posteriormente se les dió una cita en el aula de la UMF80 en horario que no interfiriera con sus actividades laborales, en donde se les hizo entrega de los cuestionarios que se debían llenar para la realización del estudio así como la hoja de recolección de datos. Una vez que terminaron de responder cada uno de los cuestionarios, se recabó la información y se prosiguió con la recolección de los datos.

Las herramientas utilizadas en el proyecto fueron: 1) Escala de valoración MBI, la cual se diseñó por Maslach y Jackson, en los años ochenta. Consta de 22 ítems con respuestas en una escala de Likert de 7 opciones en relación con la frecuencia con la que se experimentan ciertas sensaciones relacionadas con el trabajo y con una puntuación posible de 0 a 6 para cada ítem. Este cuestionario tiene tres dimensiones: I) Agotamiento Emocional (AE) con 9 ítems, en esta se refleja la sensación de estar exhausto emocionalmente a causa del trabajo y con menor capacidad de entrega a los demás. II) Despersonalización (DP) con 5 ítems, describe una respuesta impersonal y fría hacia los pacientes. III) Realización Personal (RP) con 8 ítems en esta se expresan sentimientos de competencia y éxito y, en contraste con los dos componentes previos, en esta última dimensión los valores bajos son indicativos del síndrome de Burnout.

2) El segundo instrumento es el Cuestionario (FF-SIL) llamado también Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar adaptado para México, que es un test que consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir en la familia, con un total de 14 ítems, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento: variable de cohesión (reactivos 1 y 8), armonía (reactivos 12 y 13), comunicación (reactivos 5 y 11), permeabilidad (reactivos 7 y 12), afectividad (reactivos 3 y 14), roles (reactivos 3 y 9) y adaptabilidad (reactivos 6 y 10). Para cada situación existe una escala de 5 respuestas

cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos: casi nunca (1 punto), pocas veces (2 puntos), a veces (3 puntos), muchas veces (4 puntos), casi siempre (5 puntos). Cada situación será respondida por el usuario mediante una cruz (X) en la escala de valores cualitativas, según su percepción como miembro familiar. Al final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar: de 57 - 70 puntos: Familia Funcional, de 43 - 56 puntos: Familia Moderadamente Funcional, de 28 - 42 puntos: Familia Disfuncional , de 14 - 27 puntos: Familia Severamente Disfuncional.

3) Escala de Graffar-Méndez Castellanos, esta nos ayuda a clasificar el estrato socioeconómico de las familias. Surgido en Venezuela, por los años de los 80's en busca de simplificar los estratos socioeconómicos en el censo de población. Consta de la evaluación de 4 variables: profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso de la familia, y condiciones del alojamiento. Con 5 ítems para cada una de ellas. La interpretación es de acuerdo al puntaje, de esta manera: de 4 a 6 puntos se refiere a un Estrato Alto, 7 a 9 puntos un Estrato Medio Alto, de 10 a 12 puntos un Estrato Medio Bajo, de 13 a 16 puntos Estrato Obrero y por último de 17 a 20 puntos Estrato Marginal.

Una vez que ya se tenían contestados en su totalidad los cuestionarios, además de la hoja de recolección de datos completa, se comenzó a procesar la información.

## ANALISIS ESTADISTICO

Se expresarán porcentajes para las variables cuantitativas u ordinales. Se utilizarán números, graficas, tablas y porcentajes. Para las variables cualitativas no paramétricas se asociaron con la utilización de  $\chi^2$ . Para la comparación de medias de más de tres grupos se utilizó Anova. Para determinar la fiabilidad de los cuestionarios se utilizó Alfa de Cronbach y Método de Mitades. Los p-valores de significancia estadística son aquellos que asociaron una  $p < 0.05$ . Para el procesamiento de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS.

## CONSIDERACIONES ETICA DEL ESTUDIO

Este estudio respetó las condiciones éticas internacionales vigentes, atendiendo principalmente a la Declaración de Helsinki y el Código de Núremberg. Antes de llevar a cabo la investigación se solicitó autorización por escrito a la UMF 80 para poder citar y entrevistar a los trabajadores siempre y cuando cumplieran con los criterios de selección.

Esta investigación se clasificó como de Riesgo Mínimo según lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud, ya que se realizó solo la recolección por escrito de datos personales, representando nulo riesgo para su integridad física.

A todo aquel trabajador que deseó participar en el estudio se le otorgó la Carta de Consentimiento Informado (Anexo 1) la cual firmaron voluntariamente, en dicha carta se explica en lenguaje claro para el paciente cual era la metodología de la investigación, así como cuál sería su participación en el estudio, además, se explicaban los posibles riesgos para su salud así como los beneficios que obtendrían al completar el protocolo. Cualquier paciente que consideraba ya no participar en el estudio, aun habiendo firmado el consentimiento informado, se excluyó inmediatamente, sin que esto representara algún agravante por parte del IMSS.

Todos los datos obtenidos de las encuestas realizadas, así como sus datos personales, fueron tratados con total confidencialidad; teniendo acceso a los mismos solo los investigadores con el fin de completar los objetivos establecidos en el estudio.

Este protocolo de estudio fue sometido a evaluación ética por parte del comité del SIRELCIS, quienes dio el visto bueno a lo antes descrito, autorizando finalmente que se llevara a cabo la investigación, y hasta ese momento se pudo iniciar dicho proyecto.

## RESULTADOS

En el presente estudio la muestra estuvo compuesta por 150 trabajadores de las diferentes categorías de la UMF N° 80, donde se reporto mayor población de mujeres que hombres, la Asistente Médico, que en su totalidad son mujeres, fue la categoría que predomino. El nivel de escolaridad máximo que se observó fue de igual manera para Nivel Técnico como nivel Licenciatura. Y en relación al nivel socioeconómico en su gran mayoría predomino el Estrato Medio Alto, dicha información se encuentra descrita en la Tabla I, así como descripción total de la Población estudiada.

TABLA I. Descripción sociodemográfica de la población.

VARIABLE	MASCULINO N = 48 F (%)	FEMENINO N = 102 F (%)	TOTAL
<b>OCUPACION</b>			
• Medico	9 (6.0)	15 (10.0)	24 (16.0)
• Enfermera	11 (7.3)	22 (14.7)	33 (22.0)
• Asistente	- (-)	46 (30.7)	46 (30.7)
• T.S.	- (-)	4 (2.7)	4 (2.7)
• Intendencia	10 (6.7)	1 (0.7)	11 (7.3)
• Farmacia	9 (6.0)	1 (0.7)	10 (6.7)
• Administrativo	7 (4.7)	7 (4.7)	14 (9.3)
• Laboratorista	2(1.3)	4 (2.7)	6 (4.0)
• Estomatólogo	- (-)	2 (1.3)	2 (1.3)
<b>ESCOLARIDAD</b>			
• Secundaria	5 (3.3)	3 (2.0)	8 (5.3)
• Preparatoria	11 (7.3)	18 (12.0)	29 (19.3)
• Técnico	14 (9.3)	34 (22.7)	48 (32.0)
• Licenciatura	11 (7.3)	37 (24.7)	48 (32.0)
• Posgrado	7 (4.7)	10 (6.7)	17 (11.3)

<b>ESTADO CIVIL</b>			
• Soltero	7 (4.7)	17 (11.3)	24 (16.0)
• Casado	28 (18.7)	66 (44.0)	94 (62.7)
• Unión libre	11 (7.3)	9 (6.0)	20 (13.3)
• Divorciado	2 (1.3)	10 (6.7)	12 (8.0)
<b>TURNO LABORAL</b>			
• Matutino	29 (19.3)	69 (46.0)	98 (65.3)
• Vespertino	19 (12.7)	33 (22.0)	52 (34.7)
<b>EDAD</b>			
• De 25 a 34 años	9 (6.0)	16 (10.7)	25 (16.7)
• De 35 a 44 años	24 (16.0)	31 (20.7)	55 (36.7)
• De 45 a 54 años	13 (8.7)	42 (28.0)	55 (36.7)
• De 55 a 64 años	2 (1.3)	13 (8.7)	15 (10.0)
<b>NUMERO DE HIJOS</b>			
• Ninguno	20 (13.3)	5 (3.3)	25 (16.7)
• De 1 a 2	19 (12.7)	62 (41.3)	81 (54.0)
• De 3 a 5	9(6.0)	35 (23.3)	44 (29.3)
<b>ESTRATO SOCIOECONOMICO</b>			
• Estrato Alto	6 (4.0)	13 (8.7)	19 (12.7)
• Estrato medio alto	16 (10.7)	49 (32.7)	65 (43.3)
• Estrato medio bajo	21 (14.0)	39 (26.0)	60 (40.0)
• Estrato Obrero	5(3.3)	1 (0.7)	6 (4.0)

Los instrumentos utilizados en este estudio se les realizaron pruebas de fiabilidad, mostrando que en el caso del cuestionario de Maslach Burnout Inventory se corroboró la fiabilidad con Alfa de Cronbach y con Método de Mitades obteniendo resultados aceptables en ambas. Por otro lado el FF-SIL no se pudo corroborar los datos con método de mitades en las diferentes dimensiones ya que los reactivos para cada dimensión tienen un límite de dos, solo se utilizó alfa de Cronbach, que se observó con tendencia a la unidad por lo que se considera confiable, tal como se muestra en la Tabla II y III

TABLA II. Fiabilidad del Instrumento de Síndrome de Burnout  
(Maslach Burnout Inventory)

<b>DIMENSION</b>	<b>REACTIVOS</b>	<i>Alpha de Cronbach</i>	<i>Método de mitades</i>
<b>AGOTAMIENTO EMOCIONAL</b>	1,2,3,6,8,13,14,16 Y 20	.885	.911
<b>DESPERSONALIZACIÓN</b>	5,10,11,15 Y 22	.909	.915
<b>REALIZACIÓN PERSONAL</b>	4,7,9,12,17,18,19 Y 21	.836	.830
<b>TOTAL</b>	22	.721	.876

TABLA III. Fiabilidad del Instrumento de Dinámica Familiar (FF-SIL)

<b>DIMENSION</b>	<b>REACTIVOS</b>	<i>Alpha de Cronbach</i>	<i>Método de mitades</i>
<b>Cohesión</b>	1 y 8	.542	-
<b>Roles</b>	3 y 9	.796	-
<b>Armonía</b>	2 y 13	.757	-
<b>Comunicación</b>	5 y 11	.515	-
<b>Afectividad</b>	4 y 14	.839	-
<b>Permeabilidad</b>	7 y 12	.751	-
<b>Adaptabilidad</b>	6 y 10	.649	-
<b>T o t a l</b>	14	.907	.850

Se encontró que el nivel de escolaridad grado licenciatura, las Asistentes y el estrato medio bajo se asociaron de manera estadísticamente significativa, con un p valor 0.002, 0.001 y 0.004 respectivamente, con la Disfuncionalidad Familiar. Datos que se observan en la tabla IV.

TABLA IV. Grado de Funcionalidad Familiar y Variables Sociodemográficas

VARIABLE	Funcional	Moderada Funcional	Disfuncional	Chi <sup>2</sup>	Sig.
	N = 82 F (%)	N = 40 F (%)	N = 28 F (%)		
<b>Genero</b>				<b>1.777</b>	<b>0.411</b>
Masculino	28(18.7)	14(9.3)	6(4.0)		
Femenino	54(36.0)	26(17.3)	22(14.7)		
<b>Estado civil</b>				<b>4.752</b>	<b>0.576</b>
Soltero	15(10.0)	7(4.7)	2(1.3)		
Casado	51(34.0)	25(16.7)	18(12.0)		
Unión libre	12(8.0)	4(2.7)	4(2.7)		
Divorciado	4(2.7)	4(2.7)	4(2.7)		
<b>Religión</b>				<b>3.787</b>	<b>0.151</b>
Si	76 (50.7)	35(23.3)	28(18.7)		
No	6(4.0)	5(3.3)	- (-)		
<b>Escolaridad</b>				<b>23.787</b>	<b>0.002*</b>
Secundaria	5(3.3)	1(0.7)	2(1.3)		
Preparatoria	19(12.7)	6(4.0)	4(2.7)		
Licenciatura	14(9.3)	23(15.3)	11(7.3)		
Técnico	30(20.0)	9(6.0)	9(6.0)		
Posgrado	14(9.3)	1(0.7)	2(1.3)		

<b>Nº de Hijos</b>				<b>6.496</b>	<b>0.165</b>
Ninguno	16(10.7)	7(4.7)	2(1.3)		
De 1 - 2	39(26.0)	21(14.0)	21(14.0)		
De 3 - 5	27(18.0)	12(8.0)	5(3.3)		
<b>Ocupación</b>				<b>53.274</b>	<b>0.001*</b>
Medico	18(12.0)	1(0.7)	5(3.3)		
Enfermera	14(9.3)	10(6.7)	9(6.0)		
Asistente	26(17.3)	10(6.7)	10(6.7)		
Trabajo social	- (-)	4(2.7)	- (-)		
Intendencia	10(6.7)	1(0.7)	- (-)		
Farmacia	2(1.3)	4(2.7)	4(2.7)		
Administrativo	11(7.3)	3(2.0)	- (-)		
Laboratorista	- (-)	6(4.0)	- (-)		
Estomatólogo	1(0.7)	1(0.7)	- (-)		
<b>Turno laboral</b>				<b>3.378</b>	<b>0.185</b>
Matutino	53(35.3)	30(20.0)	15(10.0)		
Vespertino	29(19.3)	10(6.7)	13(8.7)		
<b>Estrato Socioeconomico</b>				<b>19.145</b>	<b>0.004*</b>
Estrato Alto	10(6.7)	3(2.0)	6(4.0)		
Estrato Medio Alto	32(21.3)	27(18.0)	6(4.0)		
Estrato Medio Bajo	36(24.0)	8(5.3)	16(10.7)		
Estrato Obrero	4(2.7)	2(1.3)	- (-)		

\* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

Se pudo identificar la frecuencia de agotamiento emocional, donde predominó el nivel bajo, como se puede observar en l figura 1.

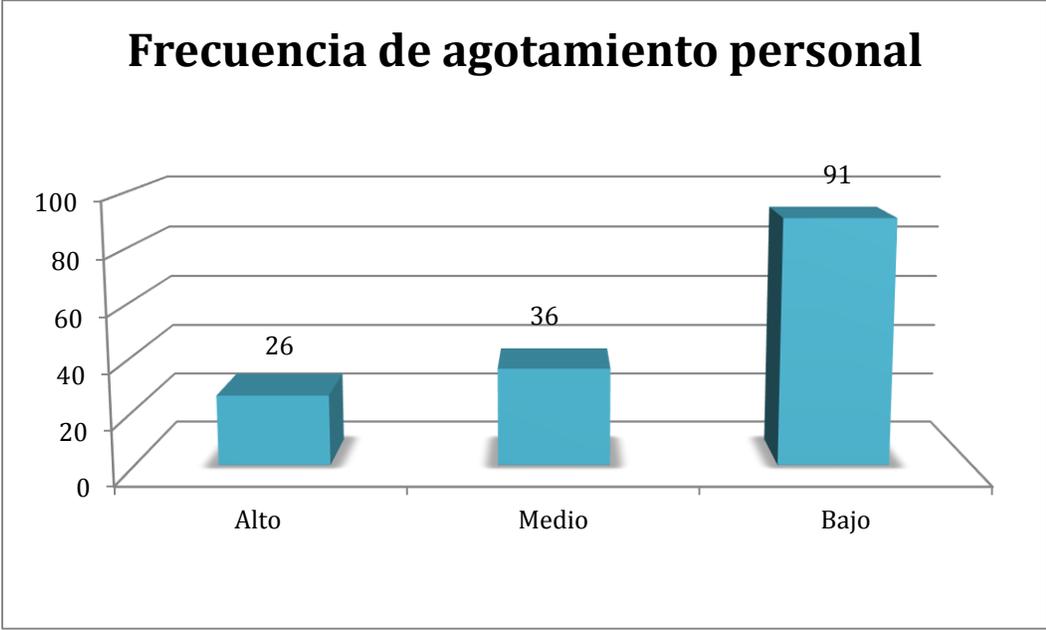


Figura 1. Nivel del dominio agotamiento emocional en el Sx de Burnout

Identificamos que el nivel de despersonalización del trabajador de la UMF No 80 que presentaron el mayor número de trabajadores fue el nivel bajo, así como se puede observar en la figura 2.

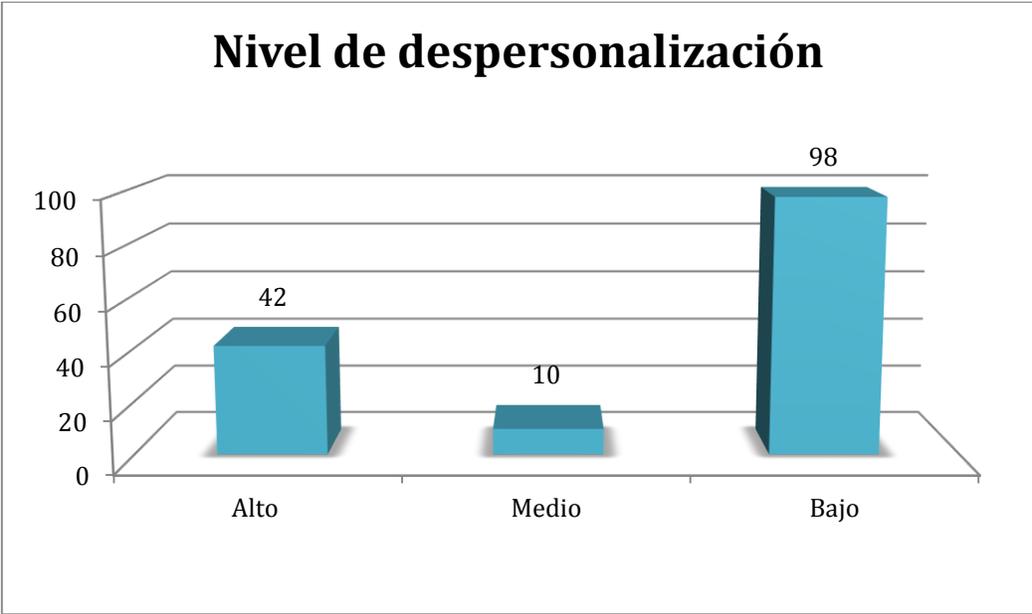


Figura 2. Nivel del dominio despersonalización en el Sx de Burnout

Se determinó que el nivel de realización personal del trabajador de la UMF No 80 que presentaron el mayor número de trabajadores fue el nivel bajo, así como se puede observar en la figura 3.

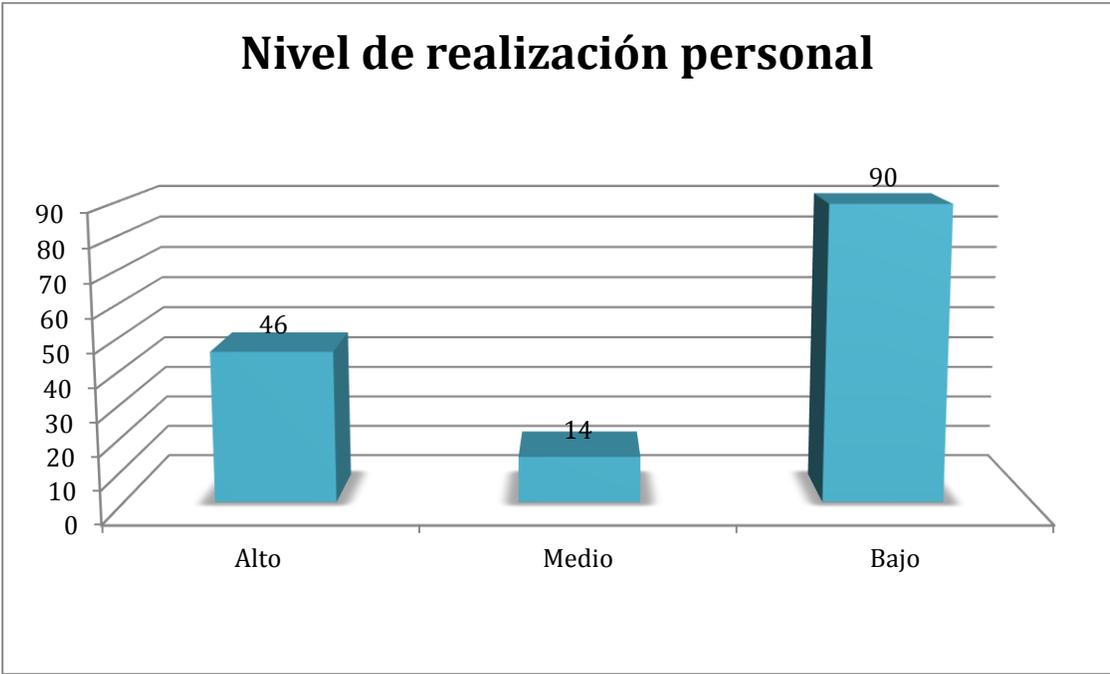


Figura 3. Nivel del dominio de realización personal en el Sx de Burnout

El grado de Síndrome de Burnout en los trabajadores adscritos a la UMF N° 80, se observa en la tabla V, donde se describe la distribución por categoría, presentándose en el área de enfermería la mayor incidencia del Síndrome y los niveles más altos del mismo.

Tabla V. Presencia del Grado de Sx de Burnout en los trabajadores de UMF N° 80, por categoría

VARIABLE	Alto	Medio	Bajo	Chi <sup>2</sup>	p
	N = 0 F (%)	N = 4 F (%)	N = 16 F (%)		
<b>Ocupación</b>				<b>3.333</b>	<b>0.649</b>
• Médico	- (-)	- (-)	1 (5.0)		
• Enfermera	- (-)	4 (20.0)	8 (40.0)		
• Asistente	- (-)	- (-)	2 (10.0)		
• Farmacia	- (-)	- (-)	1 (5.0)		
• Administrativo	- (-)	- (-)	3 (15.0)		
• Estomatólogo	- (-)	- (-)	1 (5.0)		

\*Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

Al analizar la asociación entre los siete dominios del FF-SIL con las tres dimensiones del Síndrome de Burnout, que son el Agotamiento Emocional, la Despersonalización y la Realización Personal, se identificó que si existe significancia estadística, con una  $p < 0.005$ , a diferencia de cuando se realizó la asociación entre el Sx de Burnout y la Funcionalidad Familiar de manera global. Se encontró que al existir alteraciones en la comunicación familiar, la adaptabilidad y afectividad, se relacionaba con niveles altos de Agotamiento Emocional, con una  $p = 0.000$  estadísticamente significativa, no así para el dominio de cohesión donde la significancia fue menor, tal como se muestra en la tabla VI.

TABLA VI. Asociación de las dimensiones de FF-SIL y agotamiento emocional

DOMINIO	ALTO	MEDIO	BAJO	F	p
	N = 26	N = 33	N = 91		
	$\bar{X} \pm E.E$	$\bar{X} \pm E.E$	$\bar{X} \pm E.E$		
Cohesión	7.00 ± 0.27	7.09 ± 0.21	8.54 ± 0.19	14.175	p < .001*
Armonía	6.88 ± 0.21	7.94 ± 0.26	8.45 ± 0.15	12.783	p < .000**
Comunicación	5.50 ± 0.34	8.48 ± 0.33	8.58 ± 0.13	41.870	p < .000**
Permeabilidad	5.00 ± 0.28	7.79 ± 0.28	7.74 ± 0.17	30.397	p < .000**
Afectividad	5.54 ± 0.40	8.52 ± 0.27	8.91 ± 0.13	51.353	p < .000**
Roles	5.54 ± 0.27	7.12 ± 0.33	7.24 ± 0.18	10.071	p < .000**
Adaptabilidad	6.15 ± 0.22	7.97 ± 0.43	7.54 ± 0.17	8.072	p < .000**

\*Cifra estadísticamente significativa (P < 0.05);

\*\*Cifra estadísticamente muy significativa ( P < 0.001)

Al analizar la asociación entre cada dominio del FF-SIL con la Despersonalización, se identificó que entre menor sea la cohesión, comunicación familiar, la adaptabilidad y afectividad, esto se relaciona con niveles altos de despersonalización, con una  $p < 0.000$  estadísticamente significativa, no así para el dominio de Adaptabilidad donde la significancia fue menor, tal como se muestra en la tabla VII.

TABLA VII. Asociación de las dimensiones de FF-SIL y la despersonalización

DOMINIO	ALTO	MEDIO	BAJO	F	Sig.
	N = 42	N = 10	N = 98		
	$\bar{X} \pm E.E$	$\bar{X} \pm E.E$	$\bar{X} \pm E.E$		
Cohesión	6.93 ± 0.18	7.10 ± 0.62	8.48 ± 0.18	14.000	p < .000**
Armonía	7.14 ± 0.15	7.40 ± 0.60	8.53 ± 0.14	16.232	p < .000**
Comunicación	6.93 ± 0.35	6.60 ± 0.76	8.64 ± 0.13	17.845	p < .000**
Permeabilidad	6.12 ± 0.28	6.50 ± 0.58	7.85 ± 0.17	14.997	p < .000**
Afectividad	6.79 ± 0.36	7.30 ± 0.53	8.96 ± 0.12	26.023	p < .000**
Roles	5.88 ± 0.20	6.80 ± 0.61	7.38 ± 0.18	11.152	p < .000**
Adaptabilidad	7.24 ± 0.25	5.40 ± 0.95	7.66 ± 0.17	7.243	p < .001*

\*Cifra estadísticamente significativa (P < 0.05);

\*\*Cifra estadísticamente muy significativa (P < 0.001)

Encontramos que la asociación entre cada dominio del FF-SIL con la Realización personal fue estadísticamente significativo, se observó que entre menor sea la cohesión, comunicación familiar, la adaptabilidad y afectividad, esto se relaciona con niveles altos de Realización Personal, con una  $p < 0.000$  estadísticamente significativa, tal como se muestra en la tabla VII.

TABLA VIII. Asociación de realización personal y los dominios del FF-SIL

DOMINIO	ALTO	MEDIO	BAJO	F	Sig.
	N = 46	N = 14	N = 90		
	$\bar{X} \pm E.E$	$\bar{X} \pm E.E$	$\bar{X} \pm E.E$		
Cohesión	7.37 $\pm$ 0.15	5.71 $\pm$ 0.30	8.60 $\pm$ 0.19	24.722	p<.000*
Armonía	7.04 $\pm$ 0.18	7.29 $\pm$ 0.32	8.71 $\pm$ 0.14	28.192	p<.000*
Comunicación	6.43 $\pm$ 0.29	7.50 $\pm$ 0.70	8.92 $\pm$ 0.10	39.192	p<.000*
Permeabilidad	6.07 $\pm$ 0.24	6.29 $\pm$ 0.30	8.04 $\pm$ 0.18	23.421	p<.000*
Afectividad	7.02 $\pm$ 0.35	7.21 $\pm$ 0.30	9.02 $\pm$ 0.14	23.639	p<.000*
Roles	5.52 $\pm$ 0.11	7.14 $\pm$ 0.27	7.60 $\pm$ 0.20	26.357	p<.000*
Adaptabilidad	6.46 $\pm$ 0.23	6.43 $\pm$ 0.86	8.02 $\pm$ 0.15	14.706	p<.000*

\*Cifra estadísticamente significativa ( $P < 0.05$ );  $\bar{X} \pm E.E$  = media  $\pm$  Error Estándar

\*\*Cifra estadísticamente muy significativa ( $P < 0.001$ )

Se observa la asociación entre el Sx de Burnout y el grado de Funcionalidad Familiar de los trabajadores de la UMF N° 80, con una  $p < 0.05$  estadísticamente significativa, encontrando que el nivel Medio de el Síndrome es en el que existe asociación con la Disfuncional Familiar, se muestra en la tabla IX.

Tabla IX. Asociación del nivel de Síndrome de Burnout y la Funcionalidad Familiar.

VARIABLE	Moderada			Chi <sup>2</sup>	p
	Funcional N = 4 F (%)	Funcional N = 12 F (%)	Disfuncional N = 4 F (%)		
Síndrome de Burnout				20.000	.000*
• <b>Bajo</b>	<b>4 (20.0)</b>	<b>12 (60.0)</b>	- (-)		
• <b>Medio</b>	- (-)	- (-)	<b>4(20.0)</b>		
• <b>Alto</b>	- (-)	- (-)	- (-)		

\* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05)

## DISCUSIÓN

En el presente estudio se buscaba establecer una relación entre los dos conceptos principales, que son: Síndrome de Burnout y Funcionalidad Familiar, encontrando que efectivamente si existe asociación entre ellos, ya que entre mayor sea la gravedad del Síndrome, mayor sera la Disfuncionalidad Familiar, esto tambien se hace referencia en estudios realizados en nuestro país, tal como lo encontraron Contreras y cols<sup>18</sup> en un estudio realizado en 2012 en Medicos Familiares, donde observaron que la mitad de los trabajadores que presentaban Diagnostico de Sx de Burnout pertenecian a Familias Disfuncionales, y utilizaron al igual que en nuestro estudio, el cuestionario MBI y para determinar Funcionalidad Familiar el FF-SIL.

Por otro lado en un estudio realizado en 2011 en Residentes de Medicina Familiar, por Szwako en Paraguay, menciona que no se pudo encontrar relación entre la Funcionalidad Familiar y el grado de Síndrome de Burnout<sup>3</sup>, importante mencionar que ellos utilizaron APGAR como instrumento para medir el grado de Funcionalidad Familiar, a diferencia de nuestro estudio donde utilizamos FF-SIL, encontrando un resultado diferente ya que aún cuando el porcentaje de trabajadores que padecian algún nivel del Síndrome fue bajo, si existio asociación con la Dinamica Familiar de cada caso, siendo esto estadisticamente significativo. Asi mismo tambien Osuna y cols<sup>20</sup>, en el año 2007 realizaron un estudio en Residentes de 1º, 2º y 3º año de Medicina Familiar y encontraron una asociación de Disfuncion Familiar y Burnout, sin embargo es vital mencionar que igualmente se utilizo el cuestionario MBI, pero no se documenta que tipo de instrumento utilizaron para determinar el grado de fundionalidad familiar, solo hacen mención a la percepción de cada Residente para valorar si existia Disfuncionalidad.

Una de las limitante que se reconocen es nuestro estudio es que el tiempo para responder los cuestionarios era escaso por tal motivo podrian los participantes no haber analizado

correctamente las preguntas y responder de manera no verídica. Por otra parte, en cuanto a los sesgos, destaca el hecho de que por haber tenido como objeto de estudio a toda la población (con la condición de que los sujetos aceptaran participar) quedan anulados los errores de aleatorización y de sistematización, en tanto que en la planeación, si bien se señala que la muestra fue no probabilística por conveniencia en función del cumplimiento de criterios de inclusión, la muestra es representativa del universo al que pertenece y el muestreo estuvo exento de los sesgos de selección inherentes a los observadores.

En relación a los resultados de este estudio, tenemos que solo el 13.3% del total de la muestra presentó criterios para hacer diagnóstico en los tres grados de Síndrome de Burnout, siendo esto menor a lo reportado por Aranda y cols en el estudio realizado exclusivamente en Médicos Familiares del estado de Jalisco<sup>1</sup>. No así en un estudio realizado por Grau, donde se mostró que en España y Argentina, la prevalencia fue levemente mayor, 14.9% y 14.4% respectivamente, en comparación con nuestros resultados que fueron del 13.3%, sin embargo en este mismo protocolo se describe que para México, Ecuador, Perú, Colombia y Guatemala la prevalencia no fue más de 5%<sup>5,6</sup>. Por lo que se deduce que la prevalencia en el presente trabajo fue mayor a lo reportado en estudios realizados en nuestro País. En el estudio realizado por Poncet y cols, quienes trabajaron con personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos en un Hospital en París, donde su muestra fue semejante a la nuestra, encontró una prevalencia de Síndrome de Burnout en el 32.8% del total de la muestra, que corresponde, a casi 3 veces lo encontrado en el presente trabajo<sup>16</sup>.

Encontramos que también las características Sociodemográficas juegan un papel muy importante en que se desencadene el Síndrome o no, ya que, se observó que existe mayor prevalencia en el género Femenino, de igual manera lo reportaron Zavala, Osuna, Juárez y cols<sup>2,5,20</sup>, en sus estudios donde más de la mitad de los que padecían el Síndrome eran mujeres.

Uno de los objetivos de este estudio fue determinar el nivel de Realización personal en los trabajadores, recolectándose la siguiente información mayor frecuencia de Niveles Bajos

de RP, siendo las asistentes donde predomino, esto mismo fue reportado por Osuna y cols<sup>20</sup>. Asi como tambien Ozyurt en Turkia encontro que le nivel bajo de Realización Personal, fue lo que predomino<sup>7</sup>.

Los resultados de este estudio , nos dejan con un panorama importante para que de esta información se parta para realizar estudios similares en cada área laborar por separado, que fue una de las desventajas que se pudieron observar en este estudio; y de esta manera, proporcionar herramientas más completas, que le permitan a la Unidad Medica Familiar, conocer sus deficiencias, ya que ser portador de este Síndrome nos predispone a brindar una una deficiente calidad a los derechohabientes. Asi como tambien nos permite orientar a los trabajadores sobre los factores de riesgo que pueden presentar para desarrollar o llegar a desarrollar algun grado del Síndrome, y una vez que lo padescan mencionar que se comprobo que existe relación con la Dinamica Familiar, y de ser necesario el personal que labor en la UMF N°80, acude a recibir terapia de Familiar, con ello podria mejorar su condicion del Sx de Burnout.

## CONCLUSIONES

- Existe asociación del grado de Síndrome de Burnout y la Funcionalidad Familiar del personal en la unidad de medicina familiar No. 80
- El grado de Síndrome de Burnout en los trabajadores adscritos a la UMF No. 80 fue Medio y Bajo.
- Existe alta frecuencia de Agotamiento Emocional del trabajador de la UMF No. 80
- El nivel de Despersonalización que predominó, en el trabajador de la UMF No. 80 fue el nivel bajo
- El nivel de Realización Personal del trabajador de UMF No. 80 fue bajo.
- El estrato socioeconómico medio bajo, la categoría de asistente y el nivel de licenciatura fueron las categorías que se relacionaron con Síndrome de Burnout.

## **PERSPECTIVAS**

Es importante la implementación de estrategias multidisciplinarias donde se tome en cuenta el bienestar de los trabajadores, que nos permitan mejorar la calidad de los servicios que ofrecen, repercutiendo en la mejora de la atención que se brinda al paciente.

Ya se están tomando acciones que repercutan en un ambiente de trabajo saludable, que proporcione a los trabajadores contar con herramientas útiles para su desempeño laboral y su relación con los pacientes a los que se atienden.

Así mismo es importante que también se inicien estrategias para mantener a los trabajadores constantemente actualizados en dichas herramientas.

## RECOMENDACIONES

- Se sugiere considerar los resultados de éste estudio ya que pueden contribuir a la mejora de la calidad otorgada a los derechohabientes, si se hacen intervenciones pertinentes en relación a los resultados aquí encontrados.
- Intervención oportuna en los trabajadores con algun grado de Síndrome de Burnout, o bien si se encuentran afectados en alguna de las dimensiones del Sx.
- Puede ser replicado en otras unidades de Medicina Familiar, con la finalidad de evaluar a cada uno de los trabajadores.
- Relizar este tipo de estudios no solo en primer nivel, tambien es de conveniente que se realice con personal de segundo nivel, y haciendo énfasis en los grupos en los que se encontro una mayor afección.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Aranda-Beltrán C, Pando-Moreno M, Salazar-Estrada JG, Torres-López TM, Aldrete-Rodríguez MT, Pérez-Reyes MB. Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. *Rev Cubana Salud Pública*. 2005; 2(1).
- 2.- Juárez-García A, Idrovo AJ, Camacho-Ávila A, Placencia-Reyes O. Síndrome de Burnout en Población Mexicana: una revisión sistemática. *Salud mental*. 2014; 37 (2): 159-176.
- 3.- Szwako AA. Relación entre Función Familiar y Síndrome de Burnout en Residentes de Medicina Familiar. *Rev. Salud pública Parag*. 2013; 4 (1): 21-26.
- 4.- Tapia-Hernández TA, Ávalos-García MR, César-Vargas R, Franco-Alcántar RA, Gómez-Alonso AC, Rodríguez-Orozco A. Síndrome de Burnout en Enfermeras de un Hospital Regional. *Rev Enfer Inst Mex Seguro Soc*. 2009; 17 (1): 31-38.
- 5.- Zavala-González MA, Posada-Arévalo SE, Jiménez-Mayo O, López-Méndez RL, Pedrero-Ramírez LG, Pérez-Arias MB. Síndrome de Burnout en personal médico y de enfermería de una unidad médica familiar en Tabasco, México. *Rev Med UV*. 2011; 6: 18-23.
- 6.- Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de Factores Personales, Profesionales y Transnacionales en El Síndrome de Burnout en Personal Sanitario Hispanoamericano y Español. *Rev Esp Salud Pública*. 2009; 83: 215-230.
- 7.- Ozyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *Q J Med*. 2006; 99:161–169.

- 8.- Goehring C, Bouvier M, Künzi B, Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly*. 2005;135: 101–108.
- 9.- Castañeda-Aguilera E, García de Alba-García JE. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2010; 39(1).
- 10- Aranda-Beltrán C, González-Baltazar R, Pando-Moreno M, Hidalgo-Santacruz G. Factores de Riesgo Psicosocial Laborales, Apoyo Social y Síndrome de Burnout en Médicos de Familia de tres Instituciones Públicas de Salud de Guadalajara (México). *Salud Uninorte*. 2013; 29(3): 487-500.
- 11.- Cañadas GA, Vargas C, San Luis C, García I, Cañadas GR, De la Fuente EI. Risk Factors and Prevalence of Burnout Syndrome in the Nursing Profession. *Int J Nurs Stud*. 2015; 52 (1): 240-249
- 12.- Martins LF, Laport TJ, Menezes VP, Medeiros PB, Ronzani TM. Burnout Syndrome in Primary Health Care Professionals. *Cien Saude Colet*. 2014; 19(12): 4739-4750
- 13.- Agudelo CA, Castaño JJ, Arango CA, Durango LA, et al. Prevalencia y Factores Psicosociales Asociados al Síndrome de Burnout en Médicos que Laboran en Instituciones de las Ciudades de Manizales y La Virginia (Colombia). 2011;
- 14.- Deligkaris P, Panagopoulou E, Montgomery AJ, Masoura E. Job burnout and cognitive functioning: A systematic review. *Work Stress: An International Journal of Work, Health and Organisation*. 2014; 28(2): 107-123.
- 15- Fernández-Sánchez A, Betanzos-Díaz N, Hernández-Reyes L. Relevancia del estudio del agotamiento profesional (Burnout) en personal de enfermería. Estado del arte. *Enf Neurol (Mex)*. 2011; 10(3): 135-140.

- 16.- Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Kentish N, Timsit JF. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007; 175: 698–704.
- 17.- Sánchez-Cruz J, Mugártegui-Sánchez S. Síndrome de Agotamiento Profesional en los Médicos Familiares. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2013; 51(4): 428-431.
- 18.- Contreras-Palacios SC , Ávalos-García MI, Priego-Álvarez HR, Morales-García MH, Córdova Hernández JA. Síndrome de Burnout, funcionalidad familiar y factores relacionados en personal médico y de enfermería de un hospital de Villahermosa, Tabasco, México. *Horizonte Sanitario.* 2013; 12(2): 45-57.
- 19.-. Hernández-Castillo L, Cargill-Foster NR, Gutiérrez-Hernández G. Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta, Tabasco. *Salud en Tabasco.* 2010; 18 (1): 14-24.
- 20.- Osuna-Paredes MK, Medina-Carrillo L, □Romero-Paredes JJ, □Álvarez-Álvarez M. Prevalencia del síndrome Burnout en médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No.24 de Tepic, Nayarit, México. *Aten Fam.* 2009;16(2): 24-27.
- 21.- Aranda-Beltrán C, Pando-Moreno M, Salazar Estrada JG. Confiabilidad y validación de la escala Maslach Burnout Inventory en trabajadores del occidente de México. *Salud Uninorte.* 2016; 32 (2): 218-227.
- 22.- Chávez-Ramírez D, Pando-Moreno M, Aranda-Beltrán C, Almeida-Perales C. Burnout and Work Engagement en Docentes Universitarios de Zacatecas. *Ciencia y Trabajo.* 2016; 50: 116-120.



## ANEXO II

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 80, MORELIA MICH.

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Morelia, Mich. A \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Por medio del presente YO: \_\_\_\_\_.

Acepto participar en el proyecto de investigación titulado “ASOCIACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DEL PERSONAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 80 Y SUS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS” Registrado ante el Comité Local de Investigación 1603, con el número \_\_\_\_\_. JUSTIFICACION: El Síndrome de Burnout es un mal que aqueja este siglo, el agotamiento emocional: el paciente se siente sobrecargado por las personas a su alrededor y genera recursos emocionales disminuidos, dificultad para seguir trabajando o prestando un servicio. La despersonalización: asume conductas deshumanizadas, automáticas, estereotipadas y disociadas, alejándose del otro como en un intento por terminar con el agotamiento. Clasificando a las personas en categorías y no como personas individuales, como mecanismo de defensa. Sensación de bajo logro personal: tiene un sentimiento negativo de sí mismo, baja autoestima, es indiferente y disminuye su contacto con la gente o busca cambiar de trabajo. Es por esta razón que el personal de salud, y principalmente en primer nivel, es que se tiene mayor riesgo de padecerlo. OBJETIVO: Se me ha explicado que mi participación en el estudio consistirá en contestar algunas preguntas sobre las características de mi área de trabajo así como las condiciones laborales en las que me desenvuelvo, así mismo, habrá preguntas en relación a la funcionalidad familiar. Se me entregará un cuestionario con diferentes ítems de los cuales al final de acuerdo a mi respuesta se arrojara un puntaje con el cual se me evaluará. El responder las preguntas me llevará un aproximado de 90 minutos. Se me ha explicado que los riesgos son mínimos por tratarse de únicamente responder preguntas, y no se incluye

ninguna intervención. Únicamente se puede considerar que las molestias podrían surgir a partir de responder preguntas de tipo personal. Los posibles beneficios al participar en el estudio es que se presenten los resultados a las jefes de áreas para que en un futuro se consideren acciones de mejora en base a la prevalencia y la relación que existiera entre mis características laborales y el Síndrome de Burnout. Se me informó que de manera oportuna se me entregarán los resultados de las pruebas que se me realizara.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que yo lo considere conveniente aun habiendo firmado este documento. Se me aseguro que la información que yo aporte al estudio, es completamente confidencial, y se usara solamente para reportes científicos en los cuales de ninguna manera se dara a conocer mi identidad.

Por lo anterior declaro que acepto participar en el estudio reiterando que puedo retirarme del mismo si así lo decido.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio me podré dirigir a:

Investigador responsable: Dra. Dulce Citlalli Chávez Sánchez. Cel: 4521820309

Investigador asociado: Dra. Paula Chacon Valladares. Cel: 4431886235

Comité Local de Investigación y Ética de Investigación en Salud No 1603

Secretario del Comité: Dr. Jeronimo Camacho Pérez. Tel: 4525243731

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:  
Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720.  
Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx).

### ANEXO III

#### MASLACH BURNOUT INVENTORY

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	

## ANEXO IV

### CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir en su familia. Necesitamos que clasifique, PUNTÚE su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

Casi nunca (1). Pocas veces (2). A veces (3). Muchas veces (4). Casi siempre (5)

1. Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia. 2. En mi casa predomina la armonía. \_\_\_\_\_

3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades. \_\_\_\_\_

4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana. 5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa. \_\_\_\_\_

6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos. \_\_\_\_\_

7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles. \_\_\_\_\_

8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan. \_\_\_\_\_

9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado. \_\_\_\_\_

10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones. \_\_\_\_\_

11. Podemos conversar diversos temas sin temor. \_\_\_\_\_

12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas. \_\_\_\_\_

13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar. \_\_\_\_\_

14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos. \_\_\_\_\_

PUNTUACIÓN TOTAL: \_\_\_\_\_

De 70 a 57 puntos. Familias funcional

De 56 a 43 puntos. Familia moderadamente funcional

De 42 a 28 puntos. Familia disfuncional

De 27 a 14 puntos. Familia severamente disfuncional

## ANEXO V

### ESCALA DE GRAFFAR-MÉNDEZ CASTELLANOS

Variables	Pts.	Ítems
1. Profesión del Jefe de Familia	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
2.- Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeto
3.-Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
4.- Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

## ANEXO VI

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>Marzo – Mayo 2015</b>	<b>Junio 2015</b>	<b>Julio – noviembre 2015</b>	<b>Diciembre 2015 – Septiembre 2016</b>	<b>Octubre 2016</b>	<b>febre ro 2017</b>
<b>Diseño del protocolo</b>	X					
<b>Presentación y Registro ante el SIRELCIS</b>	X					
<b>Inicio del estudio</b>		X				
<b>Reclutamiento de participantes y realización de cuestionarios</b>			X			
<b>Procesamiento de datos</b>				X		
<b>Análisis de Resultados</b>				X		
<b>Elaboración de discusión</b>				X		
<b>Presentación de tesis</b>					X	
<b>Examen de grado</b>						X

