



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DR. IGNACIO CHÁVEZ

SINDROME DE BURNOUT Y SU RELACIÓN CON LA ADAPTABILIDAD
Y COHESIÓN EN LA FAMILIA, EN TRABAJADORES DE SALUD
DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

TRABAJO QUE, PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:



RAÚL AGUILAR MATURANO.

MÉXICO, D.F.

MARZO 2002.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

SÍNDROME DE BURNOUT Y SU RELACIÓN CON LA
ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN EN LA FAMILIA, EN
TRABAJADORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN


TRABAJO QUE, PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.


PRESENTA:

RAÚL AGUILAR MATURANO.



AUTORIZACIONES.


DRA. CATALINA MONROY CABALLERO.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR. DR. IGNACIO CHÁVEZ
ASESORA DE TESIS.


DR. E. RAÚL PONCE ROSAS.
PROFESOR TITULAR "A" TC. INTERINO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
ASESOR DE TESIS.

Sub/Delegación Médica
Zona Sur, D.F.

★ FEB. 15 2002 ★

Clinica Dr. Ignacio Chávez

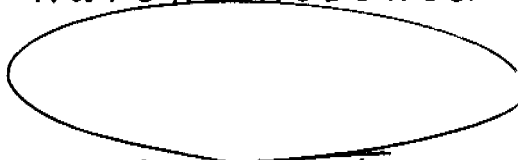
SÍNDROME DE BURNOUT Y SU RELACIÓN CON LA
ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN EN LA FAMILIA, EN
TRABAJADORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

TRABAJO QUE, PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

RAÚL AGUILAR MATURANO.

AUTORIZACIONES.



DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ÁNGEL GRACIA RAMÍREZ
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

INDICE

<i>INTRODUCCIÓN</i>	<i>1</i>
<i>1. MARCO TEÓRICO</i>	<i>3</i>
1.1 Antecedentes	3
1.1.1 Definición	4
1.1.2 Etiología	7
1.1.3 Teorías explicativas del síndrome de Burnout	8
1.1.4 Características clínicas	11
1.1.5 Signos y síntomas	13
1.1.6 Epidemiología	14
1.1.7 El Inventario de Maslach Burnout	16
1.1.8 Prevención	18
1.1.9 Familia, síndrome de Burnout Y FACES III	20
<i>2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</i>	<i>22</i>
<i>3. JUSTIFICACIÓN</i>	<i>25</i>
<i>4. OBJETIVOS</i>	<i>27</i>
4.1 Objetivo General	27
4.2 Objetivos Específicos	27

5.	METODOLOGÍA	28
5.1	Tipo de estudio	28
5.2	Población, lugar y tiempo del estudio	28
5.3	Muestra	28
5.4	Criterios de inclusión	29
5.5	Criterios de exclusión	29
5.6	Criterios de eliminación	29
5.7	Variables e instrumentos	30
5.8	Método para captar la información y análisis de la información	30
5.9	Consideraciones éticas	32
6.	RESULTADOS.....	32
6.1	Datos Generales	32
	Encuestas aplicadas por clínica	33
	Edad	33
	Número de hijos	33
	Estado civil	33
	Tipo de pareja	34
	Género	34
	Tipos de especialidad	34
	Lugar de trabajo	35
	Años de ejercicio	35
	Número de pacientes atendidos	36
	Tiempo destinado a la atención	36
	Turno de trabajo	37
	Guardias realizadas	37
	Otros empleos	38
6.2	Evaluación del Maslach Burnout Inventory..	38
6.2.1	Agotamiento emocional	38
6.2.2	Despersonalización	40

6.2.3	Ejecución personal disminuida	41
6.2.4	Resultados por unidad médica	42
	Clínica Xochimilco	42
	Clínica Dr. Ignacio Chávez.....	42
	Clínica División del Norte	43
	Clínica Ermita	43
6.3	Síndrome de Burnout alto y su relación con variables sociodemográficas.....	44
	Estado civil	44
	Edad	45
	Número de hijos	45
	Tipo de pareja.....	46
	Género	46
	Tipo de especialidad	47
	Lugar de trabajo	47
	Años de ejercicio	48
	Número de pacientes atendidos	48
	Tiempo destinado a cada pacientes	49
	Turno de trabajo	49
	Guardias realizadas	50
	Otros empleos	50
6.4	Evaluación del FACES III	51
6.4.1	Cohesión familiar	51
6.4.2	Adaptabilidad familiar.....	52
6.5	Relación Síndrome de Burnout alto con cohesión y adaptabilidad	53
6.5.1	Agotamiento emocional con cohesión y adaptabilidad	53
6.5.2	Despersonalización con cohesión y adaptabilidad	54
6.5.3	Ejecución personal con cohesión y adaptabilidad	55
7.	DISCUSIÓN	56

8. CONCLUSIONES	61
9. BIBLIOGRAFÍA	63
10. ANEXOS	66

SÍNDROME DE BURNOUT Y SU RELACION CON LA ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN EN LA FAMILIA, EN TRABAJADORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

RESUMEN

INTRODUCCION: El síndrome de Burnout se presenta en aquellos profesionistas que mantienen un contacto directo con la gente, incluye tres áreas: 1) Agotamiento emocional, 2) Despersonalización y 3) Disminución en la ejecución personal; la presencia de éste afecta la vida personal en sus relaciones con amigos y familiares reflejándose en la calidad de la atención y el prestigio de la institución, el individuo se quejará continuamente de su trabajo siendo común que los lamentos y agresividad se dirijan a otra persona colocando en una situación riesgosa la funcionalidad familiar.

OBJETIVO: Identificar la relación entre el síndrome de Burnout y la cohesión y adaptabilidad familiar en médicos de clínicas del primer nivel de atención.

TIPO DE ESTUDIO: Transversal descriptivo.

METODOLOGÍA: Muestra no aleatoria de 105 médicos de 4 unidades médicas del ISSSTE en la zona sur de la ciudad de México. Previo consentimiento de autoridades y participantes se utilizaron 3 cuestionarios de auto aplicación: Ficha de filiación anónima; Maslach Burnout Inventory, para medir las tres áreas del síndrome de Burnout; Escalas para la evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar (FACES III). Los instrumentos fueron aplicados durante los meses de Mayo y Junio del año 2001. La información fue almacenada en una base de datos y el análisis estadístico se realizó en el programa SPSS V. 6. en la Universidad Nacional Autónoma de México.

RESULTADOS: Se encontró en los grados más altos de alteración del síndrome: 1) Agotamiento emocional un 22.8%; 2) Despersonalización 24.8%; 3) Disminución de la ejecución personal 18.1%. Solo se encontró asociación estadísticamente significativa entre la cohesión familiar y ejecución personal disminuida, con una $\chi^2=9.285$ y una $p=0.002$.

CONCLUSIONES: Se encontró significancia estadística en la relación de disminución de la ejecución personal con cohesión considerando esta área de la funcionalidad familiar como un factor determinante en la presencia del síndrome; A pesar de encontrar niveles bajos de síndrome de Burnout en la población estudiada hay que mencionar que es una patología dinámica la cual conforme va aumentando, el individuo pierde su función adaptativa y debido a sus repercusiones tanto a nivel individual y familiar es indispensable iniciar algún programa para disminuir la presencia de este, mejorando no solo la relación medico paciente sino la salud del individuo mismo ya que se consideran a los recursos humanos de un sistema de salud como vitales para su buen funcionamiento y que se ofrezca un servicio de calidad.

Palabras clave: Síndrome de Burnout. FACES III. Cohesión familiar. Adaptabilidad familiar. Primer nivel.

INTRODUCCIÓN.

Se ha escrito mucho acerca de los enfermos, pero poco se ha dicho de los efectos psicológicos sobre el equipo médico por su trabajo altamente demandante. ⁽¹⁾ Los profesionales de la salud, invierten mucho tiempo en la relación con los pacientes y sus propios compañeros de trabajo, condicionándolos a presentar alteraciones a nivel psicológico. ⁽²⁾

Las investigaciones y publicaciones existentes en México sobre el síndrome de Burnout son muy pocas y sin embargo es una situación que se genera con gran frecuencia. ⁽³⁾

El síndrome de Burnout, fue descrito en 1974 por Hebert Freudenberger; sin embargo Maslach en 1982 lo refiere como una situación cada vez más frecuente en aquellas personas que por su trabajo debían mantener un contacto directo y continuo con la población, siendo el personal médico y paramédico algunas de las profesiones en las que existe esta relación con la gente, se ha observado una alta incidencia (59.7%) del mismo. Se conocen múltiples factores estresantes que pueden condicionar la presentación del síndrome, tales como sobrecarga de trabajo, papeleo, terror al contagio, responsabilidad, conflicto de roles, etc. ^(1,2)

El síndrome de Burnout, involucra tres áreas: agotamiento emocional; básicamente presente por las demandas emocionales de otras personas, despersonalización; teniendo una relación distante con la gente, ejecución personal disminuida; presentándose sentimientos de frustración. ⁽¹⁾

La presencia de este síndrome afecta la vida personal del profesional, en sus relaciones con amigos o familiares, así mismo afecta la calidad y calidez de la atención médica, reflejándose en el prestigio de la institución donde labora, conociendo esto, el presente estudio pretende valorar en una población de trabajadores de la salud del ISSSTE, la frecuencia del síndrome de Burnout y determinar si está relacionado con alteraciones en la cohesión y adaptabilidad familiar. En el estudio se utilizó el Maslach Burnout Inventory (MBI), para medir la frecuencia del síndrome de Burnout y el FACES III para medir la cohesión y adaptabilidad en la familia.

1. MARCO TEÓRICO.

1.1 ANTECEDENTES.

En el año de 1974 Herbert Freudenberger, psicoanalista norteamericano, comenzó a utilizar por primera vez el término Burnout, para señalar un estado de agotamiento físico y emocional como resultado de las condiciones de trabajo. Este autor introdujo el término refiriéndose a un fenómeno que había observado en él y en colegas suyos cuando trabajaban en una clínica de servicio gratuito en Nueva York. Mantuvo una jornada de trabajo muy intensa por mucho tiempo hasta que de pronto un día se colapsó, al reflexionar acerca de su estado, empezó a utilizar el término Burnout para describir lo que le había pasado. Así Freudenberger tomó una palabra que se utilizaba en los años 60 para referirse al abuso crónico de drogas y lo empezó a utilizar como el estado de agotamiento emocional de él mismo y de ciertos voluntarios que trabajaban con él en esa clínica. Se dio cuenta que tanto hombres y mujeres idealistas empezaban a verse cansados, deprimidos, apáticos y más necesitados que los pacientes para quienes supuestamente trabajaban. Estos síntomas estaban acompañados de culpa, paranoia y omnipotencia que dificultaban a estos profesionistas su nivel de actividad.⁽⁴⁾

Freunderberger, encontró una susceptibilidad particular a jóvenes estudiantes idealistas que querían hacer algo productivo por la humanidad al hacerse doctores, enfermeras, abogados, maestros, consejeros y trabajadores sociales. Refiriendo así el término Burnout a un estado de fatiga o frustración, debido a la profunda devoción hacia una causa en particular, una forma de vida, relación o profesión que de alguna manera han fallado en cumplir las expectativas que sobre estas se tenían. En este sentido el Burnout

es un problema que nace de las buenas intenciones de una persona ya que se presenta cuando este trata de alcanzar metas e ideales que terminan por consumir toda su energía. Al no ver sus expectativas cumplidas, el entusiasmo decae y se instala la frustración. Freudenberg relacionó los signos y síntomas del síndrome como lo que queda después de un incendio: Solo pedazos de energía y vida. ⁽⁵⁾

Christina Maslach publicó su primer artículo referente al tema en 1976 siendo una de las precursoras y más grandes investigadoras sobre el síndrome de Burnout, desgaste profesional o profesional quemado, considerándolo un cuadro bien estructurado en relación con otros términos como estrés o ansiedad pero con identidad propia. ⁽²⁾

Se ha encontrado que en profesiones en las que se requiere de un contacto con la gente de manera continua y en donde frecuentemente hay una carga afectiva son en las que se puede desarrollar más fácilmente el síndrome. ⁽¹⁾

1.1.1 Definición.

El síndrome de Burnout o de agotamiento se ha definido en diferentes formas a lo largo de estos 20 años:

Chermis (1980) lo define como un proceso que comprende cambios negativos en las actividades y la conducta del profesional que brinda un servicio a seres humanos, en respuesta a una experiencia de trabajo demandante, frustrante y poco gratificante. ^(6,8)

Edelwich y Brodsky (1980) lo describen como un proceso de progresiva desilusión, con pérdida del idealismo, energía y propósito, experimentado por las personas que

trabajan en las profesiones de ayuda, como consecuencia de las condiciones de trabajo. ^(6,8)

Brill (1984) lo propone como un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo, en una persona que no padece alguna otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimiento objetivo como de satisfacción personal y que está en relación con las expectativas previas. ^(6,8)

Pines y Aronson (1988) lo definen como un estado de agotamiento físico, emocional y mental, desarrollado en personas que se ven implicadas en situaciones emocionalmente demandantes. Las demandas emocionales son causadas generalmente por una combinación de expectativas muy altas y situaciones de estrés crónico. El Burnout implica la dolorosa conciencia de que hemos fallado (en hacer el mundo un mejor lugar, en ayudar al necesitado, en tener un verdadero impacto en una organización), de que nuestros esfuerzos no sirvieron para algo, de que no tenemos la energía necesaria para realizar lo que nos prometimos hacer y que no queda algo para dar. ^(6,8)

Etzion (1987) lo describe como un proceso latente, solapado y silencioso, que se desarrolla lentamente desde su comienzo hasta que de forma inesperada se expresa como una experiencia devastadora de agotamiento personal, sin relación con ningún estresante particular. ^(6,8)

El síndrome de Burnout, es el conjunto de signos y síntomas que se desarrollan en los profesionales en relación con su trabajo, aquellos individuos que previamente eran muy trabajadores, diligentes y comprometidos con su profesión, se van sintiendo cada vez menos satisfechos, y desilusionados en cuanto a su trabajo y otros aspectos de sus vidas. Los médicos, a quienes antes les importaban sus pacientes se encuentran así mismos temerosos con el trabajo clínico y se vuelven cada vez mas desapegados y descuidados

hacia sus pacientes, el componente depresivo se puede manifestar además como una depleción física con sentimiento de importancia, abandono, desesperanza, agotamiento emocional, desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y demás personas; una sensación de angustia y el haber fallado en la búsqueda de sus ideales. El sentimiento de pérdida del idealismo en un individuo con mucha energía y comprometido se describe como un estado de fatiga o frustración provocado por la incapacidad de producir la recompensa esperada ante la devoción de una causa, forma de vida o relación.

(5)

En general el síndrome de Burnout es un tipo específico de trastorno adaptativo crónico, asociado a las demandas psicosociales del trabajo directo con personas a través de una relación de interdependencia mutua. Se caracteriza por constituir una respuesta desadaptativa que se produce como consecuencia de un desbalance prolongado (mas de 6 meses) entre demandas y recursos de afrontamiento. Se manifiesta por una sintomatología multidimensional a nivel cognitivo, conductual, somático y emocional, con la presencia de un excesivo malestar personal y por un deterioro social significativo.⁽⁶⁾

El síndrome de Burnout incluye 5 factores característicos en estas definiciones:

- a) Predominan los síntomas disforicos y sobretodo el agotamiento emocional.
- b) Destacan las alteraciones de conducta (conducta anormal del modelo asistencial o despersonalización de la relación con el cliente).
- c) Se suelen dar síntomas físicos de estrés psicofisiológico, como cansancio hasta el agotamiento, malestar general, junto con técnicas paliativas reductoras de la ansiedad residual, como son las conductas adictivas que a su vez, median el deterioro de la calidad de vida.

- d) Se trata de un síndrome clínico-laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo, aunque se presente en individuos considerados presuntamente normales.
- e) Se manifiesta por un menor rendimiento laboral y por vivencias de baja realización personal, de insuficiencia o ineficacia laboral y desmotivación.⁽⁸⁾

1.1.2 Etiología.

El Burnout es un fenómeno multifactorial, siendo posible identificar los siguientes factores de riesgo:

-FACTORES INDIVIDUALES.

La existencia de sentimientos de altruismo e idealismo, llevan a los profesionales a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios y convierten en un reto personal la solución de los problemas, además se sienten culpables de los fallos propios y ajenas; otros factores que influyen a este nivel son rasgos de personalidad, limitaciones, responsabilidades, aprobación, afecto, sexo, edad y estado civil.^(1,9)

-FACTORES INSTITUCIONALES.

Los profesionales trabajan en organizaciones que responden al esquema de una

burocracia profesionalizada; estas organizaciones inducen problemas de coordinación entre sus miembros, sufren la incompetencia de los profesionales y los problemas de libertad de acción, la incorporación rápida o innovaciones y respuestas disfuncionales por parte de la dirección, forman un sentimiento por parte de los profesionistas de que, no importa de lo intenso que trabajen, las recompensas en términos de logro, reconocimiento, progreso y apreciación nunca llegan; todo esto conlleva varios estresores como: Sobrecarga de trabajo, falta de autonomía y apoyo institucional, largas horas de trabajo, falta de apoyo y retroalimentación por parte de los jefes y compañeros. ⁽⁴⁹⁾

-FACTORES SOCIALES.

Se encuentran como desencadenantes las condiciones actuales de cambio social por las que atraviesan estas profesiones tales como la aparición de nuevas leyes y estatutos que regulan el oficio de la profesión, nuevos procedimientos en la práctica de tareas y funciones, cambios en los perfiles demográficos de la población que requieren cambios en los roles, pérdida del prestigio social, etc. ⁽⁹⁾

1.1.3 Teorías explicativas del síndrome de Burnout.

Existen 3 teorías para explicar la relación de antecedente-consecuente y a través de que proceso puede aparecer el síndrome, estas teorías son:

- TEORÍA SOCIO COGNITIVA.

Se incluye la teoría socio cognitiva del yo desarrollada por variables como auto eficacia, auto confianza, auto concepto, etc. De esta teoría se derivan tres modelos:

MODELO DE HARRISON: Refiere que la motivación contribuye a determinar la eficacia en el logro de los objetivos laborales, así a mayor motivación habrá mayor eficacia; cuando un sujeto encuentra barreras los sentimientos de eficacia disminuyen por lo que el profesionista no logra conseguir sus objetivos, lo que afecta negativamente la esperanza de conseguirlos; al mantenerse esta situación se origina el síndrome de Burnout. Este modelo se aplica de manera particular a los sujetos que han desarrollado expectativas muy elevadas sobre el logro de sus objetivos intentando ayudar a los demás en situaciones en las que se necesita algo más que la simple motivación.

MODELO CHERNISS: La motivación y satisfacción laboral se incrementa cuando un empleado experimenta sentimientos de éxito en la realización de una tarea, estos sentimientos llevan al individuo a involucrarse más en el trabajo implicando un mayor esfuerzo y una mayor autoestima, cuando esto no se logra se tienden a desconectarse y huir, disminuyendo su ejecución, incrementando su apatía y desinterés.

MODELO THOPSON, PAGE, COOPE: Involucran 4 variables en la teología del síndrome: a) las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del individuo; b) el nivel de autoconciencia; c) sus expectativas de éxito; d) sus sentimientos de auto confianza. La autoconciencia considerada como un rasgo de

personalidad se conoce como la capacidad del individuo de regular los niveles de estrés, así los empleados con alta autoconciencia tienen una tendencia exagerada en auto percibirse y concentrarse en su experiencia de estrés, obteniendo mayores niveles del mismo, originando un factor importante en la etiología del síndrome.

- TEORÍAS DE INTERCAMBIO SOCIAL.

Se derivan de los principios teóricos de la teoría de la equidad o de la teoría de conservación de recursos, fundamentada en la falta de equidad o de ganancia que surge en los profesionales como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales. Existen dos modelos que apoyan esta teoría:

MODELO DE BUUNK Y SCHAUFELI: Estos identifican dos etiologías: a) Los procesos de intercambio social con los pacientes donde ubican tres variables estresoras importantes para la aparición del síndrome: la incertidumbre alude la falta de claridad sobre lo que se piensa y siente al actuar; la percepción de equidad se refiere al equilibrio entre lo que se da y se recibe en las relaciones con los demás; la falta de control se asocia con la posibilidad que tiene el individuo para controlar sus acciones. b) Los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros: aquí los afectados no buscan apoyo en situaciones de estrés, sino por el contrario evitan la presencia de los compañeros y rechazan el apoyo social por el miedo a la crítica o a ser señalados como incompetentes.

MODELO DE HOBFOLL Y FREDY: Según esta teoría el estrés se aparece cuando los sujetos perciben que eso que les motiva está amenazado de alguna manera. Los motivadores son los recursos con los que cuenta la persona y los estresores provocan inseguridad sobre sus habilidades para alcanzar el éxito profesional.

- TEORÍA ORGANIZACIONAL.

Su importancia radica en los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento utilizadas, aquí variables como las disfunciones del rol o apoyo social percibido, el clima y la estructura organizacional son de suma importancia en la etiología del síndrome. De esta se derivan dos modelos:

MODELO DE COX, KUK Y LEITER: Este modelo tiene la premisa de que la salud de la organización es una variable mediadora de la relación estrés síndrome de Burnout, determinada por el ajuste, la coherencia e integración de los sistemas psicosociales de la organización y por la forma en que se estructura, sus políticas y procedimientos son percibidos correctamente por sus miembros. Los sentimientos de cansancio, confusión, amenaza, debilidad, tensión y ansiedad se asocian con el afrontamiento y los defectos sobre la situación y el propio sujeto.

MODELO DE WINNUBST: El modelo propone que el síndrome depende del tipo de estructura organizacional e institucional, partiendo del supuesto que a partir del apoyo social se puede influir sobre la disfunciones de la estructura organizacional. Así el sentimiento de agotamiento físico, emocional y mental es resultado de la tensión emocional crónica derivada del estrés en el trabajo. ^(3.9)

1.1.4 Características Clínicas.

Maslach encontró que el Burnout es un síndrome que involucra tres factores: agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la ejecución personal:

- **Agotamiento emocional.**

Comienza cuando el profesional se involucra demasiado emocionalmente, se sobrecarga de trabajo y se siente abrumado por las demandas emocionales impuestas por otras personas. La persona se siente desgastada físicamente, sin energía para afrontar otro día y siente que ya no puede dar más de sí mismo; para evitar este agotamiento emocional, el individuo reduce su contacto con la gente a lo mínimo requerido, distanciándose como evitando involucrarse emocionalmente, olvidándose del trato individual, manteniendo relaciones frías y distantes con los pacientes, en este momento se llega la despersonalización. ^(1,5)

- **Despersonalización.**

Es el desarrollo de una respuesta distante, insensible e inhumana, el profesional puede volverse cínico, burlón, ignorar las demandas de los pacientes y brindar una insuficiente ayuda y cuidado, debido a estos sentimientos y comportamientos negativos el sujeto puede sentir angustia o culpa por la forma con que trata a sus pacientes, es aquí donde entra en juego el tercer factor. ^(1,5)

- **Ejecución personal disminuida.**

En este momento la persona empieza a dudar de su capacidad, habilidad para ayudar a sus pacientes y relacionarse con ellos, presentándose sentimientos de frustración, baja autoestima e incluso depresión. Cabe señalar que el síndrome de Burnout aunque es progresivo y dinámico no ocurre siempre en el mismo orden ni con la misma intensidad, cada persona vive este proceso de manera diferente. ^(1,5)

1.1.5 Signos y Síntomas.

Los signos y síntomas asociados al síndrome de Burnout se pueden clasificar en 4 grupos:

- CAMBIOS DE CONDUCTA:

Mirar con frecuencia la hora en el reloj, incremento evidente de la resistencia para ir a trabajar, posponer el contacto con los pacientes, llegar frecuentemente tarde, pérdida de la habilidad para resolver problemas de manera creativa, trabajar más y más tiempo pero con muchos menos resultados, introversión y evasión de los colegas, robar a la organización, incremento en el consumo de drogas que alteran el estado de ánimo, inhabilidad para satisfacer las necesidades recreativas de recuperación, aumento de la tendencia a sufrir accidentes. ^(1,3,5,10)

- CAMBIOS EN LOS SENTIMIENTOS:

Pérdida del sentido de humor o bien un sentido de humor negro, sensación persistente de haber fracasado, culpa y auto reproches, períodos frecuentes de enojo, resentimiento y amargura, incremento de la irritabilidad, expresada en el trabajo y en el hogar, sentirse utacaco, desanimado e indiferente, tener sentimientos de impotencia y enfrentamientos con la vida en lugar de ser creativo. ^(1,3,5,10)

- CAMBIOS EN LA MANERA DE PENSAR:

Pensar con mayor frecuencia en abandonar el trabajo, incapacidad para concentrarse, pensamiento rígido, resistencia al cambio, incremento en el grado de suspicacia, desconfianza y cinismo culpando de esta actitud a sus pacientes, actitud deshumanizada hacia los pacientes, mentalmente sentirse víctima además de preocupación de las propias necesidades y la sobre vivencia personal.^(1,3,5,10)

- CAMBIOS EN EL ESTADO DE SALUD:

Sueños desordenado, frecuentes enfermedades ordinarias pero de larga duración, incremento de la susceptibilidad de las infecciones, fastidio y aburrimiento, cansancio y agotamiento durante todo el día, además de precipitación de problemas de salud, tanto físicos como mentales.^(1,3,5,10)

1.1.6 Epidemiología.

Maslach encontró que en las profesiones donde frecuentemente hay carga afectiva o interacción con el que presta ayuda y el ayudado de manera continua son en las que se desarrolla fácilmente el Burnout, como es el caso de trabajadores sociales, enfermeras, médicos, psicólogos, psiquiatras, policías, maestros, encargados de prisiones y abogados.

Se ha visto que las mujeres tienden a presentar mayor y más intenso agotamiento emocional, mientras que los hombres son más susceptibles a la despersonalización.

También a las personas jóvenes, en los solteros e individuos que no tienen hijos tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización.

(1,3,4,5,6)

Se encuentran algunas variables en las cuales aún no se describe un determinado nivel de coincidencia entre las cuales mencionan:

La edad, aunque no parece influir se considera que puede existir un período de sensibilización debido a que en algunos años el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo estos los primeros años de la carrera profesional dado que sería el período en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en ese tiempo que tanto las recompensas profesionales, personales y económicas no son ni las prometidas ni esperadas. (1,3,4,11)

La sobrecarga laboral, turnicidad y salario son factores que pueden conllevar a la presencia del síndrome, sin embargo aún no se encuentra alguna relación positiva. (1,3,4,11)

Existen otros estudios en los cuales se ha valorado la incidencia de acuerdo al área médica encontrándose a los médicos familiares con un alto índice de este síndrome, ya que estos tienen intensa relación con los pacientes, involucrándose con los aspectos emocionales más profundos del individuo. Desechando la idea de que algunas otras especialidades; como urgenciólogos, terapeutas, internistas, etc. que se encuentran en mayor estrés "aparente" no están directamente relacionadas con la presencia del síndrome. (1,3,4,11)

1.1.7 El Inventario de Maslach-Burnout.

Para medir los tres elementos que explica Maslach (1982): Agotamiento emocional (AE), Despersonalización (DP) y Ejecución personal disminuida (EP); existe una manera objetiva de evaluar y determinar el nivel de Burnout que experimenta una persona, utilizando el Maslach Burnout Inventory. Este es uno de los pocos instrumentos que existen para medir Burnout y el más utilizado. Cada una de las tres áreas es medida de manera separada por una subescala. El Burnout se caracteriza por puntajes altos en las dos primeras escalas (AE y DP) y una puntuación baja en la tercera (EP). La combinación de AE y DP bajos con EP alta, indica un bajo nivel de Burnout. ^(1,2,3,6)

Se considera que el Burnout está conceptualizado como una variable continua, fluctuando entre los rangos bajo, medio y alto.

El Maslach Burnout Inventory (MBI), comenzó con investigaciones de tipo exploratorio basándose en entrevistas, encuestas y observaciones. En 1981 Maslach y Jackson, inventaron un patrón consistente que los llevó al postulado del síndrome de Burnout y a la creación de un instrumento para medirlo. En su formato inicial cada enunciado fue medido en dos dimensiones: frecuencia e intensidad. En la última versión del MBI los valores van del cero al seis, 0 cuando la respuesta es nunca, 1 cuando el individuo responde unas cuantas veces al año o menos, 2 cuando la frecuencia es una vez al mes o menos, 3 es igual a unas cuantas veces al mes, 4 una vez a la semana, 5 unas cuantas veces a la semana y 6 cuando es diario.

El MBI preliminar consistió en 47 enunciados y fue aplicado a una muestra de 605 sujetos de diversas ocupaciones. Posteriormente los reactivos se redujeron de 47 a 25 y

su aplicación se llevó a cabo con 420 individuos, de lo cual se obtuvieron cuatro áreas; sólo tres de ellas fueron válidas y confiables. El instrumento final y actual consta de 22 enunciados: 9 pertenecientes al área de Agotamiento emocional, 5 a la Despersonalización y 8 a la Ejecución personal disminuida. ^(1,2,3,6)

Los items 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20 evalúan el agotamiento emocional, los items 5, 10, 11, 15 y 22 evalúan la despersonalización y los items 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21 la ejecución personal disminuida. ⁽¹²⁾ (anexo B).

Los criterios diagnósticos del Maslach Burnout Inventory (MBI), se presentan en el cuadro 1.

CUADRO 1
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN ÁREA Y SUS PUNTUACIONES
DE EVALUACIÓN

ÁREA	BAJO	MEDIO	ALTO
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	18 Y MENOS	19 A 26	27 Y MÁS
DESPERSONALIZACIÓN	5 Y MENOS	6 A 9	10 Y MÁS
EJECUCIÓN PERSONAL	33 Y MENOS	33 A 39	40 Y MÁS

FUENTE: ESTRÉS LABORAL EN EL PROFESIONAL DE UN SERVICIO DE EMERGENCIA PRE HOSPITALARIO(12)

La validez fue demostrada utilizando varios métodos:

Primero, las calificaciones individuales del MBI fueron correlacionadas con calificaciones conductuales realizadas independientemente por una persona que conociera

bien al sujeto que contestó el MBI, por ejemplo esposa o un compañero de trabajo, encontrando en las tres subescalas una significancia mayor a $p < 0.05$.

Segundo, las puntuaciones del MBI se correlacionaron con la presencia de ciertas características del trabajo, que se creía contribuían a experimentar Burnout.

Tercero, las calificaciones del MBI se correlacionaron con ciertas hipótesis relacionadas al Burnout.

La confiabilidad del MBI, fue valorada utilizando la prueba estadística de Alpha de Cronbach y el coeficiente de confiabilidad de frecuencia fue de 0.83 y de intensidad de 0.84 para la versión final de 22 enunciados. La escala de agotamiento emocional tuvo un coeficiente de confiabilidad de 0.90; 0.79 en la de despersonalización; y en ejecución personal disminuida fué de 0.71. El error estándar resultó de la siguiente manera: 3.80 para agotamiento emocional, 3.16 en despersonalización y 3.73 en ejecución personal disminuida.⁽⁴⁾

1.1.8 Prevención.

La prevención empieza con el reconocimiento y comprensión del proceso, el primer paso en el manejo del síndrome es afrontar la responsabilidad de su propia experiencia del estrés y entonces comprometerse a cambiar, las personas afectadas están agotadas emocionalmente y desmoralizadas tienen la necesidad inmediata de crear un espacio y un período que les permita recuperar su energía antes de que puedan reflexionar sobre lo que pudiera estar causando sus problemas y entonces serán capaces de encontrar una respuesta para resolverlos.^(5,9,10)

En cuanto a los cambios personales el percatarse de que se está experimentado estrés, es el inicio de la toma de control de la situación, posteriormente se debe empezar a reavivar la actitud en el trabajo, debe ser algo que lo disfruten y que además los renueve, tratar también de cultivar recursos personales para apoyarse a tomar esta posición; la membresía dentro de un grupo confiable y confidencial puede resultar particularmente efectiva para normalizar los asuntos estresantes y aprender de ellos, aunque el grupo este compuesto por el mismo personal. ^(5,9,10)

El reto es hacer un espacio dentro de la vida para poder de esta forma complementar y vigorizar el trabajo. Al realizar talleres acerca del proceso del síndrome se ha constatado que uno de cuatro asistentes esta satisfecho de la manera en que se cuidan a sí mismos, estos tienden a tener una disciplina personal ya establecida como la meditación y la plegaria. ^(5,9,10)

Los programas de educación pueden incluir, manejo del tiempo, actividad, el uso de la supervisión del nivel de estrés y relación, además de la exposición de incidentes críticos. Actualmente se esta dando un cambio alentador e interesante hacia la repersonalización del entrenamiento médico, renovando el énfasis sobre el desarrollo del médico, como persona y su capacidad para establecer buenas relaciones con sus pacientes, como la base de la utilización del conocimiento médico y habilidades técnicas. Muchos médicos al ser sometidos a procesos educativos basados en "ser puestos en evidencia" los hacen sentir incómodos, por que se dan cuenta que no saben lo que esta pasando o que es lo que deben de hacer, pero son precisamente estas situaciones, que si se abordan con actitud de investigación, dan la oportunidad de aprender algo nuevo. El mejor antídoto contra esos pensamientos y sentimientos que contaminan el entorno profesional, estriba en cultivar la parte intelectual de la práctica médica. ^(5,9,10)

Íntimamente relacionado con esto, se encuentra la conserjería de carrera con un enfoque orientado a fijar normas de desempeño apropiadas para sí mismo y explorar diferentes formas de promover la efectividad y la actitud.⁽¹⁰⁾

Si se presenta el estrés cuando las demandas rebasan los recursos disponibles se tiene que modificar éstas o incrementar los recursos. Se dice que los individuos pueden tolerar estar expuestos a niveles elevados de estrés sin aumentar el riesgo de desarrollar una enfermedad mental o física, si es que reciben apoyo adecuado; en la práctica esto significa respetar y aceptar la humanidad del médico y vivir también fuera de la vida del trabajo, de tal manera que las demandas puedan satisfacerse al igual que la de los pacientes, así será posible ser mejores médicos y mas eficientes.⁽¹⁰⁾

1.1.9 Familia, Síndrome de Burnout y FACES III.

La familia se define según la ONU como el conjunto de miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio. Considerándosele además como un sistema abierto y de acuerdo a la teoría general de sistemas se evidencia que cada uno de sus componentes serán afectados en su comportamiento y desarrollo individual así como por la naturaleza de las relaciones que existan entre ellos; así la enfermedad de alguno de sus miembros va a tener repercusión en todos y cada uno de los integrantes.⁽¹³⁾

Uno de los objetivos de la práctica en medicina familiar es evaluar la funcionalidad familiar, existen diferentes métodos e instrumentos para esta valoración, estos varían de acuerdo al grado de participación del observador y su interacción con el grupo familiar.

En general se mencionan tres posibilidades para la aplicación de estos métodos: La entrevista, las escalas de evaluación clínica y los esquemas de codificación. ⁽¹³⁾

En México, se ha hecho común la utilización de pruebas como el Family APGAR publicado por Smilkstein en 1978 con propósito de diseñar un breve instrumento para la identificación de la funcionalidad de su propia familia, sin embargo por ser un instrumento muy breve, limita la cantidad de información que se puede tener, otro instrumento como el Mac Master Family Assessment Device (FAD), basado en el Mac Master tiene una aceptable consistencia interna y ha demostrado capacidad para discriminar entre familias funcionales y no funcionales. ⁽¹³⁾

El modelo circunflejo de los sistemas familiares y conyugales desarrollado en la Universidad de Minessota por Olson y cols, facilita la visualización integral de la estructura familiar y presenta un esquema de su funcionalidad fundamentando en tres dimensiones: Cohesión, adaptabilidad y comunicación permitiendo establecer hipótesis de la función y habilidad sobre la base de las relaciones interpersonales de sus miembros.

^(13,14,16)

El modelo circunflejo dio origen al paquete de evaluación circunfleja (CAP) que incluye 11 instrumentos dentro de los cuales se encuentra el FACES III, cuyas siglas significan: Escalas para la Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar y MACES III, que son escalas para la evaluación de la adaptabilidad y cohesión marital, la dimensión de comunicación se evalúa en el ámbito de pareja utilizando una subescala de un instrumento llamado ENRICH y también se utiliza la escala de padre-adolescentes. ⁽¹³⁾

A los instrumentos observacionales y de codificación se les ha cuestionado su confiabilidad y validez, pues la primera se ve afectada por el grado de capacitación del

codificador, las variaciones en la codificación y la claridad del constructor de los instrumentos. ⁽¹³⁾

En 1995 se realizó en México un estudio de adaptación transcultural del FACES III, realizándosele dos traducciones para posteriormente concluir que FACES III versión en español tiene un nivel de confiabilidad de 0.6949. ^(14,15) (anexo C)

La cohesión familiar se define como la unión emocional que los miembros de la familiar tienen uno entre otros. La adaptabilidad familiar es el valor del cambio en el liderazgo, relaciones en los roles y las normas en la relación. ⁽¹⁶⁾

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Es importante mencionar que la investigación en México y el mundo sobre el síndrome de Burnout es relativamente nueva.

Aunque fue descrito inicialmente en 1974, por Freudenberg, fue hasta 1976 cuando Maslach lo considera como un cuadro bien estructurado y en 1982 lo conceptualiza en tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y ejecución personal.

La psicoterapeuta Ximena Franco (1999), realizó un estudio en un grupo de 450 médicos, enfermeras y paramédicos de doce instituciones hospitalarias, investigando diferencias en cuanto al sexo, estado civil, el tener o no hijos, tipo de profesión y la especialidad médica. ⁽¹⁾

Encontró para el *AE*, 68% de los sujetos con nivel bajo, 20.4% nivel medio y 10.9% nivel alto; en lo referente a la *DP*, 50% con nivel bajo, 20.4% nivel medio y 19.6% nivel alto; en cuanto a la *EP*, 74.9% nivel bajo, 14.9% nivel medio y 10.2% nivel alto. ⁽¹⁾

En el mismo trabajo de Franco en lo que respecta a *AE* se encontró que los médicos que tienen mayores niveles de Burnout son los de medicina general y los que menos lo presentaron fueron los dermatólogos. Las enfermeras con niveles más altos en este mismo factor son las que se dedican a la oncología y las de menor índice son las de dermatología. En cuanto a la *DP*, los médicos que experimentaron mayores niveles fueron los oncólogos y los de menor nivel fueron los dermatólogos; en las enfermeras las de cirugía obtuvieron niveles mas altos y las mas bajas fueron las de otorrinolaringología. ⁽¹⁾

En general en este estudio se observó que aquellos profesionales que tienen más contacto con los pacientes obtuvieron los niveles más altos del síndrome de Burnout, además se consideró a las especialidades que atienden una gran variedad de patologías como riesgo determinante para el incremento del síndrome. Dentro de las otras variables exploradas en este estudio como: sexo, edad y estado civil, no se encontró ninguna variación.

En la clínica Dr. Ignacio Chávez se estudió a personal médico y de enfermería de esa unidad y de otras dos instituciones (IMSS y SSA) en una muestra de 98 médicos y 84 enfermeras: Se encontraron los siguientes resultados (cuadro 2):

CUADRO 2
PORCENTAJE DE NIVELES DE BURNOUT EN DIFERENTES
INSTITUCIONES DE SALUD

INSTITUCIÓN	AGOTAMIENTO EMOCIONAL ALTO	DESPERSONALIZACIÓN ALTA	EJECUCIÓN PERSONAL ALTA
ISSSTE	41.3%	55.8%	26.5%
IMSS	52.9%	70.5%	35.2%
SSA	53.13%	70.0%	23.2%

FUENTE: TESIS BERNAL PAREDES A DETECCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA DE CLINICAS DE MEDICINA FAMILIAR EN 3 INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD. (17)

En la tabla anterior se aprecia que en la escala de agotamiento emocional los niveles más bajos se obtuvieron en el ISSSTE y los más altos en SSA; en ejecución personal el menor porcentaje lo obtuvo la SSA y en el IMSS se observó el mayor porcentaje; en despersonalización el nivel más alto fue del IMSS siendo en esta área donde se observó la mayor diferencia entre el porcentaje más alto con el de menor. En general se observaron porcentajes menores en las escalas de agotamiento emocional y despersonalización en el ISSSTE, pero para hacer un análisis de los porcentajes encontrados seria indispensable conocer además las condiciones reales de trabajo.⁽¹⁷⁾

En dicho estudio se analizaron también múltiples factores condicionantes que aumentan o disminuyen la incidencia del síndrome como: Sexo, estado civil, especialidad, edad, aumento de la carga de trabajo, relaciones interpersonales; sin embargo en ningún caso se relaciona al Burnout con la cohesión y adaptabilidad en la familia.

Las consecuencias del síndrome se entienden principalmente por sus manifestaciones en la salud de los empleados; como se señala en la literatura sobre el tema; Freudenberguer identificó a la fatiga, el catarro crónico, jaquecas, problemas

gastrointestinales, insomnio, enfermedades respiratorias, irritabilidad, frustración, síntomas depresivos y de bajo control de las emociones.

Otros autores como Firth, McIntte, McKeown y Britton en 1986 enfatizaron las consecuencias del síndrome en el plan organizacional caracterizándolo por actitudes negativas hacia los sujetos a los que se les presta servicios, hacia el propio trabajo, baja motivación, ausentismo, culpar a los usuarios o la organización de los propios errores.⁽¹⁰⁾

Los factores condicionantes del síndrome de Burnout son englobados en tres puntos: personales, institucionales y los relacionados con los pacientes.

Dentro de los factores individuales se encuentran las relaciones y apego familiar, las cuales se consideran que ayudan a disminuir la incidencia del síndrome, sin embargo de acuerdo a la evolución del mismo Burnout, el paciente cursa con cambios en los sentimientos, donde se vuelve sumamente irritable tanto en el trabajo como en el hogar, puede llegar a casa sintiéndose tenso, enojado, cansado, irritable e impaciente generándose conflictos y discusiones maritales.⁽¹¹⁾

Conociendo esto, es de interesante valor identificar si los pacientes estudiados poseen una cohesión y adaptabilidad familiar que permita a los mismos la no presencia del síndrome o que la presencia del síndrome afecte la cohesión y la adaptabilidad familiar.

3. JUSTIFICACIÓN.

Es necesario hacer conciencia de las implicaciones físicas y emocionales que tienen las distintas disciplinas profesionales sobre el desempeño de las diferentes ocupaciones.

Se considera a los trabajadores de la salud con alto riesgo de presentar síndrome de Burnout, debido a que su tipo de actividad es muy demandante y de mucho contacto personal; como lo indican los valores de incidencia entre el 40-66% en varios reportes. (1,3,9)

La importancia de conocer esta patología se debe a que todas aquellas consecuencias o repercusiones que puede tener el individuo y su familia interesa observar además, la relación existente entre el Burnout y la adaptación y cohesión familiar tratando de identificar si las alteraciones de estas dos últimas se asocian en cierta forma a la presencia del síndrome de Burnout.

Es necesario tener un mayor conocimiento sobre el síndrome y su asociación con la familia ya que se podrán aportar elementos teóricos que contribuyan al estudio del papel de la familia ante el Burnout.

Así mismo a través de la observación de mecanismos de apoyo se pueden proponer métodos para la disminución de la incidencia de este síndrome, mejorando además las condiciones emocionales de los pacientes, así como el fortalecimiento de la relación médico-paciente.

Lo que es un hecho urgente es prestar atención a las dificultades que puede estar viviendo el personal médico de distintos institutos y establecer un tratamiento para la disminución de los síntomas.

Se han mencionado múltiples técnicas para el tratamiento del síndrome, sin embargo no está bien establecido cuando es necesario la aplicación de éstas.

4 OBJETIVOS.

4.1 OBJETIVO GENERAL.

- Describir la relación del síndrome de Burnout con la adaptabilidad y cohesión en la familia, en trabajadores de salud del primer nivel de atención.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

4.2.1 Conocer el grado de ejecución personal, agotamiento emocional y despersonalización, en personal médico de clínicas del ISSSTE de primer nivel de atención.

4.2.2 Describir la edad, sexo, tipo de pareja, hijos, profesión, años de ejercicio, número de pacientes vistos por turno, turnicidad laboral y la presencia del síndrome de Burnout.

4.2.3 Identificar la adaptabilidad y cohesión en el personal médico de clínicas del ISSSTE del primer nivel de atención.

5 METODOLOGÍA.

5.1 TIPO DE ESTUDIO.

- Transversal, descriptivo.

5.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DEL ESTUDIO.

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, en una muestra no aleatoria, de 105 médicos, en cuatro unidades de medicina familiar del ISSSTE, pertenecientes a la zona sur, ubicadas en la zona urbana de México D.F. (Dr. Ignacio Chávez, Xochimilco, División del Norte y Ermita). Durante los meses de Mayo y Junio del 2001.

5.3 MUESTRA

Existen 33 clínicas de medicina familiar del ISSSTE en el Distrito Federal, laborando 237 médicos. En la zona sur existen 12 clínicas, se tomarón para el estudio las unidades de Xochimilco, División del Norte, Ermita y Dr. Ignacio Chávez. La muestra total fue de 105 médicos determinado por cuotas (no probabilística).

En dichas unidades laboran 47 médicos en la Unidad Ignacio Chávez, 47 médicos en la Unidad Xochimilco, 37 médicos en la Unidad División del Norte y 38 médicos en la Unidad Ermita.

5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Se incluyó a todo el personal médico, de base y eventual, de ambos turnos, que se encontró presente y que aceptó participar voluntariamente en este proyecto de investigación, dicho personal perteneció a las unidades médicas siguientes:

- | | |
|---|----------------|
| • a) Unidad de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez" | 22 encuestados |
| • b) Unidad de Medicina Familiar "Xochimilco" | 27 encuestados |
| • c) Unidad de Medicina Familiar "División del Norte" | 33 encuestados |
| • d) Unidad de Medicina Familiar "Ermita" | 23 encuestados |

5.5 CRITERIOS DE EXCLUSION.

Se excluyeron del estudio a:

- a) Todos aquellos médicos, que no desearon contestar los cuestionarios, sin importar causas.

5.6 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Se eliminaron del estudio a:

- Todos los cuestionarios incompletos o en blanco.
- Todos aquellos cuestionarios que se llenaron en forma incorrecta.
- Todos aquellos cuestionarios que se entregaron en forma extemporánea.

5.7 VARIABLES E INSTRUMENTOS.

Variables.

Cualitativas: Sexo, estado civil, especialidad, lugar de trabajo, tipo de pareja, turno de trabajo, guardias nocturnas.

Cuantitativas: Edad, número de hijos, número de pacientes por turno atendidos, agotamiento emocional, despersonalización, ejecución personal, años de servicio, cohesión y adaptabilidad familiar.

La información recolectada, se obtuvo mediante un instrumento de trabajo compuesto de 3 cuestionarios de auto aplicación, divididos en secciones. (anexo A, B y C)

El anexo A, contiene una ficha de datos generales.

El anexo B, contiene el cuestionario Maslach Burnout Inventory, el cual evalúa tres escalas: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Ejecución Personal Disminuida.

El anexo C, es el cuestionario FACES III, el cual evalúa la Adaptabilidad y Cohesión Familiar.

5.8 MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.

Se explicó a dichas autoridades la metodología del estudio y los objetivos del mismo, indicando que los cuestionarios fueron anónimos y se aplicaron al personal médico de ambos turnos.

La población estudiada fué de 105 médicos, se siguieron las indicaciones para aplicar los instrumentos de trabajo (cuestionarios) relacionados con el síndrome de Burnout y FACES III sin interferir en las actividades del personal.

No se dió ninguna instrucción verbal ni escrita sobre el motivo de aplicación del cuestionario al personal que participo con el fin de evitar sesgos en sus respuestas; se les pidió su participación en forma voluntaria y anónima a un proyecto de investigación, otorgando el tiempo suficiente para que contesten los cuestionarios.

Se procedió a la recolección inmediata de los cuestionarios aplicados ya contestados por los médicos de cada unidad médica mencionada y se realizó el registro de los datos obtenidos.

Previa autorización de directores, jefes de enseñanza y médicos participantes de las unidades de medicina familiar, se procedió a la aplicación de la encuesta en las clínicas: Xochimilco, División del Norte, Dr. Ignacio Chávez y Ermita; Las encuestas fuerón aplicadas en ambos turnos laborales por el autor de esta tesis, durante el mes de Mayo y Junio del 2001.

La información de los tres cuestionarios antes mencionados; se aplicó de manera individual y anónima al personal médico de las Unidades de Medicina Familiar.

La información obtenida se capturó en una base de datos en computadora personal, esta captura fué realizada por el autor de esta tesis previo entrenamiento y capacitación de los asesores.

El análisis estadístico se realizó por medio del programa SPSS V.6 en la Facultad de Medicina de la UNAM.

5.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Se considera que esta investigación tiene riesgo tipo I en el cual no se daña la integridad física o mental de los individuos que participan; su participación es voluntaria y únicamente proporcionan información. ⁽¹⁸⁾

Así mismo, esta investigación no viola los principios señalados por la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial enmendada en la 41 Asamblea Médica Mundial en Honk Kong en 1980. ⁽¹⁹⁾

Los datos que se obtuvieron a través de ésta encuesta, fueron manejados en forma confidencial y solamente para los fines y objetivos ya mencionados en éste estudio.

6. RESULTADOS.

6.1 DATOS GENERALES.

Se aplicaron 105 encuestas en 4 clínicas del ISSSTE de la zona sur de la Ciudad de México. En la aplicación de encuestas por clínica, se observó un porcentaje mayor para la clínica División del Norte, las encuestas aplicadas para las demás clínicas se describen en el cuadro 3.

CUADRO 3
DISTRIBUCIÓN DE ENCUESTAS APLICADAS POR
CLÍNICA

CLÍNICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
XOCHIMILCO	27	25.7
IGNACIO CHÁVEZ	22	21.0
DIVISIÓN DEL NORTE	33	31.4
ERMITA	23	21.9
TOTAL	105	100

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS n= 105

La edad promedio de la población estudiada fue de 42.8 años con una desviación estándar de 8.2 años, moda de 44 años y rango de 42 años, la edad mínima fue de 26 años y la máxima de 68 años.

Con relación al número de hijos se encontró un promedio, moda y desviación estándar de 2, hubo un 16.2% de familias sin hijos y 2.9% de familias con más de 5 hijos el rango fue de 0-7.

Respecto al estado civil se encontró a los casados con mayor frecuencia, los otros estados civiles se presentan en el cuadro 4.

CUADRO 4
FRECUENCIA DE ESTADO CIVIL DE LOS
ENCUESTADOS

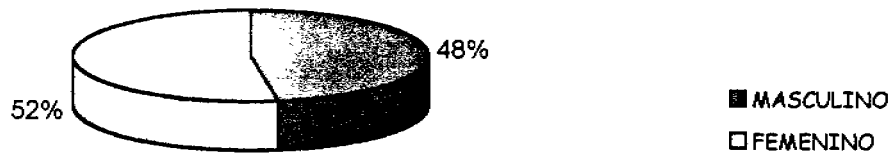
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO	23	21.9
CASADO	63	60.0
DIVORCIADO	8	7.6
UNION LIBRE	8	7.6
VIUDO	3	2.9
TOTAL	105	100

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS n= 105

En relación al tipo de pareja se encontró con un porcentaje de 61.4% aquellas que tenían pareja estable, 21.9% sin pareja y 6.7% con pareja inestable.

La distribución de encuestas en cuanto a género se observó muy similar, (figura 1).

FIGURA 1
DISTRIBUCION DE GÉNERO EN ENCUESTADOS.



FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS n= 105

Respecto al tipo de profesionistas encuestados la especialidad observada con mayor porcentaje fué la de médico familiar con un 67.6% como se aprecia en la figura 2.

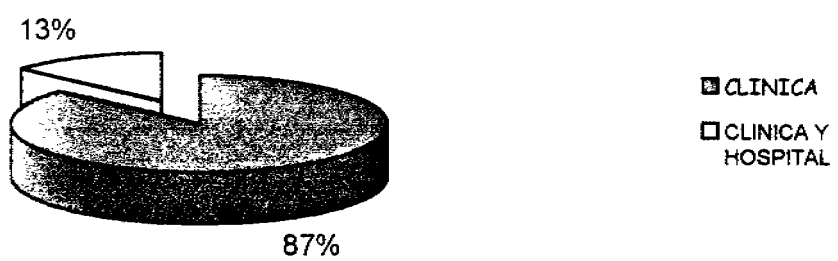
FIGURA 2
TIPO DE ESPECIALIDAD



FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS n= 105

En cuanto al lugar de trabajo se observó que un 86.7% laboran solamente en clínicas de medicina familiar, (figura 3).

FIGURA 3
DISTRIBUCIÓN POR LUGAR DE TRABAJO.



FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS n= 105

Para los años de ejercicio profesional se dividió en tres rangos, observando en el rango de 10 a 19 años un porcentaje de 45.7% de encuestados, los otros rangos se presentan en el cuadro 5.

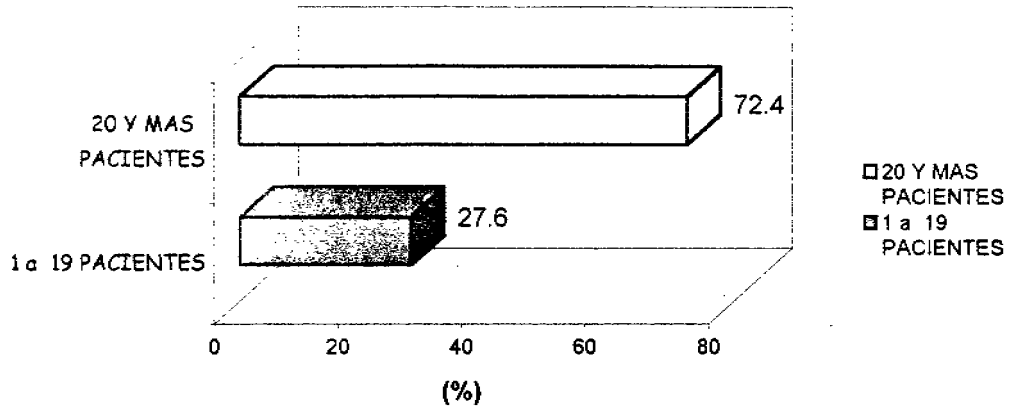
CUADRO 5
AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL

AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0-9 AÑOS	32	30.5
10-19 AÑOS	48	45.7
20 Y MÁS AÑOS	25	23.8
TOTAL	105	100

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS n= 105

En el número de pacientes atendidos por turno, se describen dos rangos siendo el mayor el de 20 y más pacientes atendidos, (figura 4).

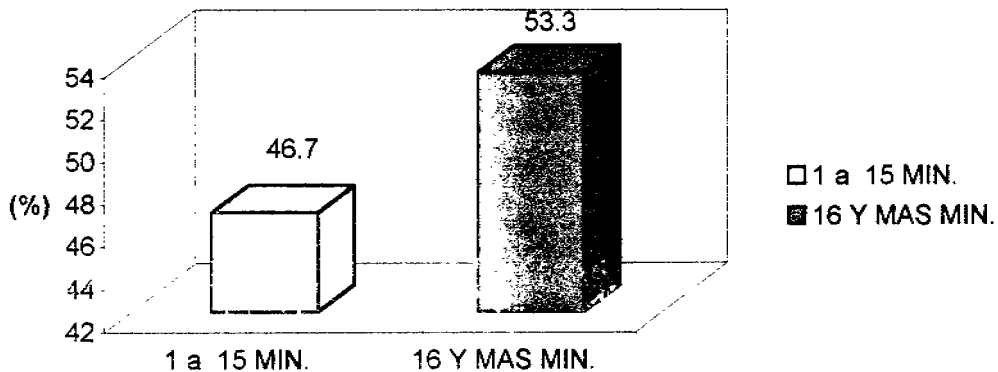
FIGURA 4
NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS POR TURNO



FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS n= 105

Para el tiempo promedio destinado a la atención de cada paciente, el grupo de 16 y más minutos obtuvieron un porcentaje de 53.3%, (figura 5).

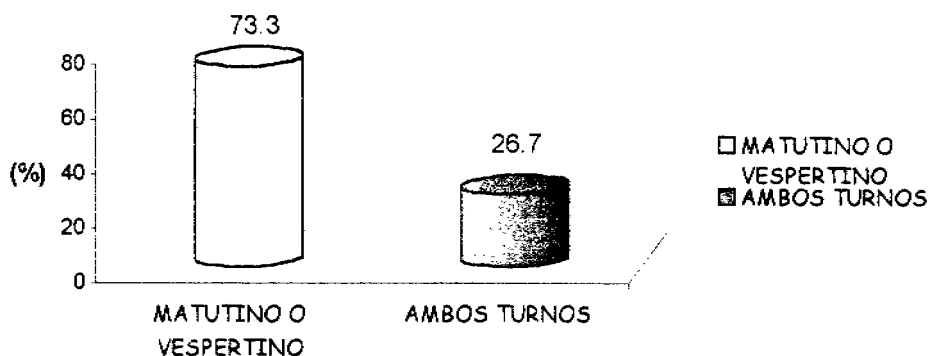
FIGURA 5.
TIEMPO DESTINADO A CADA PACIENTE



FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS n= 105

En relación al turno de trabajo se observó que del 73.3% solo labora un turno, (figura 6).

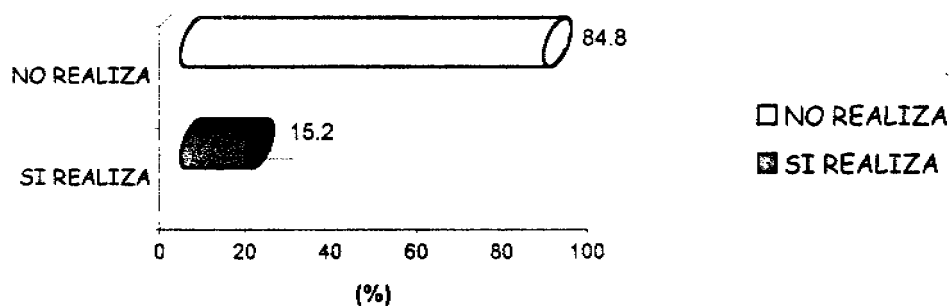
FIGURA 6
TURNO DE TRABAJO



FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS n= 105

Con referencia a las guardias nocturnas, se encontró que un 84.8% del personal encuestado no realiza guardias, (figura 7).

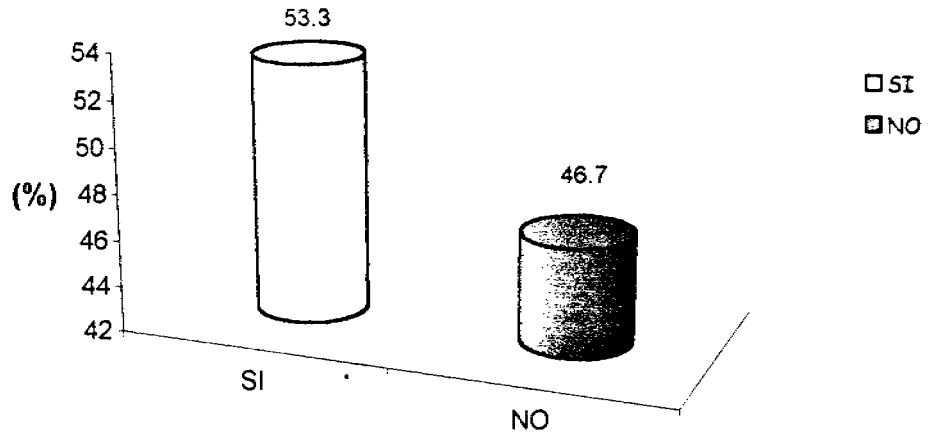
FIGURA 7
GUARDIAS NOCTURNAS



FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS n= 105

Con respecto a la realización de otros empleos se observó que un 53.3% tienen otra ocupación, (figura 8).

FIGURA 8
OTROS EMPLEOS



FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS n= 105

6.2 EVALUACIÓN DE MASLACH BURNOUT INVENTORY.

6.2.1 Agotamiento Emocional

-En esta área de evaluación se obtuvieron porcentajes bajos o cargados hacia las puntuaciones bajas de la escala, resultando la más frecuente la evaluación de nunca (cuadro 6) con una media de 15.8, desviación estándar de 11.3, mínimo de 0 y máximo de 48.

CUADRO 6
TOTAL DE RESPUESTAS ITEMS RELACIONADOS
CON AGOTAMIENTO EMOCIONAL

PUNTUACIÓN	PORCENTAJE
0	33.4
1	26.5
2	8.6
3	10.6
4	8.9
5	7.3
6	4.6
TOTAL	100

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS n= 105

En términos generales el mayor porcentaje obtenido fué un valor de agotamiento emocional bajo, (cuadro 7).

CUADRO 7
EVALUACIÓN TOTAL
EN AGOTAMIENTO EMOCIONAL

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO	68	64.8
MEDIO	13	12.4
ALTO	24	22.8
TOTAL	105	100

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS n= 105

6.2.2 Despersonalización.

• En despersonalización incluyendo sus 5 items, el mayor porcentaje de respuesta lo tiene "nunca" equivalente a "0" (cuadro 8), la media es de 5.7, desviación estándar de 5.8, mínimo de 0 y máximo de 23.

CUADRO 8
TOTAL DE RESPUESTAS ITEMS RELACIONADOS
CON DESPERSONALIZACIÓN

PUNTUACIÓN	PORCENTAJE
0	53.5
1	20.9
2	6.9
3	6.3
4	3.6
5	4.8
6	4.0
TOTAL	100

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS n= 105

En términos generales el mayor porcentaje obtenido fué un valor de despersonalización baja, (cuadro 9).

CUADRO 9
EVALUACIÓN TOTAL
EN DESPERSONALIZACION

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO	60	57.1
MEDIO	19	18.1
ALTO	26	24.8
TOTAL	105	100

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS n= 105

6.2.3 Ejecución Personal Disminuida.

- En Ejecución Personal, incluyendo sus 8 items, el mayor porcentaje de respuesta lo tiene "diario" equivalente a "6" (cuadro 10), con una media de 40.9, desviación estándar de 8.1, mínimo de 13 y máximo de 48.

CUADRO 10
TOTAL DE RESPUESTAS ITEMS RELACIONADOS
CON EJECUCIÓN PERSONAL

PUNTUACIÓN	PORCENTAJE
0	2.0
1	2.8
2	4.2
3	4.9
4	5.0
5	21.1
6	60.0
TOTAL	100

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS n= 105

En términos generales el mayor porcentaje obtenido fue un valor de ejecución personal bajo, (cuadro 11).

CUADRO 11
EVALUACIÓN TOTAL
EN EJECUCIÓN PERSONAL

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO	76	72.4
MEDIO	10	9.5
ALTO	19	18.1
TOTAL	105	100

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS n= 105

6.2.4 Resultados por unidad médica.

- Clínica Xochimilco; los porcentajes observados con mayor frecuencia fueron los valores bajos en las tres escalas de evaluación, (cuadro 12).

CUADRO 12

EVALUACIÓN DE Sx. BURNOUT EN LA CLÍNICA XOCHIMILCO

VALOR	AGOTAMIENTO EMOCIONAL		DESPERSONALIZACIÓN		EJECUCIÓN PERSONAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO	18	66.7	19	70.4	24	88.9
MEDIO	8	29.6	3	11.1	1	3.7
ALTO	1	3.7	5	18.5	2	7.4
TOTAL	27	100	27	100	27	100

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS n= 27

- Clínica Dr. Ignacio Chávez; los porcentajes observados con mayor frecuencia fueron los valores bajos en las 3 escalas de evaluación, (cuadro 13).

CUADRO 13

EVALUACIÓN DE Sx. BURNOUT EN LA CLÍNICA DR. IGNACIO CHÁVEZ

VALOR	AGOTAMIENTO EMOCIONAL		DESPERSONALIZACIÓN		EJECUCIÓN PERSONAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO	12	54.5	11	50.0	17	77.3
MEDIO	2	9.1	4	18.2	0	0.0
ALTO	8	36.4	7	31.8	5	22.7
TOTAL	22	100	22	100	22	100

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS n= 22

- Clínica División del Norte; los porcentajes observados con mayor frecuencia fueron los valores bajos en las 3 escalas de evaluación, (cuadro 14).

CUADRO 14

EVALUACIÓN DE Sx. BURNOUT EN LA CLÍNICA DIVISIÓN DEL NORTE

VALOR	AGOTAMIENTO EMOCIONAL		DESPERSONALIZACIÓN		EJECUCIÓN PERSONAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO	23	69.7	22	66.7	23	69.7
MEDIO	2	6.1	5	15.2	5	15.2
ALTO	8	24.2	6	18.2	5	15.2
TOTAL	33	100	33	100	33	100

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS n= 33

- Clínica Ermita; los porcentajes observados con mayor frecuencia fueron los valores bajos en las 3 escalas de evaluación, encontrando además igual porcentaje en el área de despersonalización con valor alto, (cuadro 15).

CUADRO 15

EVALUACIÓN DE Sx. BURNOUT EN LA CLÍNICA ERMITA

VALOR	AGOTAMIENTO EMOCIONAL		DESPERSONALIZACIÓN		EJECUCIÓN PERSONAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO	15	65.2	8	34.8	12	52.2
MEDIO	1	4.3	7	30.4	4	17.4
ALTO	7	30.4	8	34.8	7	30.4
TOTAL	23	100	33	100	33	100

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS n= 23

6.3 RESULTADOS DEL SÍNDROME BURNOUT ALTO Y SU RELACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

Para cumplir con el objetivo 4.2.2 de este trabajo, se analizaron los resultados del síndrome de Burnout alto y su relación con diferentes variables socio-demográficas, (se excluyen los valores bajos y medios).

- Con respecto al estado civil se observó que los porcentajes más altos lo tienen las personas casadas en las tres áreas, los demás porcentajes se representan en el cuadro 16.

CUADRO 16

Sx. BURNOUT ALTO Y SU RELACIÓN CON ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	AGOTAMIENTO EMOCIONAL		DESPERSONALIZACIÓN		EJECUCIÓN PERSONAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO	5	20.8	6	23.1	3	15.8
CASADO	13	54.2	13	50.0	9	47.4
DIVORCIADO	3	12.5	3	11.5	2	10.5
UNION LIBRE	1	4.2	2	7.7	3	15.8
VIUDO	2	8.3	2	7.7	2	10.5
TOTAL	24	100	26	100	19	100

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS.

- En relación a la edad se realizaron rangos de 10 años, observando porcentajes más altos en el rango de 30 a 39 años, en las tres áreas, sin embargo, en el área de ejecución personal disminuida las personas del rango de 40 a 49 años obtuvo el mismo porcentaje, (cuadro 17).

CUADRO 17

Sx. BURNOUT ALTO Y SU RELACIÓN CON EDAD

EDAD	AGOTAMIENTO EMOCIONAL		DESPERSONALIZACIÓN		EJECUCIÓN PERSONAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 - 29	1	4.2	2	7.7	3	15.8
30 - 39	10	41.7	10	38.5	6	31.6
40 - 49	9	37.5	9	34.6	6	31.6
50 - 59	3	12.5	5	19.2	3	15.7
60 - 70	1	4.1	0	0.0	1	5.3
TOTAL	24	100	26	100	19	100

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS.

- En cuanto al número de hijos se realizaron cuatro grupos observándose el porcentaje más alto en el grupo de 1 a 2 hijos, en las tres áreas, (cuadro 18).

CUADRO 18

Sx. BURNOUT ALTO Y SU RELACIÓN CON NÚMERO DE HIJOS

No. HIJOS	AGOTAMIENTO EMOCIONAL		DESPERSONALIZACIÓN		EJECUCIÓN PERSONAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	2	8.3	2	7.7	2	10.5
1 - 2	17	70.8	17	65.4	12	63.1
3 - 4	4	16.7	6	23.0	3	15.8
5 - 7	1	4.2	1	3.9	2	10.6
TOTAL	24	100	26	100	19	100

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS.

- En función al tipo de pareja se obtuvieron porcentajes altos en las tres áreas en aquellas personas estables en su relación de pareja, (cuadro 19).

CUADRO 19

Sx. BURNOUT ALTO Y SU RELACIÓN CON TIPO DE PAREJA

TIPO DE PAREJA	AGOTAMIENTO EMOCIONAL		DESPERSONALIZACIÓN		EJECUCIÓN PERSONAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESTABLE	12	50.0	15	57.7	11	57.9
INESTABLE	5	20.8	3	11.5	2	10.5
SIN PAREJA	7	29.2	8	30.8	6	31.6
TOTAL	24	100	26	100	19	100

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS.

- Según el género, los porcentajes más altos fueron para el sexo femenino excepto en el área de ejecución personal, (cuadro 20).

CUADRO 20

Sx. BURNOUT ALTO Y SU RELACIÓN CON GÉNERO

GÉNERO	AGOTAMIENTO EMOCIONAL		DESPERSONALIZACIÓN		EJECUCIÓN PERSONAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	11	45.8	9	34.6	10	52.6
FEMENINO	13	54.2	17	65.4	9	47.4
TOTAL	24	100	26	100	19	100

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS.

- Para la variable del tipo de especialidad se encontró que los porcentajes más altos del síndrome lo tenían los de medicina familiar en las tres áreas, (cuadro 21).

CUADRO 21

Sx. BURNOUT ALTO Y SU RELACIÓN CON ESPECIALIDAD

ESPECIALIDAD	AGOTAMIENTO EMOCIONAL		DESPERSONALIZACIÓN		EJECUCIÓN PERSONAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MEDICINA FAMILIAR	18	75.0	18	69.2	16	84.2
OTRA ESPECIALIDAD	3	12.5	4	15.4	1	5.3
SIN ESPECIALIDAD	3	12.5	4	15.4	2	10.5
TOTAL	24	100	26	100	19	100

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS.

- Respecto al lugar de trabajo, los porcentajes más altos lo obtuvieron las personas que laboran en clínicas de medicina familiar, en las tres áreas de evaluación, (cuadro 22).

CUADRO 22

Sx. BURNOUT ALTO Y SU RELACIÓN CON LUGAR DE TRABAJO

LUGAR DE TRABAJO	AGOTAMIENTO EMOCIONAL		DESPERSONALIZACIÓN		EJECUCIÓN PERSONAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CLÍNICA	19	79.2	20	76.9	14	73.7
CLÍNICA Y HOSPITAL	5	20.8	6	23.1	5	26.3
TOTAL	24	100	26	100	19	100

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS.

- En relación con los años de ejercicio, se realizaron tres rangos obteniendo los porcentajes más altos del síndrome en el rango de 10 a 19 años no así en el área de ejecución personal, donde el porcentaje mas alto lo obtuvo el rango de 0- 9 años, (cuadro 23).

CUADRO 23

Sx. BURNOUT ALTO Y SU RELACIÓN CON AÑOS DE EJERCICIO

AÑOS DE EJERCICIO	AGOTAMIENTO EMOCIONAL		DESPERSONALIZACIÓN		EJECUCIÓN PERSONAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 a 9 AÑOS	7	29.2	9	34.6	9	47.4
10 a 19 AÑOS	11	45.8	11	42.3	8	42.1
20 Y MÁS AÑOS	6	25.0	6	23.1	2	10.5
TOTAL	24	100	26	100	19	100

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS.

- En cuanto al número de pacientes atendidos por turno se dividió en dos grupos donde los porcentajes más altos del síndrome se observó para las tres áreas en el grupo de 20 o más pacientes atendidos por turno, (cuadro 24).

CUADRO 24

Sx. BURNOUT ALTO Y SU RELACIÓN CON NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS POR TURNO

No. PACIENTES	AGOTAMIENTO EMOCIONAL		DESPERSONALIZACIÓN		EJECUCIÓN PERSONAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
19 O MENOS	8	33.3	9	34.6	8	42.1
20 O MÁS	16	66.7	17	65.4	11	57.9
TOTAL	24	100	26	100	19	100

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS.

- Con respecto al tiempo promedio destinado a cada paciente los porcentajes del síndrome se observaron los porcentajes altos en el grupo que dedica más de 16 minutos en la atención de los pacientes excepto en ejecución personal donde el mayor porcentaje se observó en el grupo de 1 a 15 minutos, (cuadro 25).

CUADRO 25

**Sx. BURNOUT ALTO Y SU RELACIÓN CON EL TIEMPO
PROMEDIO DESTINADO A CADA PACIENTES**

TIEMPO	AGOTAMIENTO EMOCIONAL		DESPERSONALIZACIÓN		EJECUCIÓN PERSONAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 - 15 MIN.	10	41.7	11	42.3	10	52.6
MÁS DE 16 MIN.	14	58.3	15	57.7	9	47.4
TOTAL	24	100	26	100	19	100

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS.

- En relación al turno de trabajo se observó que los porcentajes más altos estaban en aquellas personas que solamente laboran un turno, en las tres áreas, (cuadro 26).

CUADRO 26

Sx. BURNOUT ALTO Y SU RELACIÓN CON EL TURNO DE TRABAJO

TURNO	AGOTAMIENTO EMOCIONAL		DESPERSONALIZACIÓN		EJECUCIÓN PERSONAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MATUTINO O VESPERTINO	16	66.7	20	76.9	16	84.2
AMBOS	8	33.3	6	23.1	3	15.8
TOTAL	24	100	26	100	19	100

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS.

- En función a las guardias realizadas, los porcentajes altos se localizaron para las tres áreas en las personas que no realizan guardias, (cuadro 27).

CUADRO 27

Sx. BURNOUT ALTO Y SU RELACIÓN CON GUARDIAS NOCTURNAS

GUARDIAS	AGOTAMIENTO EMOCIONAL		DESPERSONALIZACIÓN		EJECUCIÓN PERSONAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI REALIZA	5	20.8	6	23.1	5	26.3
NO REALIZA	19	79.2	20	76.9	14	73.7
TOTAL	24	100	26	100	19	100

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS.

- En relación con otros empleos, se obtuvieron porcentajes altos en personas que no tenían otro empleo excepto en agotamiento emocional donde el porcentaje alto se encontró en aquellas que si tenían otro empleo, (cuadro 28).

CUADRO 28

Sx. BURNOUT ALTO Y SU RELACIÓN CON OTROS EMPLEOS

OTROS EMPLEOS	AGOTAMIENTO EMOCIONAL		DESPERSONALIZACIÓN		EJECUCIÓN PERSONAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	13	54.2	12	46.2	9	47.4
NO	11	45.8	14	53.8	10	52.6
TOTAL	24	100	26	100	19	100

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS.

6.4 EVALUACIÓN DEL FACES III.

6.4.1 Cohesión.

-En esta área de evaluación se obtuvieron porcentajes elevados hacia las puntuaciones altas de la escala y sus 10 ítems, el mayor porcentaje de respuesta fue "siempre" equivalente a "5" (cuadro 29), con una media de 39.85, desviación estándar de 6.40, mínimo de 20 y máximo de 50.

CUADRO 29
TOTAL DE RESPUESTAS ÍTEMS RELACIONADOS
CON COHESIÓN

PUNTUACIÓN	PORCENTAJE
1	3.1
2	5.7
3	20.4
4	31.4
5	39.4
TOTAL	100

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS n= 105

En términos generales el mayor porcentaje obtenido en cohesión fue en familias relacionadas, (cuadro 30).

CUADRO 30
PORCENTAJE TOTAL EN COHESIÓN

TIPO DE FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO RELACIONADA	17	16.2
SEMI RELACIONADA	30	28.6
RELACIONADA	40	38.1
AGLUTINADA	18	17.1
TOTAL	105	100

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS n= 105

6.4.2 Adaptabilidad.

En esta área que incluye sus 10 items, el mayor porcentaje de respuesta fué "algunas veces" equivalente a "3", con una media de 27.61, desviación estándar de 5.66, mínimo de 12 y máximo de 42, (cuadro 31).

CUADRO 31
TOTAL DE RESPUESTAS ITEMS RELACIONADOS
CON ADAPTABILIDAD

PUNTUACIÓN	PORCENTAJE
0	23.1
1	18.3
2	29.5
3	17.8
4	11.3
TOTAL	100

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS n= 105

En términos generales el mayor porcentaje obtenido en adaptabilidad fué en familias caóticas, (cuadro 32).

CUADRO 32
PORCENTAJE TOTAL EN ADAPTABILIDAD

TIPO DE FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RIGIDA	10	9.5
ESTRUCTURADA	18	17.1
FLEXIBLE	26	24.8
CAÓTICA	51	48.6
TOTAL	105	100

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS n= 105

6.5 RELACIÓN SÍNDROME DE BURNOUT ALTO Y FACES III (COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD).

Para cumplir el objetivo general, se analizó inferencialmente la relación del síndrome de Burnout con la cohesión y adaptabilidad familiar.

6.5.1 Relación Agotamiento Emocional con Cohesión y Adaptabilidad.

La relación de agotamiento emocional con la cohesión y adaptabilidad se representa en los cuadros 33 y 34 encontrando para la cohesión un valor de $p=0.324$ y adaptabilidad $p=0.150$ no observando diferencias estadísticas alguna, es decir, no se encontró asociación significativa entre el síndrome de Burnout positivo (alto), negativo (medio y bajo) con la evaluación de cohesión y adaptabilidad según sean las familias balanceadas o extremas.

CUADRO 33
COHESIÓN

	BALANCEA- EXTRE		
	DAS	MAS	
AE (-)	56	25	81
AE (+)	14	10	24
	70	35	105

$Ji^2=0.972$; $p=0.324$ n.s.
FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS n= 105

CUADRO 34
ADAPTABILIDAD

	BALANCEA- EXTRE		
	DAS	MAS	
AE (-)	37	44	81
AE (+)	7	17	24
	44	61	105

$Ji^2=2.074$; $p=0.150$ n.s.
FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS n= 105

6.5.2 Relación Despersonalización con Cohesión y Adaptabilidad.

La relación despersonalización con cohesión se representa en el cuadro 35 donde se obtuvo una $p=0.110$ y para la adaptabilidad representando en el cuadro 36 se obtuvo una $p=0.613$ siendo no significativas estadísticamente en ninguna de las asociaciones, es decir, no se encontró asociación significativa entre el síndrome de Burnout positivo (alto) o negativo (medio y bajo) con la evaluación de cohesión y adaptabilidad según sean las familias balanceadas o extremas.

CUADRO 35
COHESION

	BALANCEA- EXTRE		
	DAS	MAS	
DP (-)	56	23	79
DP (+)	14	12	26
	70	35	105

$Ji^2=2.556$; $p=0.110$ n.s.
FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS n= 105

CUADRO 36
ADAPTABILIDAD

	BALANCEA- EXTRE		
	DAS	MAS	
DP (-)	32	47	79
DP (+)	12	14	26
	44	61	105

$Ji^2=0.256$; $p=0.613$ n.s.
FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS n= 105

6.5.3 Relación Ejecución Personal Disminuida con Cohesión y Adaptabilidad.

La relación ejecución personal disminuida con cohesión (cuadro 37), se obtuvo una $p=0.002$ siendo la única en que se encontró significancia estadística. En la relación con la adaptabilidad (cuadro 38) la $p=0.984$ indicó no existencia de diferencias significativas.

CUADRO 37
COHESIÓN

	BALANCEA- EXTRE		
	DAS	MAS	
EP (-)	63	23	86
EP (+)	7	12	19
	70	35	105

$Ji^2=9.285$; $p=0.002$ dif..sig.
FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS $n= 105$

CUADRO 38
ADAPTABILIDAD

	BALANCEA- EXTRE		
	DAS	MAS	
EP (-)	36	50	86
EP (+)	8	11	19
	44	61	105

$Ji^2=0.0$; $p=0.984$ n.s.
FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS $n= 105$

Se concluye que únicamente se encontró asociación estadística entre síndrome de Burnout (área de ejecución personal disminuida) y cohesión familiar. Estos resultados son válidos exclusivamente para este estudio y no se deben generalizar ya que el marco muestral no representa a todas las clínicas del ISSSTE, sino únicamente a las clínicas estudiadas.

7. DISCUSIÓN.

⇒ En cuestión con la edad se encontró relación con otros estudios en DP y EP, donde los porcentajes altos del síndrome se observaron en personas jóvenes (30-39 años) junto con personas con edad igual o mayor a 50 años, esto favorecería la hipótesis que las personas jóvenes idealistas son las más propensas a la presencia de niveles altos de síndrome; cabe mencionar que en nuestra muestra el grupo de edad con más alto porcentaje fue muy grande. ^(1.11)

⇒ En relación al número de hijos no se encontró concordancia con otros estudios, ya que en nuestro estudio las personas con 5 a 7 hijos presentaron menor porcentaje del síndrome y aquellas con 1 a 2 hijos presentaron los porcentajes más altos en las tres áreas, descartando así la propuesta que con la presencia de hijos se tenga mayor posibilidad de afrontar conflictos emocionales, llevar actividades diferentes fuera del trabajo y menor probabilidad de presentar el síndrome de Burnout. ^(1.11) Es importante señalar que el mayor porcentaje de parejas tienen 1-2 hijos.

⇒ En las diferencias encontradas con relación al estado civil se observó un mayor porcentaje del síndrome de Burnout en las personas casadas en las tres áreas; sin embargo, cabe mencionar que dentro de la muestra se incluye un alto porcentaje de casados lo que se refleja en niveles altos del síndrome. Los hallazgos encontrados no tienen similitud con otros estudios, en los cuales se menciona mayor alteración en personas en unión libre o solteros. ^(1.11) Hay que considerar que en la población mexicana las personas solteras muchas veces viven con sus familias de origen, lo que probablemente les confiere un factor de protección para la presencia del síndrome.

⇒ Con respecto al tipo de relación (estabilidad de la pareja) se encontraron con niveles altos en las tres áreas a las personas que su relación era estable, no correspondiendo estos hallazgos con otros estudios, en los que se mencionan las relaciones estables como protectoras de la instalación del Burnout, estando beneficiados por el involucramiento con su pareja. (30) Se debe señalar también que el mayor porcentaje de la muestra fue en parejas con una relación estable.

⇒ Con respecto al género, el sexo femenino en el área de agotamiento emocional y despersonalización obtuvo los porcentajes más altos, correspondiendo a la bibliografía consultada, donde mencionan a las mujeres como más vulnerables al síndrome por la doble carga de trabajo (profesional y en el hogar) además de una mayor involucración con los pacientes. Sin embargo nuestro resultado en el área de EP el porcentaje mayor lo tienen los hombres. (4)

⇒ En relación al tipo de especialidad se encontró a los médicos familiares con porcentajes altos en las tres áreas, lo que correspondería con algunos estudios, refiriendo que las ambiciosas expectativas de asistencia integral desarrolladas por el médico familiar se vuelven contra el propio profesional. (4) Se recuerda que el mayor porcentaje de la muestra fué de médicos familiares.

⇒ Se detectaron porcentajes altos para las 3 áreas del síndrome en relación con las personas que trabajan en Unidades de Medicina Familiar (UMF), algunos estudios mencionan que la carga laboral en las UMF es alta, lo que correspondería a encontrar niveles altos en ésta variable, (4) sin embargo es importante señalar que las diferencias porcentuales de la muestra estudiada están favorecidas positivamente a los médicos que solo laboran en UMF.

⇒ Según los años de ejercicio profesional, se encontró porcentajes altos para AE y DP el grupo de 10-19 años; el grupo de 0-9 años obtuvo el porcentaje mayor en el área de EP, lo que contradice la bibliografía, ya que se menciona que los primeros 2 años de ejercicio son cuando existe más riesgo de presentar el síndrome y este riesgo disminuye después de los 10 años; esto debido a la falta de experiencia para realizar sus diagnósticos o al periodo de transición entre elevado idealismo y su pérdida. ^(1,11)

⇒ Se analizó la relación entre el número de pacientes atendidos por turno, donde los porcentajes altos en las tres áreas fueron para las personas que atienden 20 o más pacientes, existiendo relación con otros estudios, ya que se menciona a la carga de trabajo como factor predisponente al síndrome. ^(1,11)

⇒ Con relación al tiempo promedio destinado a cada paciente se observó en AE y DP porcentajes altos en aquellos médicos que destinaban más de 16 minutos a la atención. Esto nos refleja también la sobrecarga de trabajo indirectamente, no encontrando relación con otros estudios, ya que a mayor tiempo menor sobrecarga. Se pudiera pensar que las personas que dedican más tiempo a la atención se involucran más con el paciente reflejándose en los niveles observados. ^(1,11)

⇒ También se analizó la relación entre cantidad de turnos laborados no se encontró concordancia con otros estudios, tomando en cuenta que al tener más carga laboral estaría con más predisposición al síndrome; existen otros estudios donde mencionan al turno matutino con más predisposición al síndrome, variable que no se analizó en el estudio lo que no podría explicar esta diferencia.

⇒ Con respecto a la realización de guardias nocturnas se encontró que los porcentajes altos los presentaron las personas que no realizan guardias, en ésta variable

los estudios indican en no haber significancia en la presentación de Burnout sin embargo es carga laboral y por lo tanto debe de influir de manera positiva al síndrome. ⁽²⁰⁾

Maslach Burnout Inventory.

⇒ Para la Evaluación del Maslach Burnout Inventory en las tres escalas se encontró con mayor porcentaje al nivel bajo comparado con un estudio realizado en nuestro país fué muy similar⁽¹⁾ encontraste, en algunos estudios realizados en poblaciones españolas el nivel de Burnout tiene mayor porcentaje en comparación con los encontrados en este estudio. ^(4,11,20)

Es importante hacer notar que en nuestra población los porcentajes elevados en niveles altos en las tres áreas están muy por debajo de las poblaciones españolas lo que indicaría que puede existir algún factor de protección que disminuya el grado del síndrome, dentro de esto cabría estudiar factores institucionales, histórico sociales, políticos o económicos y así poder detectar lo que hace esta diferencia. ^(4,9,11)

⇒ Con respecto a la presencia del síndrome en las diferentes unidades médicas estudiadas se encontró los mayores porcentajes en los niveles altos, para agotamiento emocional en la UMF Dr. Ignacio Chávez, en despersonalización y ejecución personal en la UMF. Ermita y los porcentajes más altos en el nivel bajo, para agotamiento emocional en la UMF. División del Norte, despersonalización y ejecución personal en la UMF. Xochimilco.

Sabiendo que se presentan condiciones semejantes histórico sociales e institucionales probablemente en estas diferencias estén involucrados factores personales o de organización interna en las UMF (ambiente laboral).

Cohesión y Adaptabilidad.

⇒ Con relación a la cohesión y adaptabilidad los porcentajes de familias balanceadas y extremas fue similar a otros estudios. Los promedios de evaluación de cohesión y adaptabilidad encontrados por Ponce y cols.⁽¹⁵⁾ son prácticamente idénticos a los observados en este trabajo. Se puede constatar al FACES III como un instrumento fácil, sencillo de aplicación y confiable que permite la evaluación de las familias en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad.

Relación síndrome de Burnout con Cohesión y Adaptabilidad.

⇒ Al analizar la relación de las escalas del síndrome de Burnout con la cohesión y adaptabilidad se encontró significancia estadística en la relación de la escala de ejecución personal con la cohesión lo que nos indica que la existencia de trastornos en la dinámica familiar puede incrementar la probabilidad de ser más vulnerable a presentar el síndrome de Burnout o viceversa.

8. CONCLUSIONES.

La práctica de la medicina ofrece muchas satisfacciones, pero las fuentes de estrés son demasiadas por lo que los profesionistas de la salud tienden a crear una coraza real y/o simbólica que separa y puede de hecho proteger al individuo de la tensión de involucrarse cercanamente con sus pacientes, pero puede también ser tan "gruesa" que aparentemente no permita expresar ningún sentimiento. Conforme la separación aumenta, surge una actitud fría de indiferencia hacia las necesidades y sentimientos de los demás.

Cuando el hermetismo es manifiesto el individuo es incapaz de comunicarse con sus familiares surgiendo una mala comunicación, con esto surge la necesidad de evaluar la funcionalidad familiar en dos o más familiares ya que frecuentemente la interpretación de la familia, como una esfera privada cuya intimidad, por involucrar a terceras personas, se tiende a preservar más que los aspectos que afecten exclusivamente al individuo.

Como patología multifactorial podemos constatar que ningún factor es determinante en la presencia del síndrome de Burnout, cabría la necesidad de estudiar diferentes poblaciones y comparar los factores predisponentes para tratar de determinar cual de estos ejerce mayor influencia.

Es importante señalar que el tener Burnout no significa ser un mal médico, ya que la profesión médica al ser una profesión de ayuda, es candidata a sufrir el síndrome; pues es un trabajo sumamente demandante en ocasiones altamente estresante y que involucra situaciones difíciles como son la enfermedad, lesiones, sufrimiento e incluso hasta la muerte. Además los pacientes pueden crear fantasías, exigencias y

expectativas realmente inalcanzables para el profesionalista de la salud produciendo así un juego de saber entre las demandas del paciente y la omnipotencia del médico.

A pesar de encontrar niveles bajos del síndrome de Burnout en la población estudiada hay que recordar que es un patología dinámica la cual conforme va aumentando el nivel, el individuo va perdiendo su función adaptativa puesto que puede tener consecuencias negativas no solo en el profesionalista, sino en su familia, amigos, en la atención brindada en el paciente e incluso en la institución donde labora. Por ello es de gran necesidad la instalación de programas de prevención y detección del síndrome para mejorar no solamente la salud mental del individuo sino la calidad de atención.

Otro aspecto muy importante es la difusión de este problema a nivel informativo, que posiblemente haga más conciente la percepción del síndrome en el personal médico y que coadyuve, de alguna manera, a que se sientan capaces de solicitar ayuda o apoyo profesional, es decir, promover la salud mental entorno a los propios riesgos que la profesión implica.

9. BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Franco Bontempo X. Nivel de síndrome de agotamiento en médicos, enfermeras y paramédicos. *Revista Mexicana de Puericultura*. 1999; 6(34); 252-260.
- 2.- De Pablo González R, Suberviola González JF. Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*. 1998; 22(9); 580-584.
- 3.- Sandoval Jorge. El estudio de alteración mental y el trabajo: El síndrome del trabajador quemado o burnout. *Nueva época/ Salud problema*. 2000; 5(8); 52-64.
- 4.- Olivar Castrillón C, González Morán S, Martínez Suárez MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Atención Primaria*. 1999; 24(6); 352-359.
5. Gómez Sancho M, Bondjale Oko T. Especial burnout. Síndrome de burnout o quemamiento de los profesionales. *Prevención del estrés. El cuidado de los cuidadores. Artículos de Prisiones*. 2000. Disponible en: <http://members.es.tripod.de/prision/articulos/quemamiento.htm>. 8 Pantallas.
- 6.- Mingote Adán JC. Síndrome burnout o síndrome de desgaste profesional. *Formación Médica Continua* 1998; 5: 493-503.
- 7.- Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *Journal of Social*. 1974; 30(1); 159-165.
- 8.- Alcaraz Sánchez B, Arribas Miranda C, Asencio Pascual JM, Ben Moussa H. Estudio del Síndrome de estar quemado (Burnout) en personal de enfermería. VII jornadas de medicina preventiva y salud pública 2001. Disponible en: http://www.usm.es/info/dosis/jor7/J_7_5_4.htm. 7 pantallas.

- 9.- Gil-Monte PR, El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. Artículos Trabajos Psicología. Com. 2001. Disponible en: <http://www.psycologia.com/articulos/ar-pgll.htm>. 6 pantallas.
- 10.- Roberts GA. Prevención del Aniquilamiento. Avances en Psiquiatría (Journal of continuing Professional Development; The Royal College of Psychiatrist) 1997; 1: 31-37.
- 11.- Atance Martínez JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. Revista Española Salud Pública . 1997; 71 (3): 293-303.
- 12.- Sánchez Rodríguez A., de Lucas García N, García Ochoa MJ. Estrés laboral en el profesional de un servicio de emergencia prehospitalario. Emergencias. 2001; 13: 170-175.
- 13.- Irigoyen Coria A, Gómez Clavelina FJ. Fundamentos de Medicina Familiar. Ed. Medicina Familiar Mexicana; 5º ed. México. 1998.
- 14.- Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER, Mazón-Ramírez JJ, Dickson-Bannack ME, Sánchez-González ME y cols. Versión al español y adaptación transcultural de FACES III. Arch Med Fam. 1999; 1(3) 73-79.
- 15.- Ponce Rosas ER, Gómez Clavelina FJ, Irigoyen Coria A, Terán Trillo M, Landgrave Ibáñez S, Hernández Gómez A y cols. Análisis de la confiabilidad de FACES III. Arch Med Fam. 1999; 23(8); 479-484.
- 16.- Irigoyen Coria A. Diagnóstico Familiar. Ed. Medicina Familiar Mexicana; 6ª Edición. México. 2000.

- 17.- Bernal Paredes Andrés. Detección del síndrome de Burnout en el personal médico y de enfermería de clínicas de medicina familiar en tres instituciones del sector salud. Tesis de la Especialidad en Medicina Familiar. México. ISSSTE UNAM. 2000.
- 18.- Reglamento de ley general de salud en materia de investigación para la salud. Secretaría de Salubridad y Asistencia. México. 1987. Título segundo, capítulo I, artículo 17.
- 19.- Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial. 41^a. Asamblea médica mundial en Hong Kong. 1989.
- 20.- Caballero Martín MA, Bernejo Fernández F, Nieto Gómez R, Caballero Martínez F. Prevalencia y factores asociados al burnout en una área de salud. Atención Primaria. 2001; 27(5): 53-59.

ANEXO A

FOLIO

CLINICA

FICHA DE FILIACIÓN

1 Edad.	<input type="text"/>		
2 No. Hijos vivos	<input type="text"/>		
3 Estado civil	<input type="text"/>		
4 Tipo de Pareja	Estable <input type="checkbox"/>	Inestable <input type="checkbox"/>	Sin pareja <input type="checkbox"/>
5 Sexo.	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	
6 Especialidad	Med. Fam. <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	Sin Esp. <input type="checkbox"/>
7 Lugar de trabajo	Clínica <input type="checkbox"/>	Clínica y Hospital <input type="checkbox"/>	
8 Años de ejercicio	9 o menos <input type="checkbox"/>	10-19 <input type="checkbox"/>	20 o más <input type="checkbox"/>
9 No. de pacientes Por turno atendidos	19 o menos <input type="checkbox"/>	20 o más <input type="checkbox"/>	
10 Tiempo medio destinado A cada paciente	15' o menos <input type="checkbox"/>	16' o más <input type="checkbox"/>	
11 Turno de Trabajo	Matutino o vespertino <input type="checkbox"/>	Ambos turnos <input type="checkbox"/>	
12 Guardias Nocturnas	Si realiza <input type="checkbox"/>	No se realiza <input type="checkbox"/>	
13 Tiene otros empleos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

ANEXO B

Maslach Burnout Inventory.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas cuantas o veces al mes	Una vez a la semana	Unas cuantas veces a la semana	Diario

- 1.- Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
- 2.- Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.
- 3.- Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.
- 4.- Fácilmente comprendo cómo se sienten los pacientes.
- 5.- Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
- 6.- Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.
- 7.- Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.
- 8.- Me siento "quemado" por mi trabajo. (agotado, agobiado, desecho)
- 9.- Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas.
- 10.- Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.
- 11.- Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.
- 12.- Me siento muy activo.
- 13.- Me siento frustrado en mi trabajo.
- 14.- Creo que estoy trabajando demasiado.
- 15.- Realmente no me preocupa lo que ocurre a algunos de mis pacientes.
- 16.- Trabajar directamente con las personas me produce estrés.
- 17.- Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes.
- 18.- Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes.
- 19.- He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.
- 20.- Me siento acabado.
- 21.- En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma.
- 22.- Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas.

FUENTE: DE PABLO GONZÁLEZ R, SUBERVIOLA GONZÁLEZ JF. PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT O DESGASTE PROFESIONAL EN LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA. (2)

ANEXO C

FACES III

Olson DH, Portnher J. Lavee Y.

Versión en español. Gómez C e Irigoyen C.

NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	2	3	4	5

DESCRIBA A SU FAMILIA:

- _____ 1.- Los miembros de su familia se dan apoyo entre sí.
- _____ 2.- En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
- _____ 3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
- _____ 4.- Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.
- _____ 5.- Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.
- _____ 6.- Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.
- _____ 7.- Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.
- _____ 8.- Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
- _____ 9.- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
- _____ 10.- Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.
- _____ 11.- Nos sentimos muy unidos.
- _____ 12.- En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
- _____ 13.- Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.
- _____ 14.- En nuestra familia las reglas cambian.
- _____ 15.- Con facilidad podemos planear actividades en familia.
- _____ 16.- Intercambiamos unos con otros para tomar decisiones.
- _____ 17.- Consultamos unos con otros para tomar decisiones.
- _____ 18.- En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad
- _____ 19.- La unión familiar es muy importante.
- _____ 20.- Es difícil decir quién hace las labores del hogar.

FUENTE: PONCE ROSAS E.R, GÓMEZ CLAVELINA F.J, IRIGOYEN COREA A, TERAN TRILLO M, LANDGRAVE IBAÑEZ S, HERNANDEZ GÓMEZ A, Y OOLS.
ANÁLISIS DE LA CONFIABILIDAD DE FACES III. (15)