



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

SECRETARIA DE POSGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**“ASOCIACION ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SINDROME DE BURNOUT EN
PERSONAL DE SALUD DE LA UMF NO. 56”**

T E S I S

Para obtener el grado de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA

Dr. Aaron David Gamboa Ibarra

ASESOR

Dra. Isela Pérez Acosta

ASESOR METODOLÓGICO

Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos

Chihuahua, Chih.

Mayo 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 802,
U MED FAMILIAR NUM 48

Registro COFEPRIS 17 CI 08 037 035

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 06 CEI 901 2018022

FECHA Domingo, 12 de abril de 2020

Dr. Aarón David Gamboa Ibarra

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título: **ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE SALUD DE LA UMF NO. 96** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A.P.R.O.B.A.D.O.**

Número de Registro Institucional

R-2020-802-005

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. Andrés Juárez Ahumada
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 802

IMSS

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD

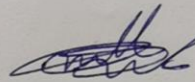
"Asociación entre funcionalidad familiar y Síndrome de Burnout en personal de salud de la UMF No.

56"

Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos

Coordinadora de Planeación y Enlace Institucional

Delegación Chihuahua



Vo.Bo.

Dra. Isela Pérez Acosta

Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud

Unidad de Medicina Familiar No. 48



Vo.Bo.

Dra. Cindy Gabriela Llerena García

Profesora titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos
Generales del IMSS Unidad de Medicina Familiar No. 48



Vo.Bo.

"Asociación entre funcionalidad familiar y Síndrome de Burnout en personal de salud de la UMF No.

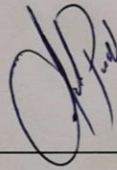
56"

ASESORES

Dra. Isela Pérez Acosta

Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud

Unidad de Medicina Familiar No. 48



Vo.Bo.

Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos

Coordinadora de Planeación y Enlace Institucional

Delegación Chihuahua



Vo.Bo.

**“ASOCIACION ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SINDROME DE
BURNOUT EN PERSONAL DE SALUD DE LA UMF 56”**

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

PRESENTA

DR. AARON DAVID GAMBOA IBARRA

AUTORIZACIONES



DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA

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



DR. . ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA
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

Contenido

<u>RESUMEN</u>	8
<u>MARCO TEORICO</u>	10
<u>JUSTIFICACIÓN</u>	24
<u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u>	26
<u>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</u>	27
<u>OBJETIVOS</u>	28
<u>HIPÓTESIS</u>	29
<u>METODOLOGÍA</u>	30
<u>CRITERIOS</u>	31
<u>OPERACIONALIZACION DE VARIABLES</u>	32
<u>TAMAÑO DE LA MUESTRA</u>	36
<u>ANÁLISIS ESTADÍSTICO</u>	36
<u>CONSIDERACIONES ÉTICAS</u>	37
<u>METODOLOGÍA OPERACIONAL</u>	39
<u>RESULTADOS</u>	40
<u>DISCUSION</u>	45
<u>CONCLUSIONES</u>	48
<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	49
<u>ANEXOS</u>	63

ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SINDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE SALUD DE LA UMF NO. 56

RESUMEN

Dr. Aarón David Gamboa Ibarra, Dra. Isela Pérez Acosta, Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos

INTRODUCCION: Estrés es la respuesta inespecífica del organismo ante una situación, que genera un conjunto de reacciones fisiológicas que rompen su equilibrio. Estrés laboral es un conjunto de reacciones a ciertos aspectos adversos o nocivos del trabajo, que condicionan el síndrome de burnout, resultado del desequilibrio entre las exigencias de la práctica profesional y la capacidad de afrontamiento, afectando la salud de 1 de 5 trabajadores. El personal de salud es más susceptible, debido a características propias de la profesión, factores de organización y laborales. Funcionalidad familiar engloba a la dinámica familiar, los límites y la comunicación, reconociendo que la familia es una fuente principal de salud o enfermedad. Investigar la correlación entre funcionalidad familiar y el estrés laboral en personal de salud, se puede aplicar para mejorar la calidad de la vida del trabajador.

OBJETIVOS: determinar la asociación entre funcionalidad familiar y síndrome de burnout en el personal de salud de la UMF No. 56, mediante la escala de Maslach para burnout y la escala FACES III para funcionalidad familiar.

MATERIAL Y METODOS: estudio transversal, observacional, descriptivo y correlacional, en los 34 trabajadores de la UMF No. 56 del IMSS de Ciudad Juárez, durante marzo-junio del 2020, con muestra por conveniencia y serie de casos continuos. El análisis incluyó medidas descriptivas, coeficiente de correlación de Spearman, análisis uni y multivariado, con significancia de $p=0.05$, mediante el programa estadístico SPSS versión 22.

RESULTADOS: Se consideraron 29 encuestas (62.1% mujeres, 37.9% hombres, media de edad 42.3 años). La estructura familiar más común fueron la nuclear y nuclear simple (31% cada una). La Cohesión familiar identifica familias: Relacionadas (62.1%), Semirrelacionadas (17.2%), Aglutinadas (13.8%) y No Relacionadas (6.9%). En Adaptabilidad: Caóticas (48.3%), Flexibles (24.1%), Estructuradas (24.1%) y Rígidas (3.4%). Nuestro estudio encontró una prevalencia de burnout de casi el 50% de los trabajadores, con agotamiento emocional medio o alto en 48.2%, despersonalización media o alta en 48.2% y realización personal media o baja en 41.4%. No se encontró correlación entre la cohesión y

adaptabilidad familiar con los componentes del síndrome del burnout, ni entre las variables sociodemográficas. La única relación significativa fue entre niveles altos de realización personal y el tipo de familia ($p=.026$), sobre todo nuclear y nuclear simple.

CONCLUSIONES: Se identificaron niveles diagnósticos de síndrome de burnout en un porcentaje significativo de la población (agotamiento emocional en 48.2%, despersonalización en 48%), sin relación significativa con la cohesión y adaptabilidad familiar. El único factor con relación significativa fue la presencia de niveles altos de realización personal con el tipo de familia (nuclear y nuclear simple). Se requieren estudios con mayor población para confrontar estos resultados e identificar otras variables que puedan relacionarse con mejoría en los niveles de estrés laboral y síndrome de burnout en los trabajadores de la salud

PALABRAS CLAVE: estrés laboral, burnout, funcionalidad familiar, escala Maslach, FACES III.

MARCO TEORICO

Estrés

El término estrés fue introducido desde 1926 (1) y en el ámbito de la salud se utiliza para designar a la respuesta del organismo ante la situación que lo provoca y a los efectos producidos como consecuencia de la exposición repetida a situaciones estresantes, que puede explicar o participar en el desarrollo de diversas enfermedades. No existe un concepto universalmente aceptado, y los que se presentan siguen teniendo modificaciones. Entre los conceptos clásicos, Dos definiciones clásicas son las presentadas por Hans Selye en 1954, afirmando que el estrés es una reacción específica a factores inespecíficos, es decir, que puede ser ocasionado por cualquier agente, y la definición de Robert Karasek de 1979, que plantea al estrés como un estado interno (2). A pesar de esto, se considera que ha sido tanto su incremento en años recientes, que se considera que en futuro próximo se convertirá en un problema social urgente (3) .

La Organización Mundial de la salud (OMS), lo define como “el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción” (4), para fines de esta investigación, se entenderá como la respuesta de un organismo ante ciertos estímulos que rompen con su equilibrio. Tiene dos componentes (1):

- a) La situación estresante: cualquier estímulo que provoque en la persona la necesidad de ajuste o la necesidad de activación fisiológica
- b) La respuesta: son las modificaciones inespecíficas del organismo para que pueda prepararse para enfrentar la situación nueva. Puede involucrar recursos fisiológicos, cognitivos y conductuales.

La respuesta del organismo puede ser de tipo psicosocial (demandas laborales, familiares, sociales), de origen físico (vibraciones, temperatura, ruido) o biológicas (enfermedades, limitaciones físicas), con manifestaciones sistémicas (psicológicas, neurológicas, endocrinas, etcétera, emocionales).

El carácter estresante de una situación no depende solamente del estímulo en sí, sino de la respuesta psicológica individual, que se encuentra vinculada con componentes afectivos, cognitivos y conductuales (1; 4).

Dependiendo de su incidencia, el estrés puede clasificarse en (1):

- a) Agudo o transitorio: el individuo experimenta una sensación de peligro inminente.
- b) Crónico: esta aparece como resultado de la asociación de diversos padecimientos estresantes o de una situación mantenida durante mucho tiempo.
- c) Anticipatorio: en esta etapa se presenta desde antes de que ocurra una situación estresante.

La respuesta general de adaptación ante el estrés son las siguientes:

1. Alarma: reacción hormonal (adrenalina), que prepara al organismo para luchar o escapar, manifestándose como aumento de la frecuencia cardiaca y respiratoria, aumento de la glucemia y redistribución del flujo sanguíneo.
2. Resistencia: se activan las reservas del organismo, con mayor esfuerzo del sistema inmunológico, trastornos emocionales y fatiga
3. Agotamiento: se terminan las reservas y el organismo se encuentra en condiciones vulnerables, con mayor probabilidad de enfermar, fatiga, depresión, falta de energía.

Se considera que el estrés es un fenómeno universal, que llega a afectar en algún grado a uno de cada cuatro individuos y se relaciona hasta en un 50% con problemas de salud mental (5).

Por ejemplo, en España se considera que hasta 70% de la población vive con niveles altos de estrés; en Estados Unidos 70% de las consultas médicas son por problemas relacionados a este y el 25% de los fármacos que se recetan son antidepresivos o relacionados. En México se estima que el 54% de la población sufre de estrés.

Las fuentes de estrés más frecuentes son:

- a. Ambientales: contaminación, ruido, espacios inadecuados, inseguridad, desastres naturales.
- b. Familiares: problemas con hijos o pareja, enfermedades, muerte.
- c. Personales: inseguridad en el logro de metas, planteamiento de metas numerosas, pensamientos negativos.
- d. Laborales: problemas económicos, mala relación con los compañeros, cargas excesivas de trabajo y otros.
- e. Interpersonales: problemas de comunicación, hablar en público, hablar con una autoridad, interactuar con desconocidos.

Además, es posible que, en ciertas situaciones, se presenten más de uno de estos factores en forma simultánea, o incluso, todos juntos.

Síndrome de Burnout o estrés laboral

No existe un consenso sobre la definición de estrés laboral (2), aunque muchos autores lo consideran un resultado de la ambigüedad de rol y el conflicto de rol o el resultado de las demandas que exceden la capacidad de control laboral del trabajador. Karasek, un autor clásico, en su modelo habla de 4 cuadrantes donde clasifica a los empleos según la combinación entre la demanda laboral y la latitud del control del trabajador en: trabajos pasivos donde existe bajo control y baja demanda; trabajos activos con alta demanda y alto control, trabajos de baja tensión con bajas demandas y mucho control y trabajos con alta tensión, muchas demandas y poco control laboral (2) . Muchos de los estudios realizados sobre este tema siguen utilizando esta clasificación como base, enfocándose generalmente en empleos que se encuentran en trabajos de alta tensión.

La National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH), considera al estrés laboral como “un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento del trabajador a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, del entorno o la organización del trabajo” (4).

El estrés laboral ocurre como resultado del desequilibrio entre las exigencias de la práctica profesional y la capacidad de afrontamiento de los trabajadores (6) y se encuentra una relación negativa entre el desgaste profesional y la salud mental de los trabajadores.

Además, se considera que es uno de los síndromes más frecuentes en el mundo laboral, afectando a la salud de 1 de cada 5 trabajadores en el mundo (4). Se manifiesta dependiendo de las reacciones individuales a las características del ambiente de trabajo, como resultado de un desequilibrio entre las habilidades técnicas individuales y las exigencias del trabajo. Este desequilibrio puede causar enfermedad física y trastornos mentales (6).

En casi todas las profesiones se presenta estrés laboral, relacionándose con problemas como falta de seguridad en el ambiente laboral, clima laboral inadecuado, malas relaciones interpersonales y otros factores (4). La exposición a factores psicosociales desfavorables culmina en un mayor nivel de estrés para el trabajador lo cual se ha asociado con el síndrome de desgaste profesional o burnout. En el área de la salud, a los factores usuales de otras profesiones se añaden otros particulares, tales como turnos largos e irregulares, ambigüedad de roles y conflicto de roles (3).

En esta área, el cansancio emocional se refiere al sentimiento de agotamiento que pone en evidencia el desinterés por el trabajo. La despersonalización se refiere al rechazo hacia los pacientes y la baja realización personal hace referencia a la actitud negativa hacia uno mismo y el trabajo (7; 6). Sus consecuencias incluyen fatiga mental, falta de motivación aumento en el riesgo de padecer enfermedades (cardiovasculares y musculoesqueléticas), bajos niveles de rendimiento, baja productividad y ausentismo laboral (7; 8).

El término "Burnout" fue propuesto por Frudenberger en 1974, quien lo definió como "un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa o forma de vida que no produce la suficiente gratificación o esfuerzo" (7).

En la actualidad, el término se ha redefinido, Maslach y Jackson lo consideran como una respuesta al estrés crónico formada por tres factores principales: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal (4).

Cansancio emocional: se manifiesta por agotamiento físico y psíquico, así también por apatía, desesperanza y autoconcepto negativo. Es el componente de estrés individual básico del síndrome y se refiere a la sensación de estar sobre exigido, sin recursos emocionales y físicos. Se origina en la sobrecarga laboral y el conflicto personal en el trabajo (4; 9)

Despersonalización o Evitación y aislamiento: conduce al absentismo laboral. Sensación de cinismo y desapego por el trabajo. Es una respuesta negativa, insensible o apática frente a diversos aspectos del empleo. Sus complicaciones giran en torno al apego, conduciendo a pérdida del idealismo y deshumanización, desarrollando una reacción negativa hacia la gente y al trabajo (4; 9)

Baja realización personal: sentimiento de inadecuación personal y profesional, con deterioro de la capacidad laboral y pérdida del sentimiento de gratificación. Es exacerbado por la carencia de recursos de trabajo y por la falta de apoyo social y de oportunidades para desarrollarse profesionalmente (4; 9)

Es esta definición propuesta por Maslach la más conocida y citada: “burnout es el síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo objeto de trabajo son otras personas” (10). A pesar de que se han propuesto diversas definiciones, todas coinciden en cinco aspectos:

1. Predominan los síntomas disfóricos, principalmente el agotamiento emocional, aunque no es el único.
2. El enfoque se encuentra en los síntomas mentales y conductuales, más que en los físicos.
3. Es un fenómeno relacionado con el trabajo.
4. Sus síntomas son observados en individuos “normales” y no patológicos (no necesariamente es una enfermedad, es una alteración psicosocial).

5. Existe una disminución en la efectividad y el desempeño laboral, afectando a la productividad debido a las actitudes y conductas negativas.

Estrés laboral en personal de salud

En los trabajadores de salud, es importante considerar que dentro de las principales fuentes de estrés se encuentran la toma de decisiones, que pueden tener consecuencias graves e incluso problemas legales, la inflexibilidad en el trato con los superiores, no manejar adecuadamente los fracasos y los problemas profesionales (6; 4).

El personal de salud es más susceptible a la enfermedad mental, al interactuar con las personas que más ayudan necesitan y por las exigencias propias de la profesión, que incluyen una alta demanda de trabajo, jornadas prolongadas y exposición a agentes predisponentes, tanto físicos como químicos, biológicos y psicológicos (6). Otros factores que se relacionan con el estrés laboral se han dividido en externos e internos, con relación al trabajo. Los factores internos o propios del trabajo más importante son la organización del trabajo, las relaciones sociales en el trabajo y las condiciones del trabajo. Los factores externos al trabajo están conformados por las características propias de la persona (como edad, sexo y capacidad para afrontar los problemas, entre otros). (6; 8).

Se ha relacionado la depresión y el estrés laboral con diversas profesiones del área de la salud, encontrándose en todos los casos mayor prevalencia de depresión que en la población general (6). Diversos estudios realizados con profesionales de la enfermería han encontrado prevalencias superiores al 20% de depresión. Entre las causas principales se ha relacionado el estrés laboral, sobre todo en relación con insatisfacción con el trabajo (6).

Factores determinantes de estrés en las profesiones sanitarias

Las características individuales de afrontamiento de problemas y el soporte familiar son fundamentales en el desarrollo del estrés y de la depresión.

Los principales factores determinantes del estrés pueden agruparse en tres categorías (4):

1. Factores inherentes a la profesión: calidad de vida, empatía con el paciente, fatiga, poco tiempo de ocio, sobreesfuerzo. Estos factores suelen conducir a la adopción de hábitos poco saludables.
2. Factores de organización y laborales: conflictos de rol, sobrecarga de rol. En estos conceptos se engloba la preocupación por el gasto sanitario, la incertidumbre sobre la exigencia de la propia tarea y la falta de tiempo y material para completar el trabajo.
3. Otros factores: recursos inadecuados, desempeño en forma privada (que puede limitar el acceso a la información del paciente cuando se cuenta también con atención institucional) y el clima o ambiente laboral que no procura compañerismo ni reciprocidad entre las relaciones interpersonales.

Un metaanálisis llevado a cabo en México (10) identificó las variables más relacionadas con el síndrome de burnout: la edad 20.31%, el sexo (20.31%), la antigüedad en el puesto (17.8%), el estado civil o estabilidad de la pareja (14.06%), y la escolaridad (12.5%). En cuanto a las variables profesionales sobresalen la especialidad médica (9.37%), el número de horas trabajadas (7.8%), la sobrecarga de trabajo (6.25%), la posibilidad de interacción social (6.25%), el contenido o naturaleza del trabajo (4.68%), el puesto (4.68%), los sistemas de trabajo (4.68%) y el número de pacientes atendidos (4.68%).

Estudio del Síndrome de burnout

El síndrome de burnout es la afección psicológica más estudiada en las últimas décadas (10) ha sido estudiado en múltiples ocasiones en el personal de salud de las diferentes categorías, principalmente en el área médica y de enfermería, logrando identificarse que es común que inicie desde el periodo formativo (4; 5).

En Brasil, un estudio realizado en 2015 con 310 técnicos y auxiliares de enfermería analizó la relación entre depresión y estrés laboral mediante la aplicación de la Job Stress Scale, encontrando una prevalencia de depresión del 20%, con una relación directa con los factores de estrés en el lugar de trabajo (6). Se encontró que los técnicos y auxiliares de enfermería con altos niveles de estrés laboral presentaron una prevalencia de depresión de 2.69 veces más alta en comparación con los que no tienen estrés laboral (6).

Un estudio llevado a cabo en 2015 en Andalucía, España, con 258 enfermeros, que utilizó al Maslach burnout Inventory (MBI), la Nursing Stress Scale y el cuestionario Font-roja con el objetivo de evaluar el grado de estrés laboral y el desgaste profesional y su relación entre las dimensiones del desgaste profesional y los niveles de estrés y satisfacción laboral con las variables socio-laborales encontró que el nivel de agotamiento emocional es medio, elevado para la despersonalización y bajo en la realización personal (8). Otros factores que se han encontrado como estadísticamente significativos en el personal de enfermería han sido edad menor a 30 años, tener pareja, más de un hijo, laborar en el área de consulta externa, no ser empleado de base, haber estado en la empresa más de dos años y tener más de 5 años de experiencia en el cargo (11) .

En Colombia, un estudio realizado con una muestra de 174 enfermeras (131 auxiliares y 41 profesionales), utilizó también el MBI, refiriéndolo como la herramienta más empleada para la medición del estrés laboral, independientemente de la ocupación y del tamaño de la muestra. Este estudio se desarrolló en un medio hospitalario, y dentro de sus hallazgos propone medir los resultados en base a percentiles, formando las categorías: nada, poco, medio, bastante y extremo.

Dentro de sus resultados, encontraron una prevalencia de burnout de 20.1%, siendo mayor en el grupo de enfermeras profesionales. En forma interesante, se encontró que hasta el 53.7% se encontraban en valores considerados de riesgo. Dentro de los factores relacionados, se encontró que ser hombre, no tener pareja, no ser empleado de base, ser enfermero profesional, tener hijos y tener un empleo adicional (7), mientras que otro estudio con 156 enfermeros, que utilizó la versión española de la

Nursing Stress Scale, encontró una prevalencia de estrés laboral en 33.9% de ellos, asociado principalmente a factores personales y laborales como los servicios en que se trabaja y el tipo de contratación (11).

En un grupo de 44 médicos internos residentes del servicio de urgencias de un hospital (12) identificó con el MBI que el 45% presenta un alto nivel de agotamiento emocional y una elevada despersonalización. Esto puede ser perjudicial para su desempeño profesional presente y futuro, y apoya la teoría que identifica que el estrés en profesionales de salud inicia desde etapas tempranas de la formación (13).

En Estados Unidos, un estudio que comparó la prevalencia de burnout y de otras formas de estrés a lo largo de las diferentes etapas de la formación profesional entre médicos y otros profesionales de la salud encontró que la prevalencia de burnout, síntomas depresivos e ideación suicida es pequeña, pero mucho mayor entre médicos que entre controles que pertenecen a otras profesiones (14).

Otros factores que se han estudiado son la relación entre la ambigüedad y conflicto de roles, como factores muy estresantes en el área de atención a la salud y su relación con el ausentismo y el desarrollo de síndrome de burnout (3). El conflicto de roles se define como la incongruencia de expectativas asociadas con un rol, mientras que la ambigüedad de roles el grado en cual la información no se relaciona con la expectativa asociada con un rol. Un estudio chileno con 142 trabajadores de la salud, se encontró una correlación estadísticamente significativa entre el conflicto de roles y el burnout, y entre el conflicto de roles y las dimensiones de agotamiento psicológico e indolencia, mientras que el ausentismo se encontró influenciado significativamente por el agotamiento psicológico.

Conocer la prevalencia de síndrome de burnout en nuestra población es un factor determinante para poder realizar intervenciones preventivas, ya que se ha demostrado que, en personal de salud, incluso desde etapas formativas, existe mayor prevalencia de depresión e ideación suicida (15; 16). El estrés laboral es la variable principal en la ansiedad del médico, encontrándose asociación entre los niveles de estrés y satisfacción laboral con la salud mental y físico de los profesionales sanitarios.

Para prevenir el burnout entre los profesionales de la salud es fundamental intervenir sobre las principales variables, empezando por las institucionales: el estrés laboral, la insatisfacción en la relación médico-paciente, la falta de formación psicológica, la falta de apoyo social y la escasez de tiempo. De igual manera, realizar intervenciones sobre la funcionalidad de los trabajadores de la salud puede ser una herramienta que mejore el afrontamiento a las condiciones adversas laborales.

Métodos de evaluación del Síndrome de Burnout

Maslach Burnout Inventory (MBI): mide el grado de desgaste profesional. La versión española consiste en 22 ítems, que se responden según la frecuencia de vivencia de los sentimientos expresados, desde nunca (0) a todos los días (6). No están descritos en la literatura los puntos de cortes, pero niveles elevados en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización y bajos en la realización personal sugieren la presencia de este síndrome.

La suma de las puntuaciones determina tres dimensiones del desgaste profesional: cansancio emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems) y realización personal (8 ítems). Un estudio español utilizó los siguientes puntos de corte: agotamiento emocional, <15 bajo, 15-24 medio, >24 elevado; despersonalización <4 bajo, 4-9 medio y >9 elevado; realización personal <33 bajo, 33-39 medio y >39 elevado. Se le ha estimado un coeficiente alfa de Cronbach de 0.92 para la escala de agotamiento emocional, de 0.83 para la despersonalización y 0.82 para la realización personal (8).

Questionary For Burnout Syndrome (CESQT): Evalúa cuatro dimensiones: la ilusión por el trabajo, el desgaste psíquico, la indolencia y los sentimientos de culpa. Está compuesto por 20 ítems, evaluados mediante una escala Likert de cinco grados que van de 0 (nunca) a 4 (muy frecuente/diario). Se considera que la persona tiene burnout si presenta puntuaciones altas en el dominio de culpa, y se considera que es un caso grave si presenta bajas puntuaciones en el dominio de ilusión por el trabajo más altas puntuaciones en desgaste psíquico e indolencia. Se considera muy grave si presenta

altas puntuaciones en la escala de culpa. Tiene un alfa de >0.7 y ha sido validado en diversos estudios en América Latina (17) .

Instrumento de estrés laboral para médicos mexicanos: consta de 40 reactivos con escala tipo Likert en la que se indica la frecuencia en que la situación referida provoca estrés. Califica con 4 opciones que van de 0 (nunca) a 3 (frecuentemente). Evalúan la percepción sobre sobrecarga de trabajo, control sobre las actividades laborales, desgaste emocional, desequilibrio entre esfuerzo y retribución y apoyo institucional. Fue diseñado y validado en México, con un valor de confiabilidad alfa de Cronbach moderadamente alto (0.74 a 0.85), por lo que se le considera una confiabilidad satisfactoria (18).

Algo importante a tener en consideración, es que muchos de los estudios sobre el tema conducidos en América Latina utilizan formas traducidas de instrumentos ampliamente utilizados en el primer mundo, pero que, a pesar de haber sido adecuadamente traducidas al español, es posible que permanezcan sesgos culturales o que no estén adaptados a la realidad laboral de nuestro medio (9).

Funcionalidad Familiar

La familia representa la unidad básica de la sociedad, donde sus miembros comparten la vida en común, sus fortalezas, debilidades y el conocimiento y significado que tienen de sí mismos y de su realidad (19). Los cambios sociales, la transición demográfica y otros factores han generado en tiempos modernos modificaciones en la estructura y dinámica familiar.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido a la salud familiar como: "la salud del conjunto de los miembros en términos de funcionamiento afectivo de la familia".

A partir de este concepto, otros autores diversos han complementado esta definición, de manera que se considere dentro de ella la salud (tanto es aspecto biológico como psicológico y social), la dinámica interna, el funcionamiento efectivo y el cumplimiento de las funciones para el desarrollo de los integrantes (20).

La familia es un sistema compuesto por diversos subsistemas (conyugal, paterno filiar, fraternal), con características tanto particulares como generales. Estas características permiten que sean estudiadas de acuerdo con su composición, dinámica y funcionalidad, todo esto como parte del estudio de salud familiar (20; 21). Estudiar a la familia en forma sistemática y científica es parte del enfoque ecológico del proceso salud-enfermedad, dejando de ver al individuo como un ente puramente biológico y le presta mayor atención a los factores psicológicos y sociales (22)

La funcionalidad familiar es un concepto que engloba a la dinámica familiar, los límites y la comunicación que se presenta en un grupo familiar en específico (21). Según Anzures, el principal papel de la familia como grupo social es el de proveer individuos productivos como seres humanos en la convivencia social. Según Duvall, existen 8 deberes o funciones básicas que deben cumplirse en una familia, para que esta sea considerada funcional. Estos deberes son: conservación física, distribución de recursos, división del trabajo, socialización, reproducción, conservación del orden, ubicación de los miembros en la sociedad y mantenimiento de la motivación y la moral (20) .

Estudiar estas características es fundamental, ya que se reconoce que la familia es una fuente principal de salud o enfermedad (21) mediante el desempeño o cumplimiento de sus enfermedades. Una familia funcional es aquella capaz de crear un entorno que facilite el desarrollo personal de sus miembros, y en general, no sufre crisis ni trastornos psicológicos graves (23).

Hay varios estudios que tratan de establecer la relación entre funcionalidad familiar y la conducta ante enfermedades crónicas, como diabetes (24; 25), insuficiencia renal (19), cáncer o la presencia de enfermos con discapacidad física o social.

En mayor o menor medida, estos estudios concluyen que la familia es la principal fuente de apoyo entre los miembros que la conforman y contribuye al bienestar emocional de los mismos, incluso en situaciones extremas, tales como el consumo de alcohol en la adolescencia (26) o enfrentando enfermedad terminal.

Tanto para los individuos como para las familias, el manejo de las condiciones crónicas conduce a la mejora de sus resultados en la salud, aumento de la calidad de vida y reajuste de los gastos de salud. Involucrar a la familia en la práctica de actividades que promuevan estilos de vida saludables y reconocer que la familia es un apoyo fundamental para la mejoría del automanejo es importante (25). Se ha demostrado que la percepción de apoyo familiar, además de contar con otras redes de apoyo, también sigue ciertos patrones étnicos, con comportamientos más favorables en este sentido entre la población de origen latino (27).

Correlación de la funcionalidad familiar y el estrés laboral

Se han conducido varios estudios buscando la correlación entre la funcionalidad familiar y el estrés laboral en el área de la salud.

En Barranquilla, Colombia, durante el 2014, se estudiaron a 251 estudiantes de odontología, para valorar la asociación entre el estrés académico y la funcionalidad familiar, mediante la aplicación de la escala de APGAR familiar, encontrando disfunción familiar en 61.8%, asociándose con estrés académico sobre todo en lo referente a la participación familiar en la distribución de las responsabilidades. Concluye que la presencia de estrés académico en los estudiantes de odontología se encuentra asociada a la disfuncionalidad familiar y la demostración del afecto, mientras que otros factores (como el sexo y el ciclo académico) pudieran explicar la presencia de este e influir en el enfrentamiento y superación (28).

Otro estudio colombiano en 106 médicos generales buscó determinar los factores familiares y laborales que influyeran sobre el síndrome de burnout, aplicando la escala CESQT. Los resultados encontraron una prevalencia del síndrome en 6.6% de los encuestados, con alta frecuencia en dominios de desgaste físico e indolencia, con niveles bajos en ilusión por el trabajo y un nivel crítico en la dimensión de culpa.

Los principales factores relacionados fueron ser mujeres, solteras, sin hijos y trabajar en el área de urgencias (17).

Evaluación de la Funcionalidad Familiar

La función familiar se define a través de las tareas que le corresponde realizar a los integrantes. El cumplimiento de esta función permite que se interactúe con otros sistemas y, por tanto, la evaluación del grado de norma función o disfunción es importante. En resumen, una familia es funcional cuando cumple con sus funciones como un sistema (29)

Actualmente contamos con instrumentos de medición de la dinámica y función familiar y conyugal, ampliamente avalados. Dentro de los más utilizados en nuestro medio se encuentran la escala de APGAR familiar y el FACES III.

Escala de Apgar Familiar: fue creado por el doctor Gabriel Smilkstein en 1978. Busca evidenciar la percepción del individuo entrevistado respecto al estado funcional de la familia. Instrumento conformado por 5 preguntas tipo Likert que se puntúan de 0 a 2 (casi nunca, 0; a veces, 1; casi siempre, 2). El resultado global suma entre 0 y 20 puntos. Puntuaciones mayores a 18 sugieren funcionalidad familiar y menores sugieren disfunción. Esta escala ha sido validada en castellano, con una consistencia interna de 0.81 y confiabilidad preprueba de 0.81 (28). Es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado (30).

Escala FACES III: sus siglas en español significan Escalas Evaluativas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar. Es un instrumento validado en México en 2003, por Irigoyen y Gómez-Clavelina. Mide el grado de dos dimensiones (cohesión y adaptabilidad). Por medio de 20 reactivos que evalúan la comunicación, jerarquías y los límites, además de la adaptabilidad y la cohesión familiar. Clasifica a las familiares en tres categorías: equilibradas, medias y extremas (21; 31).

JUSTIFICACIÓN

Trabajar con un alto nivel de estrés es perjudicial para la salud, tanto física como mental y se ha relacionado con signos y síntomas de enfermedad.

El síndrome de burnout es un estado de frustración que se produce cuando no se logra satisfacción en base al esfuerzo laboral. La exposición al estrés crónico produce un sentimiento de agotamiento que se manifiesta con cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal.

Los trabajadores de la salud se encuentran en mayor riesgo de presentar esta condición, debido a diversos factores intrínsecos a este tipo de empleo: jornadas prolongadas, insuficientes insumos, sobrecarga de trabajo, remuneración inadecuada, riesgo de presentar repercusiones legales ante la toma de decisiones, entre otras.

El síndrome de burnout ha sido estudiado en trabajadores de la salud, sobre todo en enfermeras, médicos y estudiantes de áreas relacionadas, encontrándose altas prevalencias, superiores al 20% y con factores de riesgo para presentarlos en más del 50%, lo que pone de manifiesto la importancia de este síndrome en nuestro entorno laboral, así como hace patente la necesidad de investigar cuales son los factores predisponentes e identificar los factores protectores contra esta situación, tanto a nivel profesional e institucional como personal.

El apoyo familiar es indispensable en la manera de afrontar las crisis vitales. La funcionalidad familiar, considerada como la capacidad del grupo familiar para cumplir con las funciones y tareas que logran hacer a cada individuo un miembro productivo de la sociedad, es uno de los elementos claves para el afrontamiento de problemas personales y laborales. Estudiar a la familia es indispensable para identificar los factores psicológicos y sociales que pueden hacer que un individuo afronte de la mejor manera posible el estrés laboral.

Se ha realizado estudios que demuestran la relación entre la funcionalidad familiar y la presencia de síndrome de burnout en trabajadores de la salud, que demuestran que, en familias con mejor grado de funcionalidad, se presenta menos desgaste profesional.

En nuestro entorno, contamos con diferentes herramientas que nos permiten investigar tanto el estado de satisfacción con el trabajo, la presencia del síndrome de burnout en los trabajadores y la funcionalidad de sus familias, en una búsqueda de elementos que nos permitan realizar intervenciones a nivel institucional para lograr entornos más satisfactorios, que brinden más oportunidades de vivir plenamente como sociedad.

Los beneficios directos de la identificación de la funcionalidad familiar y su correlación con el síndrome de burnout en nuestros trabajadores se reflejarán no solo en la calidad de la vida personal del trabajador, sino tendrá repercusiones directas y benéficas sobre la productividad en el trabajo.

Este estudio no solo es factible de realizar, ya que las herramientas a emplear son de dominio público y pertenecer a las competencias del médico familiar, además de que puede brindar información esencial que permita realizar acciones que incidan directamente en la mejoría de la prevalencia de síndrome de burnout en nuestro medio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estrés laboral se considera un factor de riesgo para presentar condiciones de salud adversas, y se le reconoce una prevalencia en la población general tan alta como 1 de cada 5 trabajadores, mientras que en se ha identificado prevalencia mucho mayor en las profesiones de la atención a la salud.

Aunque se han identificado los factores de riesgo para desarrollarlo, tales como las condiciones laborales y las competencias y exigencias propias de cada profesión en específico, poco se ha estudiado sobre factores que puedan ser protectores, y tampoco se conoce como se relaciona la presencia de síndrome de burnout con la funcionalidad familiar, tanto en el sentido de afección como con la intención de considerar la funcionalidad familiar como un factor benéfico.

En nuestro ambiente laboral, no se ha identificado ni la prevalencia de síndrome de burnout ni la relación que existe con la funcionalidad familiar del trabajador. Tampoco se cuenta con programas específicos para evaluar la calidad de vida y las condiciones de la familia del trabajador, que permitan realizar intervenciones oportunas en nuestra comunidad, que culminen en un mejor desempeño laboral y con efectos benéficos que se extienden al resto de las áreas de vida del trabajador, como son su familia y su calidad de vida global.

Este estudio plantea la premisa de relacionar la funcionalidad familiar con el estrés laboral en trabajadores de salud, para conocer la influencia de una variable sobre la otra, y de este modo hacer propuestas de intervención oportuna en cada centro laboral.

Para lograr el establecimiento y vigilancia de políticas de salud mental e intervención en funcionalidad familiar, es necesario conocer la prevalencia de síndrome de burnout en nuestros trabajadores y como se relaciona esta con la funcionalidad familiar de cada uno.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la asociación entre la funcionalidad familiar y el síndrome de Burnout en el personal de salud de la UMF No 56?

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la asociación entre la funcionalidad familiar y el síndrome de Burnout en el personal de salud de la UMF no. 56

Objetivos específicos

- Identificar la prevalencia del desgaste profesional (burnout) en el personal de salud de la UMF NO. 56, mediante la escala de Maslach para Burnout.
- Identificar la funcionalidad familiar en el personal de salud de la UMF NO. 56, mediante la escala de FACES III para funcionalidad familiar.
- Describir las características sociodemográficas del personal de salud de la UMF NO. 56 población
- Analizar la relación entre funcionalidad familiar y síndrome de burnout del personal de salud de la UMF NO. 56
- Analizar la relación de las características sociodemográficas y el síndrome de burnout en el personal de salud

HIPÓTESIS

Hipótesis nula

No existe asociación entre la funcionalidad familiar y el síndrome de burnout en los trabajadores de salud de la UMF NO. 56.

Hipótesis alterna

Existe asociación entre la funcionalidad familiar y el síndrome de burnout en los trabajadores de salud de la UMF NO. 56

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO: transversal, observacional, descriptivo, correlacional

TIEMPO: marzo a junio del 2020

LUGAR: UMF NO. 56

PERSONA: personal de salud de ambos turnos de la unidad. El personal está conformado por 34 trabajadores de las siguientes categorías: enfermería (14 personas), médicos (16), odontología (2), psicología (1) y epidemiología (1).

CRITERIOS

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Personal de las categorías de atención a la salud directamente involucradas en el trato con el paciente (medicina, enfermería, odontología, epidemiología y psicología) de la UMF 56, que acepten participar en el estudio, sin importar condición laboral (contrato de base, interinato o sustitución) ni antigüedad en el trabajo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Personal que labore en la institución durante el periodo de estudio, cuyo profesiograma no incluya atención directa al paciente (empleados administrativos, personal de limpieza, etcétera)
- Profesionales que se encuentre de vacaciones, licencia o sin contrato vigente al momento de la recolección de la información.
- Personal que no acepte participar en el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Encuestas incompletas que no permitan realizar su análisis.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable dependiente: Síndrome de burnout		
Tipo de variable:	Cualitativa ordinal	Escala de medición: Ordinal
Concepto	Estado de frustración que se produce cuando no se logra satisfacción en base al esfuerzo laboral	
Definición operativa	Según la Maslach burnout Inventory	
Indicadores: la suma de las tres puntuaciones determina tres dimensiones del desgaste profesional:		
Agotamiento emocional:	Despersonalización:	Realización personal:
<ul style="list-style-type: none"> - <15 puntos: Bajo - 15-24 puntos: Medio - > 24: Elevado 	<ul style="list-style-type: none"> - <4 puntos: Bajo - 4-9 puntos: Medio - >9 puntos: Elevado 	<ul style="list-style-type: none"> - <33 puntos: bajo - 33-39 puntos: Medio - >39: alto

Variable independiente: Cohesión y Adaptabilidad Familiar			
Tipo de variable	Cualitativa Nominal	Escala de medición:	Nominal
Concepto	Indicadores:		
Cohesión:	Grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia	Adaptabilidad:	Magnitud de cambio en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia

Definición operativa: según lo define la escala FACES III, que evalúa ambos componentes (cohesión y adaptabilidad) del sistema familiar como un todo.

Indicadores	
Variable adaptabilidad	1. Caótica 2. Flexible 3. Estructurada 4. Rígida
Variable cohesión	1. Desligada 2. Separada 3. Unida 4. Enredada

Terceras variables

Edad (Cuantitativa)	Concepto
	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo
Definición operacional	Años cumplidos al momento del estudio
Indicadores	Escala de Medición
1. 18 a 20 años 2. 21 a 29 años 3. 30 a 39 años 4. 40 a 49 años 5. 50 a 59 años 6. 60 a 69 años	De Intervalo`

Sexo (Cualitativa)	Concepto Distingue los aspectos atribuidos a hombres y mujeres desde un punto de vista social
Definición operacional	Lo que signifique ser hombre o mujer, de acuerdo con los roles sociales y como lo manifieste el cuidador
Indicadores	Escala de Medición
1. Mujer 2. Hombre	Nominal
Composición familiar (Cualitativa)	Concepto Composición que permite identificar y clasificar a una familia respecto a los miembros que la componen, según los lazos de filiación, parentesco, afinidad y afecto y que cohabitan en un mismo domicilio
Definición operacional	Grupo de personas que viven bajo el mismo techo, unidas por vínculos de consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad.
Indicadores	Escala de Medición
1. Nuclear 2. Nuclear Simple 3. Extensa 4. Extensa compuesta 5. Otra	Nominal

Estado civil (Cualitativa)	Concepto
	Situación de la persona física y su relación con su parentesco
Definición operacional	Relación legal de la persona con su pareja
Indicadores	Escala de Medición
<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Divorciado 5. Viudo 	Nominal

Puesto de trabajo (Cualitativa)	Concepto
	Conjunto de obligaciones y funciones que desempeña el individuo en el trabajo
Definición operacional	Labor que desempeña una persona como medio de vida
Indicadores	Escala de Medición
<ol style="list-style-type: none"> 1. Médico 2. Enfermera 3. Odontología 4. Epidemiología 5. Psicología 	Nominal

TAMAÑO DE LA MUESTRA

La población consistió en 34 trabajadores del área de la salud. Se aplicaron los cuestionarios a todos los que se encontraron en su puesto de trabajo y que cumplieron los criterios de inclusión, a través de un muestreo por conveniencia por serie de casos continuos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se calcularon las medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas. Para las medidas cualitativas se calcularon porcentajes.

El análisis inferencial se llevó a cabo calculando el Coeficiente de Correlación de Spearman, análisis de varianza (ANOVA) uni y multivariado, considerando un nivel de significancia de $p = 0.05$. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 22.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los procedimientos realizados estuvieron de acuerdo con las normas éticas y reglamentos institucionales, con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en seres humanos y con la declaración de Helsinki de 1975 y enmiendas posteriores.

De acuerdo con el título quinto de la Ley General de Salud en su última reforma del 12 de Julio de 2018, esta investigación contribuye al conocimiento de los procesos biológicos y tecnológicos en los seres humanos, al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; a la prevención y control de problemas de salud que se consideran prioritarios para la población. Será sometido a una comisión de ética, ya que, aunque no se interviene directamente en seres humanos, se interviene aspectos de su atención médica. Esta investigación se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- I. Se adapta a los principios básicos de la investigación y la ética que justifica la investigación médica con una posible contribución a la solución del problema a investigar.
- II. Es el método más idóneo para la investigación en este tema.
- III. Existe la seguridad de que no se expondrá a riesgos ni daños a los pacientes de la institución en la cual se llevará a cabo este protocolo.
- IV. Se contó con la aprobación del comité de ética local antes de interferir en el entorno de la unidad médica familiar.
- V. Contó con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.
- VI. La investigación fue realizada por profesionales de la salud en una institución médica que actúa bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

- VII. Contó con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponda a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.
- VIII. Pudo ser suspendida la investigación de inmediato por el investigador principal, en el caso de sobrevenir el riesgo de lesiones graves, discapacidad o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, así como cuando éste lo solicitara.
- IX. Es responsabilidad de la institución de atención a la salud en la que se realice la investigación proporcionar atención médica al sujeto de investigación que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

Se protegerá la información obtenida, utilizando para la identificación de los sujetos únicamente las iniciales de su nombre y apellidos; todos los resultados serán utilizados cuando se requieran y cuando sea autorizado. Esta investigación se clasifica como **Riesgo Mínimo**, debido a que no se realizará una intervención para modificar el comportamiento, ni se entrevistará a otros miembros integrantes de la familia. El estudio se apega a lo indicado en la Declaración de Helsinki de la AMM principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, de la 64a Asamblea Fortaleza, Brasil, octubre 2013; solicitándose carta de consentimiento informado a los participantes, obtenido por el investigador, al valorar a los trabajadores de la unidad física de estudio.

METODOLOGÍA OPERACIONAL

Por medio de entrevista directa, se aplicaron las escalas de FACES III y Maslach Burnout Inventory a los compañeros trabajadores de atención a la salud de la UMF No. 56 del IMSS, que cumplieron los criterios de inclusión. Se les explicó en que consiste el estudio de investigación y se obtuvo el consentimiento informado a quienes aceptaron participar en forma voluntaria.

Al inicio del estudio, el investigador principal aplicó ambas encuestas en forma simultánea. Estas encuestas se entregaron a cada uno de los trabajadores en forma individual y en un lugar privado, donde se les pidió que las cumplimentaran, permaneciendo cerca para resolver dudas.

Al tener los instrumentos contestados, se realizó una base de datos en formato Excel y finalmente se analizaron las variables de interés en el programa SPSS versión 22.

Los resultados se entregaron a cada participante en forma individual y en privado, con las recomendaciones oportunas en cada caso.

RESULTADOS

RESULTADOS DESCRIPTIVOS

De la población de 34 trabajadores, se obtuvieron y consideraron para su análisis 29 encuestas, con una población formada por 18 mujeres, 11 hombres (62.1% y 37.9%, respectivamente), con edad entre los 26 y 66 años (Media: 42.31, DS: 9.3). En cuanto al estado civil de los participantes, el 48.3% (n=14) son casados, 37.9% (n=11) solteros, 6.9% (n=2) divorciados, 3.4% (n=1) en unión libre y 3.4% (n=1) viudo. Participaron personal de las áreas de medicina (general y familiar, n=15, 51.7%), enfermería (general y especialista, n=5, 17.2%), Auxiliar de Enfermería (n=6, 20.7%) Jefatura de clínica (n=2, 6.9%), Psicología (n=1, 3.4%). Las características descriptivas se muestran en la tabla 1.

En cuanto a los tipos de familia, se identificaron con mayor frecuencia a la familia nuclear (n= 9, 31%), nuclear simple (n=9, 31%) y monoparental (n=7, 24.1%). Con menor frecuencia, fueron identificadas la familia unipersonal (n=2, 6.9%), monoparental extensa y monoparental extensa compuesta, cada uno con 1 representante, (3.4%, respectivamente). Los valores se muestran en la Tabla 2 y en la gráfica 1.

La escala FACES III en Cohesión, registró puntuaciones con rango entre 32 y 49 puntos (media 42.1, DS: 4) clasificando a las familias como Relacionadas (n=18, 62.1%), Semirrelacionadas (n=5, 17.2%), Aglutinadas (n=4, 13.8%) y No Relacionadas (n=2, 6.9%). En Adaptabilidad, sus puntuaciones se encontraron entre 14 y 35 puntos (Media: 24.45, DS: 5), clasificando a las familias como Caóticas (n=14, 48.3%), Flexibles (n=7, 24.1%), Estructuradas (n=7, 24.1%) y rígidas (n=1, 3.4%). Los resultados se ilustran en las Tablas 3.1 y 3.2.

La escala Maslach, en el rubro de Agotamiento Emocional, tuvo puntuaciones entre 1 y 52 puntos (Media:19.76 DS:13), identificando a 15 participantes con nivel bajo (51.7%) y a 14 con niveles medio y alto (n=7, 24.1% cada uno). El área de Despersonalización tuvo puntuaciones entre 0 y 23 (Media:6.41 DS:6.43), clasificando

a los participantes con niveles bajo (n=15, 51.7%), Medio (n= 5, 17.2%) y Alto (n=9, 31%). En cuanto a Realización personal, se identificaron puntuaciones entre 12 y 48 (Media:38.24 DS:10.2), clasificando a los participantes con niveles Alto (n=17, 58.6%), Medio (n=4, 13.8%) y Bajo (n=8, 27.6%). Los resultados se muestran en la Tabla 4.

RESULTADOS ANALISIS BIVARIADO

El análisis bivariado no encontró relación significativa entre los rubros de Cohesión y Adaptabilidad Familiar con Agotamiento Emocional, Despersonalización ni Realización Personal (Tabla 5), con valores de p de acuerdo con la prueba de chi cuadrada para la relación entre Cohesión Familiar y Agotamiento Emocional de .452, despersonalización de .539 y Realización personal de .875. La relación entre Adaptabilidad Familiar y los rubros de Agotamiento Emocional, despersonalización y Realización personal fueron de .679, .435 y .225, respectivamente.

En cuanto a la relación entre la cohesión familiar, se identificó que, de las 15 familias con agotamiento emocional bajo, 10 pertenecen a familias Relacionadas, 2 a semirrelacionadas, 2 a Aglutinadas y 1 a No Relacionada. Las 7 familias en que se identificó agotamiento emocional medio, 6 corresponden a familias Relacionadas y 1 a Semirrelacionada. Se encontraron 7 familias con Agotamiento Emocional alto, 1 perteneciente a familias no relacionadas y 2 en Semirrelacionadas, Relacionadas y Aglutinadas. En la relación entre cohesión y despersonalización, se encontraron niveles bajos en 10 familias relacionadas, 3 semirrelacionadas y 2 aglutinadas; valores medios en 3 relacionadas, 1 semirrelacionada y 1 aglutinada y valores altos en 5 relacionadas, 2 no relacionada, 1 semirrelacionada y 1 aglutinada. En cuanto a cohesión y realización personal, se encontró con niveles altos a 11 familias relacionadas, 3 aglutinadas, 2 semirrelacionadas y 1 no relacionada; niveles bajos en 4 familias relacionadas, 2 semirrelacionadas, 1 relacionada y 1 aglutinada y niveles medio en 3 familias relacionadas y 1 semirrelacionada. Los resultados se muestran en la Tabla 6.

En cuanto a la relación entre Adaptabilidad y los componentes del síndrome de Burnout, se identificaron niveles altos de agotamiento en 3 familias caóticas, 2 flexibles, y 2 estructuradas; niveles medio en 3 familias flexibles, 2 estructuradas y 2 caóticas y niveles bajos en 9 familias caóticas, 3 estructuradas, 2 flexibles y 1 rígida. En la relación entre Adaptabilidad y Despersonalización, calificaron con niveles bajos 15 familias: 9 caóticas, 4 estructuradas, 1 rígida y 1 flexible; con niveles medios 5 familias, 2 caóticas, 2 flexibles y 1 estructurada; y con niveles altos 9 familias: 4 flexibles, 3 caóticas y 2 estructuradas. En el rubro de Realización personal, 8 familias tuvieron niveles bajos: 3 de familias estructuradas, 3 de flexibles, 1 rígida y 1 caótica. 4 familias tuvieron valores medios; 3 de familias caóticas y 1 de familia estructurada, mientras que 17 familias tuvieron valores altos: 10 de familias caóticas, 4 flexibles y 3 estructuradas. La tabla 7 muestra estos valores.

Se analizó la relación entre las diferentes variables sociodemográficas y los resultados en cohesión y adaptabilidad familiar. La tabla 8 muestra estos resultados. Para Cohesión Familiar, no fueron significativos el Género ($p = .659$), el Estado Civil ($p = .861$) la Edad ($p = .630$), el Puesto ($p = .685$) ni el tipo de familia ($p = .364$). Para Adaptabilidad, tampoco se encontró relación significativa con Género ($p = .780$), Estado Civil ($p = .754$), Edad ($p = .742$), Puesto ($p = .331$) ni el tipo de familia ($p = .651$)

La tabla 9 muestra la relación entre la Cohesión y las variables sociodemográficas. Se identificó que, de las 18 mujeres, 12 pertenecían a familias relacionadas, 3 a aglutinadas, 2 a semirrelacionadas y 1 a no relacionada. Los 11 participantes varones se distribuyeron en 6 familias relacionadas, 3 semirrelacionadas, 1 no relacionada y 1 aglutinada. La distribución por estado civil identificó a 11 solteros, 5 en familias relacionadas, 4 en semirrelacionadas, 1 en no relacionada y 1 en aglutinada; 14 casados, 9 en familias relacionadas, 3 en aglutinada, 1 en no relacionada y 1 en semirrelacionada. 2 individuos fueron divorciados, ambos en familia relacionada. 1 participante se identificó en unión libre y 1 viudo, ambos en familias relacionadas.

En cuanto a la edad, se identificaron 18 familias relacionadas distribuidas en los siguientes grupos de edad: 21-29 años 3 familias, 30-39 años 7 familias, 40-49 años 6 familias, 50-59 1 familia y 60-69 años 1 familia. Se encontraron 5 familias

semirrelacionadas, 2 en edades entre 40-49 años y 3 en entre 50-59 años. 2 familias no relacionadas se encontraron cada una en el grupo de edad de 30-39 y 40-49 años. Por ultimo, 4 familias aglutinadas se encontraron una en cada grupo de edad, de 30-39, 40-49, 50-59 y 60-69 años.

En el estudio del puesto, los 15 médicos pertenecieron a 7 familias relacionadas, 4 aglutinada, 3 semirrelacionada y 1 no relacionada. Los 5 enfermeros pertenecieron a 4 familias relacionadas y 1 semirrelacionada, los 6 auxiliares de enfermería a 5 familias relacionadas y 1 relacionada, los participantes de jefatura, 1 a familia relacionada y 1 a semirrelacionada, el compañero de psicología correspondía a familia relacionada. En la relación con tipo de familia, se encontraron 9 familias nuclear simple, todas en el grupo de familias relacionadas, 7 familias monoparentales, 3 semirrelacionadas, 2 relacionadas, 1 no relacionada y 1 aglutinada, 1 familia monoparental extensa del tipo relacionada, 2 familias unipersonales, 1 semirrelacionada y 1 relacionada, 9 familias nucleares, 4 relacionadas, 3 aglutinadas, 1 no relacionada y 1 semirrelacionada, y una familia monoparental extensa compuesta del tipo relacionada.

En la tabla 10 se muestra la relación entre la Adaptabilidad y las variables sociodemográficas contempladas, encontrándose que, de las 18 mujeres, 8 pertenecían a familias caóticas, 5 a estructuradas, 4 flexibles y 1 a rígida. Los 11 varones se distribuyeron en 6 familias caóticas, 3 flexibles y 2 estructuradas.

En cuanto al estado civil, 11 participantes fueron solteros, 5 en familias caóticas, 3 en flexibles, 2 en estructuradas y 1 en familia rígida. 14 individuos fueron casados, 6 en familia caótica, 4 en flexible y 4 en estructurada. Dos individuos son divorciados, ambos en familia caótica. Se identificaron 1 participante en unión libre, dentro de familia caótica y uno viudo, en familia estructurada.

Con relación a la Edad, se identificaron 14 familias caóticas, distribuidas en los grupos de edad de la siguiente manera: 21-29 años 1 familia, 30-39 años 3 familias, 40-49 años 4 familias, 50-59 años 4 familias, 60-69 años 2 familias. 7 familias calificaron como estructuradas, 4 en el grupo de 30-39 años y 3 en el de 40-49 años. En cuanto a familias flexibles, se encontraron 2 en el grupo de edad de 21-29 años, 2 en el de

30-39 y 3 en el de 40-49 años. Solo se identificó una familia rígida, en el grupo de edad de 50-59 años

En la relación con el puesto, los 15 participantes médicos se encontraron distribuidos en 9 familias caóticas, 4 estructuradas y 2 flexibles, los 5 participantes de enfermería se encontraron en 3 familias flexibles, 1 estructurada y 1 rígida, los 6 auxiliares de enfermería pertenecieron a 3 familias caóticas, 2 estructuradas y 1 flexible, los 2 participantes de jefatura pertenecían cada uno a familia flexible y caótica, y el compañero de psicología perteneció a familia caótica.

La distribución por tipo de familia identifico que 1 familia rígida pertenecía al grupo monoparental, 7 familias estructuradas se distribuyeron en 4 estructuradas, 2 monoparental y 1 nuclear, 7 familias flexibles pertenecían al grupo nuclear simple (3), monoparental (2) y nuclear (2). 14 familias calificaron como caóticas, perteneciendo 6 al tipo nuclear, 2 al nuclear simple, 2 a familia unipersonal, 1 a monoparental extensa y 1 a monoparental extensa compuesta.

Se realizó un análisis bivariado entre los niveles de despersonalización, realización personal y agotamiento emocional y las variables sociodemográficas, encontrándose los siguientes resultados: la relación entre despersonalización y sexo ($p=.367$), estado civil ($p=.741$), edad ($p=.165$), puesto ($p=.593$) y tipo de familia ($p=.782$). Para Realización personal, la relación con sexo es $p=.640$, estado civil $p=.063$, edad $p=.677$, puesto $p=.407$ y tipo de familia $.026$. En cuanto a Agotamiento Emocional, la relación con sexo fue $p=.474$, estado civil $p=.384$, edad $p=.309$, puesto $p=.300$ y con el tipo de familia $p=.673$. Estos resultados se describen en la tabla 11.

Por último, se buscó también la relación entre los tipos de familia por cohesión y adaptabilidad con niveles de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Se encontró una relación entre el tipo de familia por cohesión con agotamiento con una $p=.452$, despersonalización con $p=.539$ y realización personal con $p=.875$. en cuanto a la relación entre la clasificación de adaptabilidad y agotamiento emocional ($p=.679$), despersonalización ($p=.435$) y Realización personal ($p=.225$). Estos resultados se muestran en la tabla 12.

DISCUSION

El síndrome de desgaste profesional o burnout ha sido estudiado previamente, identificándose una prevalencia de 1 en 5 trabajadores de la población general y con mayor susceptibilidad en las profesiones que se desempeñan con atención directa al público. De este grupo de profesiones, se estima que los trabajadores de la salud presentan una mayor tendencia a la depresión que el resto de la población, siendo el burnout un componente crucial en su desarrollo (4, 6, 13, 15).

Los componentes del síndrome del burnout son:

- Despersonalización, que finalmente culmina en apatía y deshumanización en el desempeño del trabajo. Los valores identificados en este rubro fueron bajo o normal en 15 participantes (51.7%) y anormales en 14 participantes (medio, 5 participantes, alto 9, 17.2 y 31%, respectivamente).
- Cansancio emocional, manifestado por agotamiento físico y mental, relacionado con la sobrecarga laboral. Los resultados de nuestro estudio se encuentran en valores normales el 51.7% (15 participantes) y 14 participantes con niveles anormales (7 en valores altos y 7 en valores medios, 24.1% cada uno).
- Baja realización personal: que conduce al deterioro de la capacidad en el desempeño, con pérdida del sentimiento de gratificación que debe acompañar al medio de ganarse la vida. Los resultados de nuestro estudio muestran valores normales en 17 participantes (58.6%), y anormales en 41.4% (medio en 4, 13.8% y bajo en 8, 27.6%)

Considerando los puntos de corte, nuestro estudio encontró una prevalencia de burnout de casi el 50% de los trabajadores, con agotamiento emocional medio o alto en 48.2%, despersonalización media o alta en 48.2% y realización personal media o baja en 41.4%. Esto contrasta con estudios donde se habla de una prevalencia del 20.1% en personal de salud (7), en donde el grupo de enfermería profesional fue quien

tuvo más riesgo (prevalencia del 53.7%), aunque es aproximado a la relación identificada en médicos internos, con prevalencia del 45%.

Nuestro estudio no trata de ahondar en las razones que expliquen cada uno de los componentes del síndrome, tales como relacionar con el tipo de contrato (de base o de sustitución), antigüedad laboral, salario, horas laboradas, relaciones interpersonales, conflictos con jefaturas, etcétera. Sin embargo, la alta prevalencia de burnout identificada justifica realizar más estudios que traten de identificar a qué otras variables pueden relacionarse, y que acciones puede tomar el Instituto para corregirlas.

Nosotros dirigimos nuestra investigación a determinar la posible relación entre la funcionalidad familiar y la presencia de síndrome de burnout. Lamentablemente, una de las deficiencias del estudio es que, debido a su diseño, no se puede clasificar del todo la funcionalidad de la familia, ya que para eso se debería haber aplicado la Escala a uno o mas miembros de la familia, además del trabajador. Sin embargo, si nos fue posible clasificar a las familias de los trabajadores según Cohesión y Adaptabilidad, en sus diversos subtipos. Sorprendentemente, ninguno de los tipos de familia por Cohesión (Relacionadas, Semirrelacionadas, Aglutinadas, No Relacionadas) ni por Adaptabilidad (Caóticas, Flexibles, Estructuradas, Rígidas) mostró relación significativa con los componentes del síndrome ni con la prevalencia del síndrome en sí. De esto se desprende que estudios futuros pudieran realizarse identificando la funcionalidad familiar, incluyendo la valoración a miembros de la familia, además del paciente.

Diversos estudios han tratado de relacionar al síndrome de burnout y a la funcionalidad familiar con variables sociodemográficas, como edad, sexo, nivel educativo, entre otros. Las variables que se consideraron en nuestro estudio no mostraron correlación ni con la funcionalidad familiar ni con la prevalencia de los componentes del síndrome de burnout.

Pese a lo anterior, la tipología familiar si presentó correlación con la realización personal alta, un factor protector del síndrome de burnout. En forma interesante, esta

relación se identificó particularmente con la familia Nuclear y Nuclear simple (definida como nuclear a la pareja sin hijos y nuclear simple a la pareja con uno a tres hijos) (32). Esto indica la posibilidad de realizar estudios de cohorte sociológica, para determinar si la composición familiar y la aparición de nuevas estructuras familiares, pudiera relacionarse con la funcionalidad, burnout y otras cuestiones de interés, como el control de enfermedades.

En vista de la situación mundial por la que estamos atravesando en estos momentos, es importante recalcar que la muestra que analizamos en el presente estudio fue recabada justo al inicio de la pandemia, señalando por tanto, que estos niveles de burnout fueron identificados antes de la sobrecarga emocional y laboral que estamos manejando, por lo que es razonable suponer que estos valores se hayan incrementado actualmente, lo que hace mas importante el que se tomen medidas para conocer la magnitud de este síndrome en nuestros trabajadores e iniciar medidas para manejarlo.

CONCLUSIONES

- Se identificaron niveles diagnósticos de síndrome de burnout en un alto porcentaje de la población estudiada (48%), mucho mas alta de la esperada
- No se encontró relación significativa entre la cohesión y la adaptabilidad familiar con ninguno de los componentes del síndrome de burnout.
- La única relación significativa identificada, fue la presencia de niveles altos de realización personal con el tipo de familia nuclear y nuclear simple.
- Se requieren estudios con mayor población y diseño mas amplio, para poder categorizar a las familias con todos los componentes de la funcionalidad familiar, y analizar otras variables sociodemográficas que pudieran relacionarse.
- Estos elevados valores en la prevalencia de síndrome de burnout en la población estudiada fueron identificados al inicio del impacto de la pandemia, por lo que se debe considerar que en la actualidad sean mayores.
- Es imperativo que se tomen medidas para identificar la prevalencia de este síndrome en nuestra población de trabajadores, así como establecer líneas de intervención.

BIBLIOGRAFÍA

1. López-Santana Y, Díaz-Bersategui Y, Cintra-Hernandez Y y R, Limonta-Rodriguez. *Estrés, el gran depredador*. Revista de Información Científica, 2014,84(2):375-384.
2. Osorio JE, Cárdenas-Niño L *Estrés laboral: estudio de revisión*. Diversitas: Perspectivas en psicología. 2017,13(1):81-90.
3. Olivares-Faundez VE, Gil-Monte PR, Mena L, Jelvez-Wilke C, Figueiredo-Ferraz H. *Relationships between burnout and role ambiguity, role conflict and employee absenteeism among health workers*. Terapia Psicológica. 2014,32(2):111-120.
4. García-Morán, MC, Gil-Lacruz M *El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud*. Persona. 2016,19:11-30.
5. Rivas-Acuña V, Jimenez-Palma C, Mendez-Méndez HA, Cruz-Arceo M, Magaña-Castillo M, Victorino-Barra A. *Frecuencia e intensidad del estrés en Estudiantes de Licenciatura en Enfermería de la DACS*. Horizonte Sanitario, 2014,13(1):162-169.
6. Gherardi-Donato EC, Cardoso L, Bastos-Teixeira CA, de Souza-Pereira S, Reisdorfer E *Asociación entre depresión y estrés laboral en profesionales de enfermería de nivel medio.. 4*, Sao Paulo : s.n., 2015,23.
7. Grisales-Romero, Hugo, Muñoz Yudi, Osorio Diana, Robles Elena *Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia Ibagué, Colombia*,2016(41)244-257.
8. Portero de la Cruz S, Vaquero Abellan M. *Desgaste profesional, estrés y satisfacción laboral del personal de enfermería en un hospital universitario*.Revista latinoamericana de Enfermagem. 2015, Vol. 23(3).
9. Díaz-Bambula F, Carolina-Gómez I. *La investigación sobre el síndrome de burnout en latinoamerica entre 2000 y 2010*. Psicología desde el Caribe, 2016,33(1)113-131.
10. Juárez-García A, Idrovo AJ, Camacho-Avila A, Placencia-Reyes O *Síndrome de burnout en la población mexicana: una revisión sistemática.. 2*, 2014, Salud Mental, Vol. 37, págs. 159-176.
11. Castillo-Avila I, Torres-Llanos N, Ahumada-Cortez a, Cardenas-Tapias K, Licona-Castro S. *Estrés laboral en enfermería y factores asociados*. Salud Uninorte, 2014,30(1)34-43.
12. Fernández-Prada M, González-Cabrera J, Iribar-Ibabe C, Peinado JM. *Riesgos psicosociales y estrés como predictores del burnout en médicos internos residentes en el Servicio de Urgencias*. Gaceta Médica de México. 2017,153:452-480.
13. Jimenez-López JL, Arenas-Osuna J, Angeles-Garay U. *Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico*. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 1, 2015,Vol. 53(1):20-28.

14. Dyrbye LN, West CP, Statele D, Boone S, Tan L, Sloan J, Shanafelt TD. *Burnout among U.S. medical students, residents, and Early career physician relative to the general U.S. population*. Academic Medicine, 2014, , Vol. 89(3):443-451.
15. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal B, Peluso MJ, Guile C, Sen S, Mata DA. *Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students*. JAMA. 2016, 316(21):2214-2236.
16. Puthran R, Zhang MW, Tam WB, Ho R. *Prevalence of depression amongst medical students: a meta-analysis*. Medical Education 2016,50:456-468.
17. Aguirre-Roldán AM, Quijano-Barriga AM. *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. 2015,44(4):194-205.
18. Hernández-González AI, Ortega-Andeane RP, Reidi-Martínez LM. *Validación del instrumento de estrés laboral para médicos mexicanos*. En-claves del pensamiento, 2012,6(11).
19. Zavala-Rodriguez MdR, Ríos-guerra MC, García-Madrid G, Rodríguez-Hernández CP. *Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica*. Aquichan, 2009,9(3):257-270.
20. Anzures-Carro R, Chavez-Aguilar V, García-Peña MC, Pons-Alvarez ON. *Medicina Familiar*. [aut. libro] Anzures-Carro Ricardo. *Medicina Familiar*. México, D.F. : Corinter, 2013, págs. 211-293.
21. Mendoza-Solís LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sanchez HF, Pérez-Hernández C. *Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria*. Archivos de medicina familiar. 2006,8(1): 27-32.
22. Sánchez-Reyes A, Gonzalez-Pedraza A. *Cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con la hemoglobina glucosilada en pacientes diabéticos*. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 2011,16(2):82-88.
23. Lagos-Mendez H, Flores-Rodriguez N. *Funcionalidad familiar y automanejo de pacientes con diabetes mellitus e hipertension arterial en el Hospital de Puente Piedra-Lima*. Cuidado y Salud. 2014,1(2)2409-2312.
24. Concha-Toro MdC, Rodríguez-Garcés CR. *Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados*. Theoria, 2010,19(1):41-50.
25. Mar-García J, Peñarrieta-de Córdova I, León-Hernández R, Gutiérrez-Gómez T, Banda-González O, Rangel-Torres S, de León-Ramírez M. *Relación entre automanejo y percepción de funcionalidad familiar en personas con diabetes mellitus tipo 2*. Enfermería Universitaria. 2017,14(3):155-161.

26. Trujillo-Guerrero TJ, Vázquez-Cruz E, Córdova-Soriano JA. *Percepción de la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en adolescentes*. Atención Familiar, 2016,23(3):100-103.
27. Vaccaro JA, Exebio JC, Zarini GG, Huffman FG. *The role of family/friend social support in diabetes self-management for minorities with type 2 diabetes..* Journal of Nutrition and health, 2014,2(1):1-9.
28. Díaz-Cárdenas S, Arrieta-Vergara K, González-Martínez F .*Estrés Académico y funcionalidad familiar en estudiantes de odontología*. Salud Uninorte. 2014,30(2):121-132.
29. Torres-Reyes A, Morales-Castillo FA, Arriola-Morales G, Montiel-Ramos O, Tenahua-Quitl I, Villegas-Velazquez MdS. *Funcionalidad Familiar desde la perspectiva de un integrante con diabetes mellitus tipo 2 en la sierra Negra de Puebla*. Journal Health NPEPS, 2016,1(2):136-144.
30. Suárez-Cuba MA, Alcalá-Espinoza M .*APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar*. Rev Med La Paz. 2014, , Vol. 20(1):53-57.
31. Ponce-Rosas ER, Gomez-Clavelina FJ, Teran-Trillo M, Irigoyen-Coria AE, Landgrave-Ibañez S. *Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México)*. Atención Primaria. 2002,30(10):624-630.
32. Archivos de Medicina Familiar/editores. *Conceptos Básicos para el estudio de las Familias*. Archivos de Medicina Familiar. 2005, 7(s1) pp15-19.

TABLAS Y GRAFICAS

TABLA 1. CARACTERISTICAS DESCRIPTIVAS DE LA POBLACION

GENERO			EDAD			OCUPACION		
MUJER	18	62.1%	26-30	3	10.4%	MEDICOS	15	51.7%
HOMBRE	11	37.9%	31-35	4	13.8%	ENFERMERIA	5	17.2%
TOTAL	29	100%	36-40	6	20.6%	AUX. ENF	6	20.7%
			41-45	5	17.2%	JEFATURA	2	6.9%
			46-50	6	20.6%	PSICOLOGIA	1	3.4%
CASADO	14	48.3%	51-55	3	10.4%	TOTAL	29	100%
SOLTERO	11	37.9%	56-60	1	3.5%			
DIVORCIADO	1	3.4%	61-65	0	0			
UNION LIBRE	1	3.4%	>66	1	3.5%			
VIUDO	1	3.4%		29	100%			
TOTAL	29	100%						

FUENTE: Base de datos propia

TABLA 2. TIPOS DE FAMILIA IDENTIFICADAS

NUCLEAR	9	31 %
NUCLEAR SIMPLE	9	31%
MONOPARENTAL	7	24.1%
UNIPERSONAL	2	6.9%
MONOPARENTAL EXTENSA	1	3.4%
MONOPARENTAL EXTENSA COMPUESTA	1	3.4%
TOTAL	29	100%

FUENTE: Base de datos propia

TABLA 3. RESULTADOS ESCALA FACES III

COHESION	n	%	ADAPTABILIDAD	n	%
Relacionadas	18	62.1%	Caóticas	14	48.3%
Semirrelacionadas	5	17.2%	Flexibles	7	24.1%
Aglutinadas	4	13.8%	Estructuradas	7	24.1%
No Relacionadas	2	6.9%	Rígidas	1	3.4%
	29	100%		29	100%

FUENTE: Base de datos propia

TABLA 4. RESULTADOS MASLACH BURNOUT INVENTORY

AGOTAMIENTO EMOCIONAL	n	%	DESPERSONALIZACIÓN	n	%	REALIZACIÓN PERSONAL	n	%
BAJO	1	51.7	BAJO	1	51.7	BAJO	8	27.6
	5			5	7			
MEDIO	7	24.1	MEDIO	5	17.2	MEDIO	4	13.8
					2			
ALTO	7	24.1	ALTO	9	31	ALTO	1	58.6
							7	
	2	100					2	100
	9	%					9	%

FUENTE: Base de datos propia

RESULTADOS ANALISIS BIVARIADO

TABLA 5. RELACIÓN ENTRE VALORES DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y RUBROS DE LA ESCALA DE MASLACH

	Cohesión	Adaptabilidad
Agotamiento Emocional	.679*	.452*
Despersonalización	.435*	.539*
Realización Personal	.225*	.875*

*Valor de Xi cuadrada
Fuente: Base de datos propia

TABLA 6. FAMILIAS AGRUPADAS SEGÚN RESULTADOS DE COHESIÓN FAMILIAR Y COMPONENTES DEL SÍNDROME DE BURNOUT.

	AGOTAMIENTO EMOCIONAL			
Cohesión familiar	BAJO	MEDIO	ALTO	TOTAL
No Relacionada	1	0	1	2
Semirrelacionada	2	1	2	5
Relacionada	10	6	2	18
Aglutinada	2	0	2	4
TOTAL	15	7	7	29
	DESPERSONALIZACION			
No Relacionada	0	0	2	2
Semirrelacionada	3	1	1	5
Relacionada	10	3	5	18
Aglutinada	2	1	1	4
TOTAL	15	5	9	29
	REALIZACION PERSONAL			
No Relacionada	1	0	1	2
Semirrelacionada	2	1	2	5
Relacionada	4	3	11	18
Aglutinada	1	0	3	4
TOTAL	8	4	17	29

Fuente: Base de datos propia

TABLA 7. FAMILIAS AGRUPADAS SEGÚN RESULTADOS DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR Y COMPONENTES DEL SÍNDROME DE BURNOUT.

	AGOTAMIENTO EMOCIONAL			
ADAPTABILIDAD familiar	BAJO	MEDIO	ALTO	TOTAL
RIGIDA	1	0	0	1
ESTRUCTURADA	3	2	2	7
FLEXIBLE	2	3	2	7
CAOTICA	9	2	3	14
Total	15	7	7	29
	DESPERSONALIZACION			
RIGIDA	1	0	0	1
ESTRUCTURADA	4	1	2	7
FLEXIBLE	1	2	4	7
CAOTICA	9	2	3	14
TOTAL	15	5	9	29
	REALIZACION PERSONAL			
RIGIDA	1	0	0	1
ESTRUCTURADA	3	1	3	7
FLEXIBLE	3	0	4	7
CAOTICA	1	3	10	14
Total	8	4	17	29

Fuente: Base de datos propia

TABLA 8. TABLA CRUZADA ENTRE COHESIÓN, ADAPTABILIDAD Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

	COHESIÓN (p)	ADAPTABILIDAD (p)
GÉNERO	.659	.780
ESTADO CIVIL	.861	.754
EDAD	.630	.742
PUESTO	.685	.331
TIPO DE FAMILIA	.364	.651

Fuente: Base de datos propia

TABLA 9. RELACION ENTRE COHESION Y VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

TIPO DE FAMILIA		RELACIONA DA	SEMIRELACIONA DA	NO RELACIONA DA	AGLUTINA DA
SEXO	MUJER	12	2	1	3
	HOMBRE	6	3	1	1
ESTAD O CIVIL	SOLTERO	5	4	1	1
	CASADO	9	1	1	3
	DIVORCIADO	2	0	0	0
	UNION LIBRE	1	0	0	0
	VIUDO	1	0	0	0
EDAD	21-29 AÑOS	3	0	0	0
	30-39 AÑOS	7	0	1	1
	40-49 AÑOS	6	2	1	1
	50-59 AÑOS	1	3	0	1
	60-69 AÑOS	1	0	0	1
PUESTO	MEDICOS	7	3	1	4
	ENFERMERIA	4	1	0	0
	AUX. ENF.	5	0	1	0
	JEFATURA	1	1	0	0
	PSICOLOGIA	1	0	0	0
TIPO DE FAMILIA	NUCLEAR SIMPLE	9	0	0	0
	MONO- PARENTAL	2	3	1	1
	MONOP. EXT.	2	0	0	0
	UNI- PERSONAL	1	1	0	0
	NUCLEAR	4	1	1	3
	MONOP. EXT. COMPUESTA	1	0	0	0

FUENTE: Base de datos propia

TABLA 10. RELACION ENTRE ADAPTABILIDAD Y VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

TIPO DE FAMILIA		CAOTICA	ESTRUCTURADA	FLEXIBLE	RIGIDA
SEXO	MUJER	8	5	4	1
	HOMBRE	6	2	3	0
ESTADO CIVIL	SOLTERO	5	2	3	1
	CASADO	6	4	4	0
	DIVORCIADO	2	0	0	0
	UNION LIBRE	1	0	0	0
	VIUDO	0	1	0	0
EDAD	21-29 AÑOS	1	0	2	0
	30-39 AÑOS	3	4	2	0
	40-49 AÑOS	4	3	3	0
	50-59 AÑOS	4	0	0	1
	60-69 AÑOS	2	0	0	0
PUESTO	MEDICOS	9	4	2	0
	ENFERMERIA	0	1	3	1
	AUX. ENF.	3	2	1	0
	JEFATURA	1	0	1	0
	PSICOLOGIA	1	0	0	0
TIPO DE FAMILIA	NUCLEAR SIMPLE	2	4	3	0
	MONO-PARENTAL	2	2	2	1
	MONOP. EXT.	1	0	0	0
	UNI-PERSONAL	2	0	0	0
	NUCLEAR	6	1	2	0
	MONOP. EXT. COMP	1	0	0	0

Fuente: base de datos

TABLA 11. RELACIÓN ENTRE DESPERSONALIZACIÓN, REALIZACIÓN PERSONAL Y AGOTAMIENTO EMOCIONAL CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

	DESPERSONALIZACIÓN			REALIZACIÓN PERSONAL			AGOTAMIENTO EMOCIONAL		
	BAJO	MEDIO	ALTO	BAJO	MEDIO	ALTO	BAJO	MEDIO	ALTO
GENERO	(p=.367)			(p=.640)			(p=.474)		
MUJER	11	3	4	6	2	10	10	5	3
HOMBRE	4	2	5	2	2	7	5	2	4
ESTADO CIVIL	(p=.741)			(p=.063)			(p=.384)		
SOLTERO	4	2	5	4	4	3	5	3	3
CASADO	7	3	4	2	0	2	9	2	3
DIVORCIADO	2	0	0	1	0	1	1	1	0
UNION LIBRE	1	0	0	0	0	1	0	1	0
VIUDO	1	0	0	1	0	0	0	0	1
EDAD	(p=.165)			(p=.677)			(p=.309)		
21-29	1	1	1	0	1	2	2	1	0
30-39	3	2	4	2	1	6	6	3	0
40-49	6	1	3	4	1	5	3	3	4
50-59	4	0	1	1	1	1	3	0	2
60-69	1	1	0	1	0	0	1	0	1
PUESTO	(.593)			(p=.407)			(p=.300)		
MEDICO	8	2	5	4	3	8	8	3	4
ENFERMERIA	2	1	2	3	0	2	3	2	0
AUX. ENF.	4	1	1	1	0	5	3	2	1
JEFATURA	1	0	1	0	1	1	0	0	2
PSICOLOGIA	0	1	0	0	0	0	0	0	0
TIPO FAMILIA	(p=.782)			(p=.026)			(p=.673)		
NUCLEAR SIMPLE	5	1	3	1	1	7	5	3	1
MONOPARENTAL	3	1	3	5	0	2	3	1	3
MONOP. EXT	1	0	0	0	0	1	0	1	0
UNIPERSONAL	2	0	0	1	1	0	1	0	1
NUCLEAR	3	3	3	1	1	7	5	2	2
MONOP. EXT. COMP	1	0	0	0	1	0	1	0	0

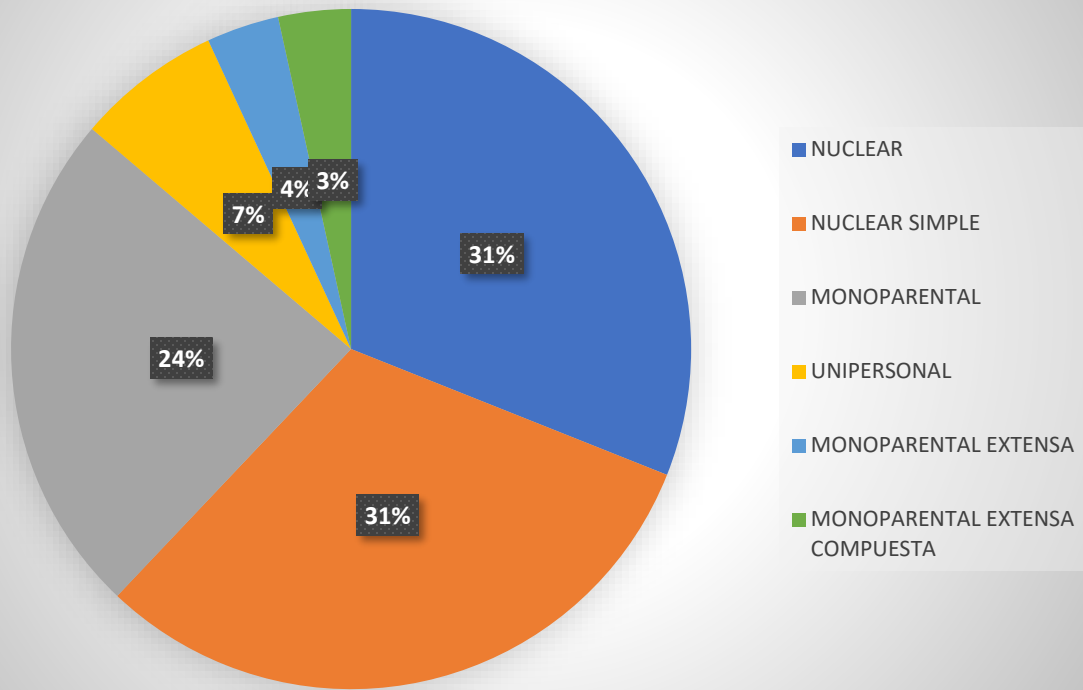
FUENTE: Base de datos propia

TABLA 12. RELACION ENTRE COHESION Y ADAPTABILIDAD CON AGOTAMIENTO EMOCIONAL, DESPERSONALIZACION Y REALIZACION PERSONAL

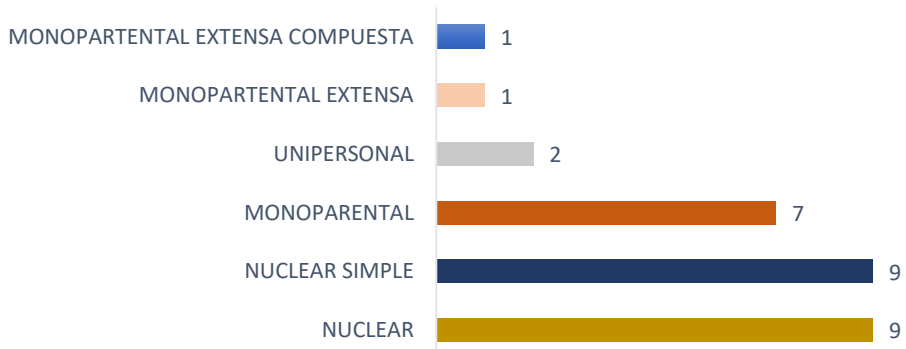
	AGOTAMIENTO EMOCIONAL			DESPERSONALIZACION			REALIZACION PERSONAL		
	BAJO	MEDIO	ALTO	BAJO	MEDIO	ALTO	BAJO	MEDIO	ALTO
COHESION	(p=.452)			(p=.539)			(p=.875)		
NO RELACIONADA	1	0	1	0	0	2	1	0	1
SEMIRRELACIONADA	2	1	2	3	1	1	2	1	2
RELACIONADA	10	6	2	10	3	5	4	3	11
AGLUTINADA	2	0	2	2	1	1	1	0	3
ADAPTABILIDAD	(p=.679)			(p=.435)			(p=.225)		
RELACIONADA	1	0	0	1	0	0	1	0	0
ESTRUCTURADA	3	2	2	4	1	2	3	1	3
FLEXIBLE	2	3	2	1	2	4	3	0	4
CAOTICA	9	2	3	9	2	3	1	3	10

FUENTE: Base de datos

GRAFICA 1. TIPOS DE FAMILIA

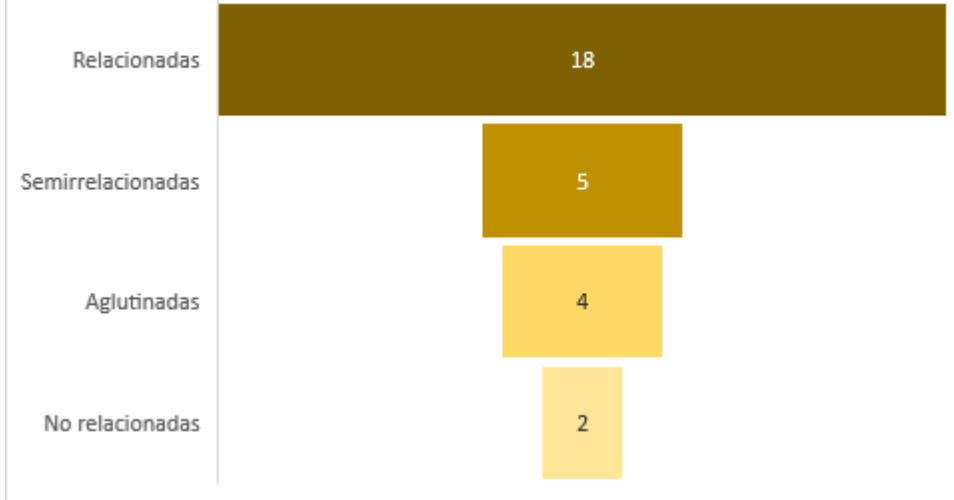


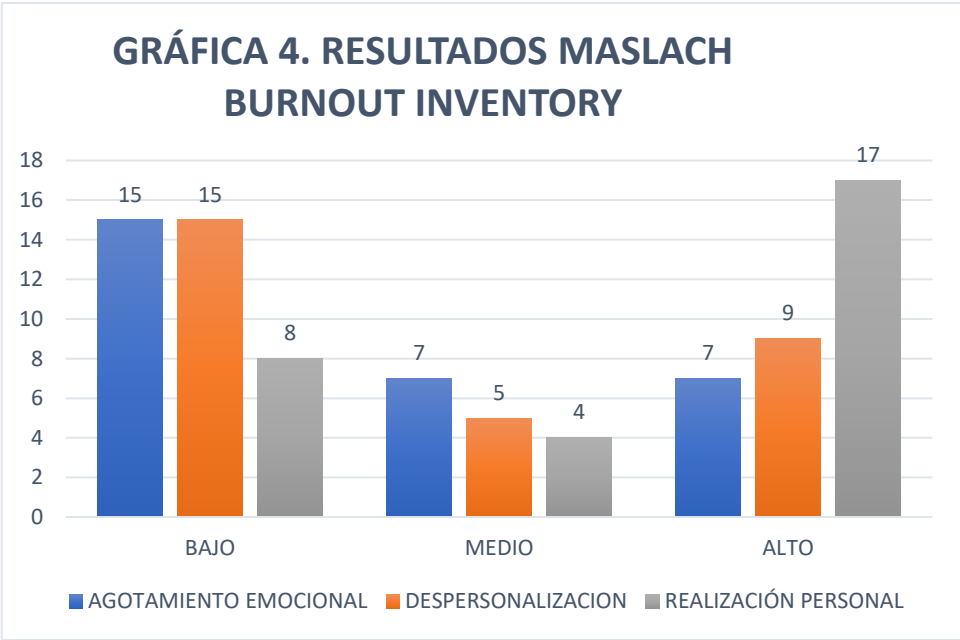
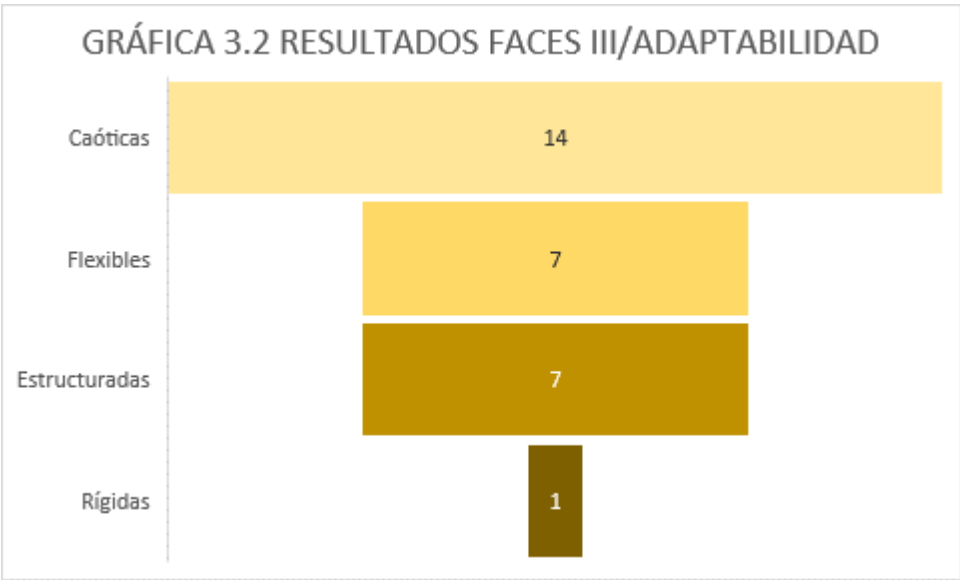
GRÁFICA 2. TIPOS DE FAMILIA IDENTIFICADAS



FUENTE: base de datos propia

GRAFICA 3.1 RESULTADOS FACES III/COHESION





ANEXOS

Hojas de recolección de información

I. Cuestionario para identificar la composición familiar

1. Ficha de identificación:

- Nombre(iniciales):_____NSS

- Género: Masculino_____ Femenino: _____ Estado civil:

- Edad: _____ años Puesto _____ de trabajo:

2. Personas que habitan en su domicilio:

- Madre:_____ Padre:_____
- Hijos:_____ (cuantos)
- Abuelos_____ (maternos o paternos)
- Otros: _____ (quienes)_____

3. Conclusión: tipo de familia_____

II. Hoja para evaluación de escala FACES III

Instrumento	Puntuación total	Conclusión	
FACES III		Conclusión:	
Adaptabilidad			
Cohesión			
MBI			
ASPECTO EVALUADO	Preguntas a evaluar	Valor obtenido	Interpretación (indicios de burnout)
Cansancio emocional	1-2-3-6-8-13-14-16-20		>26
Despersonalización	5-10-11-15-22		>9
Realización personal	4-7-9-12-17-18-19-21		>34

Escala FACES III

ANEXO 1

FACES III (D.H. Olson, J. Portner e Y. Lavee).
Versión en español (México): C. Gómez y C. Irigoyen

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado:

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

Maslach Burnout Inventory

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.
3. Me siento fatigado cuando me levanto de la cama y tengo que ir a trabajar.
4. Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes.
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.
8. Me siento «quemado» por mi trabajo.
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de los pacientes.
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.
12. Me siento muy activo.
13. Me siento frustrado en mi trabajo.
14. Creo que estoy trabajando demasiado.
15. Realmente no me preocupa lo que les ocurre a mis pacientes.
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.
20. Me siento acabado.
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.
22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas.

PUNTUACIÓN	FRECUENCIA
0	NUNCA
1	POCAS VECES AL AÑO O MENOS
2	UNA VEZ AL MES O MENOS
3	UNAS POCAS VECES AL MES
4	UNA VEZ A LA SEMANA
5	POCAS VECES A LA SEMANA
6	TODOS LOS DÍAS

Consentimiento informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: **ASOCIACION ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SINDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE SALUD DE LA UMF NO. 56**

Patrocinador externo (si aplica): No aplica

Lugar y fecha: Ciudad Juárez Chihuahua, marzo a junio del 2020

Número de registro: R-2020-802-005

Justificación y objetivo del estudio: El trabajar con un alto nivel de estrés es perjudicial para la salud. El estrés laboral o síndrome de burnout se desarrolla cuando no se logra la satisfacción con base al esfuerzo laboral, produciendo un sentimiento de agotamiento, los trabajadores de salud se encuentran con mayor riesgo de presentar esta condición. La funcionalidad familiar es considerada como la capacidad de la familia para afrontar las crisis de forma proactiva. El objetivo del estudio es identificar la asociación entre la presencia de síndrome de burnout según la escala de Maslach y la funcionalidad familiar identificada con FACES III en el personal de salud de la UMF No. 56

Procedimientos: Si usted acepta participar, se aplicarán los cuestionarios autoaplicables FACES III y escala de Maslach para determinar la funcionalidad familiar y el síndrome de burnout, en una sola ocasión, autoaplicables y confidenciales que le tomara 30 minutos de su tiempo para su contestación.

Posibles riesgos y molestias: Riesgos físicos: mínimo al no realizar ninguna intervención diagnóstica ni terapéutica que puedan dañar las condiciones biológicas del individuo
Riesgos psicológicos: moderados al utilizar instrumentos de medición sobre la conducta humana y las emociones puede experimentar angustia, culpa, estrés, este efecto puede durar hasta días y presentar dificultad para lograr objetivos.
Riesgos sociales: mínimos al no sufrir estigmatización por presentar síndrome de burnout.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: La identificación de cuadro de ansiedad al contestar la escala de Maslach, para la referencia al servicio de psicología. Valorar la funcionalidad familiar del trabajador y en caso de presentar alguna disfuncionalidad referirlos a personal capacitado en terapia familiar, de tal forma que ayudara al trabajador y a su familia a llevar un entorno más saludable en la familia.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: A los participantes de manera individual se les dará a conocer sus resultados de cada uno de las escalas y con ello la referencia al personal capacitado para el seguimiento.
Los resultados cuantificados de manera global serán presentados en un foro de investigación

Participación o retiro: Es de forma voluntaria y en cualquier momento puede retirarse del estudio sin consecuencias de ningún tipo

Privacidad y confidencialidad: Se mantendrá el anonimato de los participantes y los datos serán confidenciales para el estudio.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

- No autoriza que se tome la muestra.
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): En caso necesario serán referidos al área de psicología para su tratamiento.

Beneficios al término del estudio: Identificar si presenta síndrome de burnout o disfuncionalidad familiar y con ello, de requerir manejo se referirá a consulta de medicina familiar para su tratamiento y/o canalización

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:
Investigador Responsable: Aaron David Gamboa Ibarra Teléfono (656)211-23-41

Colaboradores: Isela Pérez Acosta Teléfono (656)148-08-53
Martha Alejandra Maldonado Burgos Teléfono (614)413-31-56

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comiteeticainv.imss@gmail.com

Matrícula IMSS _____

Firma de consentimiento

Testigo 1

Matrícula IMSS y Firma

Testigo 2

Matrícula IMSS y Firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio **Clave: 2810-009-013**

Carta de no inconveniencia

Ciudad Juárez, Chihuahua, Noviembre 2019.

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.

No. 802.

Sede UMF 46, Ciudad Juárez, Chihuahua.

Por medio del presente, manifiesto que no existe inconveniente en que se lleve a cabo el proyecto "ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SINDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE SALUD DE LA UMF NO. 56." en la Unidad a mi cargo bajo la responsabilidad del investigador Dr. Aarón David Gamboa Ibarra y colaboradores.

Sin otro particular.

Atentamente.


Dr. José María Cardona Orozco

Director UMF no. 56, Ciudad Juárez, Chih.