



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS
CENTRO MEDICO ECATEPEC

**Síndrome de Burnout y su afectación en la Funcionalidad Familiar en
personal docente que acude a consulta en la Clínica Regional Cuautitlán
Izcalli ISSEMyM**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARGARITA GARCIA BALLESTEROS

ASEOSR DE TESIS

DR. RICARDO LOZANO MARTINEZ

ESTADO DE MÉXICO, 2019



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 AFECTACIÓN EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PERSONAL DOCENTE QUE ACUDE A CONSULTA EN LA CLÍNICA REGIONAL CUAUTITLÁN IZCALLI ISSEMYM

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARGARITA GARCIA BALLESTEROS

DRA. MARGARITA GARCIA BALLESTEROS

AUTORIZACIONES:


AUTORIZACIONES



DR. RICARDO LOZANO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR EN EL CENTRO MEDICO ISSEMYM ECATEPEC

DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



DR. RICARDO LOZANO

ASESOR METODOLOGICO DE TESIS

ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN SALUD



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

ESTADO DE MÉXICO 2019.

SÍNDROME DE BURNOUT Y SU AFECTACIÓN EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PERSONAL DOCENTE QUE ACUDE A CONSULTA EN LA CLÍNICA REGIONAL CUAUTITLÁN IZCALLI ISSEMYM.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

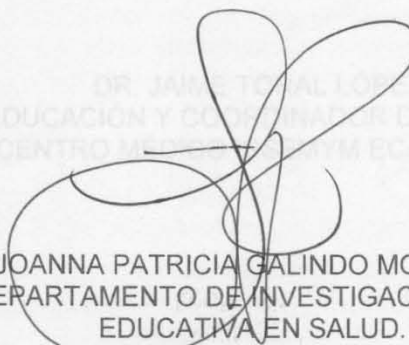
PRESENTA:

DRA. MARGARITA GARCIA BALLESTEROS

AUTORIZACIONES



DR. GUILLERMO VICTAL VAZQUEZ
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EDUCATIVA EN SALUD.

ESTADO DE MÉXICO, 2019.


ESTADO DE MÉXICO, 2019.

**SÍNDROME DE BURNOUT Y SU AFECTACIÓN EN LA FUNCIONALIDAD
FAMILIAR EN PERSONAL DOCENTE QUE ACUDE A CONSULTA EN LA
CLÍNICA REGIONAL CUAUTITLÁN IZCALLI ISSEMYM.**


**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. MARGARITA GARCIA BALLESTEROS



**DR. DANIEL GUTIERREZ VERDIGUEL
DIRECTOR CENTRO MÉDICO ISSEMYM ECATEPEC**



**DR. JAIME TORAL LÓPEZ
JEFE DE EDUCACIÓN Y COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
CENTRO MÉDICO ISSEMYM ECATEPEC.**

ESTADO DE MÉXICO, 2019.

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS

SÍNDROME DE BURNOUT Y SU AFECTACIÓN EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PERSONAL DOCENTE QUE ACUDE A CONSULTA EN LA CLÍNICA REGIONAL CUAUTITLÁN IZCALLI ISSEMYM.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**PRESENTA:
DRA. MARGARITA GARCIA BALLESTEROS**

AUTORIZACIONES.

JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

"2019. Año del Centésimo Aniversario Luctuoso de Emiliano Zapata Salazar, el Caudillo del Sur".

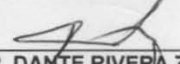
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS
CENTRO MEDICO ISSEMYM ECATEPEC
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN Y DE INVESTIGACION EN SALUD

Estando reunidos en la Sala de Juntas de la Jefatura de Educación e Investigación en salud del Hospital, los integrantes de la Comisión Evaluadora, Dr. Jaime Toral López, Dr. Alberto Velázquez Díaz, Dr. Dante Rivera Zetina, Dr. Carlos Hermida Escobedo, Dr. Cuauhtémoc Peláez Águila, Dr. Miguel Ángel Jiménez López, Q.F.B. Ilda Cecilia Almanza Fuentes, Lic. en Admon. Carlos Hugo Camacho Gómez, Dr. Ricardo Flores Osorio, Dr. Amado González Moga, Elba Salcedo Sánchez, Lic. en Enf. Mónica González Correa, en reunión extraordinaria el día 14 de Mayo del año dos mil diecinueve y ante la presentación del protocolo de tesis la C. Médico Residente **Margarita García Ballesteros** de la especialidad de Medicina Familiar, cuyo título es: "**Síndrome de Burnout y su afectación en la Funcionalidad Familiar en personal docente que acude a consulta en la Clínica Regional Cuautitlán Izcalli ISSEMyM**", quién después de haber llevado a cabo las correcciones y observaciones emitidas por esta comisión, se ha decidido **APROBAR** el desarrollo del presente trabajo.

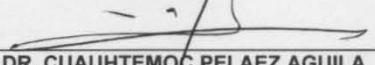
Se expide la presente acta en la ciudad de Ecatepec de Morelos, Estado de México, el catorce de mayo del año dos mil diecinueve.



DR. JAIME TORAL LÓPEZ
PRESIDENTE



DR. ALBERTO VELAZQUEZ DIAZ
SECRETARIO


DR. DANTE RIVERA ZETINA
VOCAL


DR. CARLOS HERMIDA ESCOBEDO
VOCAL


DR. CUAUHEMOC PELAEZ AGUILA
VOCAL

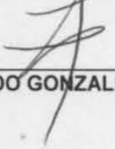

DR. MIGUEL ÁNGEL JIMÉNEZ LÓPEZ
VOCAL


ENF. MÓNICA GONZALEZ CORREA
VOCAL


Q.F.B. ILDA CECILIA ALMANZA FUENTES
VOCAL


LIC. CARLOS HUGO CAMACHO GOMEZ


DR. RICARDO FLORES OSORIO


DR. AMADO GONZALEZ MOGA


ENF. ELBA SALCEDO SANCHEZ

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIO

SÍNDROME DE BURNOUT Y SU AFECTACIÓN EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PERSONAL DOCENTE QUE ACUDE A CONSULTA EN LA CLÍNICA REGIONAL CUAUTITLÁN IZCALLI ISSEMYM.

AGRADECIMIENTOS

A dios por permitirme llegar a esta etapa de mi vida, llenándome siempre de fe y de esperanza. Por darme la fortaleza de luchar por mis sueños.

A mi esposo por su apoyo, paciencia, amor incondicional, por enseñarme el valor de la responsabilidad, por su valiosa cooperación, sin sus consejos y sabiduría no hubiera sido posible la realización de este trabajo.

A esa personita tan especial e importante en mi vida, por llenarla de felicidad y por acompañarme desde el interior, en este proyecto, mi hija Bárbara.

A mis padres, los mejores de este mundo, quienes en ningún momento han dejado de estar a mi lado, brindándome su apoyo y amor incondicional. Gracias por su gran ejemplo, por enseñarme que todo lo que se hace con perseverancia y dedicación, se logra.

A mi hermana por ser una gran amiga, por su apoyo incondicional.

ÍNDICE

RESUMEN	I
SUMMARY	II
1. MARCO TEÓRICO	1
1.1 INTRODUCCIÓN	1
1.2 ANTECEDENTES	2
1.3 DEFINICIÓN.....	5
1.4 ETIOLOGÍA.....	6
1.5 CUADRO CLINICO	7
1.5.1 DIMENSIONES	7
1.6 EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT.	8
1.6.1 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO	10
1.6.2 EJEMPLO DEL CUESTIONARIO CESQT	11
1.6.3 INSTRUCCIONES DE CORRECCIÓN.	11
1.6.4 TRANSFORMACIÓN DE LAS PUNTUACIONES	12
1.7 SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DOCENTE.	12
1.8 SÍNDROME DE BURNOUT Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR	14
1.8.1 CONCEPTO DE FAMILIA.....	14
1.8.2 MODELOS DE FAMILIA.....	15
1.9 CONCEPTO DE SATISFACCIÓN FAMILIAR Y EQUILIBRIO TRABAJO FAMILIA.....	19
1.10 EVALUACIÓN FUNCIONALIDAD FAMILIAR.....	20
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	25
3. JUSTIFICACIÓN.....	26
4. OBJETIVOS.....	28

4.1 OBJETIVO GENERAL.....	28
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
5. METODOLOGIA	29
5.1 TIPO DE ESTUDIO	29
5.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO	29
5.3 TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	29
5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	30
5.5 INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES)	30
5.5.1 CUADRO DE VARIABLES	31
6. MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN	35
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	36
8. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.	37
8.1 GRÁFICAS.....	39
9. DISCUSIÓN	45
10. CONCLUSIONES	47
11. BIBLIOGRAFIA.	49
12. ANEXOS	52

RESUMEN

Una de las causas del estrés como respuesta negativa del individuo es el síndrome del Burnout. Cuando hay estrés laboral y este ocurre repetidamente, puede tener varios efectos negativos sobre los trabajadores. El funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros, ya que es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar.

OBJETIVO: Determinar la relación del Síndrome de Burnout con los factores de riesgo laborales y familiares del personal docente que acude a la consulta en la Clínica Regional de Cuautitlán Izcalli, consultorio No 3 turno vespertino, del ISSEMyM del periodo comprendido 01 de mayo al 31 de noviembre del 2018.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio de tipo Descriptivo, trasversal, en el que participaron 173 pacientes docentes que acudieron a consulta en la Clínica Regional de Cuautitlán Izcalli, donde se aplicó dos cuestionarios basados en el CESQT que evalúa la presencia de Síndrome de Burnout y FACES III, que evalúa la disfunción familiar.

RESULTADOS: De los 173 pacientes encuestados, 155 pacientes cumplían con los criterios se obtuvo lo siguiente: el 33% se encontró en un nivel alto para Síndrome de Burnout de los cuales el 76% son mujeres y el 24% hombres, de estos pacientes el 80% se encontró con Disfunción Familiar y Síndrome de Burnout, de los cuales el 68.7% son mujeres entre el rango de edad de 41 a 46 años, de los cuales el 94% de los pacientes su estado civil es casado y la antigüedad de trabajo es mayor a 10 años.

CONCLUSIONES: Este estudio demuestra que el Síndrome de Burnout, está relacionada con alteración en la función familiar, y demuestra una relación directa entre dos factores a mayor Síndrome de Burnout mayor disfunción familiar.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de Burnout, Disfunción Familiar, personal docente.

SUMMARY

One of the causes of stress as a negative response of the individual is the Burnout syndrome. When there is work stress and this occurs repeatedly, it can have several negative effects on workers. The functioning of the family is a determining factor in the conservation of health or in the appearance of the disease among its members, since it is the capacity of the system to face and overcome each one of the stages of the life cycle and the critical events that can be presented

OBJECTIVE: To determine the relationship of the Burnout Syndrome with the occupational and family risk factors of the teaching staff attending the clinic in the Cuautitlán Izcalli Regional Clinic, office No 3-afternoon shift, of the ISSEMyM from May 1 to May 31 November 2018.

MATERIAL AND METHODS: A Descriptive, cross-sectional study was carried out, involving 173 teaching patients who attended the clinic at the Cuautitlán Izcalli Regional Clinic, where two questionnaires based on the CESQT were applied to assess the presence of burnout syndrome. and FACES III, which assesses family dysfunction.

RESULTS: Of the 173 patients surveyed, 155 patients met the criteria, the following was obtained: 33% were found at a high level for Burnout Syndrome, of which 76% were women and 24% were men, of these patients the 80% were found with Family Dysfunction and Burnout Syndrome, of which 68.7% are women between the age range of 41 to 46 years, of whom 94% of the patients are married and the seniority of work is greater than 10 years

CONCLUSIONS: This study demonstrates that the Burnout Syndrome is related to alteration in family function, and demonstrates a direct relationship between two factors to greater Burnout Syndrome, greater family dysfunction.

KEYWORDS: Burnout syndrome, family dysfunction, teaching staff.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 INTRODUCCIÓN

La situación en los países en desarrollo se ha complicado generando crisis económicas y el nuestro no queda exento; existen diversos cambios globales y locales que provocan un incremento de las exigencias laborales a un creciente número de trabajadores como la nueva tecnología, la estructura cambiante de la organización y cambios en la cultura, entre otros. Cuando hay estrés laboral y este ocurre repetidamente, puede tener varios efectos negativos sobre los trabajadores y las compañías para las que trabajan, como el Síndrome de Burnout, proceso que surge como respuesta al estrés laboral crónico. La prevalencia de este síndrome a nivel nacional es de un 20 y 30%.

Una de las causas del estrés como respuesta negativa del individuo es el síndrome del Burnout el cual se conceptualiza por Freudenberg en 1974 como estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce un objetivo esperado.

En lengua inglesa, el concepto "Burnout" es una metáfora que se usa comúnmente para describir un estado o un proceso de agotamiento, desgaste o consumación de energía, análogo a la sofocación de un incendio o la extinción de una vela.

A partir de 1976, Maslach se convierte en el principal referente del tema, al llevar el concepto de un modelo médico-clínico a uno psicosocial. Maslach proporcionó una definición operativa y multidimensional del constructo, creó un instrumento para medirlo (el Maslach Burnout Inventory, MBI) y en general otorgó una aproximación más empírica que permitió demostrar la asociación de este fenómeno con múltiples indicadores de salud y funcionamiento en la vida cotidiana y laboral.

Según se demuestra en investigaciones realizadas en diversos ámbitos, la familia es un elemento importante en el marco del desempeño laboral de los individuos y su nivel de funcionalidad puede repercutir en el desarrollo de patologías del tipo del

síndrome de Burnout. Hoy en día tanto hombres como mujeres se enfrentan a un gran dilema que surge cuando tratan de conciliar el papel de trabajador, la vida y las obligaciones familiares.

El funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar, que dependerá del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible.

1.2 ANTECEDENTES

En 1974, un médico psiquiatra llamado Herbert Freudenberger que trabajaba como asistente voluntario en la *Free Clinic* de Nueva York para toxicómanos, al igual que otros voluntarios jóvenes e idealistas, observó que al cabo de un periodo más o menos largo, entre uno y tres años, la mayoría sufría una progresiva pérdida de energía, desmotivación, falta de todo interés por el trabajo hasta llegar al agotamiento, junto con varios síntomas de ansiedad y de depresión.^{1, 2}

Freudenberger describió cómo estas personas se vuelven menos sensibles, poco comprensivas y hasta agresivas en relación con los pacientes, con un trato distanciado y cínico con tendencia a culpar al paciente de los propios problemas que padece. Para describir este patrón conductual homogéneo, Freudenberger eligió la misma palabra Burnout (“estar quemado”, “consumido”, “apagado”) que se utilizaba también para referirse a los efectos del consumo crónico de las sustancias tóxicas de abuso.¹

La psicóloga social Cristina Maslach por aquel entonces, año 1976, estudiaba las respuestas emocionales de los empleados de profesiones de ayuda a personas. Eligió también el mismo término que utilizaban de forma coloquial los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo. Burnout era una expresión con

gran aceptación social: los afectados se sentían fácilmente identificados con este feliz término descriptivo, no estigmatizador como los diagnósticos psiquiátricos.¹

Edelwich y Brodsky (1980) lo describen como una pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito, mientras que otros estudiosos en el campo de la psicología organizacional lo ubican como un estado de desgaste emocional y físico (Pines, Aronson, 1981) o en su definición comúnmente más conocida, como una condición multidimensional de agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal en el trabajo.³

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trabajadores representan la mitad de la población en todo el mundo y son quienes contribuyen en mayor medida al desarrollo económico y social de muchos países, por tanto, su salud es importante, principalmente cuando está condicionada por riesgos del lugar de trabajo.⁴

Además, es importante mencionar que existe una inadecuada atención en materia de salud y seguridad ocupacional, lo que provoca que existan anualmente 2 millones de muertes relacionadas con el trabajo, 271 millones de accidentes y 160 millones de enfermedades ocupacionales. Adicionalmente, según señala la OMS (2007), “la mayoría de la fuerza de trabajo de todo el mundo no tiene acceso a servicios de salud ocupacional: solamente el 10-15% de la fuerza de trabajo global tiene acceso a alguna clase de servicio de salud ocupacional”⁴

El síndrome de Burnout fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida.⁴

Su definición no se encuentra en el DSM-V, ni en el CIE 10, pero usualmente se describe como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal.⁵

Se han realizado múltiples estudios acerca de la prevalencia del síndrome del quemado, los resultados en su mayoría no coinciden, por lo que se podría concluir

que la prevalencia del SB depende del ambiente donde se desarrolle el individuo y características propias del mismo.⁵

En Holanda, aproximadamente el 15% de la población trabajadora sufre de Burnout y se estima las pérdidas por enfermedades relacionadas al estrés es de aproximadamente 1.7 billones de euros.⁵

El Síndrome de Burnout se asocia con un considerable sufrimiento subjetivo, problemas de salud y disminución del rendimiento o logro en el trabajo. En los últimos años se ha observado un marcado aumento en la prescripción de antidepresivos y en el ausentismo laboral relacionados con el desgaste mental. Estos fenómenos representan los efectos del Burnout a nivel individual, social y laboral, lo que alerta en la urgencia del diagnóstico temprano y oportuno de esta entidad para evitar sus consecuencias y, de esta manera, favorecer la implantación de una política de salud pública debido su impacto social.⁶

La prevalencia de este síndrome a nivel nacional es de un 20 y 30%. En los diversos estudios hechos en México y en Tabasco, hay una prevalencia similar que nos indica el panorama que se vive en nuestro país con respecto a problemas psicológicos que aumentan el factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, músculo esqueléticas, enfermedades diversas que generan accidentes de trabajo e incapacidades y que ocasionan pérdidas económicas entre el 10 y hasta un 20% del Producto Interno Bruto de un país.⁷

Las ocupaciones más estudiadas son en definitiva los profesionales de la salud, particularmente médicos y enfermeras, los que representan el 19.3 y 17.9%, respectivamente. Pero si además consideramos aquellos estudios donde se evaluaron combinados varios profesionales de salud que laboran en hospitales, suman en total 7102 personas. Fuera de lo esperado, la proporción de docentes fue baja (11.25%) en comparación con las muestras de profesionales de la salud encontradas.⁸

Las zonas geográficas de las muestras evaluadas dejan ver que en gran parte del territorio nacional se ha investigado el Síndrome *Burnout*. Sin embargo, no se

encontraron estudios en Estados como Campeche, Chiapas, Guerrero, Aguascalientes, Tlaxcala, Zacatecas y Tamaulipas. Las muestras de Jalisco (particularmente de Guadalajara) son las más estudiadas (28.12%), seguidas por las del Distrito Federal (26.56%).⁸

Las poblaciones estudiadas muestran equilibrio en cuanto al género, ya que, en promedio, 52% de las muestras evaluadas son mujeres, aunque siete estudios no lo mencionaron. En cuanto a la edad, se obtuvo un promedio de 36.87 años en los 49 estudios que la describieron.⁸ (anexo 1)

1.3 DEFINICIÓN

El Síndrome de Burnout, también conocido como síndrome de desgaste ocupacional o profesional, es un padecimiento que se produce como respuesta a presiones prolongadas que una persona sufre ante factores estresantes emocionales e interpersonales relacionados con el trabajo. Su definición comúnmente más conocida, como una condición multidimensional de agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal en el trabajo, que se da en ocupaciones con contacto directo y constante con gente.³

Actualmente, el Burnout es una enfermedad descrita en el índice internacional de la Organización Mundial para la Salud ICD-10, como “Z73.0 Problemas relacionados con el desgaste profesional (sensación de agotamiento vital)”, dentro de la categoría más amplia Z73 de “problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida”, lo que llega a denotar la importancia de este padecimiento a nivel mundial.³

Estos problemas, que no constituyen propiamente trastornos mentales, reflejan una patología del sufrimiento o de la infelicidad, es decir, una situación de insatisfacción personal que no tiene en muchos casos una significación clínica. Entre ellos se encuentran el duelo por la pérdida de un ser querido, los conflictos de pareja o la ruptura de pareja no deseada, las dificultades de convivencia con los hijos

adolescentes, los problemas de estrés laboral, la adaptación a nuevas situaciones en la vida o la convivencia con enfermos crónicos o incapacitados.⁹

En las clasificaciones psiquiátricas estos problemas adaptativos se denominan “códigos Z” y son un reflejo de la psicopatologización de las dificultades de la vida cotidiana.⁹

Al Síndrome de Burnout se le han dado también varias denominaciones, aunque la literatura ofrece alrededor de diecisiete en castellano, algunas de ellas son: “quemarse por el trabajo”, “quemazón profesional”, “síndrome del estrés laboral asistencial o síndrome de estrés asistencial”, “síndrome del desgaste profesional”, “estar quemado profesionalmente” y “desgaste psíquico”, entre otras.¹⁰

Ahora bien, según Moriana y Herruzo (2004), el término Burnout ha sido delimitado y aceptado por la comunidad científica casi en su totalidad desde la conceptualización establecida por Maslach en 1982, donde se define como una respuesta de estrés crónico a partir de tres factores: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo.¹⁰

1.4 ETIOLOGÍA

Considerando que el Síndrome de Burnout es un proceso multicausal y altamente complejo se proponen diversas causas, entre ellas cabe destacar: aburrimiento y stress, crisis en el desarrollo de la carrera profesional y pobres condiciones económicas, sobrecarga de trabajo y falta de estimulación, pobre orientación profesional y aislamiento.¹¹

A todo ello colaboran componentes personales pre mórbidos que aumentan la susceptibilidad personal; junto en el cual cobra interés:

- La edad: relacionada con la experiencia
- El sexo: las mujeres pueden sobrellevar mejor las situaciones conflictivas en el trabajo.

- Variables familiares: la armonía y estabilidad familiar conservan el equilibrio necesario para enfrentar situaciones conflictivas.

- Personalidad: por ejemplo, las personalidades tipo A: extremadamente competitivas, impacientes, hiperexigentes y perfeccionistas, y por otro aquellas con sentimientos de altruismo e idealismo como: mayor acercamiento al sufrimiento cotidiano y mayor implicación emocional. ¹¹

Inadecuada formación profesional: por ejemplo, excesivos conocimientos teóricos, escaso entrenamiento en actividades prácticas, falta de aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional, escasa información sobre el funcionamiento de las organizaciones en la que se va a desarrollar el trabajo. ¹¹

Factores laborales o profesionales: condiciones deficitarias en cuanto al medio físico, entorno humano, organización laboral, bajos salarios, sobrecarga de trabajo, escaso trabajo real de equipo. ¹¹

1.5 CUADRO CLINICO

Se sistematizarán cuatro niveles clínicos de Burnout:

Leve: quejas vagas, cansancio, dificultad para levantarse a la mañana.

Moderado: cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo.

Grave: enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión, abuso de alcohol o drogas.

Extremo: aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos, suicidios. ⁹

1.5.1 DIMENSIONES

El síndrome de Burnout se compone de 3 dimensiones:

1. Agotamiento o cansancio emocional (CE), definido como el cansancio y fatiga que puede manifestarse física y/o psíquicamente. Es la sensación descrita como no poder dar más de sí mismo a los demás.
2. Despersonalización (DP) como desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo.
3. Baja realización personal (RP), que se caracteriza por una desilusión para dar sentido a la propia vida y hacia los logros personales, con sentimientos de fracaso y baja autoestima. ¹²

1.6 EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT.

La escala Maslach Burnout Inventory (MBI) es la más utilizada para el diagnóstico de síndrome de Burnout en personas que realizan su trabajo en contacto directo con otras personas. ¹³

No obstante, se ha descrito que este instrumento presenta insuficiencias psicométricas, principalmente valores bajos de alfa de Cronbach de la escala de despersonalización, cuanto se usa en otros idiomas como el español, lo que cuestiona la fiabilidad del instrumento. ¹³

Para el presente estudio se utilizó el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT), el cual tiene mayor validez y fiabilidad en español, con alfa > 0,7

Los ítems del CESQT evalúan cuatro dimensiones, que a continuación se muestran en orden de presentación según el modelo teórico:

1. La ilusión por el trabajo (it) es el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales, lo que supone una fuente de placer personal. Los ítems de esta dimensión están formulados positivamente, de tal manera que una baja puntuación significa un alto nivel del síndrome.

2. El desgaste psíquico (dp) hace referencia a la aparición del agotamiento emocional.

3. La indolencia (in) es la presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo. Las personas que tienen altas puntuaciones en esta dimensión muestran insensibilidad y no se conmueven ante los problemas de las personas con las que trabajan.

4. Los sentimientos de culpa (c) aparecen después del desgaste psíquico y la indolencia. No todos los sufren, por lo cual se describen dos perfiles característicos del síndrome. El primero es cuando hay estrés laboral que origina malestar, sin llegar a incapacitar para ejercer el trabajo; presentan poca ilusión por el trabajo con altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, pero no hay sentimiento de culpa. El segundo perfil es similar al anterior, pero con sentimientos de culpa que dan paso a más gravedad del síndrome. ¹³

El instrumento se desarrolló a partir de una serie de estudios cualitativos realizados mediante entrevistas a individuos que habían desarrollado el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) en algún grado, diagnosticados según los síntomas clínicos por profesionales expertos. Siguiendo el protocolo de entrevista de Sackman, se obtuvieron un conjunto de síntomas, causas y desencadenantes del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT), así como una descripción cualitativa del proceso. Los síntomas fueron sometidos a un análisis inter-jueces en el que nueve especialistas, profesores de psicología (expertos en psicología social, psicología del trabajo y de las organizaciones, y en psicología cognitiva y de las emociones) los etiquetaron como emociones, cogniciones, o actitudes. A partir de esta clasificación se elaboraron un total de 74 reactivos. ¹⁴

En su elaboración se tuvo presente la delimitación semántica del ítem y los aspectos de redacción y comprensión adecuados. Después de varios estudios psicométricos con profesionales de enfermería y con profesionales que trabajaban con personas con discapacidad psíquica, se retuvieron veinte elementos que presentaron de manera repetida valores adecuados de asimetría y curtosis, una adecuada distribución factorial (una carga superior a .40 en un único factor) con rotación

Varimax y extracción de cuatro factores con valor propio (eigenvalue) superior a uno, un ajuste del modelo factorial confirmatorio, y su agrupación ofrecía suficiente consistencia interna (superior a .70).¹⁴

El Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) ofrece algunas ventajas frente a otros instrumentos existentes, entre las más relevantes cabe señalar que: a. parte desde un modelo teórico previo al modelo psicométrico, b. si bien algunas dimensiones son similares a las del Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS), incorpora los sentimientos de culpa como un síntoma que permite establecer diferentes perfiles en la evolución del SQT, y en el grado de afección que presentan los individuos, y c. supera las insuficiencias psicométricas de otros instrumentos de origen anglosajón.¹⁴

1.6.1 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

El CESQT ha sido diseñado para evaluar los niveles de SQT, Mediante este instrumento se evalúan las cogniciones, las emociones y las actitudes de la persona relacionadas con sus experiencias laborales. Estas variables se estiman mediante las cuatro escalas que componen el CESQT para evaluar el síndrome de quemarse por el trabajo, junto con la puntuación total del instrumento.¹⁵

Está formado por 20 ítems que se valoran mediante un formato de respuesta de frecuencia de cinco puntos, desde Nunca (0) hasta Muy frecuentemente: todos los días (4). La persona debe indicar con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los elementos del cuestionario.¹⁵ (anexo 2).

Existen dos versiones del CESQT, cada una de las cuales se responde en un ejemplar auto corregible distinto. La versión principal (CESQT), que se debe aplicar a todos los trabajadores que realizan su actividad laboral atendiendo a personas, y una versión alternativa, Desencanto profesional (CESQT-DP), dirigida a aquellos profesionales que no trabajan en contacto directo con personas.¹⁵

En la versión principal, diseñada para evaluar a los profesionales que trabajan atendiendo a personas (p. ej., psicólogos, enfermeros, médicos, docentes, fuerzas del orden público, trabajadores de prisiones, trabajadores sociales, etc.), los ítems se distribuyen en las escalas mencionadas. ¹⁵

1.6.2 EJEMPLO DEL CUESTIONARIO CESQT

NOMBRE Y APELLIDOS:

SEXO. HOMBRE MUJER EDAD: __ FECHA__/_/____

A continuación, encontrará algunas afirmaciones referentes a sus sentimientos e ideas acerca de su trabajo y de las consecuencias que tiene para usted como profesional y como persona indique con qué frecuencia siente o piensa lo que se describe en cada una de ellas. ¹⁵

Para responder rodee con un círculo el número que más se ajuste a su situación. (anexo3)

1.6.3 INSTRUCCIONES DE CORRECCIÓN.

En cada fila, traslade la puntuación rodeada con un círculo a la casilla sombreada situada a la izquierda en esa misma fila. ¹⁵

Sume las puntuaciones de la casilla sombreada de cada columna (It, Dp, In, C) y anote, los resultados en las casillas SUMA correspondiente a esas escalas. ¹⁵

Tomando los valores de las casillas suma de las escalas It, Dp e In, aplique la fórmula que se indica a la izquierda y calcule el valor de la casilla suma correspondiente a la escala total SQT. ¹⁵

Divida los valores de las casillas anteriores por el número que se indica debajo para obtener las puntuaciones directas PD, con dos decimales de cada una de las

escalas (incluyendo la puntuación total SQT). Anote los resultados en las casillas correspondientes. ¹⁵

Para obtener la puntuación total en SQT, se suman las puntuaciones de las subescalas (exceptuando la escala de culpa), previa inversión de las puntuaciones de la subescala Ilusión por el trabajo, y se divide entre 15 (número total de ítems).¹⁵

1.6.4 TRANSFORMACIÓN DE LAS PUNTUACIONES

Característica no aplicable para este instrumento. Las puntuaciones directas no son transformadas (ni linealmente, ni siguiendo un proceso de normalización). No obstante, a partir de las puntuaciones directas se obtienen los percentiles para su correspondiente interpretación. ¹⁵

Escalas utilizadas

Puntuaciones basadas en percentiles (centiles). Utilizando los baremos se obtienen las puntuaciones percentiles para cada subescala y para el total. ²⁵ (anexo 4 y 5)

Se obtienen dos perfiles dependiendo del promedio de ítems:

Perfil 1: sin niveles críticos de culpa

Perfil 2: con niveles críticos de culpa

A: Media de 15 ítems: ilusión por el trabajo (5 ítems), desgaste psíquico (4 ítems), indolencia (6 ítems)

B: Puntuación en sub escala de culpa (5 ítems) (anexo 6)

1.7 SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DOCENTE.

La enseñanza, una de las profesiones más extendidas y en mayor contacto con las personas como receptores de su actividad profesional, se considera una ocupación agotadora asociada a niveles significativos de Síndrome de Burnout. ¹⁶

Se ha descrito a los profesionales de las denominadas profesiones de ayuda, como los más vulnerables al agotamiento emocional y escepticismo en el ejercicio de su actividad laboral al interactuar y tratar reiteradamente con otros sujetos. ¹⁶

Una gran cantidad de factores, que coinciden con los trabajos de Esteve, uno de los investigadores que mejor ha sabido plasmar la situ

ación del profesorado. Este autor también incluye, como fuentes de malestar, las variables propias del sujeto tales como la existencia de motivaciones negativas que le llevaron a ser docente y las características psicológicas del sujeto, lo que le lleva a afirmar que muchos individuos llegan ya al ejercicio profesional de la docencia con problemas de personalidad y propone una selección psicológica entre los aspirantes a docentes. Marcilla constató la especial atracción por la enseñanza por quienes manifestaban, a priori, desajustes psíquicos. ¹⁶

Las investigaciones realizadas sobre el Síndrome de Burnout en docentes han señalado algunos factores relacionados con su aparición, los cuales pueden agruparse en variables organizacionales y propias del trabajo, socio demográficas y de personalidad. ¹⁷

En relación con las variables organizacionales y propias del trabajo, se han planteado como factores asociados el clima laboral, la satisfacción y sobrecarga laboral, los trabajos administrativos, las clases con muchos alumnos, el conflicto de rol, los problemas con los superiores, compañeros y padres de alumnos, las legislaciones educativas, el desarrollo profesional deficitario, los salarios bajos, los trastornos de conducta y conductas disruptivas de los alumnos. ¹⁷

En relación con las variables socio demográficas no existe mucha consistencia en los resultados encontrados, mencionándose como posibles variables asociadas el sexo, la edad y el estado civil. ¹⁷

Entre las variables de personalidad se han relacionado el locus de control externo, la autoconciencia, el autocontrol, la auto eficacia, la personalidad resistente, el patrón de conducta tipo A, la autoestima, los pensamientos irracionales, el neuroticismo, la empatía, el optimismo, la extroversión, la rigidez y la depresión. ¹⁷

En estas circunstancias, es factible pensar que las altas prevalencias del síndrome puedan formar parte de un problema de salud al interior de las instituciones, dado que los signos y síntomas afectan las relaciones personales, laborales y asistenciales.¹⁸

1.8 SÍNDROME DE BURNOUT Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

El funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar, que dependerá del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible.¹⁹

Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional. Se ha considerado a la familia como un sistema funcional cuando es capaz de cumplir con sus funciones, enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital individual y familiar y la crisis por la que pueda atravesar.¹⁹

1.8.1 CONCEPTO DE FAMILIA.

El término familia procede del latín familia, “grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe de la gens”, a su vez derivado de famŭlus, “siervo, esclavo”. El término abrió su campo semántico para incluir también a la esposa e hijos del pater familias, a quien legalmente pertenecían, hasta que acabó reemplazando agens.²⁰

Desde la perspectiva demográfica las familias y, por lo tanto, los hogares que las albergan, constituyen ámbitos de relaciones sociales de naturaleza íntima, donde

conviven e interactúan personas emparentadas, de género y generaciones distintas.²⁰

En su seno se construyen fuertes lazos de solidaridad; se entretajan relaciones de poder y autoridad; se reúnen y distribuyen los recursos para satisfacer las necesidades básicas de los miembros; se definen obligaciones, responsabilidades y derechos de acuerdo con las normas culturales, la edad, el sexo y la posición en la relación de parentesco de sus integrantes.²⁰

Las modalidades que adoptan las diferentes facetas de la vida familiar que dependen del tipo de inserción de los hogares en el contexto social en que se desenvuelven, así como su capacidad de respuesta y adaptación a los cambios de carácter socioeconómico, cultural y demográfico que tiene lugar en ese entorno de la familia.²⁰

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2013) afirma que la familia es “el ámbito donde los individuos nacen y se desarrollan, así como el contexto en el que se construye la identidad de las personas por medio de la transmisión y actualización de los patrones de socialización”.²⁰

Al respecto, las Naciones Unidas definen a la familia “como una unidad en los estudios demográficos que representa todo un hogar o una parte de éste; una familia estadística o una familia censal generalmente se compone de todos los miembros de un hogar emparentados por consanguinidad, adopción o matrimonio²⁰

La complejidad de familia en las sociedades occidentales es tal, que se hace difícil llegar a una definición que recoja la variedad de modelos.²¹

1.8.2 MODELOS DE FAMILIA

Modelos tradicionales: la familia troncal y la troncal extendida

Este modelo predominante hasta principio del siglo XX, en el que convivían tres generaciones y que ha servido como referencia prácticamente no se da salvo en

algunas situaciones rurales. Dio paso a la familia nuclear extendida la formada por el padre, la madre e hijos, con subsistemas completos: conyugal, parental, filial y fraternal.²¹

Actual mente el modelo o la clasificación que se usa en el Consenso Mexicano 2005.

Con el propósito de facilitar la clasificación se identificaron cinco ejes fundamentales:

- Parentesco
- Presencia física en el hogar o convivencia
- Medios de subsistencia
- Nivel económico
- Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios sociales

✓ CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS CON BASE EN EL PARENTESCO

El parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta. La trascendencia de esta clasificación se identifica fundamentalmente, en la necesidad del médico familiar de identificar características de los integrantes de las familias, que influyan en el proceso salud-enfermedad y cuya importancia se relacione con las consecuencias propias del parentesco.

Clasificación de las familias con base en la presencia física y convivencia La presencia física en el hogar implica algún grado de convivencia cuya importancia para la práctica de la medicina familiar se identifica con los riesgos de enfermedades infecciosas y transmisibles. La presencia física también está vinculada con la identificación del jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de las familias.²¹ (anexo 7 y 8)

✓ MEDIOS DE SUBSISTENCIA

La inserción de las familias en los procesos productivos puede propiciar una clasificación basada en los medios que son origen esencial de su subsistencia. De esta manera, se identifican familias que dependen de los recursos que se generan en las áreas:

- Agrícolas y pecuarias
- Industrial
- Comercial
- Servicios

Las diversas posibilidades de origen de los recursos que permiten la subsistencia de las familias, combinaciones de las cuatro fuentes mencionadas. Se asignará la clasificación correspondiente al origen de los recursos de subsistencia aportada por el jefe de la familia. ²¹

✓ CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS CON BASE EN SU NIVEL ECONÓMICO

El nivel económico de las familias influye poderosamente sobre diversos elementos vinculados con la salud. Se han identificado enfermedades fuertemente relacionadas con la pobreza y se ha señalado la importancia de evaluar el peso de este fenómeno económico-social sobre la salud individual y familiar. Es difícil clasificar de una sola manera a las familias con una perspectiva económica, ya que se reúnen diversos indicadores tanto del bienestar como de la pobreza que interactúan, dependen e influyen sobre otros factores. Estudios recientes coinciden en que el ingreso económico familiar no es el único, pero sí uno de los factores más importantes, y por lo tanto no representa en su totalidad las dimensiones que integran el fenómeno riqueza-pobreza en el escenario familiar. La clasificación de las familias desde el punto de vista económico debe tomar en cuenta los diversos elementos que interactúan en esta perspectiva. Por su importancia y efectos sobre la salud-enfermedad, la pobreza es el indicador que el médico familiar debe evaluar, para lograrlo deberá tomar en cuenta los elementos que integren una visión

multifactorial de este fenómeno. Con base en el estudio realizado por el Comité Técnico para la Medición de la Pobreza creado por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) en 2001, y publicado por Cortés y Hernández-Laos, se sugiere utilizar diversos indicadores monetarios y no monetarios para medir la pobreza en el nivel familiar. ²¹

❖ Pobreza familiar nivel 1

- Ingreso per capital suficiente para cubrir el valor de la canasta básica. Recursos suficientes para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.
- Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo. ²¹

❖ Pobreza familiar nivel 2

- Ingreso per capital suficiente para cubrir el valor de la canasta básica.
- Carencia de recursos para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.
- Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo. ²¹

❖ Pobreza familiar nivel 3

- Ingreso per capital inferior al valor de la canasta básica.
- Carencia de recursos para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.
- Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo. La escala establece que el nivel 3 de pobreza es el más grave de todos y el nivel 1 es el menos grave.

Las familias que puedan cubrir los rubros mencionados en los tres niveles no se consideran pobres ²¹

✓ **NUEVOS ESTILOS DE VIDA PERSONAL-FAMILIAR ORIGINADOS POR CAMBIOS SOCIALES**

Se deben tomar en consideración los cambios que se han presentado en las sociedades modernas y que han representado diversas formas en que tienden a conformarse otros estilos de convivencia y que repercuten en la salud individual y familiar. ²¹

1.9 CONCEPTO DE SATISFACCIÓN FAMILIAR Y EQUILIBRIO TRABAJO FAMILIA

El bienestar, y más concretamente, la satisfacción, son conceptos que aportan una visión global de la calidad de vida de las personas. Se ha entendido que ésta puede ser medida de una manera global o en relación a dominios específicos, entre los cuales se considera que la familia y el trabajo ocupan un lugar importante para explicar la satisfacción global y el bienestar global del individuo (Edwards & Rothbard, 2000). Así de acuerdo a Diener (1994), el bienestar subjetivo, es una amplia categoría de fenómenos que incluyen respuestas emocionales de las personas y juicios sobre la satisfacción de la vida, la cual puede ser subdividida en diversas áreas tales como recreación, matrimonio, familia, trabajo, amistad, etc. Acuña y Olavarrieta (1993) señalan que la familia es concebida, en general, como un grupo que busca resolver el dilema de posibilitar la existencia humana, a través de la satisfacción de necesidades básicas y primitivas de las personas, disponer de un hogar, alimentación, afecto y estabilidad. Goldsmith (1989) señala que trabajo y familia se constituyen en las dos esferas fundamentales que sirven de “nicho ecológico” básico donde actúa el ser humano, reconocidos como mutuamente interdependientes y que no pueden ser estudiados ni comprendidos de manera independiente. ²²

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje en una maquinaria, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos), toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como son: la Composición (nuclear, extensa o compuesta), el Desarrollo (tradicional o moderna), la Demografía (urbana, suburbana o rural), la Ocupación (campesino, empleado o profesionista), la Integración (integrada, semiintegrada o desintegrada), pero hay otras características que son indispensables conocer ya que según Satir son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar, lo anterior se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar y que obliga a conocer la Jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser, autoritaria, indiferente negligente, indulgente permisiva o recíproca con autoridad, los Límites que representan las reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser, claros, difusos o rígidos y la Comunicación que no es más que la forma en que la familia se expresa entre sí y puede ser, directa, enmascarada o desplazada. ²³

La importancia de conocer todas estas características radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad, tal y como lo expresó Florenzano, al reportar que más del 55 % de 365,425 adolescentes con algún tipo de adicción pertenecían a familias con algún grado de disfunción familiar. ²³

1.10 EVALUACIÓN FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

En la actualidad contamos en nuestro medio con instrumentos de medición de la dinámica familiar, la función familiar y la función conyugal, mismos que han sido mejorados a través de su historia y avalados actualmente para su utilización, como es el caso del instrumento para evaluar el Subsistema Conyugal aplicado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desde hace 10 años para aplicación única y exclusivamente a la pareja. Por otro lado, el instrumento FACES III (Family

Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) aplicado con éxito tanto en Europa como en México diseñado por el Olson y cuyas siglas en español significan Escalas Evaluativas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, instrumento traducido al español en el 2001, validado y aplicado en el 2003 en México por el Gómez Clavelina e Irigoyen. Sin embargo, en recientes publicaciones se hace mención a que se tienen ya en periodo de validación otros instrumentos europeos que quizá mejoren el grado de confiabilidad de sus resultados, como son el FACES IV y el instrumento ENRICH, que tiene como objetivo medir específicamente la comunicación en la familia. ²³

Desde el Modelo Circunflejo de Sistemas familiares y Maritales (Olson, 2000; Olson, Russell y Sprenkle, 1989), el cual ha tenido una gran difusión en los últimos años en el mundo académico y profesional, se sostiene que la cohesión, la flexibilidad y la comunicación son las tres dimensiones que principalmente definen el constructo funcionamiento familiar. La cohesión se refiere al grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia. La Flexibilidad familiar se define como la magnitud de cambio en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia. El grado de cohesión y flexibilidad que presenta cada familia puede constituir un indicador del tipo de funcionamiento que predomina en el sistema: extremo, de rango medio o balanceado. Los sistemas maritales o familiares balanceados tienden a ser más funcionales y facilitadores del funcionamiento, siendo los extremos más problemáticos mientras la familia atraviesa el ciclo vital. ²³

La comunicación familiar es la tercera dimensión del modelo y facilita el movimiento dentro de las otras dos dimensiones. ²⁴

FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales)

Basado conceptualmente en el modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares. Fue desarrollado con la finalidad de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias. Integra tres dimensiones de la funcionalidad familiar: adaptabilidad, cohesión y comunicación. El modelo circunflejo dio lugar a un paquete de instrumentos de evaluación entre los cuales se incluye FACES III, que es un instrumento de auto aplicación que evalúa dos

principales funciones a través de 20 reactivos. Es de fácil aplicación e interpretación, tiene un alto nivel de confiabilidad y se ha constituido en un instrumento con excelentes perspectivas de aplicación, tanto en la práctica clínica como en proyectos de investigación. Cuenta con una escala que incluye cinco opciones: nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre. El cuestionario se aplica a personas mayores de 10 años, que sean miembros de la familia con hijos y que sepan leer y escribir. Se pide al entrevistado que responda las preguntas de acuerdo a la escala de calificación, considerando cada aseveración correlación a su familia. Calificación: según cohesión: 10 a 34 no relacionada, 35 a 40 semi- relacionada, 41 a 45 relacionada y 46 a 50 aglutinada. Según adaptabilidad: 10-19 rígida, 20-24 estructurada, 25-28 flexible, 29-50 caótica.

FACES III no mide directamente la funcionalidad de las familias, sino solamente el grado de dos de las dimensiones señaladas en el modelo (cohesión y adaptabilidad); la comunicación es la tercera dimensión del modelo y se evalúa mediante otro instrumento llamado ENRICH. Los puntajes obtenidos mediante FACES III han propiciado la clasificación de las familias al considerar tres categorías: balanceadas, en rango medio y extremas. Se ha establecido la hipótesis de que las familias extremas presentan mayor riesgo de disfunción, lo cual ha sido corroborado en la experiencia clínica de diversos investigadores.

Aunque recientes publicaciones han dado a conocer FACES IV y sus seis escalas (dos balanceadas y cuatro no balanceadas) es necesario considerar que el proceso de traducción, retro traducción, transculturación, aplicación a muestras heterogéneas de familias, evaluación de consistencia interna de cada escala, así como la evaluación de su validez de constructo no se han efectuado todavía en español.

CALIFICACIÓN.

Cohesión suma de los ítems nones.

Adaptabilidad suma de los ítems pares.

Las calificaciones obtenidas se cotejan en las amplitudes de clase de las tablas siguientes. (anexo 11,12)

Los instrumentos de atención a la familia nos permiten identificar en qué medida ésta está cumpliendo con sus funciones básicas, y cuál es el rol que puede estar jugando en el proceso salud-enfermedad. Así, a pesar de este rol preponderante de la familia en la génesis de ciertas patologías y de ser un recurso fundamental de soporte¹, con mucha facilidad y frecuencia se pasa por alto realizar una adecuada valoración de la estructura y funciones de la familia.²⁵

Existe una diversidad de Instrumentos que son empleados para evaluar diversos aspectos de la constitución de la familia, tales como el familiograma para registrar el tipo de la familia, el APGAR familiar y el Test de Virginia Satir para buscar cuantificar el desempeño de sus funciones, el Círculo Familiar para ver las interrelaciones entre los miembros, el Test FACES para verificar su grado de integración o desligamiento, el Test de Holmes para tratar de cuantificar el impacto de los potenciales estresores que los afectan, entre otros.²⁵

Estos estudios aportan resultados de mayor generalidad y nos permiten utilizar pruebas paramétricas más potentes.²⁶

La representación en el genograma de las relaciones familiares se basa tanto en el informe de la propia familia, como en la observación clínica. Se utilizan diferentes tipos de líneas para representar estas relaciones. A pesar de que los términos empleados para describir estas relaciones suelen ser difíciles de definir operacionalmente (p. ej., “fusionado”; “conflictivo”), aportan una primera información al clínico acerca del nivel de conflicto o aglutinamiento de una familia.²⁷

A continuación, se enlistan algunas de las ventajas de los genograma mencionadas por varios autores:

1. Presentación de un registro médico sistemático.
2. Formato gráfico de lectura fácil.
3. Logra identificar pautas generacionales, biomédicas y psicosociales.
4. Permite evaluar relaciones entre el entorno familiar y la enfermedad.

5. Reestructura los problemas presentes en los pacientes.
6. Auxilia en el manejo médico y en el campo de la medicina preventiva.
7. Permite hacer evidentes los obstáculos para la cooperación.
8. Identifica eventos de la vida que podrían afectar el diagnóstico y tratamiento.
9. Pone en evidencia pautas de enfermedad.
10. Facilita la educación del paciente.
11. Detecta la etapa del ciclo de vida que cursa la familia.
12. Favorece la elaboración de hipótesis terapéuticas.
13. El proceso de su elaboración permite establecer una relación médico-paciente armónica.
14. Es una vía no amenazante para obtener información emocionalmente importante.
15. Su elaboración demuestra interés por el paciente y otros familiares.
16. Representa la estructura funcional de la familia. ^{28, 29}

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En 1974 fue el año en que el síndrome de burnout fue reconocido como tal, se dieron los primeros estudios relacionados a personas que se sentían cansadas dentro del trabajo que realizaban, con el tiempo el agotamiento es más frecuente en el campo laboral de las personas que tienen relación con recurso humano, por lo que este tema es importante para determinar no solo los niveles de estrés agudo que manejan los docentes, sino a la vez propiciar técnicas para mejorar los niveles de salud mental en ellos.

Se observa a muchos educadores pesimistas que viven descontentos y critican constantemente la labor que realizan dentro de la institución educativa, entre ellos está el rechazo a estudiar o profesionalizarse. Por lo tanto, es importante determinar la presencia de Síndrome de Burnout que manejan los docentes, principalmente los que están dentro del área urbana de Cuautitlán Izcalli, Estado de México, y su relación con la funcionalidad familiar, para así apoyar con algunas propuestas para mejorar la calidad y salud mental en el trabajo del maestro

¿Cuál es la relación del Síndrome de Burnout y la funcionalidad familiar en personal docente que acuden a consulta en la Clínica Regional de Cuautitlán Izcalli, consultorio No 3 turno vespertino del ISSEMyM del 01 de mayo del 2018 a 31 de noviembre del 2018?

3. JUSTIFICACIÓN.

El Síndrome Burnout se ha considerado como un problema de Salud Pública en países desarrollados. De manera particular, la Comisión de las Comunidades Europeas reporta que las enfermedades como el estrés, la depresión o la ansiedad, así como la violencia en el trabajo son responsables del 18% de los problemas en la salud asociados a la actividad laboral de los individuos. En países como Estados Unidos y Canadá, no difieren mucho de los datos estadísticos con la comunidad europea, siendo que el estrés mental por sí solo es responsable del 11% de la demanda de atención por enfermedad en este país. Murofuse (2005, citado por Figueroa, 2013). En el año 2013 la Organización Mundial de la Salud (OMS), estimó que, a nivel mundial, entre el 5% y el 10% de los trabajadores en los países en vías de desarrollo padecen estrés laboral crónico; mientras que en los países industrializados serían entre el 20% y 50% los trabajadores afectados por dicha enfermedad.

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) en el año 2005, presentó un informe donde explica que el 36,6 por ciento de docentes padecen estrés laboral y un alarmante 12 por ciento tiene el Síndrome de Burnout (UNESCO, 2005).

Dentro del ISSEMyM no se ha realizado ningún estudio o se ha publicado algún artículo sobre cifras de maestros derechohabientes que cuenten con Síndrome de Burnout, por lo que surge el interés por realizar esta investigación ya que debemos tener en cuenta la trascendencia que tendría identificar síndrome de Burnout en reducir un gasto con paciente con incapacidades prolongadas, pacientes con polifarmacia por acudir a diferentes valoraciones por médicos especialistas de 2do y 3er nivel de atención médica, pacientes que al no contar con incapacidad se ha motivo de múltiples consultas en el primer nivel de atención.

Dicho lo anterior, es necesario realizar algún estudio en el ISSEMyM que permitan determinar la vulnerabilidad de estos pacientes y si estos pacientes presentan

Síndrome de Burnout o no y si afecta o no en su dinámica familiar y darnos cuenta como la familia busca estrategias para afrontar una mala relación familiar.

Es factible este estudio ya que se cuenta con el consentimiento del director y jefe de enseñanza de la clínica regional de Cuautitlán Izcalli. Se cuenta con cuestionarios para poder realizar la evaluación. Se cuenta con un investigador, sin embargo, lo que dificultaría esta investigación sería que los maestros no quisieran participar.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación del Síndrome de Burnout con los factores de riesgo laborales y familiares del personal docente que acude a la consulta en la Clínica Regional de Cuautitlán Izcalli, consultorio No 3 turno vespertino, del ISSEMyM del periodo comprendido 01 de mayo al 31 de noviembre del 2018.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar la frecuencia de Síndrome de Burnout en personal docente que acude a consulta en la Clínica Regional Cuautitlán Izcalli, consultorio No 3 turno vespertino del ISSEMyM.

- Determinar su relación entre los factores laborales y familiares con la presencia del Síndrome de Burnout.

- Identificar la relación de la presencia del Síndrome de Burnout en la Funcionalidad Familiar.

5. METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio es descriptivo, trasversal.

5.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Población: De acuerdo al último censo realizado en el ISSEMYM en la clínica regional Cuautitlán Izcalli el total de maestros son: 8 883 de los cuales nivel preescolar son: 778, primaria: 1 991, secundaria: 1 394, media superior: 1 747, superior 2 418 otros: 555

Lugar: La clínica Regional Cuautitlán Izcalli se localiza en la Av. Chopos No. 145, Col. Arcos del Alba. Su cabecera municipal se ubica en las coordenadas 19° 40' 50''(19.65682) de la latitud norte y a los 99° 12' 25''(-99.20953) de la longitud oeste. Tiene una extensión territorial de 109.924 km² por lo que representa el 0.5% de la superficie del Estado; colinda al norte con el Municipio de Tepetzotlán, Cuautitlán y Teoloyucan, al este con Cuautitlán y Tultitlán, al sur con Tlalnepantla de Baz y Atizapán de Zaragoza; al oeste con Nicolás Romero y Tepetzotlán. Se ubica a lo largo del cordón de infraestructura formado por la Autopista México-Querétaro, la carretera Cuautitlán-Tepetzotlán, y los grandes colectores central y poniente de la Ciudad de México.

Tiempo: En el periodo comprendido del 01 de mayo del 2018 a 31 de noviembre del 2018.

5.3 TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

No probabilística por conveniencia

5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- a) Docentes que acudan a consulta de Medicina Familiar
- b) Ambos sexos
- c) Derechohabientes del ISSEMyM
- d) Que deseen participar
- e) Que firmen consentimiento informado

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a) Pacientes con patología psiquiátrica ó psicológica ya diagnosticada
- b) Pacientes que no se corrobore vigencia

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- a) Cuestionarios indebidamente contestados
- b) Cuestionarios incompletos

5.5 INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES)

Variable independiente: Personal docente que acude a consulta en la Clínica Regional Cuautitlán Izcalli turno vespertino, consultorio No. 3, del ISSEMyM

Variable dependiente:

Síndrome de burnout que se evalúa con el cuestionario CESQT, este instrumento evalúa las cogniciones, las emociones y las actitudes de la persona relacionadas con sus experiencias laborales.

La funcionalidad familiar se evalúa a través de la escala FACES III el cual evalúa dos dimensiones (cohesión y adaptabilidad) y se relaciona con la funcionalidad de la familia.

5.5.1 CUADRO DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES POSIBLES
SINDROME DE BURNOUT	<p>Paciente que cumpla con dos o más criterios de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agotamiento o cansancio emocional (CE), definido como el cansancio y fatiga que puede manifestarse física y/o psíquicamente. Es la sensación descrita como no poder dar más de sí mismo a los demás. 2. Despersonalización (DP) como desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías 	Cuantitativa	Numérica	Porcentaje % de pacientes detectados durante la consulta de medicina familiar

	<p>hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo.</p> <p>3. Baja realización personal (RP), que se caracteriza por una desilusión para dar sentido a la propia vida y hacia los logros personales, con sentimientos de fracaso y baja autoestima</p>			
<p>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</p>	<p>La Funcionalidad Familiar o una familia funcional, es aquella que logra promover el desarrollo integral de sus miembros así como un estado de salud favorable en ellos, manifestando el grado de satisfacción, con el cumplimiento de</p>	<p>cualitativa Nominal</p>	<p>Dicotómica</p>	<p>FUNCIONAL DISFUNCIONAL</p>

	los parámetros básicos de la función familiar, como son, adaptación, participación ganancia o crecimiento, afecto y recursos.			
Años de Antigüedad	Número de años laborando como personal docente	Cuantitativa	Numérica	Años laborados
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Cualitativa		Soltero Unión libre Casado Viudo

VARIABLES DEMOGRÁFICAS

Variable	Definición Conceptual	Tipo de variable	Escala de medición	Valores posibles
Género	Clasificación social del ser humano donde se convocan todos los aspectos de femineidad/masculinidad	Cualitativa nominal	Dicotómica	Masculino Femenino
Edad	Tiempo transcurrido en años a partir del nacimiento de un individuo	Cuantitativa continua	Numérica	Años cumplidos

6. MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

El presente estudio se llevó a cabo dentro de las instalaciones de la Clínica Regional Cuautitlán Izcalli ISSEMyM, en el periodo comprendido entre el 1º. mayo del 2018 al 30 de noviembre del 2018 en el área de Consulta Externa.

En primer lugar, se desarrolló un protocolo de investigación, posteriormente se solicitó la autorización del director de la Clínica Regional Cuautitlán Izcalli ISSEMyM, para la aplicación de los cuestionarios. Se identificó personal docente, atendidos en el turno vespertino durante los meses de mayo del 2018 a noviembre del 2018 en un horario de 15:00 a 21:00 horas; se les solicito el apoyo para contestar los cuestionarios correspondientes en el anonimato. Mediante encuestas impresas, se aplicó la escala validada de FACES III y el cuestionario CESQT, ambas escalas se complementaron con datos personales (edad, género, años de experiencia y estado civil) para tener una visión más general de los pacientes encuestados.

Los datos recogidos de las encuestas sobre la escala de funcionalidad familiar y síndrome de Burnout fueron calificados de acuerdo al puntaje preestablecido para ello; y junto con los datos sociodemográficos de los pacientes encuestados, se capturaron primeramente en papel y posteriormente se incluyeron en el programa de Excel 2013, para el análisis de los resultados se utilizó estadística descriptiva, aplicando rangos de edad, porcentajes y medidas de tendencia central (media). La información final se presenta en gráficas de barra y de pastel, para su posterior discusión y finalmente la realización de conclusiones.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se ajusta a lo estipulado por el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación médica mundial en las declaraciones de Helsinki (1964) y las modificaciones adoptadas por la XXIX asamblea mundial en Tokio (1975) en cuanto a investigación biomédica con sujetos humanos.

Los investigadores se comprometen a respetar la confidencialidad en lo referente a la identidad y cualquier otra característica de los sujetos en estudio y para ello no se manejarán los números de afiliación, ni nombre. El presente proyecto cumple con las normas establecidas por el Comité Nacional y Local de Investigación en Salud del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, en lo que se refiere a proyectos elaborados en sujetos humanos.

Comprometiéndose el autor a guardar la confidencialidad de los datos obtenidos en el presente estudio. Durante este estudio no se realizará maniobra experimental que ponga en riesgo adicional a los sujetos que se incluirán en el estudio, solo se recolectara la información de los cuestionarios.

8. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Se aplicaron las escalas de evaluación de Síndrome de Burnout y Funcionalidad Familiar a un total de 173 pacientes en el período del 01 de mayo del 2018 al 30 de noviembre del 2018 en la Clínica Regional Cuautitlán Izcalli ISSEMyM, consultorio número 3, turno vespertino

De los 173 cuestionarios aplicados, 18 fueron excluidos, ocho (5%) por no ser contestados en su totalidad, cinco (3%) por tener patología psiquiátrica o psicología diagnosticada y cinco (3%) por cuestionarios contestados con errores (más de una opción). (Ver gráfica 1).

Al clasificarlas por genero se obtiene que 72 pacientes son hombres (46.4%) y 83 pacientes mujeres (53.5%). (Ver gráfica 2)

Por edad se obtiene que dentro de los rangos de 24 a 29 años 18 pacientes (11.6%). De 30 a 35 años se tienen 25 pacientes (16.1%), de 36 a 40 años se cuentan 37 pacientes (23.8%), de 41 a 46 años 58 pacientes (37.4%), de 47 a 53 años se tiene 4 pacientes (2.5%), de 54 a 58 años se tiene 8 pacientes (5.1%), de 59 a 62 años se tiene 4 pacientes (2.5%) y de 63 años o más 1 paciente (0.6%). (Ver gráfica 3)

En cuanto al estado civil: 29 están en unión libre (18.7%), 124 son casados (80%), y viudos 2 (1%) (Ver gráfica 4)

En relación a los resultados obtenidos en el cuestionario CESQT para la Evaluación de presencia de Síndrome de Burnout se obtiene:

De 155 pacientes evaluados 21 pacientes se ubicaron dentro del percentil 67 – 89 (alto), sugestivo de Síndrome de Burnout, que representa el 33 % del total de paciente evaluados. (Ver gráfica 5)

En relación al género 16 mujeres y 5 hombres presentaron Síndrome de Burnout. Ver (gráfica 6)

Dentro de los rangos de edad de 36 a 40 años, 5 (23.8%) presentaron Síndrome de Burnout de los cuales 3 (13.2%) fueron mujeres y 2 (9.5%) hombres y del rango de edad entre 41 a 46 años, 16 (76%) pacientes de los cuales 11 (52.3%) fueron mujeres y 5 (23.8%) hombres. (Ver gráfica 7)

La evaluación con la escala FACES III arrojó como resultado que de los 21 pacientes que se ubicaron dentro del percentil alto es decir positivo para el síndrome de Burnout, 17 (80.9%) presentaron en su evaluación de cohesión y adaptabilidad un rango extremo, catalogado como disfunción familiar. (Ver gráfica 8)

De los 17 pacientes que presentaron disfunción familiar en relación al género 15 (88.2%) son mujeres y 2 (11.7%) hombres. (Ver gráfica 9)

Dentro de los rangos de edad de 36 – 40 años, 1 (5.8%) paciente presentó disfunción familiar (hombre) y del rango de 41 a 46 años, 16 pacientes (94.1%), (5, (31.2%) hombres y 11 (68.7%) mujeres) (Ver gráfica 10)

En relación a su estado civil de los 17 paciente que tenían Síndrome de Burnout y Disfunción Familiar, 16 (94.1%) pacientes son casados y 1 (5.8%) paciente en unión libre. (Ver gráfica 11)

Por años de antigüedad se encontró que la disfunción Familiar y Síndrome de Burnout fueron más frecuente en antigüedad mayor de 10 años.

8.1 GRÁFICAS



GRÁFICO 1: TOTAL DE ENCUESTAS REALIZADAS EN EL PERIODO DE MAYO A NOVIEMBRE DEL 2018.

Fuente: Pacientes encuestados.

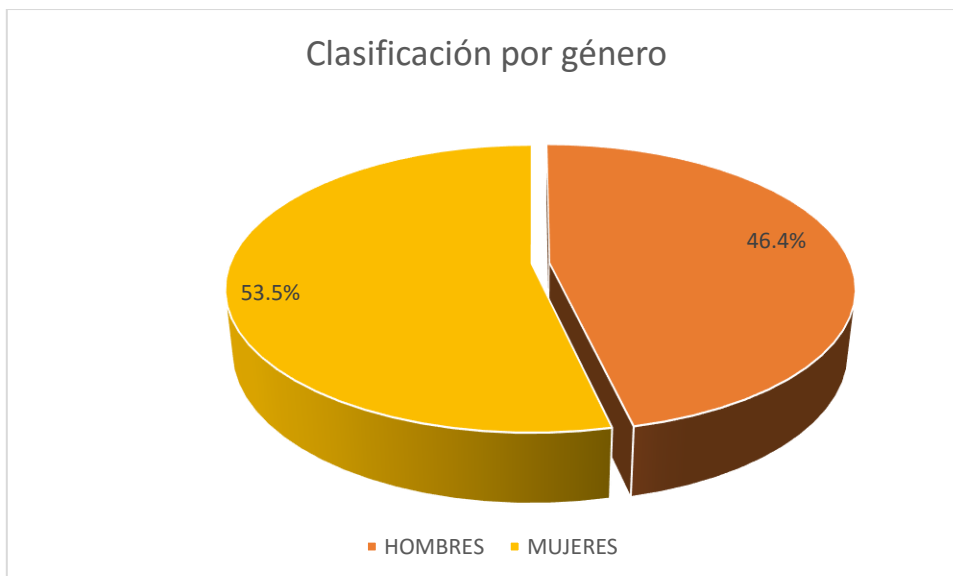


GRÁFICO 2: DISTRIBUCIÓN EN CUANTO AL GENERO

Fuente: Cuestionario

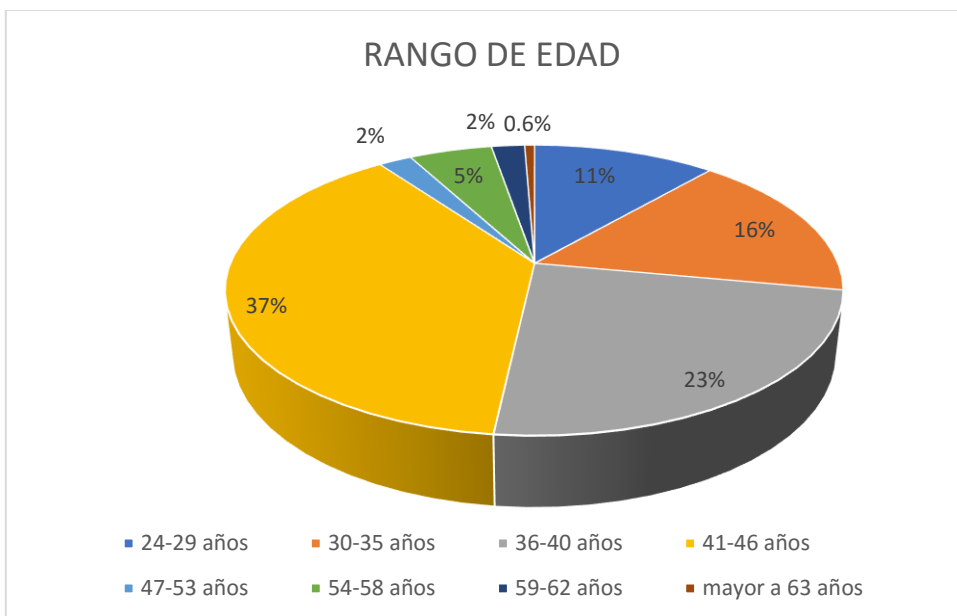


GRÁFICO 3: DISTRIBUCIÓN EN CUANTO AL RANGO DE EDAD.

Fuente: Cuestionario

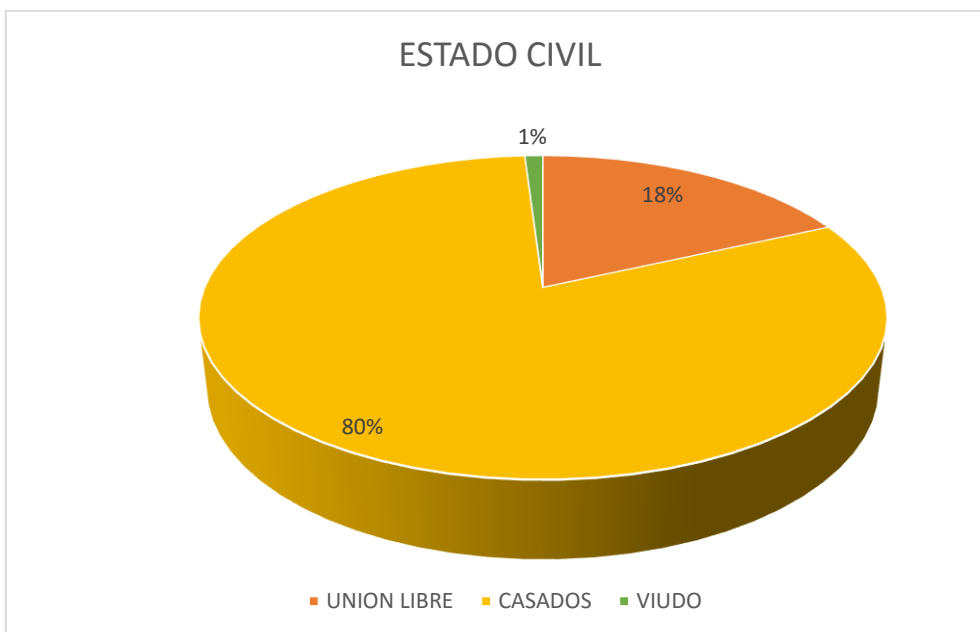


GRÁFICO 4 ESTADO CIVIL.

Fuente: Cuestionario

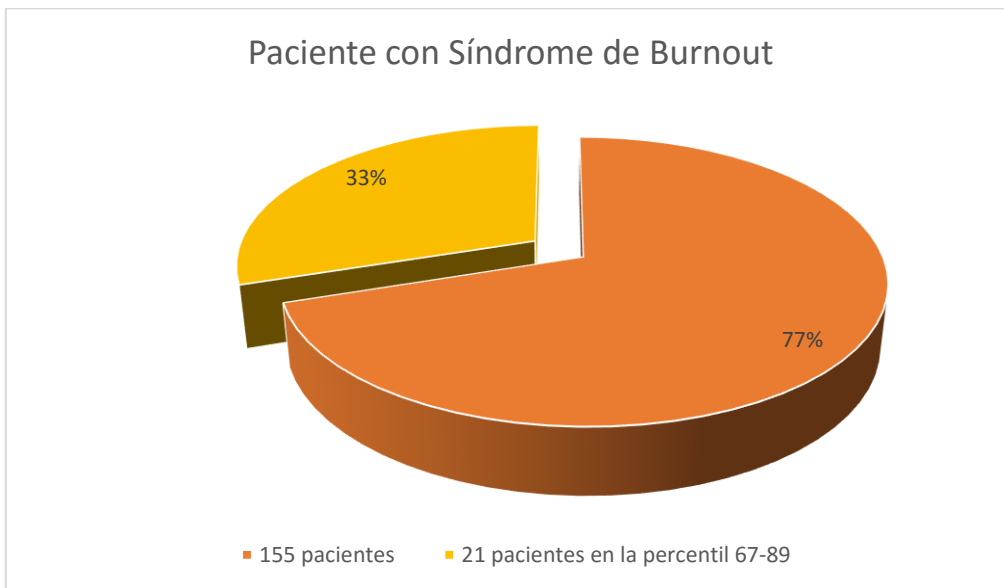


GRÁFICO 5, pacientes que presentaron Síndrome de Burnout.

Fuente: Cuestionario

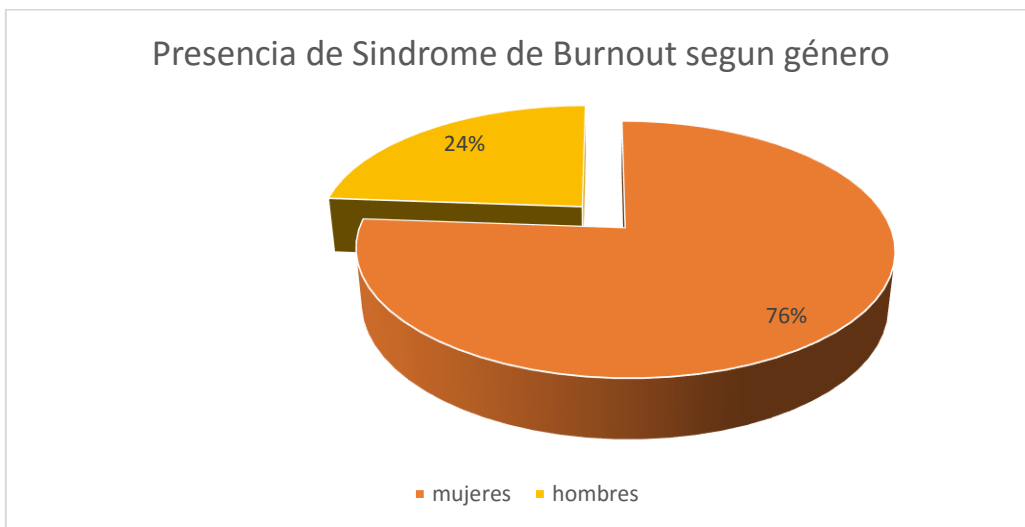


GRÁFICO 6, en relación al género que presentaron Síndrome de Burnout.

Fuente: Cuestionario

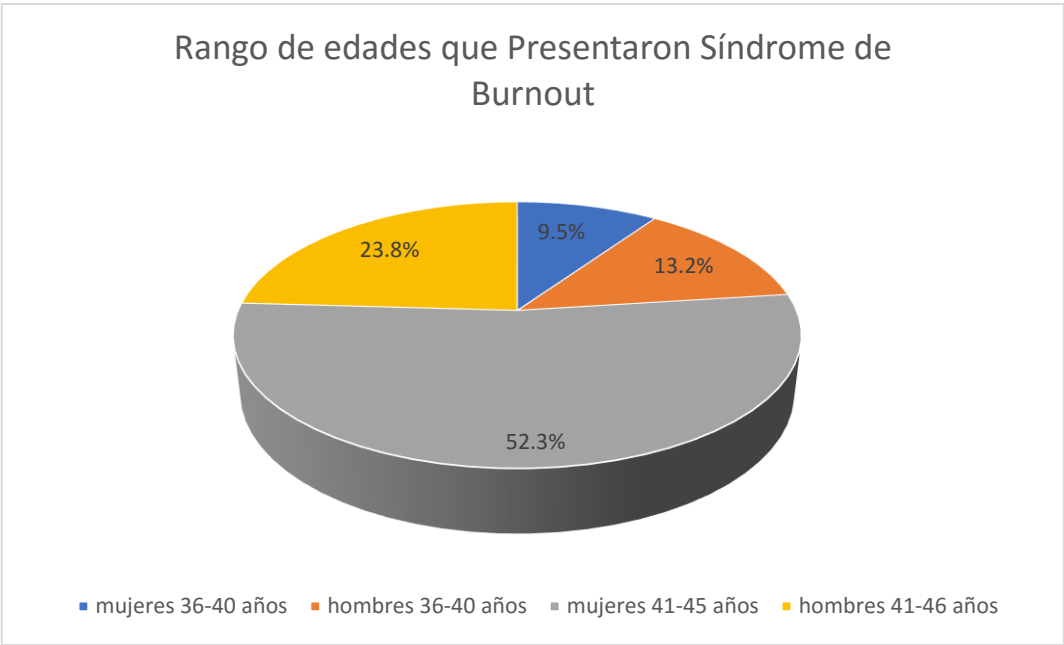


GRÁFICO 7, Pacientes que presentaron síndrome de burnout, de acuerdo a la edad en hombres y mujeres

Fuente: Cuestionario

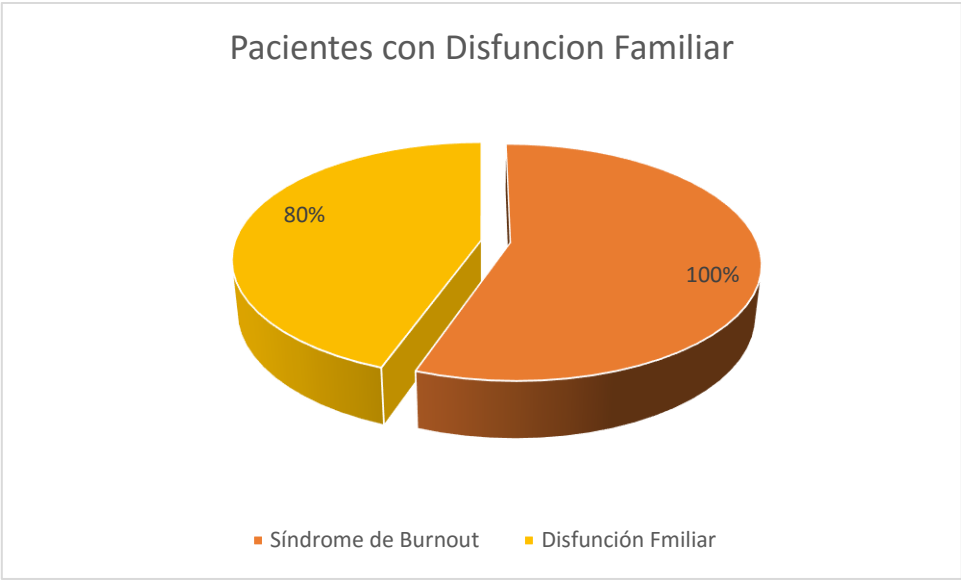


GRÁFICO 8 Pacientes que presentaron Disfunción Familiar.

Fuente: Cuestionario

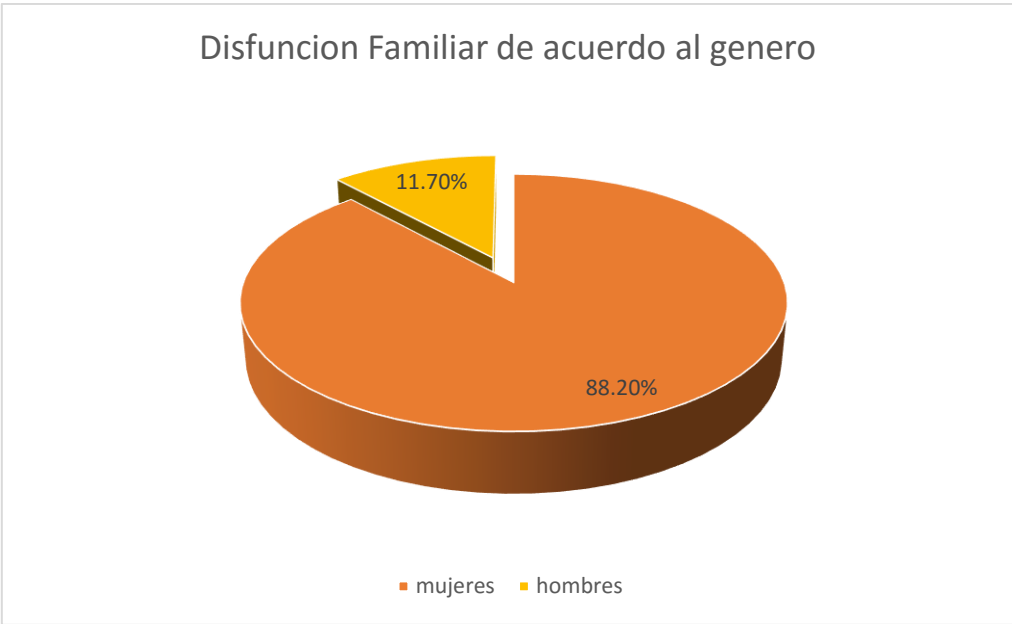


GRÁFICO 9, Pacientes que presentaron Disfunción Familiar de acuerdo al género.
 Fuente: Cuestionario

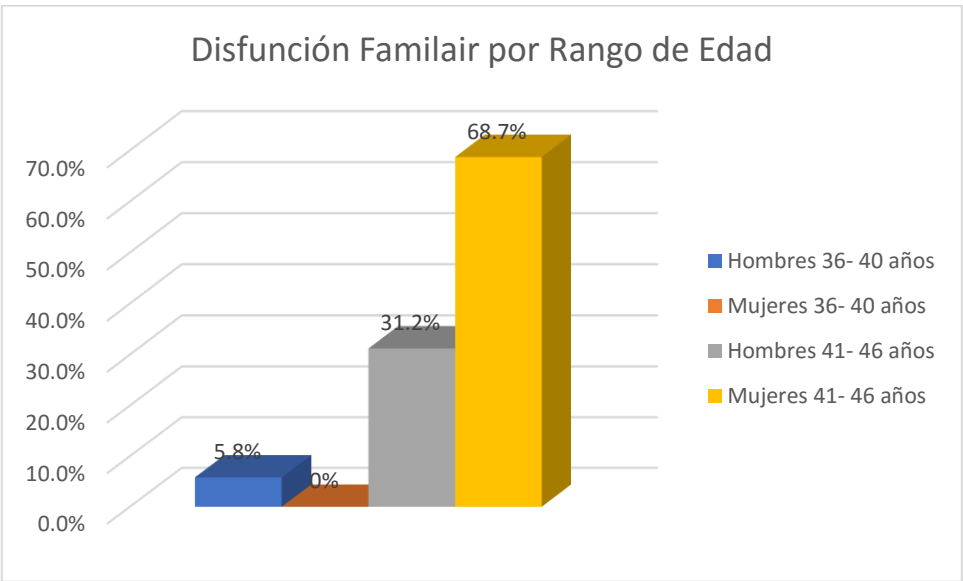


GRÁFICO 10, Pacientes que presentaron Disfunción Familiar de acuerdo al rango de edad y género
 Fuente: Cuestionario

Sx de Burnout y Disfunción Familiar, y su Estado Civil

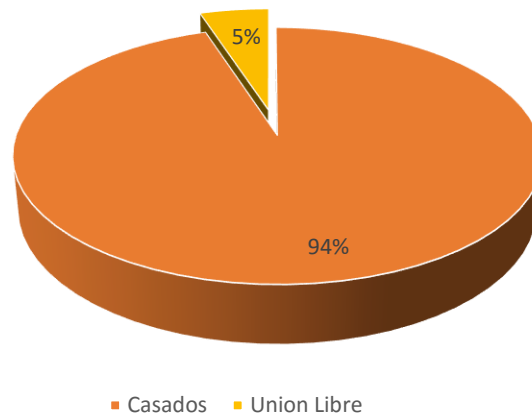


GRÁFICO 11, Pacientes que presentaron, Síndrome de Burnout y Disfunción Familiar de acuerdo al estado civil.

Fuente: Cuestionario

9. DISCUSIÓN

Desde la aparición de esta nueva entidad se han realizado, un sin número de investigaciones encaminadas a diagnosticar Síndrome de Burnout, en personal asistencial en el cual se obtuvieron resultados positivos dependiente del estrés laboral que mantenían.

Posteriormente se han investigado en múltiples profesionales o trabajadores, ante lo cual Golembiewski, et al. (1983) asegura que el síndrome de Burnout afecta a todo tipo de profesionales y no solo a las organizaciones de ayuda.

En el presente estudio, nos enfocamos a estudiar el Síndrome de Burnout en personal docente, tomando en cuenta edad, genero, años de antigüedad, estado civil.

Actualmente, en el país no se ve la magnitud del problema y se hace caso omiso ante la aparición de esta problemática, más aún, es desconocida la entidad, principalmente en personal docente.

Todos los estudios analizados se enmarcan dentro del Síndrome de Burnout, pero en ninguno de ellos se observa la relación que guarda con su dinámica familiar y funcionamiento familiar.

No existe un estudio en el cual se haya identificado el Síndrome de Burnout y el funcionamiento familiar en el personal docente y su grado de relación, siendo estos estudios en forma aislada y sin tomar en cuenta la integralidad que ello conllevaría, en nuestro país no existe un estudio con el cual realizar una comparación real ya que debería realizarlo en una muestra similar(social y culturalmente hablando), este estudio puede servir de base para la realización de futuras investigaciones y sobre todo para que las autoridades tomen real conciencia e inicien un programa para dar un tratamiento integral a su personal docente.

En nuestro estudio observamos que el 80% de los pacientes que se diagnosticaron con Síndrome de Burnout presentaban también disfunción familiar, la mayoría de

los pacientes siendo mujeres, casadas y principalmente en el rango de edad de 41-46 años.

10. CONCLUSIONES

Con la realización de este estudio podemos determinar que en el personal docente evaluado con el cuestionario de evaluación del Síndrome de Quemarse en el trabajo CESQT de reciente elaboración que se ubicó dentro del rango de percentiles 67 – 89 (alto) se relacionó también con su evaluación FACES III en la que presentaron un rango extremo es decir disfunción familiar; lo que representa 33% del total de pacientes del personal docente evaluado y del total de pacientes con síndrome de Burnout que fueron 21 el 80% (17 pacientes) presentaron disfunción familiar, encontrando que los pacientes con esta relación, tienen más de 10 años de antigüedad.

Del total de pacientes con Síndrome de Burnout y disfunción familiar 11 fueron mujeres y 6 hombres, lo que no indica que esta relación es mas frecuente en el género femenino, dentro del rango de edad de 41- 46 años.

Este estudio demuestra que el Síndrome de Burnout, está relacionada con alteración en la función familiar, y demuestra una relación directa entre dos factores a mayor Síndrome de Burnout mayor disfunción familiar.

Esto se puede explicar, cuando existe una inadecuada relación dentro de la familia, estos darán una menor seguridad emocional y una menor enseñanza para la toma de decisiones para los problemas que existen dentro del área de trabajo, así como un mal trato a los estudiantes.

Existen factores de riesgo que favorecen la presencia del Síndrome de Burnout, entre ellos género, se ha observado que el género femenino es el que presenta más prevalencia de dicho síndrome, en cuanto al estado civil las personas solteras son más propensas a padecer esta patología en este estudio no hay relación entre la presencia de esta patología y el estado civil ya que todos los pacientes que presentaron Síndrome de Burnout son casados.

Así como existen factores de riesgo considero existen factores protectores ya que observamos pacientes con características similares de los pacientes con Síndrome

de Burnout y Disfunción familiar en cuanto a género, y años de antigüedad, pero con función familiar adecuada no presenta alteración en el ámbito laboral.

La relación del Síndrome de Burnout y la alteración en la función familiar determina en el individuo repercusiones físicas, emocionales y laborales. Los resultados encontrados es un llamado de atención para tomar en cuenta los factores familiares y sociales en el ámbito laboral.

11. BIBLIOGRAFIA.

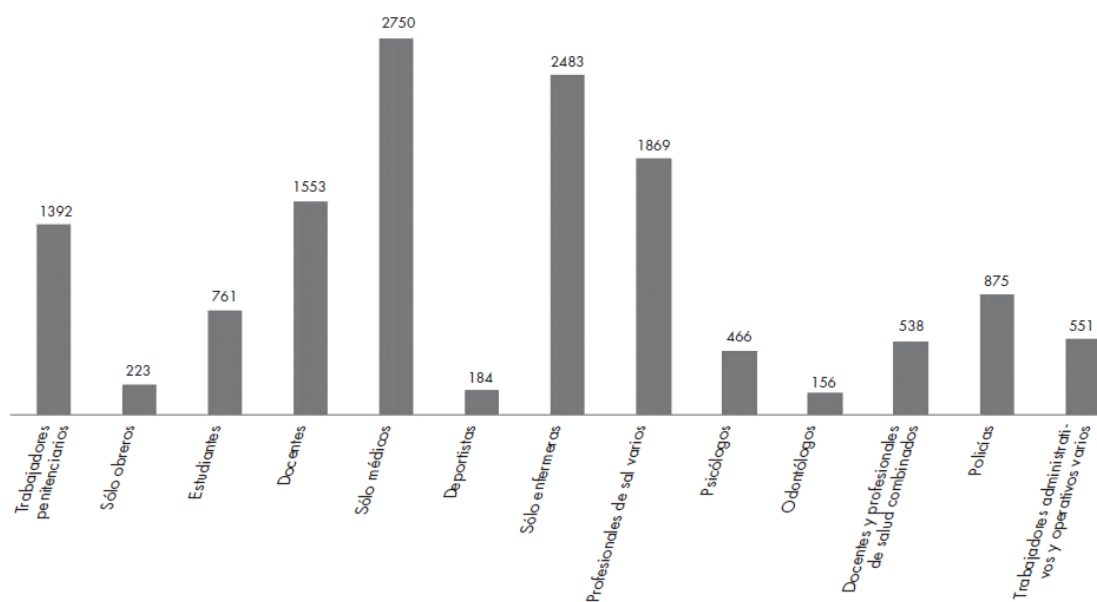
1. *Carlin, Maicon y Garcés de los Fayos Ruiz, Enrique J. El síndrome de burnout: evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo.* Servicio de Publicaciones de la Universiada de Marcia, Marcia. (2010). Vol. 26. <http://revistas.um.es/analesps>
2. *Gutiérrez Aceves, Guillermo Axayacalt, e.t., Síndrome De Burnout.* Revista Medigraphic. 2006, Vol. 11, No.4
3. *Roger Forbes, Álvarez. El síndrome de Burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa.* Revista Éxito Empresarial. 2011, No. 160.
4. *Patlán Pérez, Juana. Efecto del Burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo.* Rev. Elsevier España (2013) Vol. 29. 445-455
5. *Saborío Morales, Lachiner. Síndrome de Burnout. Revista Asociación Costarricense de Medicina Legal y Disciplinas Afines.* (2015). Vol. 32
6. *Carrillo Esper, Raúl, Gómez Hernández, Karla, Espinozaa de los Monteros Estrada, Isis. Síndrome de Burnout en la práctica médica.* Revista Medicina Interna de México. Año 2012, Vol. 26, No. 6.
7. *Contreras Palacios, Saray del Carmen, et. Síndrome de Burnout, funcionalidad familiar y factores relacionados en el personal médico y de enfermería de un hospital de Villahermosa, Tabasco, México.* Rev. Horizonte Sanitario. (2013). Vol. 12, No. 2
8. *Juárez García, Arturo, et. Síndrome de Burnout en población mexicana: una revisión sistemática. Salud Mental.* (2014). Vol. 37, No. 2
9. *Echeburúa, Enrique. Aportaciones y limitaciones del DSM – 5 desde la Psicología Clínica.* Revista Terapia Psicológica, 2014, Vol. 23 No. 1, 65-74
10. *Quiceno, Japcy Margarita, Vinaccia Alpi, Stefano. Burnout: “Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT)”.* Revista Acta Colombiana de Psicología. 2017, Vol. 10, No. 2. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79810212>

11. *Thomaé, María Noelia Vanessa, et. Etiología y Prevención del Síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud.* Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. 2006, No. 153
12. *Navarro Gonzalez D., et. Prevalencia del Síndrome de Burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de Atención Primaria.* Revista Elsevier. 2015, Vol. 41, No. 4, 191 – 198.
13. *Aguirre Roldan, Adriana María, Quijano Barriga, Ana María. Síndrome por quemarse en el trabajo y variables familiares y laborales de los médicos generales de Bogotá, Una estrategia de calidad laboral.* Revista Colombiana de Psiquiatría. 2015, Vol. 44 No.4, 198-205
14. *Gil Monte, Pedro R., Unda Roja, Sara, Sandoval Ocaña, Jorge I. Validez factorial del “cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el trabajo” (CESQT) en una muestra de maestros mexicanos.* Revista Medigraphic. 2009, Vol 32, No. 3.
15. *Gil Monte, Pedro R., CESQT. Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Burnout por el trabajo.* TEA Ediciones S.A. Madrid, Año 2011
16. *Cordeiro Castro, José A. Prevalencia del síndrome de Burnout en los maestros. Resultados de una investigación preliminar.* Revista psicología. Com, año 2003, vol 7 no. 1
17. *Díaz Bambula Fátima, López Sánchez Ana María, Varela Arévalo María Teresa. Factores asociados al Síndrome de Burnout en docentes de colegio de la ciudad de Cali, Colombia, revista Univertitas Psychologica, año 2012, Vol. 11, No. 1*
18. *Austria Corrales, Fernando, et. Relaciones eestructurales entre estrategias de afrontamiento y Síndrome de Burnout en personal de salud: un estudio de validez externa y de constructo.* Revista Universitas Psychologica. 2012, Vol. 11 Núm. 1, 197-206.
19. *Szwako Pawlowicz, Andres Alberto. Relación entre funcionalidad familiar y Síndrome de Burnout en residentes de medicina familiar.* Revista Salud Pública Parag. 2013, Vol. 4 No. 1
20. *Gutiérrez Capulin, Reynaldo, Diaz Otero, Karen Yamile, Román Reyes Rosa Patricia. El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica.* Ciencia ergo-sum, 2017, Vol. 23, No. 3

21. *Valdivia Sánchez, Carmen. La familia: concepto, cambios y nuevos modelos.* Revista La Revue du REDIF. 2008 Vol1, 15-22
22. *Jimenez Figueroa, Andrés, Moyan Díaz, Emilio. Factores laborales de equilibrio entre trabajo y familia: medios para mejorar la calidad de vida.* Revista UNIVERSUM. 2008, Vol.1 No. 23, 116-133.
23. *Mendoza Solis, LA; Soler Huerta, E; Sainz Vazquez,L; Gil- Alfaro, I; Mendoza Sanchez, HF; Pérez Hernández, C. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria.* Archivos en medicina familiar, 2006 Vol. 8 No 1, 27-32.
24. *Schmidt, V; Barreyro, JP; Maglio A. Escala de evaluación del funcionamiento Fmiliar FACES III ¿Modelo de dos o tres factores?.* Escritos de Psicología, 2010 Vol. 3, No. 2, 30-36.
25. *Alegre Palomino, Y. y Suarez Bustamante, M. Instrumento de Atención a la familia: el familiograma y el APGAR familiar.* RAMPA. 2006 Vol. 1, No.1: 48-57.
26. *González Salas F., et. La percepción de la funcionalidad familiar. Confirmación de su estructura bifactorial.* Escritos de Psicología. 2012, Vol. 5 No. 1: 34-39
27. *Compañ, V., et. El genograma en terapia familiar sistémica.* Facultad de Psicología. 2012
28. *Gómez Clvelina, FJ., Irigoyen Coria, A., Ponce Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar.* Archivo Medicina Familiar. 1999, Vol. 1, No. 2: 45-57.
29. *Navarro Grcia, A., et, Estrategias parta la elaboración de genogramas por residentes de medicina familiar.* Revista Medigraphic. 2004, Vol. 6, No. 3.

12. ANEXOS

ANEXO 1.



ANEXO 2. ELEMENTOS DEL CUESTIONARIO

0	1	2	3	4
NUNCA	RARAMENTE (algunas veces al año)	A VECES (algunas veces en el mes)	FRECUEMENTE (algunas veces por semana)	MUY FRECUEMENTE (todos los días)

ANEXO 3. EJEMPLO DE CUESTIONARIO

NOMBRE Y APELLIDOS:

SEXO. HOMBRE MUJER EDAD: __ FECHA __/__/____

A continuación, encontrará algunas afirmaciones referentes a sus sentimientos e ideas acerca de su trabajo y de las consecuencias que tiene para usted como profesional y como persona indique con qué frecuencia siente o piensa lo que se describe en cada una de ellas. ¹⁵

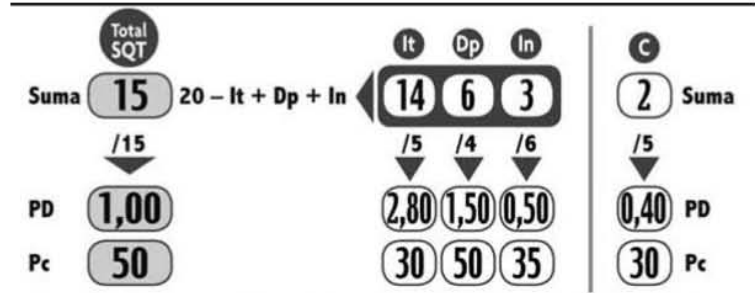
Para responder rodee con un círculo el número que más se ajuste a su situación.

0	1	2	3	4
NUNCA	RARAMENTE (algunas veces al año)	A VECES (algunas veces en el mes)	FRECUENTEMENTE (algunas veces por semana)	MUY FRECUENTEMENTE (todos los días)

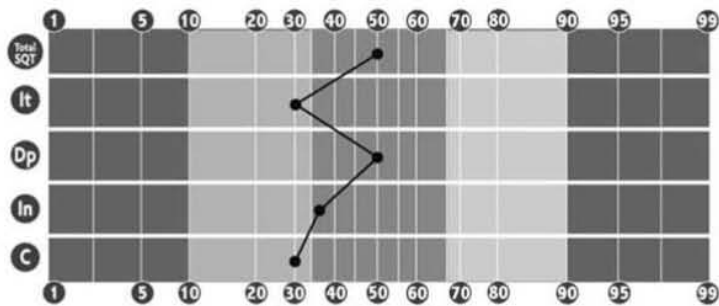
1	Mi trabajo me supone un reto estimulante	0	1	2	3	4
2	No me apetece atender a algunas personas en mi trabajo	0	1	2	3	4
3	Creo que muchas personas que atiendo en el trabajo son insoportables	0	1	2	3	4
4	Me preocupa el trato que he dado a algunas personas en el trabajo	0	1	2	3	4
5	Veo mi trabajo como una fuente de realización personal	0	1	2	3	4
6	Creo que los familiares de las personas que atiendo en mi trabajo son unos pesados	0	1	2	3	4
7	Pienso que trato con indiferencia a algunas personas a las que atiendo en mi trabajo	0	1	2	3	4
8	Pienso que estoy saturado por el trabajo	0	1	2	3	4
9	Me siento culpable por algunas de mis actitudes en el trabajo	0	1	2	3	4
10	Pienso que mi trabajo me aporta cosas positivas	0	1	2	3	4
11	Me apetece ser irónico con algunas personas a las que atiendo en el trabajo	0	1	2	3	4
12	Me siento agobiado por el trabajo	0	1	2	3	4
13	Tengo remordimiento por algunos de mis comportamientos en el trabajo	0	1	2	3	4
14	Etiqueto o clasifico a las personas a las que atiendo en el trabajo según su comportamiento	0	1	2	3	4

15	Mi trabajo me resulta gratificante	0	1	2	3	4
16	Pienso que debería pedir disculpas a alguien por mi comportamiento	0	1	2	3	4
17	Me siento cansado físicamente en mi trabajo	0	1	2	3	4
18	Me siento desgastado emocionalmente	0	1	2	3	4
19	Me siento ilusionado por mi trabajo	0	1	2	3	4
20	Me siento mal por algunas cosas que he dicho en el trabajo	0	1	2	3	4

ANEXO 4. EJEMPLO DE TRANSFORMACIÓN DE LAS PUNTACIONES



- Traslade los percentiles de cada escala al **PERFIL** que se representa a continuación.



ANEXO 5

Niveles: promedio y culpa del cuestionario para identificar Síndrome de Burnout

NIVEL	PERCENTILES
CRITICO	> 89
ALTO	67 – 89
MEDIO	34 - 66
BAJO	11 – 33
MUY BAJO	< 11

ANEXO. 6 ITEMS

MUY BAJO	$A \leq P10$
BAJO	$P 10 < A \leq 33$
MEDIO	$P 33 < A \leq 66$
ALTO	$P 66 < A \leq 90$
CRITICO (Perfil 1)	$A > 90$
CRITICO (Perfil2)	$A \geq P90 \ \& \ B \geq P90$

ANEXO 7. CLASIFICACIÓN CONSENSO MEXICANO 2005, PARENTESCO

Con parentesco	Características
Nuclear	Hombre y mujer sin hijos
Nuclear simple	Padre y madre con 1 a 3 hijos
Nuclear numerosa	Padre y madre con 4 hijos o más
Reconstruida	Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior
Monoparental	Padre o madre con hijos
Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, mas otras personas con parentesco
Monoparental extendida compuesta	Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
Extensa	Padre y madre con hijos, mas otras personas con parentesco
Extensa compuesta	Padre y madre con hijos, mas otras personas con y sin parentesco
No parental	Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etcétera)
Sin parentesco	
Monoparental extendida sin parentesco	Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco
Grupos similares a familias	Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares, Por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etcétera

ANEXO 8. CLASIFICACIÓN CONSENSO MEXICANO 2005 PRESENCIA FÍSICA EN EL HOGAR

Presencia física en el hogar	Características
Núcleo integrado	Presencia de ambos padres en el hogar
Núcleo no integrado	No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar
Extensa ascendente	Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres
Extensa descendente	Padres que viven en la casa de alguno de los hijos
Extensa colateral	Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etcétera)

ANEXO 9. CLASIFICACIÓN CONSENSO MEXICANO 2005 NUEVOS ESTILOS DE VIDA

Tipo	Características
Persona que vive sola	Sin familiar alguno, independientemente de su estado civil o etapa de ciclo vital
Matrimonios o parejas de homosexuales	Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal sin hijos
Matrimonios o parejas de homosexuales con hijos adoptivos	Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal e hijos adoptivos
Familia grupal	Unión matrimonial de varios hombres con varias mujeres, que cohabitan indiscriminadamente y sin restricciones dentro del grupo
Familia comunal	Conjunto de parejas monógamas con sus respectivos hijos, que viven comunitariamente, compartiendo todo, excepto las relaciones sexuales
Poligamia	Incluye la poliandria y la poliginia

ANEXO 10. CUESTIONARIO FACES III

No.	Describa a su familia	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si.					
2	En nuestra familia se toma 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 puede opinar en cuanto a su disciplina.					
5	Nos gusta convivir solo con los familiares más cercanos.					
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con otras personas que no son de nuestra familia.					
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer las 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	Cuando se toma una decisión muy importante, toda la familia está presente.					
13	Cuando nuestra familia se une para hacer algo no falta nadie.					
14	En nuestra familia las reglas cambian.					

15	Con facilidad podemos planear actividades en la familia.					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
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 decidir quién hace las labores del hogar.					

ANEXO 11, 12, VALORACIÓN PARA EL CUESTIONARIO FACES III

Cohesión	Amplitud de clase	Adaptabilidad	Amplitud de clase
No relacionada	10-34	Rígida	10-19
Semirrelacionada	35-40	Estructurada	20-24
Relacionada	41-45	Flexible	25-28
Aglutinada	46-50	Caótica	29-50

	Cohesión	Bajo → moderada → Alto			
	Flexibilidad	Desligada	Separada	conectada	Alto
alto	Caótica	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo
mediano	Flexible	Rango medio	Moderado	Moderado	Rango medio
	Estructurada	Rango medio	Moderado	Moderado	Rango medio
Bajo	Rígida	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo

ANEXO 13. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION CLINICA

Por medio del presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

Relación del Síndrome de Burnout y la funcionalidad familiar en maestros que acuden a consulta en la Clínica Regional de Cuautitlán Izcalli, del ISSEMyM

Se me ha explicado que mi participación consistiría en:

Permitir que se me apliquen cuestionario relativo a factores asociados a Disfunción familiar, y 2 instrumentos ya validados, los cuales son el, y el Faces III, y QST que respectivamente evalúan nivel, funcionalidad familiar y dinámica familiar, así como síndrome de burnout, los datos se mantendrán de manera confidencial respetando mi privacidad.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

Ninguno.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención medica que recibo en la clínica.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

ANEXO 14. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M
Tema	x	x	x																								
Marco				x	x	x	x																				
Realización de cuestionarios								x	x																		
Autorización y aplicación cuestionarios											x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Recopilación de cuestionarios												x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Revisión de cuestionarios								x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x					
Captura de resultados																								x	x		
Realización de graficas																								x	x		
Análisis de resultados																								x	x		
conclusiones																										x	
Termino de Tesis																										x	x

ANEXO 15. GLOSARIO

ISSEMyM= Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios

Síndrome de Burnout= Condición multidimensional de agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal en el trabajo.

Funcionalidad Familiar: es aquella que logra promover el desarrollo integral de sus miembros, así como un estado de salud favorable en ellos

CESQT= Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo

SQT= Síndrome de Quemarse por el Trabajo

It= Ilusión por el trabajo

Dp= Desgaste psíquico

In= Indolencia

C= Culpa

MBI= Maslach Burnout Inventory

FACES III= Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales