



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS

CENTRO MEDICO ECATEPEC

“ASOCIACIÓN ENTRE EL SINDROME DE BURNOUT Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN TRABAJADORES DEL SISTEMA PENITENCIARIO DE GUARDIA Y CUSTODIA: CUERPO DE SEGURIDAD AUXILIAR DEL ESTADO DE MÉXICO”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA: ANA GUADALUPE MONTIEL JUAREZ

ASESOR DE TESIS DE INVESTIGACION
DR. VICTOR MANUEL CAMARILLO NAVA

ESTADO DE MÉXICO 2022



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL
ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS

“ASOCIACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE
BURNOUT Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR
EN TRABAJADORES DEL SISTEMA
PENITENCIARIO DE GUARDIA Y
CUSTODIA: CUERPO DE SEGURIDAD
AUXILIAR DEL ESTADO DE MÉXICO”

TRABAJO PARA OBTENER
EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

R E S E N T A

ANA GUADALUPE MONTIEL JUAREZ

ECATEPEC ESTADO DE MÉXICO, 2022

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

“ASOCIACION ENTRE EL SINDROME DE BURNOUT Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN TRABAJADORES DEL SISTEMA PENITENCIARIO DE GUARDIA Y CUSTODIA: CUERPO DE SEGURIDAD AUXILIAR DEL ESTADO DE MÉXICO”

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.
PRESENTA

ANA GUADALUPE MONTIEL JUAREZ

AUTORIZACIONES:



DR. GUILLERMO VICTAL VÁZQUEZ
DIRECTOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO
JEFA DE DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION E INNOVACION EDUCATIVA EN SALUD.



FACULTAD DE MEDICINA
ESTUDIOS DE POSTGRADO
CARRERA DE MEDICINA FAMILIAR

“ASOCIACIÓN ENTRE EL SINDROME DE BURNOUT Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN TRABAJADORES DEL SISTEMA PENITENCIARIO DE GUARDIA Y CUSTODIA: CUERPO DE SEGURIDAD AUXILIAR DEL ESTADO DE MÉXICO”

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA

ANA GUADALUPE MONTIEL JUAREZ

AUTORIZACIONES:



DR. JAVIER SANTA CRUZ VARELA

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



DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA

DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. GEOVANI LOPEZ ORTIZ

COORDINADOR DE INVESTIGACION

DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

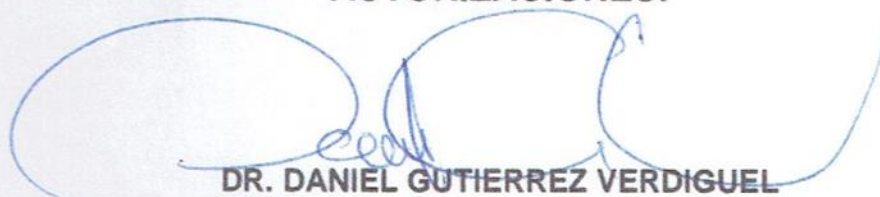


“ASOCIACION ENTRE EL SINDROME DE BURNOUT Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN TRABAJADORES DEL SISTEMA PENITENCIARIO DE GUARDIA Y CUSTODIA: CUERPO DE SEGURIDAD AUXILIAR DEL ESTADO DE MÉXICO”

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.
PRESENTA

ANA GUADALUPE MONTIEL JUAREZ

AUTORIZACIONES:



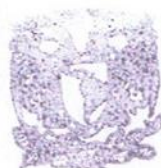
DR. DANIEL GUTIERREZ VERDIGUEL
DIRECTOR CENTRO MÉDICO ECATEPEC.



DRA. ANA LIDIA CAMPUZANO NAVARRO
JEFA DE LA UNIDAD DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN



DR. JAIME TORAL LÓPEZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN Y PRESIDENTE DEL COMITÉ



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
CARRERAS DE ESTUDIOS DE POSGRADO
CARRERA DE MEDICINA

ESTADO DE GUADALAJARA
SECRETARÍA DE SALUD

10 JUN 2022

UNIDAD DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN MÉDICA
CENTRO MÉDICO ECATEPEC
2022 59102

"ASOCIACION ENTRE EL SINDROME DE BURNOUT Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN TRABAJADORES DEL SISTEMA PENITENCIARIO DE GUARDIA Y CUSTODIA: CUERPO DE SEGURIDAD AUXILIAR DEL ESTADO DE MÉXICO"

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.
PRESENTA

ANA GUADALUPE MONTIEL JUAREZ

AUTORIZACIONES:



DR. RICARDO LOZANO MARTINEZ
ASESOR DE TESIS Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR EN EL CENTRO MEDICO ECATEPEC ISSEMYM



DR. VICTOR MANUEL CAMARILLO NAVA
ASESOR METODOLOGICO DE TESIS
PROFE COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD OOAD DF NORTE IMSS



FACULTAD DE MEDICINA
ESTUDIOS DE POSTGRADO
UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

Agradecimientos:

“A todas las personas que me apoyaron e hicieron posible que este trabajo se realice con éxito. En especial a mi tutor por compartirme sus conocimientos y por guiarme en este largo camino. A toda mi familia en especial a mi Esposo e hijos por todo su apoyo en las buenas y en las malas siempre haciendo un buen equipo y amigos por acompañarme en este proceso.”

ÍNDICE

MARCO TEÓRICO	10
JUSTIFICACIÓN	46
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	47
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	48
HIPÓTESIS	49
OBJETIVOS	49
OBJETIVO GENERAL	49
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	49
MATERIAL Y MÉTODOS	50
UNIVERSO DE TRABAJO	50
DISEÑO ARQUITECTÓNICO:	50
DISEÑO METODOLÓGICO	50
TIPO DE ESTUDIO	50
LUGAR DE ESTUDIO	50
TAMAÑO DE LA MUESTRA	51
TIPO DE MUESTREO	51
CRITERIOS DE PARTICIPACIÓN	52
VARIABLES	53
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	53
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	55
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO	56
ASPECTOS ÉTICOS	58
RECURSOS	64
Recursos humanos:	64
Recursos físicos.	64
Financiamiento.	64
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	65
RESULTADOS	66
DISCUSIÓN	72
CONCLUSIÓN	79
ANEXOS	80
ANEXO 1. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	80
ANEXO 2. ESTRÉS LABORAL; ESCALA DE BURNOUT.	81
ANEXO 3	82
ANEXO 4. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	833
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84

ASOCIACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE BURNOUT Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN TRABAJADORES DEL SISTEMA PENITENCIARIO DE GUARDIA Y CUSTODIA: CUERPO DE SEGURIDAD AUXILIAR DEL ESTADO DE MÉXICO

RESUMEN

Introducción: El síndrome de “Burnout”, también llamado síndrome de “quemarse por el trabajo”, de estar quemado o de desgaste profesional, se considera como la fase avanzada del estrés profesional, y se produce cuando se desequilibran las expectativas en el ámbito profesional y la realidad del trabajo diario. Ocurre con frecuencia en personal que labora en reclusorios y penitenciarias. **Objetivo:** Analizar la asociación entre el síndrome de burnout y la funcionalidad familiar en trabajadores del sistema penitenciario de guardia y custodia: “Cuerpo de Seguridad Auxiliar del Estado de México. **Material y métodos:** Estudio de causa efecto tipo transversal, para identificar la frecuencia de burnout en personal de guardia y custodia de dos centros penitenciarios, así como su asociación con la funcionalidad familiar. Otras variables de estudio serán datos sociodemográficos, antigüedad laboral y nivel educativo. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial para el análisis de los datos así como cálculo de riesgos mediante Odds ratio. Se utilizó el programa estadístico IBM SPSS V. 24. **Resultados:** La frecuencia de síndrome de burnout en la población estudiada fue del 77.6%, (Cansancio emocional; 99.2%, despersonalización; 80%, realización personal; 95.2%), la frecuencia de disfunción familiar fue del 91.2% y la disfunción severa fue del 6.8%. No se encontró asociación entre la presencia de burnout y la disfunción familiar con una r de Pearson de -0.055 ($p > 0.05$), ni con otras variables estudiadas. **Conclusión:** La frecuencia del síndrome de burnout y la disfunción familiar en personal de guardia y custodia del Cuerpo de Seguridad Auxiliar del Estado de México es considerablemente alta. Es necesario establecer programas de atención y prevención de dichos problemas entre los custodios a fin de garantizar su salud mental y laboral la cual finalmente impacte en la salud familiar.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, Custodios, Penitenciarias, Disfunción familiar.

MARCO TEÓRICO

SINDROME DE BURNOUT

El Síndrome de Burnout es un trastorno adaptativo crónico asociado a un afrontamiento inadecuado de las demandas psicológicas del trabajo, que daña la calidad de vida de quién lo padece y disminuye la calidad. Se producen trastornos emocionales, conductuales, sociales, psicosomáticos y familiares. El Síndrome de Burnout lleva al sujeto a experimentar un rechazo diario, aumenta el ausentismo, se pierde eficacia, se tiende a presentar un comportamiento excesivamente profesional y burocratizado y ante el deseo de cambiar de trabajo, aumenta la rotación de puestos y el abandono profesional (Anabella). (Alfonso) (Garcia)

El término inglés “burnout” a estar fundido, quemado, agotado, gastado, fatigado, exhausto, consumido, apagado. Este término, que tiene su origen en la industria aeroespacial, designa el agotamiento del carburador de los cohetes que tiene como resultado el recalentamiento y la rotura de las máquinas. En el ámbito de la salud, el término Burnout aparece por primera vez en la década del ´70, en Estados Unidos. Esparza, Guerra y Martínez identifican dos fases en la evolución de éste constructo: una fase inicial que se enfoca en la descripción clínica del fenómeno, a partir del cual surge el desarrollo conceptual del síndrome; y posteriormente una fase empírica cuyo énfasis radica en la realización de investigaciones con el fin de evaluar y medir el Síndrome de Burnout. (Fatima)

Fue el psicólogo clínico Freudenberguer quién, en 1974, lo empleó por primera vez en el ámbito de la salud, aludiendo a un tipo de estrés laboral e institucional generado específicamente en aquellas profesiones de ayuda y servicio social en la que existía una relación constante y directa con otras personas, que son los beneficiarios directos de su acción profesional. Este autor, quién trabajaba en una clínica de desintoxicación en Nueva York, observó lo que sucedía con jóvenes voluntarios, que siendo en un comienzo entusiastas y vigorosos, al final del primer año de práctica institucional sufrían una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes (Anabella). En forma paralela Maslach, una investigadora de Psicología Social, estudiaba

el modo a través del cuál las personas alcanzaban el máximo nivel de “arousal” emocional en el trabajo. Se interesó particularmente en las estrategias cognitivas de afrontamiento. Luego descubrió que ambos, el “arousal” y las 6 estrategias cognitivas, tenían implicancias importantes en la identidad de estos profesionales y en su conducta de trabajo. Al describir este fenómeno constató que correspondía al aún poco investigado fenómeno de Burnout. Entonces, Maslach y sus colaboradores adoptaron este término y reorganizaron sus intervenciones. En este primer momento, el concepto empezó a expandirse, con varios significados diferentes por lo que se hizo necesario analizar y precisar la conceptualización del Síndrome. Maslach y Jackson fueron las principales investigadoras que se preocuparon posteriormente en conceptualizar el síndrome de Burnout. Fue a partir de la década del `80, casi 10 años después de la aparición del término, que el trabajo acerca del Burnout comenzó a ser más preciso, constructivo y empírico (Contreras-Palacios). Comenzaron a realizarse estandarizaciones de la medida del síndrome, contando con investigaciones, definiciones, datos más precisos y estudios más completos desde el punto de vista metodológico. En parte el desarrollo teórico del tema ha ido unido al desarrollo de los instrumentos de evaluación.

DELIMITACIÓN CONCEPTUAL.

Una de las dificultades fundamentales en el estudio del síndrome de Burnout ha sido su definición. Aún en la actualidad, no existe una conceptualización unánime aceptada sobre este síndrome, pero existe consenso en considerar que aparece en un individuo como respuesta al estrés laboral crónico (Pedro). Se trata de una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos y actitudes, y que tienen un cariz negativo para el sujeto dado que implica alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la organización. Pérez Jáuregui define al Burnout como un sentimiento de inadecuación personal y profesional que se manifiesta en un cansancio emocional muy fuerte, conduciendo a una pérdida de motivación por lo que se hace y que suele desembocar en un sentimiento angustioso de fracaso laboral. Esta autora argentina, sostiene que el Burnout no es más que un intento de adaptación a la pérdida progresiva de los ideales que caracterizaban la esencialidad de la profesión

elegida, de los objetivos y energía necesarias para el ejercicio de las profesiones de ayuda humana, causada por las dificultades del trabajo, su presión y excesiva demanda, sin la suficiente ayuda o contención en las organizaciones donde se trabaja (Contreras-Palacios). Es padecida sobre todo, por profesionales con alto nivel de expectativas e ideales de ayudar, curar a toda costa, sin mediar suficientemente el juicio de realidad respecto de las

Posibilidades concretas del paciente y su contexto. De ahí que esta posición de distinta intensidad de omnipotencia sufra choques con la realidad que van minando progresivamente la energía y los recursos cognitivos del profesional. Según Gil Monte en la delimitación conceptual del síndrome de burnout pueden diferenciarse dos perspectivas: la clínica y la psicosocial. La perspectiva clínica entiende el Síndrome de burnout como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral (Pedro). La perspectiva psicosocial apunta hacia su consideración como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y características personales. La diferencia estriba en que el síndrome de Burnout como estado entraña un conjunto de sentimientos y conductas normalmente asociadas al estrés laboral y, por el contrario, el síndrome de quemarse como proceso asume una secuencia de etapas o fases diferentes con sintomatología, a su vez diferenciada. Dentro de la perspectiva clínica se encuentran Freudenberguer señala que el Síndrome de Burnout hace alusión a la experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral que surge en los 8 profesionales que trabajan en forma directa con personas en la prestación de servicios. Pines y Arosón lo definen como un estado en el que se combinan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo por el trabajo y la vida en general, y baja autoestima (Pedro). Considera que el Síndrome de Burnout debe ser entendido como un estado resultante del trauma narcisista que conlleva una disminución en la autoestima de los sujetos. Entre los autores que abordan el Síndrome de Burnout desde la perspectiva psicosocial están: Maslach y Jackson (1981), Golembiowski (1983), Leiter (1988), Shaufeli y Dierendonk (1993) y Gil Monte (1994) (Pedro). Desde esta perspectiva, el Síndrome de Burnout se conceptualiza como un proceso en el que intervienen

variables cognitivas actitudinales (baja realización personal) variables emocionales (agotamiento emocional) y variables actitudinales (despersonalización) En la actualidad, la perspectiva psicosocial es la más aceptada y utilizada a la hora de definir el Burnout. La mayoría de los autores asumen la definición elaborada por Maslach y Jackson (Pedro) quienes señalan que el síndrome de burnout debe ser conceptualizado como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que puede desarrollarse en aquellas personas cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad. Podemos entender las tres dimensiones citadas de la siguiente manera:

- Cansancio Emocional (CE): haría referencia a las sensaciones de sobreesfuerzo físico y hastío emocional que se produce como consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos, así como con los pacientes.
- Despersonalización (DP): supondría el desarrollo de actitudes y repuestas cínicas hacia las personas a quienes los trabajadores prestan sus servicios.
- Reducida realización personal (RP): conllevaría la pérdida de confianza en la realización personal y la presencia de un auto concepto negativo como resultado, muchas veces inadvertido, de situaciones ingratas. Los demás autores que se ubican dentro de esta perspectiva también conceptualizan este fenómeno como un síndrome de falta de realización personal en el trabajo, cansancio emocional y despersonalización, pero como veremos más adelante, se establecen diferencias entre ellos al considerar el orden secuencial en que aparecen estos síntomas (relación antecedentes consecuentes) en el desarrollo del proceso del síndrome, Aunque algunos autores han señalado la falta de consenso a la hora de darle una definición, el hecho de que el Maslach Burnout Inventory (MBI), planteamiento empírico que justifica la definición de Maslach y Jackson haya sido utilizado de forma casi unánime por los distintos autores para realizar sus investigaciones, nos hace pensar que sí existe cierto consenso en afirmar que la conceptualización más aceptada de Síndrome de Burnout es la que ofrecen estas autoras (Fatima).

MODELOS DE ANÁLISIS.

MODELO TRIDIMENSIONAL DE MASLACH Y JACKSON

El Modelo tridimensional de Maslach y Jackson de 1986, es el más utilizado para la medición de éste y se dividen en tres áreas de afectación o dimensiones (Beatriz).

a) Realización personal: Se caracteriza como una tendencia del trabajador a autoevaluarse de forma negativa. Las personas se sienten infelices consigo mismas, insatisfechas con su desarrollo profesional, experimentan una declinación en el sentimiento de competencia y de éxito en su trabajo y en su capacidad de interactuar con las personas.

b) Agotamiento emocional: se caracteriza por una ausencia o falta de energía, entusiasmo y un sentimiento de escasez de recursos. A estos sentimientos pueden sumarse los de frustración y tensión en los trabajadores que se dan cuenta que ya no tienen condiciones de gastar más energía. Se muestra en la pérdida progresiva de energía, el agotamiento, la fatiga, que se manifiesta física o psíquicamente (Beatriz).

c) Despersonalización o deshumanización: se caracteriza por tratar a los clientes, compañeros y la organización como objetos. Los trabajadores pueden demostrar insensibilidad emocional, un estado psíquico en que prevalece el cinismo o la disimulación afectiva, la crítica exacerbada de todo su ambiente y de todos los demás.

Los modelos ofrecen ciertas claves para interpretar, comprender, explicar el problema laboral que nos convoca.

A continuación estos son algunos:

Modelo transaccional. Para Lazarus y Folkman en 1986 el estrés es una relación entre la persona y el entorno que es percibida por la persona como impuesta o excediendo sus recursos y poniendo en peligro su bienestar (Beatriz). Este enfoque enfatiza las maneras en que los factores individuales son características predisponentes - por ejemplo, motivaciones, actitudes y experiencia

- determinando la percepción y valoración de las demandas ambientales y situacionales, influyendo esta evaluación en los modos de afrontamiento, las respuestas emocionales y a largo plazo, teniendo efectos en la salud de los individuos. Lazarus advirtió, respecto del estrés laboral, la naturaleza dinámica del proceso por la cual el estrés varía a través del tiempo y cambia según sea el contexto específico en el que el trabajo se desempeña. La interacción desfavorable entre los atributos del trabajador y las condiciones de trabajo conducen a trastornos psicológicos y a conductas insanas y finalmente – de persistir tal interacción- a la enfermedad (Beatriz).

2. Teoría ecológica del desarrollo humano. Podemos citar como su representante más importante a Bronfenbrenner (1987) (Beatriz). Desde esta teoría, el burnout representa un desajuste ecológico entre los distintos ambientes en los que la persona participa de modo directo e indirecto. Cada uno de estos contextos (familiar, político, económico, administrativo, clínico, etc) posee su propio código de relaciones, normas y exigencias, que en ciertas condiciones, pueden interferirse mutuamente. 3. Teoría cognitiva. Esta teoría afirma que las percepciones del sujeto actúan de filtro de la situación. Es decir, los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas interpretan esas situaciones (Martha). El burnout va a depender entonces, del modo cómo el profesional percibe su trabajo y la relación con sus pacientes y colegas. El ideal de desempeño, para no sufrir burnout, tendría que ver con un interés distante, manteniendo un equilibrio entre la objetividad y el acercamiento emocional.

4. Teoría social y de las organizaciones. Golembiewski, Hilles y Daly son figuras centrales de este modelo explicativo, para el cual el burnout es el resultado de una falta de acuerdo entre los intereses de la empresa y las necesidades de los trabajadores (Martha).

5. Modelo humanístico- existencial. La personalidad se proyecta en las realizaciones y hechos que expresan la búsqueda de sentido que anima a todos los seres humanos. Búsqueda que los lleva a imaginar, desear y organizar una existencia de desarrollo de valores para él y la sociedad en la cual existe. Ese proyecto de vida laboral puede sufrir algunas alteraciones que hacen peligrar la realización del sí mismo auténtico. Nos estamos refiriendo a un proyecto de vida laboral que se estructura en base a la sobre adaptación. En ese caso, el individuo se adaptaría excesivamente a los requerimientos

del mundo externo, en una actividad sacrificada y sostenida a lo largo del tiempo, en desmedro de su persona. Busca responder con gran auto exigencia (Martha). Es lo opuesto a la modalidad inadaptada ya que la identidad de rol está sobredimensionada respecto de la identidad de sí. Se privilegian el rol y las expectativas sobre el rol laboral, desoyéndose lo privado, personal e íntimo, pudiéndose observar cómo el rol “traga” a la persona del profesional. Desde este modelo, las cuestiones acerca del rol como conflicto o ambigüedad de rol son factores centrales, presentes en el origen del Síndrome de burnout.

CONCEPTUALIZACIÓN CLÍNICA DEL SÍNDROME.

Síndrome en medicina: Es un cuadro clínico o un conjunto de síntomas que presenta alguna enfermedad con cierto significado y que por sus propias características posee cierta identidad; es decir, un grupo significativo de síntomas y signos, que concurren en tiempo y forma, y con variadas causas o etiología.

Desencadenantes del Síndrome de Burnout. Considerando que el fenómeno Burnout es un proceso multicausal y altamente complejo se han hipotetizado diversas causas del síndrome, pero éstas, al igual que la definición del mismo, varían según los autores. Una investigación llevada a cabo en de Buenos Aires, por Zaldúa y Lodieu muestra evidencias de situaciones productoras de estrés en los médicos y los trabajadores en general (Gloria) . Estas autoras sostienen que el creciente desempleo, la pérdida de protección social del estado y la progresiva desigualdad social crean vulnerabilidad en los profesionales de la salud. El personal asistencial recibe las pruebas del daño social y la tarea se vuelve más estresante, la desprotección social impacta al profesional y a la vez limita sus posibilidades terapéuticas. La caída del valor social de la profesión y el ambiente deteriorado en donde se realiza la práctica profesional son otros elementos que se aúnan para crear condiciones de vulnerabilidad (Gloria) .

Pérez Jáuregui establece que existen cuatro factores inherentes a experimentar sufrimiento y estrés laboral, estos son: la naturaleza de la tarea, la variable organizacional e institucional, la variable interpersonal (colegas, familia, amigos, redes de apoyo social) y la variable individual (características del profesional como edad, sexo,

experiencia, rasgos de personalidad) (Gloria). A su vez, esta autora menciona seis causas principales de Síndrome de Burnout que concuerdan con algunas de las resultantes en la investigación de Zaldúa y Lodieu. De esta forma, Pérez Jáuregui sostiene que el continuo y sostenido contacto con el sufrimiento, el dolor y la muerte; la caída del valor social de la profesión en nuestro país; la sobrecarga laboral debida al excesivo número de pacientes; la presencia de patologías cada vez menos reversibles; la carencia de recursos y la presión horaria; la merma en las retribuciones y estímulos de distinto tipo; la cada vez más inquietante amenaza de sufrir juicios por mala praxis y el resolver dilemas éticos resultantes de las nuevas tecnologías, serían las causantes más importantes de este síndrome.

Según Gil Monte el Síndrome de Burnout puede ser entendido como una experiencia resultante de la combinación de estresores originados en el entorno social, en el entorno laboral y en el propio sujeto (Pedro).

Este autor tiene una perspectiva transaccional, entendiendo al Síndrome de burnout como el resultado de un proceso de interacción mediante el cual el sujeto busca ajustarse a su entorno laboral, y en el cual los factores ambientales (en especial el estrés del rol) son elementos desencadenantes de importancia fundamental, mientras que las variables personales cumplen una función facilitadora o inhibidora. Por tanto, la percepción que el sujeto tenga de los estresores ambientales y de sus capacidades junto a las estrategias de afrontamiento que emplee para afrontar el estrés determinarán el grado subsecuente de sentirse quemado por el trabajo (Pedro). Las estrategias de afrontamiento que promueven evitación, aislamiento, negación y pasividad aumentan la posibilidad de burnout, también la falta de apoyo familiar y social en relación al desempeño y a las circunstancias laborales, las relaciones interpersonales negativas. En general, la mayoría de los autores concuerdan en que los estresores laborales objetivos y percibidos, y las variables personales juegan un papel relevante en el desarrollo del síndrome. Sin embargo, identificar todos los desencadenantes y facilitadores del Síndrome de Burnout, es una tarea de alta complejidad, ya que cualquier situación crónica molesta del entorno laboral puede ser un estresor, y por lo tanto, un desencadenante o facilitador del síndrome. No obstante, es posible identificar conjuntos estimuladores en el trabajo que con frecuencia llevan a la experiencia de Burnout,

también se pueden identificar 14 determinadas características personales que hacen más vulnerables a la personas ante estos elementos. Álvarez Gallego y Fernández Ríos (De la fuente, Aguayo y Vargas) presentan una clasificación de las dimensiones de vulnerabilidad al síndrome:

A. Componentes personales Premórbidos: variables personales y familiares y características de personalidad que aumentan la susceptibilidad personal:

- Edad: en relación con la cantidad de experiencia en la profesión: a medida que pasan los años se adquiere mayor seguridad en la tarea y disminuye la vulnerabilidad a la tensión laboral, por lo tanto, los sujetos más jóvenes serían más vulnerables al Burnout.

- Sexo: las mujeres sobrellevan mejor que los hombres las situaciones conflictivas en el trabajo, pero ellas engrosan cada vez más las filas de los trabajadores afectados por el Síndrome de Burnout por tener que hacer frente a una sobreabundancia de tareas laborales (De la fuente, Aguayo y Vargas).

- Variables familiares: la estabilidad afectiva y la paternidad o maternidad conservan el equilibrio necesario para hacer frente a las situaciones conflictivas.

- Personalidad: el Tipo A de personalidad, caracterizado por extrema competitividad, impaciencia y esfuerzo por el logro, ha sido identificado como un predictor significativo de Síndrome Burnout. Esto ha surgido que la conducta Tipo A puede predisponer al Burnout, directamente a través del trabajo del individuo en el cual basa su capacidad e indirectamente con una conducta que minimiza las interacciones sociales, es decir, el acceso a un adecuado soporte social, los cuales son conocidos moderadores del Síndrome de Burnout (De la fuente, Aguayo y Vargas) . Además se argumenta que la personalidad Tipo A no solo experimenta un alto estrés, sino que también se orienta a trabajos estresantes, caracterizados por ser altamente competitivos y con una carga excesiva de trabajo. Inadecuada formación profesional: que fomenta expectativas y la desconexión entre los conocimientos teóricos y su aplicación práctica, sin aportar habilidades para el enfrentamiento del estrés laboral. Para Wilder y Plutchik los efectos más comunes de la formación universitaria son: los excesivos conocimientos teóricos, el escaso entrenamiento en habilidades prácticas, la falta de aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional y manejo de la propia ansiedad, la falta de información sobre el funcionamiento de las organizaciones en las que se va a desarrollar el trabajo.

C. Precariedad de las condiciones del entorno laboral: producto del énfasis sobre los intereses productivos por encima de la satisfacción de los trabajadores, Herzberg, Mausner y Synderman las divide en:

1. Variables intrínsecas o motivacionales: relacionadas con el contenido del trabajo e indicadores del grado en que la empresa estimula las capacidades del profesional: autonomía para la toma de decisiones, variedad en las ocupaciones, volumen del trabajo, importancia de la labor, promoción del personal, desarrollo profesional, etc. 2. Variables extrínsecas, a su vez agrupadas en tres categorías:

- Físicas (condiciones de habitabilidad del entorno laboral): espacio, iluminación, higiene, temperatura.

- Sociales (personas en contacto directo con el sujeto en el escenario laboral): clientes, compañeros, jefes, supervisores, etc. junto con las intrínsecas, las variables sociales son las más relacionadas con el desgaste profesional.

- Organizacionales: trámites burocráticos, estructura jerárquica, normas y reglas, etc. 16 Sintomatología. La descripción más aceptada en la actualidad son las tres dimensiones planteadas por Maslach y Jackson (Anabella). Las cuales se describen a continuación:

1. Cansancio Emocional: definido como desgaste, agotamiento, fatiga. Puede manifestarse tanto física como psíquicamente, representa el vaciamiento de los recursos emocionales y personales, experimentándose la sensación de no tener más nada que ofrecer profesionalmente.

2. Despersonalización: pone de manifiesto un cambio negativo en las actitudes y respuestas hacia las personas, especialmente las beneficiarias de su trabajo. Se incrementa la irritabilidad y pérdida de motivación, cinismo y hostilidad hacia los pacientes o alumnos y también hacia sus compañeros de trabajo.

3. Falta de realización personal: se traduce en respuestas negativas hacia uno mismo y su labor, típicas de los estados depresivos, evitación de las relaciones interpersonales, baja productividad, incapacidad para soportar la presión y baja autoestima. Estos síntomas van acompañados de somatizaciones que van desde trastornos funcionales a lesiones según el grado de avance del problema: trastornos cardiovasculares y accidentes cerebrales, insomnio, hipertensión arterial, cefaleas, trastornos articulares y musculares, dolores generalizados, malestares indefinidos, entre los más relevantes

(Nieto). En relación a los síntomas psiquiátricos: falta de entusiasmo o interés, dificultad para concentrarse, tensión constante, permanente estado de alerta, actitud defensiva, irritabilidad, impaciencia, depresión, negativismo, conducta de auto sacrificio, sueños repetitivos de situaciones laborales y sentimientos penosos asociados a culpa, frustración, tristeza, desesperanza, desasosiego. En relación a los síntomas laborales: sobre involucramiento (llevan trabajo a casa, aumentan horas a las prescritas, etc.), no comparten ni delegan trabajo, ausentismo.

Curso del síndrome. Entre los estudios que abordan el Síndrome de Burnout desde una perspectiva psicosocial, como un proceso creciente que atraviesa distintas etapas, se establecen diferencias entre ellos al considerar el orden secuencial en el que aparecen y se desarrollan los síntomas que la integran (baja realización personal en el trabajo, cansancio emocional y despersonalización).

El primer modelo que aparece en la literatura resultado de estudios empíricos en donde el síntoma inicial del síndrome es el desarrollo de actitudes de despersonalización, un mecanismo disfuncional de afrontamiento de estrés. Posteriormente los sujetos experimentan baja realización personal en el trabajo y a más largo plazo cansancio emocional (Nieto). Este modelo fue desarrollado desde el modelo de fases. Tomando como referencia las puntuaciones en las tres escalas del Maslach Burnout Inventory (MBI) y tras dicotomizarlas en función de la media, los sujetos son asignados a un grupo en cada escala (alto vs. bajo) según la puntuación obtenida sea superior o inferior a la media. La combinación de la puntuación en las tres escalas determina la fase a la que es asignado el sujeto. Así un sujeto que en las tres escalas puntúa por debajo de la media se considera que esta en la Despersonalización, Baja realización, Cansancio emocional Personal en el trabajo primera fase del proceso de Burnout, si puntúa superior a la media en despersonalización, pero inferior en falta de realización personal en el trabajo y cansancio emocional se considera en la segunda fase, y así sucesivamente hasta llegar a la fase 8 en la que el sujeto puntúa por encima de la media en las tres escalas del MBI. Dadas las insuficiencias teóricas y metodológicas de este modelo, Leiter y Maslach (Anabella) , han propuesto un modelo alternativo sobre el proceso de desarrollo del síndrome de burnout .Según este modelo, como consecuencia de los estresores laborales, los sujetos desarrollan sentimientos de cansancio emocional que

posteriormente dan lugar a una actitud despersonalizada hacia las personas que deben atender. A su vez, como consecuencia de ello, pierden el compromiso personal de implicación en el trabajo, esta situación hace que continúen los sentimientos de cansancio emocional, que disminuya su realización personal y que el sujeto desarrolle el síndrome. Leiter considera que, por su importancia, los sentimientos de agotamiento emocional son el elemento central del síndrome. Estos sentimientos generan despersonalización y falta de realización personal en el trabajo, además de otras consecuencias como falta de compromiso con el trabajo o aumento del absentismo. Sin embargo, el mismo Leiter en trabajos posteriores llega a la conclusión que la relación entre despersonalización y realización personal en el trabajo, inicialmente hipotetizada, no resulta significativa. Por ello Leiter ha reformulado las relaciones hipotetizadas inicialmente entre las dimensiones del MBI y ha planteado un nuevo modelo. Como en el modelo anterior Leiter sostiene que los sentimientos de cansancio emocional surgen como la respuesta inicial del sujeto, Cansancio emocional Despersonalización Baja realización personal en el trabajo estresores del entorno laboral, y cuando aumentan y se hacen crónicos los profesionales desarrollan actitudes de despersonalización como una forma de tratar con ellos. Pero, a diferencia del modelo anterior, en el modelo nuevo, Leiter no considera los sentimientos de despersonalización como mediadores entre las otras dos variables, sino que por el contrario, los sentimientos de baja realización personal en el trabajo son una causa directa de los estresores laborales. Además aún no se hipotetiza ningún tipo de relación entre los sentimientos de realización personal en el trabajo y los de despersonalización. Debido a las insuficiencias de las perspectivas anteriores, han desarrollado una alternativa teórica a las presentadas. Para estos autores el proceso de desarrollo del Síndrome de Burnout se inicia con el desarrollo de bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y paralelamente altos sentimientos de cansancio emocional. Las actitudes de despersonalización que siguen a esos sentimientos se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales ante la experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional. Esta perspectiva integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales (Nieto).

Consecuencias del Síndrome de Burnout: Cansancio emocional, Despersonalización, Baja realización Personal en el trabajo Baja realización personal en el trabajo, Despersonalización.

Las consecuencias que ocasiona el Síndrome de Burnout sobre las personas son diversas y revisten una extraordinaria importancia en la vida y en el rendimiento laboral de los mismos. Gil Monte establece dos tipos de consecuencias que se derivan del Síndrome de Burnout: consecuencias para el propio profesional y consecuencias para la organización (Pedro). Cuando el síndrome es estimado mediante el MBI, las consecuencias para el sujeto se asocian más intensamente con los sentimientos de agotamientos emocional, mientras que las que se derivan para la organización vienen asociadas más intensamente a los componentes actitudinales del síndrome: baja realización personal en el trabajo y despersonalización, y en menor medida los sentimientos de agotamiento emocional

Consecuencias para el individuo: Múltiples estudios ofrecen relaciones significativas entre el Síndrome de Burnout y los problemas psicósomáticos (Pedro). El análisis de todos los síntomas que aparecen en la bibliografía relacionados con Síndrome de Burnout permite afirmar que aparecen implicados todos los sistemas del organismo, Índices emocionales: sentimientos de soledad, sentimientos de alienación, ansiedad, sentimientos de impotencia y de omnipotencia. Índices actitudinales: no verbalizar, cinismo, apatía hostilidad y suspicacia. Índices conductuales: agresividad, aislamiento, cambios bruscos del humor, enfado frecuente, irritabilidad.

Índices psicósomáticos: palpitaciones, hipertensión, crisis asmáticas, catarros frecuentes, mayor frecuencia de infecciones, dolores cervicales y de espalda, fatiga, alteraciones menstruales, diarrea, jaqueca, insomnio. Dentro de las consecuencias que afectan al individuo, éstas repercuten tanto sobre la salud del individuo como en sus relaciones sociales. La sintomatología que se deriva a nivel psicósomático es la que tiene mayores repercusiones percibidas sobre la calidad de vida de los profesionales y su salud mientras que los síntomas de los niveles emocional, actitudinal y conductual repercuten mayormente en las relaciones interpersonales que los sujetos establecen. Las consecuencias del Síndrome de Burnout sobre las relaciones interpersonales se asocian a las actitudes y las conductas de carácter negativa desarrolladas por el sujeto,

así como al agotamiento emocional. Este patrón conductual y actitudinal induce un deterioro de las relaciones y un aumento de los conflictos interpersonales. Maslach señala que las consecuencias del Síndrome de Burnout no terminan cuando el sujeto deja el trabajo, por el contrario, afectan a su vida privada, pues las actitudes cínicas y de desprecio impactan fuertemente sobre su familia y amigos (De la fuente, Aguayo y Vargas). El sujeto se muestra en casa irritable e impaciente, un problema que la familia debe aprender a manejar. Los conflictos constantes pueden derivar en enfrentamientos constantes pueden derivar en enfrentamientos matrimoniales y en la separación de la pareja.

2. CONSECUENCIAS PARA LA ORGANIZACIÓN

La estructura organizacional es el sistema jerárquico escogido para organizar el personal y los medios de una organización. Gracias a ella, se abordan las formas de organización interna y administrativa. El reparto del trabajo en áreas o departamentos se ramifica en un árbol (Martha).

Aunque la mayor parte de las consecuencias que aparecen asociadas al estrés laboral en las organizaciones de servicio pueden ser asociadas al síndrome de burnout, entre las consecuencias más importantes que repercuten sobre los objetivos y resultados de las organizaciones se encuentran:

REPERCUSIONES EN LOS PACIENTES: DERIVADAS DEL SINDROME DE BURNOUT

- Satisfacción laboral baja: la satisfacción laboral se ha considerado una consecuencia actitudinal del estrés laboral. Es uno de los indicadores clásicos y a los que con mayor frecuencia se recurre cuando se persigue conocer la actitud general de las personas hacia su vida laboral. Esto es así dado que el grado de satisfacción puede afectar a la cantidad y calidad del trabajo que desempeñan los sujetos, como el absentismo laboral, los retrasos en la incorporación del puesto, etc. - Propensión de abandono de la organización: la propensión al abandono de la organización o intención de los sujetos de

dejar la organización en las que se encuentran ha tomado relevancia en los últimos años en el área de la investigación de la rotación organizacional. El abandono de la organización por parte de los sujetos va a tener importantes consecuencias negativas para aquella. Entre las consecuencias se puede incluir costos económicos, pérdida de eficacia de la organización para conseguir sus objetivos, alteración de las redes de comunicación, implantación inadecuada de políticas organizacionales (García).

- Absentismo: la relación entre el Síndrome de burnout y el absentismo aparece teóricamente justificada. La falta de realización personal en el trabajo supone una actitud negativa hacia el propio trabajo que se hace extensiva a la organización. Por tanto, altos sentimientos de agotamiento emocional y baja realización personal en el trabajo pueden derivar en tasas más altas de absentismo laboral.

-Deterioro de la calidad de servicio de la organización: esta consecuencia se deriva de componentes actitudinales y especialmente de las actitudes de despersonalización. Los profesionales llegan a tratar a la gente como si fueran objetos y no como seres humanos. No solamente se adoptan actitudes rutinarias en el desarrollo del servicio sino que se presta menos atención a las necesidades humanas del receptor.

EL BURNOUT COMO PROBLEMA DE LA SALUD PÚBLICA.

El hecho de producirse cada vez de modo más notorio bajas laborales concedidas bajo diagnósticos como “depresión”, “estrés” y “ansiedad” entre los trabajadores especialmente en los profesionales de la salud, educación y servicios sociales, ha llamado la atención a los especialistas para que consideren esta problemática de manera especial. El informe sobre la salud en el mundo elaborado por la O.M.S. en el año 2000 está dedicado a evaluar la calidad de los sistemas de salud y como proceder a su mejora. En él señala que los recursos humanos de un sistema de salud son vitales para el buen funcionamiento del sistema, y para conseguir que este ofrezca una buena calidad de servicio. El informe recomienda cuidar los recursos humanos de las organizaciones de salud, pues si estos no se cuidan, ni se invierte en su mantenimiento, se deterioran

rápidamente. Según la O.M.S., los trabajadores son el recurso más importante para lograr su eficacia porque esta depende de los conocimientos, de las destrezas, y de la motivación de los profesionales que trabajan en ese sistema. El síndrome ha sido incluido en algunos textos psiquiátricos y de psicopatología laboral. En el DSM- IV los trastornos más aproximados aparecen bajo la denominación de Trastornos por Ansiedad -DSM-IV, 308,3 Trastornos por estrés agudo-, los Trastornos Adaptativos -DSM-VI, 309.xx, 309.o con estado de ánimo depresivo, 309.24 con ansiedad, 309.28 mixto (García) .

En los países de la comunidad europea y en los EE.UU se comienza a considerar el Síndrome de Burnout como una epidemia. Un aspecto a tenerse en cuenta, es que el Síndrome de Burnout puede no ser reconocido por quién lo padece, o bien, puede ser silenciado por vergüenza o temores de diversa índole. Aun así, hay indicadores que lo evidencian como la falta de disposición a asumir responsabilidades, quejas numerosas sin presentar soluciones, vínculos interpersonales conflictivos, dificultad para realizar tareas habituales, incumplimiento de horarios, enfermedades frecuentes, mayor propensión a accidentes, errores.

CONCEPTO DE FAMILIA

La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad (Arnulfo).

ESTRUCTURA Y FUNCIONES DE LA FAMILIA

La estructura familiar es el soporte de todos los rasgos que caracterizan a una familia, le da identidad y distingue a una de otra. Esta identidad debe tener solidez y flexibilidad de límites. Para que pueda perdurar en el tiempo. La Estructura es un Conjunto de personas

que bajo los conceptos de distribución y orden integran al grupo familiar. Las Funciones de la familia Son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo.

El Familiograma es el principal instrumento utilizado en la medicina familiar, por la riqueza de información que nos brinda, por lo tanto es importante saber cómo realizarlo adecuadamente. Es importante mencionar que es un Familiograma Estructural el cual es la representación gráfica a través de este instrumento se registra información sobre ESTRUCTURA y/o composición de una familia (Arnulfo).

Se reconocen las siguientes funciones:

- Socialización: promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.

- Afecto: interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- Cuidado: protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar (Arnulfo).

- Estatus y nivel socioeconómico: participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad. Responsabilidad de proveer la necesaria socialización y las experiencias educacionales que permiten al individuo asumir una vocación y un rol en grupos que sean consistentes con sus expectativas.

- Reproducción: provisión de nuevos miembros a la sociedad. A través de: interacción sexual adulta, educación sexual, control de la natalidad.

.Cuidado: Cubrir las necesidades físicas de los miembros de la familia, el resolver de la manera más adecuada las necesidades de alimentación, vestido, seguridad física, acceso a los servicios de salud,

- Desarrollo y ejercicio de la sexualidad.

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS

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

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

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS CON BASE EN EL PARENTESCO

El parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta. La trascendencia de esta clasificación se identifica fundamentalmente, en la necesidad del médico familiar de identificar características de los integrantes de las familias, que influyan en el proceso salud-enfermedad y cuya importancia se relacione con las consecuencias propias del parentesco. Clasificación de las familias con base en la presencia física y convivencia La presencia física en el hogar implica algún grado de convivencia cuya importancia para la práctica de la medicina familiar se identifica con los riesgos de enfermedades infecciosas y transmisibles. La presencia física también está vinculada con la identificación del jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de las familias (Alfonso).

Clasificación de las familias con base en sus medios de subsistencia La inserción de las familias en los procesos productivos puede propiciar una clasificación basada en los medios que son origen esencial de su subsistencia. De esta manera, se identifican familias que dependen de los recursos que se generan en las áreas: Agrícolas y pecuarias, Industrial, Comercial, Servicios Las diversas posibilidades de origen de los recursos que permiten la subsistencia de las familias, combinaciones de las cuatro fuentes mencionadas. Se asignará la clasificación correspondiente al origen de los recursos de subsistencia aportada por el jefe de la familia. Clasificación de las familias con base en su nivel económico El nivel económico de las familias influye poderosamente sobre diversos elementos vinculados con la salud. Se han identificado enfermedades fuertemente relacionadas con la pobreza y se ha señalado la importancia de evaluar el peso de este fenómeno económico-social sobre la salud individual y familiar. Es difícil

clasificar de una sola manera a las familias con una perspectiva económica, ya que se reúnen diversos indicadores tanto del bienestar como de la pobreza que interactúan, dependen e influyen sobre otros factores (Alfonso). Estudios recientes coinciden en que el ingreso económico familiar no es el único, pero sí uno de los factores más importantes, y por lo tanto no representa en su totalidad las dimensiones que integran el fenómeno riqueza–pobreza en el escenario familiar. La clasificación de las familias desde el punto de vista económico debe tomar en cuenta los diversos elementos que interactúan en esta perspectiva. Por su importancia y efectos sobre la salud-enfermedad, la pobreza es el indicador que el médico familiar debe evaluar, para lograrlo deberá tomar en cuenta los elementos que integren una visión multifactorial de este fenómeno. Con base en el estudio realizado por el Comité Técnico para la Medición de la Pobreza creado por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) en 2001, y publicado por Cortés y Hernández-Laos, se sugiere utilizar diversos indicadores monetarios y no monetarios para medir la pobreza en el nivel familiar (Alfonso).

POBREZA FAMILIAR NIVEL

1 • Ingreso per capita suficiente para cubrir el valor de la canasta básica. Recursos suficientes para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.

- Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

POBREZA FAMILIAR NIVEL 2

- Ingreso per capita suficiente para cubrir el valor de la canasta básica.

- Carencia de recursos para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.

- Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

POBREZA FAMILIAR NIVEL 3

- Ingreso per capita inferior al valor de la canasta básica

- Carencia de recursos para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.
- Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo (Alfonso).

La escala establece que el nivel 3 de pobreza es el más grave de todos y el nivel 1 es el menos grave. Las familias que puedan cubrir los rubros mencionados en los tres niveles no se consideran pobres. Nuevos estilos de vida personal-familiar originados por cambios sociales Se deben tomar en consideración los cambios que se han presentado en las sociedades modernas y que han representado diversas formas en que tienden a conformarse otros estilos de convivencia y que repercuten en la salud individual y familiar La evaluación de la familia es inherente al trabajo habitual del equipo de salud en el primer nivel de atención. Se puede concebir como un proceso fundamental para realizar intervenciones promocionales y preventivas a favor de la salud, establecer diagnósticos, manejo y tratamiento y en su caso rehabilitación o paliación; este proceso implica obtener de los individuos y sus familias información relacionada con los elementos que intervienen en el proceso salud enfermedad, su análisis, y la planeación de estrategias y toma de decisiones en el contexto biopsicosocial. Para lograr esta evaluación, el médico familiar debe seguir una estrategia de carácter clínico, que incluya a los individuos y sus familias, bajo un enfoque integrador de las esferas biológicas y psicosociales a través del Estudio de Salud Familiar (ESF) (Alfonso).

La práctica de la Medicina Familiar en el mundo es muy diversa. No existe en el mundo un sistema de salud que considere la realización del Estudio de salud familiar a la totalidad de los pacientes atendidos y sus familias. El Estudio de salud familiar no se justifica en todas las familias que se encuentran bajo el cuidado de los médicos familiares (Alfonso).

Entre las circunstancias clínicas ante las que se recomienda realizar un El Estudio de salud familiar se encuentran las siguientes:

- Pacientes con síntomas y signos mal definidos
- Problemas de salud mental
- Ansiedad y depresión

- Obsesiones y fobias
- Enfermedades psicosomáticas y trastornos de somatización • Duelo patológico
- Hiperutilización de los servicios
- Incumplimiento de la prescripción
- Problemas de adicción
- Uso de drogas
- Alcoholismo
- Abuso de psicofármacos
- Tabaquismo
- Niños con problemas
- Trastornos de alimentación
- Trastornos de conducta y aprendizaje
- Enuresis y encopresis

DINÁMICA FAMILIAR SALUD FAMILIAR

El Familiograma dinámico comprende el trazado de las relaciones entre los miembros de una familia, se utilizan distintos tipos de líneas para simbolizar los diferentes tipos de relaciones entre dos miembros de la familia (Arnulfo).

La dinámica Familiar Es un proceso en el que intervienen interacciones, transacciones, sentimientos, pautas de conducta, expectativas, motivaciones y necesidades entre los integrantes de una familia; este proceso se efectúa en un contexto cambiante, en cada etapa evolutiva familiar y permite o no la adaptación, el crecimiento, desarrollo, madurez y funcionamiento del grupo familiar.

Crisis familiar, Disfunción familiar, Enfermedades congénitas y hereditarias, Acontecimientos vitales con mal manejo del estrés, Mal control de enfermedades crónicas y degenerativas , Violencia intrafamiliar y problemas de adaptación social , Enfermedades de transmisión sexual en especial VIH/SIDA y VPH, Problemas relacionados con la sexualidad, Embarazo no deseado, Abuso sexual y violación Para el estudio de estos problemas de salud existen algunos instrumentos básicos para el Estudio de salud familiar , entre los cuales puede mencionarse los siguientes:

- Historia clínica (instrumento de trabajo clínico de todo médico).
- Genograma (instrumento que proporciona una visión rápida e integrada de los problemas biomédicos y psicosociales y propicia una adecuada relación médico pacientes. Describe la estructura familiar, las relaciones de parentesco y las características generales de los integrantes de la familia) (McGoldrick M).
- Clasificación familiar (permite identificar desde diversas perspectivas las características de las familias).
 - Ciclo vital familiar (favorece la evaluación de factores de riesgo relacionados con las etapas de desarrollo existencial de las familias).
 - Apgar familiar (instrumento de auto aplicación que evalúa la percepción del apoyo familiar. Contiene cinco preguntas).
 - FACES III (instrumento de auto aplicación que evalúa la cohesión y adaptabilidad familiar. Contiene 20 preguntas).
 - Índice simplificado de pobreza familiar (instrumento de auto aplicación que evalúa elementos esenciales para la identificación de pobreza en las familias. Contiene cuatro preguntas).
 - Escala de reajuste social de Holmes y Rahe (instrumento observacional que permite realizar una evaluación cuantitativa de los acontecimientos vitales estresantes. Contiene 43 preguntas).
- Cuestionario Medical Outcomes Study (MOS) de Sherbourne CD y Stewart AL de apoyo social (instrumento de autoaplicación que informa sobre el tamaño de la red social a través de cuatro dimensiones de apoyo. Contiene 20 preguntas) El apoyo social es un proceso interactivo, merced al cual el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en que se encuentra inmerso.

Existen numerosos estudios que demuestran el impacto que ejerce el apoyo social sobre los procesos relacionados con la salud y la enfermedad, y recientes investigaciones han relacionado el apoyo social con la mortalidad, de forma que cuando este es insuficiente determina un mayor riesgo de muerte. Se tiende a dividir el apoyo social en dos grandes categorías: la que se ocupa de los aspectos cuantitativos o estructurales y la correspondiente a los aspectos cualitativos o funcionales (Alfonso).

Existen muchos otros instrumentos pero los mencionados han sido utilizados, probados y validados en el ámbito de la Medicina Familiar en lengua castellana. La aplicación de instrumentos de evaluación psicosocial en el ámbito clínico requiere de un análisis crítico de la literatura científica que los respalda, considerando su grado de desarrollo a través de investigaciones empíricas así como la evaluación de su fiabilidad y validez tanto en el idioma original como en español; este análisis propicia la clara comprensión de los alcances y limitaciones del instrumento. Los médicos familiares y el equipo de salud deben tomar en cuenta estas consideraciones cuando decidan aplicar otros instrumentos de este tipo.

EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR

La función familiar se define a través de las tareas que le corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. El cumplimiento de esta función permite la interacción con otros sistemas sociales, y como consecuencia de su propia naturaleza es multidimensional. Esto hace que en la evaluación del grado de normofunción o disfunción de un sistema familiar muy complejo, no existan en realidad técnicas o instrumentos que permitan catalogar su función de forma absoluta solamente se miden aspectos parciales de su función. La evaluación de la función familiar tiene en medicina familiar características específicas que la diferencian de la que puede realizarse por otras disciplinas científicas, ya que tiene el propósito fundamental de comprender en forma integral el contexto en que se producen los problemas de cada paciente que acude a la consulta y permite reorientar su tratamiento hacia soluciones distintas a las que se ofrecen tradicionalmente, aportando elementos a la visión biopsicosocial que caracteriza la atención en medicina familiar. Con base en estos conceptos se puede considerar que una familia es funcional cuando cumple con sus funciones como un sistema, y la forma como los integrantes interactúan y se organizan para el cumplimiento de estas funciones corresponde al estudio de la dinámica familiar (Luis)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Estrés Laboral y Burnout. Resulta de gran utilidad el conocimiento desarrollado en torno del concepto de “Estrés Laboral” para comprender el caso particular del estrés laboral denominado Burnout. El estudio del estrés laboral deriva de la teoría acerca del estrés en general (Arlene). La Biología, la Medicina y la Psicología han incorporado el término de estrés, entendiéndola como “el proceso o mecanismo con el cual el organismo mantiene su equilibrio interno, adaptándose a las exigencias, tensiones e influencias a las que se expone en el medio en que se desarrolla”. Lazarus y Folkman proponen una definición de estrés basada en la interacción entre el individuo y el ambiente . Así, el estrés psicológico es una reacción particular entre el individuo y el entorno que es evaluado como amenazante y desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. Para Maslach y Shaufeli el Síndrome de Burnout puede ser considerado más específicamente como resultante de un estado de estrés laboral prolongado en el sentido de que las demandas en el lugar de trabajo exceden los recursos individuales. De acuerdo a Esparza, Guerra y Martinez la gran diferencia entre el Estrés Laboral y Burnout reside en el hecho de que en este último existe un profesional o un técnico involucrado en una situación de cuidado y/o ayuda que conlleva costos por el proceso de cambio de los atendidos implícito en las características propias del trabajo (Arlene). Es decir, existe otro en una situación de dolor o sufrimiento y con un potencial de cambio bloqueado, lo que constituiría un factor de estrés directo y específico, lo cual no es considerado en la mayoría de las definiciones clásicas de Estrés Laboral. Estas autoras sostienen que el Síndrome de Burnout, más que diferenciarse del estrés, es una fase final del Estrés Laboral en la cual el individuo prolongadamente expuesto a este queda en una situación de “agotamiento” de los propios recursos. Sin embargo, esta no es la única diferencia, ya que las características del Burnout como fase final del Estrés Laboral son específicas de los profesionales de los servicios humanos y no comparables a los efectos del prolongado estrés laboral en otras profesiones. En este sentido, el Cansancio Emocional, la Despersonalización y la baja Realización Personal en el trabajo serían exclusivos de las profesiones que buscan responsabilizarse por el cambio de otros a través de una relación personal. En el fondo, más que describir una “enfermedad nueva”

el concepto de Síndrome de Burnout apunta a resaltar los efectos particulares de una etapa final del Estrés Laboral prolongado y específico de las profesiones de ayuda. Depresión y Burnout. Es en torno a la relación Depresión- Burnout donde se ha experimentado mayor polémica, Mientras algunos autores definen el Burnout como un fenómeno social frente a la concepción clínica e individualista de la depresión, otros autores como Freudenberger (Arlene) consideran la depresión como un síntoma del Burnout. Según los criterios del DSM-IV se clasifica a un sujeto como depresivo si por lo menos presenta un estado de ánimo depresivo o una pérdida de placer o interés. Sin embargo, los sujetos agotados a menudo informan de una pérdida general de interés pero raramente un estado de ánimo depresivo, en el sentido de sentirse triste o deprimido Freudenberger señalan que la depresión se acompaña frecuentemente de culpa, en cambio el Burnout a menudo ocurre en un contexto de rabia. Los síntomas del Burnout, al menos inicialmente tienden a relacionarse con el trabajo y con situaciones específicas más que con situaciones internas. Una depresión "real" se caracteriza por una generalización de síntomas personales a través de todas las situaciones. Otra diferenciación importante se da en cuanto al curso que presentan ambos cuadros. Por una parte, tanto el Síndrome de Burnout como la Depresión Endógena se desarrollan lentamente, disminuyendo paulatinamente el estado de ánimo del sujeto. Sin embargo, esta última mantiene un curso periódico (con ciclos de alrededor de seis meses) mientras que el Burnout se mantiene continuo y estable, sin períodos fijos de recuperación. Por otra parte, aunque la Depresión Psicógena o Reactiva también tiene un curso continuo agudizado por los eventos vitales del sujeto, esta se inicia de forma repentina, no así el Burnout que se inicia paulatinamente. Insatisfacción Laboral y Burnout. Si bien existe una fuerte correlación entre ambos términos, estos no son equivalentes. Maslach y Jackson sostienen que altos niveles de estrés y Burnout puede coexistir con una buena satisfacción laboral. Algunas investigaciones han considerado al Burnout como antecedente de un bajo nivel de Satisfacción Laboral, otras han considerado el bajo nivel de Satisfacción Laboral como antecedente del Burnout, así como algunos estudios encuentran relaciones significativas entre ellos y otras no las encuentran (Arlene).

CONCEPTO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

La consideración del Síndrome de Burnout como un proceso cognitivo y su inclusión en el marco conceptual del estrés requiere tener en cuenta los procesos de evaluación que tienen lugar en el sujeto cuando éste se enfrenta a una experiencia de estrés o convive con el Síndrome de Burnout. El afrontamiento, según Lazarus y Folkman son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Estos autores señalan que el proceso de afrontamiento se desarrolla a través de una serie de fases de carácter secuencial y cíclico. En primer término, el sujeto determina si un evento le resulta o no estresante, luego considera posibles respuestas para manejar esa situación, evaluación cognitiva secundaria, finalmente, pone en marcha conductas para responder a ellas respuesta conductual.

El afrontamiento, mediatiza las relaciones estrés- adaptación y las estrategias actúan como factor de protección aumentando las habilidades del sujeto para reducir la probabilidad de desórdenes psicológicos y físicos. Lazarus y Folkman lo consideran recursos Adaptativos, que implican esfuerzos para manejar algo que ocurre fuera de la rutina y que deben ser diferenciados de las conductas adaptativas automáticas que se utilizan en situaciones habituales. Esto no implica que las estrategias de afrontamiento, una vez aprendidas, puedan transformarse en conductas estables sin requerir para su implementación el esfuerzo inicial. Los autores señalan además, que el afrontamiento no equivale a éxito adaptativo, que debe ser considerado independientemente de sus resultados y que ninguna estrategia puede ser considerada a priori como buena o mala, sino eficaz e ineficaz en función de conseguir mejorar o no la relación del individuo con el entorno. Las estrategias de afrontamiento podrían categorizarse según se enfoquen en el problema o en la emoción: a. Enfocadas en el Problema: son estrategias para modificar al estresor y cambiar la situación. Afectan tanto al entorno (ambiente, obstáculos, etc.) como al sujeto (modificación de sus aspiraciones, búsqueda de canales de gratificación alternativos, desarrollo de nuevas conductas, etc.) b. Enfocadas en la Emoción: son acciones indirectas o paliativas, donde el sujeto regula su respuesta

emocional disminuyendo el trastorno que genera una situación estresante. Se utiliza al percibir que los estresores no pueden ser modificados: el sujeto cambia su reacción emocional para que la situación no le resulte estresante, logrando un nuevo equilibrio.

RIESGOS PSICOLOGICOS.

Entre los riesgos laborales de carácter psicosocial de especial relevancia en la actualidad se encuentra el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout), una de las principales causas de accidentabilidad y absentismo entre los profesionales de servicios. (Teresita) Este fenómeno es uno de los principales objetos de estudio de la Psicología, como lo demuestra el hecho, entre otros, de que la “Society for Industrial and Organizational Psychology” (SIOP), una de las más prestigiosas asociaciones internacionales de psicólogos del trabajo y de las organizaciones, haya incorporado a sus áreas de interés el término “burnout” (quemarse por el trabajo) concediéndole un estatus similar al de otras áreas o temas de estudio relevantes para la psicología del trabajo y de las organizaciones como son el absentismo, los procesos grupales, la selección de personal, la cultura y el clima organizacional, el estudio de las competencias y actitudes en el lugar de trabajo, la evaluación de personal, el análisis de puestos, los estudios sobre liderazgo, el desarrollo organizacional, etc. El síndrome de quemarse por el trabajo se define como una respuesta al estrés laboral crónico caracterizada por la tendencia de los profesionales a evaluar negativamente su habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse con las personas a las que atienden, por la sensación de estar agotados a nivel emocional, por el desarrollo de sentimientos negativos, y de actitudes y conductas de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo, que son vistas de manera deshumanizada debido al endurecimiento afectivo del profesional. El síndrome de quemarse por el trabajo no debe identificarse con estrés psicológico, sino que debe ser entendido como una respuesta a fuentes de estrés crónico (estresores) que se originan en la relación profesional-cliente, y en la relación de trabajo (Teresita).

Hay que tener presente que los individuos que padecen el síndrome de quemarse por el trabajo sienten que su capacidad para controlar las situaciones está mermada, por lo que desisten o no se esfuerzan de manera adecuada para afrontar los problemas laborales

y los síntomas que les genera el estrés laboral percibido. Esta es una variable relevante a la hora de dar un trato a los individuos estigmatizados, pues los individuos que poseen estigmas que se supone que son controlables son más despreciables, más rechazados, y tratados de manera más desagradable que las personas con estigmas no controlables (Crocker et al., 1998) (Teresita). La autoestima del individuo estigmatizado también se puede ver amenazada como consecuencia de los prejuicios y de la discriminación, de la conciencia de ser evaluado negativamente por los otros miembros del grupo, y por el hecho de que cuando se comparan con otras personas llegan a conclusiones desfavorables para ellos, pues se ven en desventaja. Reconocer que los demás son mejores que uno en atributos, habilidades o resultados influye negativamente sobre la autoestima. Asimismo, el individuo estigmatizado debe hacer mayores esfuerzos de adaptación si quiere integrarse en el grupo, tiene tendencia a aislarse porque carece de los niveles de retroinformación social que tienen los otros individuos del grupo debido al intercambio social cotidiano con los demás, y puede volverse desconfiado, depresivo, hostil, ansioso y aturdido. Además, el individuo estigmatizado desarrolla sentimientos de inseguridad y de incertidumbre frente a los “normales”. Denominaciones como síndrome de estar quemado, síndrome del quemado o simplemente estar quemado, dirigen el foco de atención hacia el individuo y refuerzan el estigma, generan categorizaciones maniqueas, y pueden inducir actitudes que discriminen a los individuos considerados y etiquetados como quemados. Por esta razón, y considerando el deterioro psicológico que conlleva el estigma sobre las personas, no parecen denominaciones recomendables. Aunque en menor grado, algo similar puede ocurrir con denominaciones como síndrome de estar quemado en el trabajo y síndrome de quemarse en el trabajo (Felman). En estos casos, aunque el complemento circunstancial de lugar “en el trabajo” indica la vinculación de la patología al hecho de trabajar no termina de informar que es la actividad laboral la causante del síndrome y no el trabajador. La preposición “en” denota lugar pero no causa, no indica que el contexto es el origen del problema, sólo indica que el problema ocurre en ese contexto. Por el contrario, el empleo de la preposición “por” en su lugar denota causalidad, y de esta manera se establece que la causa del síndrome de quemarse es el trabajo, no el trabajador. Esto es, la preposición por denota que la patología se debe al trabajo, no que sea una patología que aparece

mientras se trabaja, aunque el trabajo actúe como coadyudante. El síndrome de quemarse por el trabajo es causado directa y exclusivamente por un riesgo (en un riesgo psicosocial) (Felman).

Las respuestas psicológicas, fisiológicas y conductuales del proceso de estrés laboral están íntimamente asociadas con lo que son sus consecuencias. Ambas forman un continuo, de modo que en ocasiones es imposible realizar tal diferenciación ya que existe un solapamiento entre ambas. Baste decir que, en ocasiones, es la intensidad de la misma respuesta o su prolongación en el tiempo lo que determina que sea considerada como respuesta o como consecuencia. En otras ocasiones es la coexistencia en el tiempo de varias respuestas al estrés laboral lo que determina que se hable de consecuencias. A veces, es el grado en que las funciones y sistemas fisiológicos del individuo se ven deteriorados o afectados de forma más o menos irreversible. En ese continuo se podría hablar de respuestas cuando los síntomas son percibidos por el sujeto pero no alteran significativamente su ritmo de vida habitual, y se empezaría a hablar de consecuencias cuando ese ritmo se ve significativamente alterado e incluso es imposible desempeñarlo (caso de infarto de miocardio, hipertensión crónica, diabetes, depresión, asma, etc.). Por ejemplo, está ampliamente establecido que las emociones son uno de los principales mediadores de la enfermedad somática en los procesos de estrés, por ello se puede considerar que los niveles de agotamiento emocional, uno de los síntomas del síndrome de quemarse por el trabajo, actúan como variable antecedente y mediadora en el desarrollo de las alteraciones psicosomáticas y de los problemas de salud, lo que nos permite considerar aquella variable como una respuesta en el proceso de estrés laboral y los problemas de salud su consecuencia. En última instancia, el criterio para decidir es una cuestión de relación antecedentes vs. Consecuencias, en ocasiones refrendada por estudios empíricos de carácter longitudinal.

RELACIONES FAMILIARES

Las familias modernas se encuentran con dificultades ante la tarea de encauzar los esfuerzos generativos en las nuevas generaciones por varias razones, algunas tienen que ver con los cambios globales de la sociedad en general y en particular los cambios

en la organización de la familia, en los valores cambiantes, que influyen en la educación familiar (Vírveda, 1992). Otros cambios tienen que ver con los avances tecnológicos, que inciden en las tareas cotidianas de la familia, en especial, en la formación de la identidad. (Bauman, 2007; Brings, s. f.; Espinheira y Pedreira, 2016; Turkle, 1995) (Teresa) , a guisa de ejemplo mencionaremos, cómo la tecnología influye en la forma de comportarse, en las interacciones, en los valores y en la identidad . Se interactúa con los dispositivos teniendo la oportunidad de aparecer como anónimo, invisible, pudiendo explorar aspectos desconocidos de uno mismo. La interacción en línea permite que uno sea anónimo, invisible y múltiple. La identidad postmoderna se percibe en términos de multiplicidad y flexibilidad, como algo transitorio, ilusorio, sin núcleo unitario detrás de lo superficial. Los retos son grandes pues según Bauman (2007), no hay identidad sólida sino multitud de identificaciones parciales en un mundo líquido saturado de información, en la que todo es fugaz y transitorio. La necesidad de conectarse con los otros de manera virtual parece validar lo que es uno. Concretamente se puede observar con facilidad que p. e. en un restaurante todos los miembros de la familia están alrededor de la mesa pero cada uno gira alrededor de su dispositivo, del que parecen depender (Teresa).

Estilos generativos Predomina el estilo convencional relacionado con los valores tradicionales y restringidos a interacciones familiares. Solo en un participante se incluye también actividades a participar en el ambiente religioso. En otro participante se describen preocupaciones por las personas necesitadas en todo el mundo más allá de la familia. En los hombres se acentúa también el estilo agéntico de sobresalir en negocios o en la profesión. En la participante soltera se presenta el estilo comunitario, se sacrifica por los demás (Teresa).

TEORÍA DE LAS INTERACCIONES FAMILIARES

El estudio de las transacciones o interacciones familiares adquiere prevalencia en psicología a partir de esta segunda mitad de siglo. Hasta antes, la seña epistemológica de occidente o tradicional circulaba alrededor de la idea de que la persona o el individuo se bastaba a sí mismo para explicarse en su conducta y la búsqueda científica enfilaba

a escudriñar sus interiores. Ello conducía, por ejemplo, a descifrar el misterio de la esquizofrenia dentro de variables histológicas cerebrales o de fuerzas psíquicas autoimpulsadas. Ahora y desde los años cincuenta, se tiende a imponer una psicología de las relaciones, y los desórdenes esquizofrénicos parecen tener más sentido con las disfunciones relacionales de la familia y el medio. El centro epistemológico se traslada del individuo al socius, aunque en terapia familiar este factor social es reducido a la familia. El viraje es fruto del influjo de las concepciones marxistas que, desde el siglo pasado, enfatizan la importancia del medio como fuente del comportamiento individual, y ya sin poder eludir esa dirección, nuestros estudiosos occidentales acuñan elaboraciones de interés que intentan desbrozar el complejo mundo de las determinaciones sociales tomando parcialmente las que proceden sólo de la familia. Desde entonces, diferentes corrientes de estudio enriquecen los nuevos conceptos relacionales y difunden términos específicos como «doble ligadura», «triangulación», «simbiosis» y «mito familiar» que obligan a centrarse conceptualmente en la familia. Enfoques teóricos tradicionales y recientes acuden hacia este movimiento especulativo. Se advierten así los aportes del psicoanálisis, de la teoría interaccional (Mead), de la teoría existencial, de la antipsiquiatría, de la teoría de la gestalt y, últimamente, de la cibernética, teoría de los sistemas y teoría de la información o comunicación, que confluyen para iluminar algunos aspectos de la complejidad familiar. Valga como ejemplo de estos aportes algunas de las tesis de la teoría de los sistemas de Von Bertalanffy: «el hombre debe ser considerado como un «sistema de personalidad activa» y no reflejológica; el organismo es un conjunto molar y no molecular; la homeostasis, función de estabilidad, es cuestionada constantemente por la anamorfosis, procesos de crecimiento; las actividades simbólicas humanas permiten esta continua superación; los valores, datos psicológicos y morales, funcionan en el nivel superior de esta complejidad relacional, que en el límite es inanalizable» (Benoit, 1985, pp. 11-12). El enlace entre síntoma o enfermedad psíquica y funcionamiento familiar derivó de la «observación de mecanismos homeostáticos en las familias de pacientes psiquiátricos, lo que llevó a la hipótesis de la familia como un sistema homeostático y, más específicamente, como un sistema gobernado por reglas. Y esto es así porque dichas reglas surgen con claridad si uno observa las reacciones que produce su anulación, a partir de las que se puede inferir

la regla que fue violada» (Jackson, cito por Watzlawick, 1973, p. 137). Estas reglas, se entiende, no son sino las interacciones que nos ocupan. A la familia se la observa en sus modos de vincularse, en sus maneras de comunicarse, en sus modalidades idiosincrásicas y elaboraciones típicas, tras definir sus rasgos organizativos, su estructura de conjunto, su «arquitectura» o, como también han dicho, su «biopsia de interacción». La definición de sus modelos y patrones de comportamiento sería utilizada como cartabón para establecer diferencias entre una familia y otra y entre grupos de familias, como efectivamente fue el procedimiento más generalizado en el estudio de las familias con un miembro esquizofrénico encaminado al encuentro de la génesis de esta enfermedad o de la «patología familiar en la esquizofrenia», en las décadas del 50 o 60, particularmente en Estados Unidos de Norteamérica. Actualmente ha perdido vigencia esa dirección circunscrita al mismo tiempo que siguen enriqueciéndose los estudios de la familia. Cada vez se descubre nuevos tipos de interacción y se precisa la nomenclatura relacional sin dejar de referirlos al proceso interaccional «patológico», opuesto al «normal», dado que el objetivo central está signado por la terapéutica familiar. Los terapeutas de uno y otro enfoque parten del concepto de familia como entidad protectora que para cumplir su propósito mantiene dialécticamente dos tendencias indisociables: la del equilibrio u homeostasis y la del crecimiento o diferenciación, en constante afirmación y negación mutua. Identidad y desarrollo en pugna. Si un proceso se estabiliza deja de crecer y para crecer debe perder estabilidad. En el campo relacional esto se traduce en valores y contravalores, en reglas para mantener la identidad de la familia y de contrarreglas para permitir su diversificación y crecimiento. La familia sigue, como todo organismo, un proceso evolutivo entre afirmación y cambio. En este proceso hay «crisis» que plantean a la familia el paso a una nueva etapa que despierta nuevos valores y objeta los anteriores en un juego que si tiene éxito da lugar a la continuación del proceso evolutivo. Los sabios nos dicen que después de una crisis hay reorganización. De tal modo que si ésta no se produce, si los antiguos valores se mantienen firmes conservándose en estabilidad y repeliendo los contravalores por el cambio, la familia se estaciona en una posición retrógrada, que es cuando las interacciones que se han estado empleando se toman rígidas, se anquilosan y rechazan todo intento de cambio. «Como en los individuos, los estudios sobre la familia indican que la flexibilidad es sinónimo de

normalidad y la rigidez, de patología» (Haley, en Zuk y Nagy, 1986, p. 43). Aquí es donde hace su aparición la enfermedad. Alguien del grupo familiar soporta la defensa de los contravalores o es el representante del cambio evolutivo y queda impregnado con estas intenciones frente al resto atrincherado en la posición conservadora. Ese miembro es conocido como «mediador» y si carece de apoyo suficiente puede pasar a la condición de «chivo expiatorio», el enfermo de la familia. «El mediador ha sido exc1uído por razón de unos trastornos de comportamiento cuyos contravalores son los mismo de la familia y, quizá, más bien los de las dos familias de los abuelos (Maria). La familia como sistema oscilará entre dos organizaciones incompatibles: un sistema global donde todos los miembros han quedado unidos después del fracaso de la crisis de maduración, y un conjunto de dos subsistemas fijos ligados: la familia del psicótico y el psicótico» (Benoit, 1985, p. 20) (Maria).

De este círculo vicioso sólo podrá salirse si la intervención del medio (familia de interacción, terapia familiar, etc.) genera nuevos intercambios en la familia a fin de retomar el proceso evolutivo que se había estancado. «Conceptual izamos el aspecto de la enfermedad mental que tratamos como una detención en el desarrollo de toda la familia. Este proceso funciona sobre principios homeostáticos, permitiendo que los familiares implicados en él puedan realizar cambios compensatorios, pero no crecer. La función del terapeuta consiste, pues, en producir el cambio desde este sistema relativamente cerrado al sistema relativamente abierto compatible con el crecimiento (Mac Gregor, en Ackerman y Jackson, 1970, p. 58). En el desarrollo del proceso evolutivo normal o esperado, las interacciones coadyuvan a la conquista de la nueva etapa y adquieren valor de interacciones válidas y funcionales. Si el proceso fracasa, el sistema interaccional se fija, se corporeíza afirmando la homeostasis familiar (Benoit, 1985, p. 92) Y haciendo que proliferen las manipulaciones recíprocas (Benoit, 1985, p. 68) que se concentran alrededor del enfermo. Aquí las interacciones han caducado sin perjuicio de haber sido «progresistas» en el momento anterior. Lo que da la señal de que se está produciendo el entrampamiento es la aparición del síntoma que simboliza la interacción con efecto de contravalor. «Por ejemplo, el ataque de angustia que sufre una madre al nacer su hijo está expresando la dificultad de la familia para pasar a la etapa de la crianza» (Haley, 1986, p. 34). Las interacciones que gobernaban a la pareja durante el

apareamiento y el embarazo no son suficientes para enfrentar la nueva situación de padres, y por tanto deben renovarse las interacciones. En toda familia hay sectores funcionales y sectores débiles o disfuncionales; estos últimos están constituidos por interacciones homeostáticas que no pueden adecuarse a los cambios que demanda el proceso evolutivo de la familia. Los tratadistas aseveran que por sí mismas las interacciones no tienen signo negativo ni positivo; que sean buenas o malas, retardatarias o progresistas es más producto de las circunstancias y de los momentos (Maria).

ARTICULOS RELACIONADOS

En el 2013 Universidad Juárez Autónoma de Tabasco realiza Síndrome de Burnout, funcionalidad familiar y factores relacionados en personal médico y de enfermería de un hospital de Villahermosa, con un método de tipo e tipo observacional, transversal y analítico, se utilizó el cuestionario MBI de 22 ítems y el cuestionario FF-SIL con 14 ítems. El universo de estudio fueron 458 trabajadores, la muestra fue de $n=201$, Resultados: El 74.6% de la población estudiada presentó Síndrome de Burnout, predominando las mujeres en un 61%, la media de edad fue de 43 años, unidos a una pareja el 70%, con Síndrome de Burnout en el nivel leve 55%, moderado 17%, grave 2%. La disfuncionalidad familiar se presentó en el grupo de los médicos. La relación entre el Síndrome de Burnout y funcionalidad familiar fue estadísticamente significativa con una $\chi^2=16.771$ y una $p=0.000$. Conclusión: Las enfermeras fueron el grupo más afectado con el síndrome y los médicos con mayores niveles de disfuncionalidad familiar.

Szwako Pawlowicz en el 2013 se realiza una investigación de relación entre funcionalidad familiar y Síndrome de Burnout en residentes de medicina familiar, El estudio fue de tipo observacional, descriptivo y transversal, ~~se realizó entre los meses de junio y julio del 2011.~~ Para el trabajo de campo se utilizó el cuestionario auto administrado de M.B.I (Maslach Burnout Inventory) y el APGAR familiar. Resultados: Según el APGAR familiar, utilizado para determinar el nivel de funcionalidad familiar de los residentes de

Medicina Familiar fue: 54% (30) de los residentes manifestaron un resultado de familia disfuncional leve a moderada; 46% (26) residentes tienen familia funcional. Ninguno tuvo disfuncionalidad familiar severa, La distribución por sexo de los residentes que presentaron disfuncionalidad familiar leve a moderada fue como sigue: 73% (22) femenino y 27% (8) masculino. De los 56 residentes, el 35% (20) presentan Síndrome de Burnout y de ellos ninguna disfuncionalidad severa, de estos, el 40% (8) presentaron disfuncionalidad leve a moderada y el 60% (12) funcionalidad normal. Al relacionar los que presentaban disfuncionalidad leve a moderada, que fueron el 53% (30) se detectó que solo el 26%. Los médicos residentes tienen alto desgaste emocional, alta despersonalización, y realización personal media; asimismo, el APGAR familiar tuvo un nivel de disfuncional leve a moderado y no se ha encontrado una relación importante entre ambas.

En el 2009 se realizó un estudio en Jalisco para medir el nivel de desgaste profesional del personal de guardia y custodia.²⁰ El Sistema Penitenciario de Jalisco está conformado por diez centros para adultos y dos para menores, suman 3,256 empleados al momento de la investigación (2006 – 2007). Se encontró una frecuencia de Agotamiento Emocional, pudimos constatar que del nivel inicial de 42% del personal situado en niveles medio y alto, se pasó a 23%. En lo que respecta a los niveles de Despersonalización, estos pasaron de un 36% de la muestra, situado inicialmente en niveles medio y alto, a un 27% en la segunda evaluación. Realización Personal, inicialmente, un 42% se encontraba en los niveles medio y alto, mientras que en la segunda evaluación se encontró que se redujo a un 39%. La frecuencia final de burnout fue del 4.6%. Ellos concluyen que los puntos críticos dentro del sistema, no siempre corresponden a los llamados “Centros Grandes”, pues centros pequeños presentaron niveles altos en alguna de las subescalas de Agotamiento Emocional o Despersonalización.

En un estudio realizado por Da Silva et al. ²¹ En trabajadores penitenciarios para medir la frecuencia de burnout y la calidad de vida. Se trató de un estudio descriptivo transversal realizado en un centro penitenciario de mujeres ubicado en Aquiraz, en el estado de Ceará, mediante el uso de 3 instrumentos de evaluación: el Maslach Burnout Inventory-General Survey, la versión abreviada del World Health Organization Quality of Instrumento de vida, y un cuestionario de información general. La mayoría de los funcionarios penitenciarios eran casados o convivientes, con edades comprendidas entre 31 y 40 años, con estudios universitarios completos o parciales, y al menos 1 hijo. En la investigación del agotamiento, las puntuaciones medias fueron de $1,9 \pm 1,43$, lo que indica un nivel moderado de agotamiento. En cuanto a la calidad de vida, el dominio ambiente presentó las puntuaciones más bajas (57.34%). Observaron una correlación entre el agotamiento y la calidad de vida, en la que cuanto más altas fueron las puntuaciones de agotamiento, menor fue la calidad de vida informada por los funcionarios penitenciarios.

JUSTIFICACIÓN

El propósito de esta investigación es analizar la forma en que las afecciones psicológicas causadas por el síndrome de Burnout afecta la relación familiar (funcionalidad familiar) en los trabajadores del sistema penitenciario y pacientes de la Clínica de San Martín de las Pirámides, así como analizar los efectos negativos sobre el estado emocional causando alteraciones psicológicas importantes las cuales afectan las relaciones familiares de quienes lo padecen. Existe una relación negativa entre las actividades laborales y las relaciones familiares cuando hay algún tipo de sobrecarga en las primeras pero esta no se ha descrito en el contexto ni desde la perspectiva de los trabajadores del sistema penitenciario. Por lo que a través de esta investigación se analizará cuáles son las percepciones de los efectos del Burnout por medio de sus narrativas y los posibles efectos que puedan tener en las relaciones y funcionalidad familiar de los trabajadores. Saber si existen artículos relacionados cuáles fueron los resultados de artículos anteriores que hablan de este tema y poder dar pauta para que otros estudios de mayor profundidad y es un llamado de atención para tomar en cuenta los factores familiares y sociales en el ámbito laboral. Ya que es un tema que ha sido más estudiado en el personal de salud, estudiantes y otras profesiones. Se han encontrado pocos artículos en personal de guardia y custodia relacionados con su calidad y la funcionalidad familiar, en los cuales el paciente no sabe que está presentando una enfermedad llamada Síndrome de Burnout y que puede estar influyendo con su familia, organización y compañeros.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde hace unos años se ha prestado especial atención a los profesionales que brindan algún tipo de asistencia , ya que en estas profesiones el riesgo de padecer estrés aumenta considerablemente, alcanzando una importancia preocupante .Estos profesionales confrontan diariamente el estrés y la muerte, son responsables por la vida de otras personas, están permanentemente expuestos a límites que le generan sentimientos de impotencia y frustración, trabajan prolongadas jornadas con ritmos irregulares de descanso, tienen sobrecarga de tareas e inseguridad en su puesto y lugar de trabajo, enfrentan riesgos de diversa índole y pueden cometer errores irreparables, han perdido progresivamente autonomía, jerarquización profesional y en la mayoría de los casos una remuneración digna; tienen dificultades para contar con insumos, infraestructura, recursos humanos y tecnología para trabajar adecuadamente, encuentran limitaciones para capacitarse, soportan fuertes presiones impositivas, etc. En el desgaste ocasionado por afrontar estas situaciones, queda comprometida su propia salud y la calidad de su trabajo, aunque muchos no se reconozcan como una población de riesgo para dolencias físicas, psíquicas y emocionales.

El estrés laboral es un fenómeno cada vez más importante en la sociedad actual, fenómeno que se manifiesta tanto a nivel individual, grupal como 3 organizacional; es una respuesta física y emocional negativa, que ocurre cuando los requerimientos del trabajo no coinciden con las capacidades, recursos o necesidades del trabajador. Es un trastorno de “adaptación” entre el trabajador y la situación estresante.

A la Clínica de Consulta Externa de San Martín de las Pirámides acuden los trabajadores guardias de custodia del “Cuerpo de Seguridad Auxiliar del Estado de México” (CUSAEM), los cuales refieren durante la entrevista médica, problemas psicológicos y físicos que presentan de tipo organizacional y laborales entre compañeros de su institución los cuales se presentan en su día a día e impactan directamente entre ellos y su familias. Dichos problemas son referidos como angustia, estrés, ansiedad, miedo, fatiga, ánimo decaído, entre otras.

El presente trabajo de investigación se enfoca en el estrés asociado a los trabajos asistenciales. A este tipo específico de estrés se lo conoce más comúnmente como “Síndrome de Burnout” o “Síndrome de quemarse por el trabajo” y como esta se refleja en la funcionalidad familiar o si tiene alguna asociación.

Por lo expuesto anteriormente, se decidió realizar un estudio ubicado en la Clínica de San Martín de las Pirámides, con el propósito de investigar cómo repercute a la familia las alteraciones psicológicas que se presentan en los pacientes con existencia del síndrome de burnout en los custodios de dicho servicio y la manera de conocer la magnitud y características de este fenómeno con el fin de proponer estrategias de abordajes que posibiliten o promuevan una mejor atención.

Se han encontrado pocos artículos enfocados en el personal de guardia y custodia en los cuales se habla sobre la relación en su calidad de vida y el síndrome de Burnout, las situaciones que pueden llegar a aumentar o favorecer que se presente dicha enfermedad y afecte en las tres esferas al ser humano de manera Bio psico social que conlleva a una afectación en su lugar de trabajo y familiar.

Por lo anterior; establecemos la siguiente

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la asociación entre el síndrome de burnout y la funcionalidad familiar en trabajadores del sistema penitenciario de guardia y custodia: “Cuerpo de Seguridad Auxiliar del Estado de México”?

HIPÓTESIS

Ha: Existe asociación entre el síndrome de burnout y la funcionalidad familiar en trabajadores del sistema penitenciario de guardia y custodia: “Cuerpo de Seguridad Auxiliar del Estado de México.

Ho: No Existe asociación entre el síndrome de burnout y la funcionalidad familiar en trabajadores del sistema penitenciario de guardia y custodia: “Cuerpo de Seguridad Auxiliar del Estado de México.

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar si existe asociación entre el síndrome de burnout y la funcionalidad familiar en trabajadores del sistema penitenciario de guardia y custodia: “Cuerpo de Seguridad Auxiliar del Estado de México.

Objetivos específicos

- Identificar la frecuencia de síndrome de burnout en trabajadores del sistema penitenciario de guardia y custodia: CUSAEM.
- Identificar las variables asociadas al síndrome de Burnout en trabajadores del sistema penitenciario de guardia y custodia: CUSAEM.
- Identificar la frecuencia de los niveles de funcionalidad familiar en los en trabajadores del sistema penitenciario de guardia y custodia: CUSAEM.
- Identificar las variables asociadas al nivel de disfunción familiar en trabajadores del sistema penitenciario de guardia y custodia: CUSAEM.
- Analizar la asociación entre la presencia de síndrome de burnout y los niveles de disfunción familiar en trabajadores del sistema penitenciario de guardia y custodia: “Cuerpo de Seguridad Auxiliar del Estado de México.
- Analizar las variables asociadas más frecuentes en personal con síndrome de burnout y disfunción familiar en trabajadores del sistema penitenciario de guardia y custodia: “Cuerpo de Seguridad Auxiliar del Estado de México.

MATERIAL Y MÉTODOS

Universo de trabajo

El universo de trabajo estará conformado por hombre y mujeres trabajadores del sistema penitenciario de guardia y custodia: “Cuerpo de Seguridad Auxiliar del Estado de México” que acuden a alguno de los servicios de la Clínica de Consulta Externa de San Martin de las Pirámides del Instituto de Seguridad Social del Estado de México (ISSEMyM) durante el periodo comprendido de septiembre de 2021 a febrero de 2022.

Diseño arquitectónico:²²

Estudio de causa-efecto.

Diseño metodológico²³

De acuerdo a la exposición de la maniobra es un estudio: **observacional**.

De acuerdo al seguimiento de los participantes: **transversal**

De acuerdo a la direccionalidad de la obtención de la información: **retrolectivo**

De acuerdo a la asociación de variables: **descriptivo**.

Tipo de estudio

Encuesta transversal.

Lugar de estudio

Este estudio se realizará en Clínica de Consulta Externa de San Martin de las Pirámides del Instituto de Seguridad Social del Estado de México (ISSEMyM) unidad médica de primer nivel del Sector Salud para trabajadores del estado, ubicado en la zona Nororiente del Estado de México y que atiende a población derechohabiente. El estudio se realizará en el periodo de septiembre del 2021 a febrero de 2022 en pacientes mayores de 18 años trabajadores del sistema penitenciario de guardia y custodia: “CUSAEM” que acuden a consulta externa de la unidad por cualquier motivo de consulta los cuales cumplan con los criterios de inclusión.

Tamaño de la muestra^{24,25}

Para estimar el tamaño de muestra de la prevalencia o proporción de un evento o característica se deben identificar distintos componentes, empezando por la medida de resumen (p_0), que corresponde a la proporción esperada, y la precisión de esta (d), que equivale a la mitad de la amplitud del IC. Si entendemos este apartado, podemos despegar la fórmula de tamaño de muestra a partir de la fórmula de la precisión, que a su vez proviene de la estimación de la desviación estándar de una proporción:

$$n = \frac{Z_a^2 \times p \times q}{d^2}$$

En dónde.

Z = nivel de confianza,

p = probabilidad de éxito, o proporción esperada

q = probabilidad de fracaso

d = precisión (error máximo admisible en términos de proporción)

Nivel de confianza: 95%

Tamaño de la población: 3,000. (Personal CUSAEM derechohabientes del ISSEMyM San Martín de la Pirámides, Edo de México.

Frecuencia esperada: 30%

Límite de confianza: 5%.

Tamaño de muestra: **250 participantes.**

Tipo de muestreo

Probabilístico: Aleatorio simple

En este tipo de muestreo se asegura que en el universo los participantes en el estudio tengan las mismas posibilidades de ser elegidos.

Criterios de participación²⁶

Inclusión

- Personal de CUSAEM adscrito a la Clínica de Consulta Externa de San Martín de las Pirámides del Instituto de Seguridad Social del Estado de México (ISSEMyM).
- Sin distinción de sexo.
- Edad comprendida entre los 18 a 60 años.
- Personal activo durante el periodo de estudio.
- Que acepten participar en el estudio.
- Que autoricen su participación mediante firma de la carta de consentimiento informado.

Exclusión

- Personal con antecedentes de patologías de neurosis o psicosis como esquizofrenia, síndrome límite o borderline y alteraciones de la personalidad.
- Personal con diagnóstico de depresión o ansiedad previa.
- Personal con alguna patología infecciosa aguda como infección por COVID-19.
- Personal bajo tratamiento farmacológico con ansiolíticos, antidepresivos o antipsicóticos.
- Personal con antecedentes de farmacodependencias o abuso de alcohol.
- Participantes que deseen abandonar el estudio.
- Personal que entregue cuestionarios incompletos o ilegibles.
- Cuestionarios con respuestas incongruentes o con patrón de respuesta al azar.

Eliminación

- No aplica por el diseño de estudio transversal.

Variables

Variable dependiente. Síndrome de Burnout. (Cansancio emocional, despersonalización y realización personal)

Variables independientes: Funcionalidad familiar.

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	Tipo de variable y escala de medición
Variable Dependiente			
Síndrome de Burnout ^{27,28}	La ansiedad es una respuesta emocional provocada por el miedo; en consecuencia, el miedo es la valoración del peligro; la ansiedad es el estado de sentimiento negativo evocado cuando se estimula el miedo. (Beck y Clark), El Síndrome de Burnout es un conjunto de tres dimensiones; agotamiento emocional , despersonalización y reducida realización personal . Esta condición se manifiesta por síntomas psíquicos y somáticos:	Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera definen el síndrome de Burnout. Presente: 1 Ausente: 0	Cualitativa dicotómica.
Cansancio emocional.	Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14,16, 20.) Puntuación máxima 54.	Indicios de Burnout: Cansancio emocional ítems 1-2-3-6-8-13-14-16-20 Más de 26 puntos en esta dimensión. Presente: 1 Ausente: 0	Cualitativa dicotómica
Despersonalización	Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes frialdad y distanciamiento Está formada por 5 ítems (5, 10, 11,	Indicios de Burnout:	Cualitativa dicotómica

	15, 22.) Puntuación máxima 30.	Cansancio emocional ítems 5-10-11-15-22 Más de 9 puntos en esta dimensión. Presente: 1 Ausente: 0	
Realización personal	Evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.) Puntuación máxima 48.	Indicios de Burnout: realización personal 4-7-9-12-17-18-19-21 Menos de 34 puntos en esta dimensión. Presente: 1 Ausente: 0	Cualitativa dicotómica
Variables Independientes			
Funcionalidad familiar	Patrón de conductas desadaptativas e indeterminadas que presenta de manera permanente uno o varios integrantes de una familia y que al relacionarse con su membresía se genera un clima propicio para el surgimiento de patologías específicas o inespecíficas.	Instrumento de evaluación (FF- SIL). De 70 a 57 pts. Familias funcional De 56 a 43 pts. Familia moderadamente funcional De 42 a 28 pts. Familia disfuncional De 27 a 14 pts. Familia severamente disfuncional	Cualitativa ordinal.

Análisis estadístico

Las variables cualitativas se resumirán con frecuencias y porcentajes y se graficarán con histograma de frecuencias. Para conocer la homogeneidad o diferencia de variables cualitativas entre grupos (p. ej. participantes con y sin síndrome de Burnout y niveles de disfunción familiar), se usará χ^2 de Pearson²⁹ (para diferencia de proporciones) o prueba exacta de Fisher según sea adecuado.

Las variables cuantitativas se presentarán con medias y desviación estándar (o medianas y cuartiles en caso de distribución libre de los datos) y se presentarán en cuadros o tablas con el valor de p y significancia estadística. Para conocer el tipo de distribución se utilizará la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (prueba para poblaciones mayores de 50 participantes). Para diferencia de medias entre grupos se usará t de Student³⁰ para grupos independientes (o U de Mann-Whitney³¹ en caso de distribución libre), se graficarán los resultados en diagramas de cajas. Para el análisis estratificado entre grupos se utilizará Kruskal-Wallis (para más de 2 grupos en caso de disfunción familiar tres grupos: funcionalidad normal, disfunción moderada y disfunción severa).³² Se graficarán los resultados con graficas Box plot o gráficas de barras con desviación estándar.³³

Se determinará la asociación entre el desenlace de estudio (síndrome de burnout) con cada variable independiente como edad, sexo, escolaridad, etc, mediante prueba de correlación r de Pearson. Los resultados se presentarán en graficas de Forest plot. Y finalmente se utilizarán modelos multivariados,^{34,35} regresión logística para determinar $Exp\beta$ (exponente de beta) y obtener una constante en el modelo de regresión de al menos un 30% que explique la asociación de burnout con la funcionalidad familiar. Los resultados se presentarán en cuadros con valor de p y su significancia estadística.

Se procesarán los datos en el programa Windows Office Excel 2010 y el paquete estadístico IBM SPSS V.25. En todos los casos se determinará un valor de $p \leq 0.05$ como estadísticamente significativo.

Descripción general del estudio

En el presente estudio se captará a las posibles participantes que acuden a los diversos servicios de la Clínica de Consulta Externa de San Martín de las Pirámides del Instituto de Seguridad Social del Estado de México (ISSEMyM) en el periodo comprendido entre septiembre de 2021 a febrero de 2022. Se les solicitará la participación a aquellas que reúnan los criterios de inclusión al estudio y se les explicará en qué consistirá y las mediciones a realizar así como los posibles riesgos y beneficios a su salud con el hecho de participar, se les explicará detalladamente y se les solicitará su aceptación mediante la firma del consentimiento informado, se les dejará claramente establecido que no se lucrará con los resultados y sus datos serán protegidos por el investigador y no hará mal uso de ellos.

No se les informará sobre los resultados del estudio ya que serán motivo de difusión en publicación científica.

Una vez aceptado y firmado el consentimiento se les aplicarán las cédulas de evaluación y los instrumentos que consisten en hoja de recolección de datos y dos cuestionarios. Al término de su llenado se podrán recabar algunos datos de su expediente clínico con el fin de obtener mayores datos. Al término del cuestionario se dará por terminada la evaluación. Una vez registrado el total de pacientes a encuestar se procederá al análisis de resultados, interpretación, elaboración del escrito final, conclusiones y envío para su publicación en caso necesario.

El cuestionario consistirá en preguntas de datos sociodemográficos que incluyen: nombre (iniciales), edad, sexo, su estado civil, si padece alguna enfermedad incapacitante, antecedentes laborales como puesto, antigüedad y turno, así como si está en tratamiento psicológico o psiquiátrico; así también el formulario tendrá el Cuestionario de Maslach para Síndrome de Burnout y el cuestionario de funcionalidad familiar FF-Sil. Con el fin de buscar la asociación entre factores sociodemográficos, Síndrome de Burnout y funcionalidad familiar.

Se realizara en 2 etapas:

En la primera etapa se aplicara el cuestionario Maslach Burnout Inventory, instrumento traducido al español y validado por Gil Monte en el año 2002, que evalúa el síndrome de Burnout. El tiempo promedio para su llenado será de aproximadamente 10 minutos y mide tres aspectos: cansancio emocional, despersonalización y realización profesional. Está constituido de 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes. Estas tres escalas tienen consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad; van desde: 0 =nunca; 1=pocas veces al año o menos; 2=una vez al mes o menos; 3=unas pocas veces al mes o menos; 4=una vez a la semana; 5=pocas veces a la semana; hasta 6=todos los días. Para su evaluación se utilizaran criterios de puntaje. En la dimensión de cansancio emocional para catalogarlo como alto se consideraran de 29-42 puntos, moderado de 15-28 puntos y bajo de 0-14 puntos. En la dimensión de despersonalización para catalogarla como alta de 21-30 puntos, moderada de 11-20 puntos y baja de 0-10 puntos. La dimensión de realización personal para catalogarla como alta se considerara de 0-16 puntos, moderada de 17-32 puntos y baja de 33-48 puntos, para esta última dimensión el puntaje de las respuestas de este apartado vienen inversas: 6 =nunca; 5=pocas veces al año o menos; 4=una vez al mes o menos; 3=unas pocas veces al mes o menos; 2=una vez a la semana; 1=pocas veces a la semana; hasta 0=todos los días. Los criterios de estas puntuaciones se obtendrán del puntaje mínimo y máximo para delimitar rangos de respuesta. Para obtener la prevalencia general del síndrome de Burnout en fase leve 0-43 puntos, moderada 44-87 puntos y grave 88-132 puntos. El instrumento tiene una alta consistencia interna y una confiabilidad cercana al 0,9, 0,90.

En la segunda etapa se utilizara el FF-SIL instrumento construido por Ortega et al 1999, Máster en Psicología de la salud para evaluar la funcionalidad familiar, en el cual se miden las variables: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. Consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, con un total de 14 ítems, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento. Con una escala tipo Likert según intensidad que van desde: 1= casi

nunca; 2= pocas veces; 3= a veces; 4= muchas veces; 5= casi siempre. La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems, lo que permite llegar al diagnóstico de funcionamiento familiar; los criterios para clasificar los puntajes son: la familia funcional con una puntuación de 70 a 57 puntos, moderadamente funcional de 56 a 43 puntos, disfuncional de 42 a 28 puntos y severamente disfuncional de 27 a 14 puntos. La confiabilidad detectada en esta prueba fue de .71.

Para complementar las variables en estudio se utilizara una cédula de identificación que hace referencia a datos sociodemográficos y laborales con 17 preguntas. Para el análisis se construyó una base de datos con la información obtenida de los instrumentos aplicados. Se utilizó la paquetería de Excel de Office y SPSS versión 18.0 y se empleó estadística descriptiva y analítica (coeficiente de correlación de Pearson).

ASPECTOS ÉTICOS³⁶

El presente estudio cumple con los aspectos éticos que rigen toda investigación nacional e internacional: Código de **Nuremberg** promulgado en 1947 siendo la principal disposición del código que es absolutamente esencial “el consentimiento informado voluntario del sujeto humano”. En 1974 en Estados Unidos de Norteamérica se estableció la comisión nacional para la protección de sujetos humanos en la investigación biomédica y conductual. La **Declaración de Helsinki** es un documento oficial de la Asociación Médica Mundial, organismo representante mundial de los médicos, fue adoptada por primera vez en 1964 (**Helsinki**, Finlandia) y revisada en 1975 (Tokio, Japón), 1983 (Venecia, Italia), 1989 (Hong Kong), 1996 (Somerset West, Sudáfrica), última enmienda en el 2000 (Edimburgo, Escocia). Nota de Clarificación del párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002. Hasta su última revisión y actualización en Fortaleza Brasil en 2013.

En 1966 la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó el acuerdo internacional sobre derechos civiles y políticos que entró en vigor en 1976 y que estipula lo siguiente: “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En especial, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos”. El consejo internacional de la ciencias médicas (**CIOMS**) publicó en el año 1982, el documento “Propuesta de Pautas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos” el cual tiene como objetivo indicar como podrían aplicarse eficazmente los principios éticos fundamentales que guían la investigación biomédica en seres humanos tal como se establece en la Declaración de Helsinki de asociación médica mundial, especialmente en los países en desarrollo, teniendo en consideración su cultura, sus circunstancias socioeconómicas, sus leyes nacionales y sus disposiciones ejecutivas y administrativas. En 1991 el CIOMS publicó las Pautas Internacionales para la Evaluación Ética de los Estudios Epidemiológicos, cuyo objetivo es ayudar a los investigadores, instituciones y autoridades regionales y nacionales a establecer y mantener normas para la evaluación ética de los estudios epidemiológicos.

Este protocolo de estudio se apega a los lineamientos de la **declaración de Helsinki** y sus actualizaciones, así como su última revisión en Fortaleza Brasil 2013; en conjunto con la **Ley General de Salud** actualmente vigente en el área de investigación en seres humanos. Dicho protocolo se apega a la **Ley General de Salud** propiamente al artículo 3 Fracción I, al artículo 32, Organización, control y vigencia de la presencia de servicios y establecimientos de salud, Fracción I, II, IV de esta ley.

Artículo 100 fracción V: solo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias correspondiente. Fracción IV de la ley general de salud, deberá contar con consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación.

Población vulnerable: Se tendrá la participación de los derechohabientes trabajadores del sistema penitenciario de guardia y custodia: “Cuerpo de Seguridad Auxiliar del Estado de México” que acuden a alguno de los servicios de la Clínica de Consulta Externa de San Martín de las Pirámides del Instituto de Seguridad Social del Estado de México (ISSEMyM), adultos en pleno uso de sus facultades mentales y civiles por lo que no se considera población vulnerable.

Riesgo de la investigación: Con base a la normativa del **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud** y conforme a los aspectos éticos de la investigación de seres humanos, título II, capítulo I, artículo 17, el estudio se considera **con riesgo mínimo** ya que se exploraran aspectos de la conducta humana.

Posibles inconvenientes: Se prevén algunos inconvenientes al realizar la recolección de datos, pero estos serán mínimos. Dichos inconvenientes podrían ser: pudor, disconfort, incomodidad por el tipo de preguntas, sin embargo los cuestionarios serán totalmente anónimos.

Balance riesgo – beneficio: Del presente protocolo existe mayor beneficio; a través de los datos recolectados se pueden identificar la frecuencia de síndrome de burnout y el

nivel de disfunción familiar los cuales serán considerados para proponer estrategias de mejora y de atención preventiva.

Confidencialidad: Los datos recopilados a través de los instrumentos de evaluación serían anónimos y confidenciales, la interpretación de resultados se usarán para fines estadísticos. Se identificará al derechohabiente con un folio y sus iniciales y los datos personales serán resguardados por los investigadores y solo se difundirán los datos por medio de los resultados al personal de salud competente. Este estudio se apega a los principios contenidos en la **Ley federal de protección de datos personales en posesión de los particulares.**

Consentimiento informado: Solicitaremos carta de asentimiento informado para solicitar autorización del Comité de Ética en investigación y al comité local de investigación para las actividades de investigación y recolección de datos del ISSEMyM para el presente estudio.

Forma de selección de los participantes: Se incluirá a participantes que cumplan con los criterios de participación y serán seleccionados mediante un proceso aleatorizado simple.

Con base al Reglamento De **La Ley General De Salud En Materia De Investigación Para La Salud**, última revisión del año 2014 se indica la realización de la investigación para la salud debe atender los aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona bajo investigación, siendo fundamental apearse a las normativas de seguridad establecidos en el capítulo I y V, en los artículos 13, 16, 17, y 58 que establecen lo siguiente:

Artículo 13.- Prevalecerá el criterio de respeto a la dignidad, la protección de los derechos y bienestar del sujeto de estudio.

Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Este estudio presenta un nivel de riesgo: **riesgo mínimo**

ARTÍCULO 58.- Cuando se realicen investigaciones en grupos subordinados, en la Comisión de Ética deberá participar uno o más miembros de la población en estudio, capaz de representar los valores morales, culturales y sociales del grupo.

En el presente estudio se actuará con respeto hacia las derechohabientes de la clínica San Martín de las Pirámides ISSEMyM, basándonos en el Artículo 20, 21, 22 de la Declaración de los Derechos de los Pacientes por medio de la carta de consentimiento informado.

La confidencialidad de los datos de los pacientes se respetará, siendo solamente analizados e interpretados exclusivamente por los investigadores; al ser un estudio de tipo observacional se evita exponer la integridad física, psicológica y moral de los pacientes y familiares.

En la Declaración de Helsinki se estipula que nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, en caso de ser un estudio de tipo experimental se necesitara el consentimiento informado que avale la participación libre del individuo, en este caso, al no ser un estudio de tipo experimental no se expondrá a las pacientes a ningún tipo de procedimiento.

En el **informe Belmont** describe los Principios éticos de los humanos sujetos a investigación, dicho informe establece los principios éticos fundamentales para la investigación en seres humanos abarcando lo siguiente:

Respeto: Se mantendrá en consideración el principio de respeto al proteger la información brindada en los cuestionarios, se resguardará dichos datos y al no mal uso de los mismo, sientos solamente analizados por los investigadores asociados a este protocolo que participarán en la elaboración, ejecución y aplicación de recolección de la

información, elaboración de la base de datos, análisis de los resultados y difusión de los mismos protegiendo la integridad de los pacientes en todo el proceso.

Beneficencia: Se actuará de acuerdo a los lineamientos previamente mencionados, Se interpretaran datos sin causar ni exponer al paciente, protegiéndolo, y siempre actuar bajo el ideal de mejorar su calidad de vida. A través de este protocolo de estudio se planea generar las bases para poder generar estrategias efectivas, que tenga aplicabilidad y trascendencia la población.

No maleficencia: No se ocasionará daño físico o psicológico en el presente estudio.

Justicia: De acuerdo a este principio, se respetará la participación de los pacientes mediante una recolección de los participantes de manera aleatorizada.

RECURSOS

Recursos humanos:

Investigador principal; Profesor de especialización en medicina familiar, con experiencia en investigación cuantitativa, e investigación clínica. **Participación:** análisis estadístico y discusión. Dirección del estudio.

Investigador asociado 1; Médico residente de segundo año de la especialización en Medicina familiar ISSEMyM Ecatepec. **Participación:** Elaboración del protocolo Recopilación de la información, elaboración de la base de datos, organización y coordinación general del estudio.

Recursos materiales.

Equipos de cómputo con conexión a internet. Software: Windows Office 10, Word V.10 / Excel/ SPSS 25, equipo de papelería, hojas bond, engrapadora, bolígrafos color negro. Smartphones; Samsung Galaxy S10 app: CDC Epi Info Android V: 1.4.3. Impresora láser y equipo de fotocopiado.

Buscadores de información electrónica.

Bases electrónicas de publicaciones científicas, google académico, pub med, Web of Science, Clarivate, CONRICyT, acceso a publicaciones electrónicas UNAM y google search.

Recursos físicos.

Consultorios de consulta externa de la Clínica de Consulta Externa de San Martín de las Pirámides del Instituto de Seguridad Social del Estado de México (ISSEMyM).

Financiamiento.

Los recursos disponibles serán cubiertos por los investigadores principales. Se utilizarán también recursos institucionales de la Clínica de Consulta Externa de San Martín de las Pirámides del ISSEMyM. Los gastos serán mínimos.

Los participantes declaramos no tener conflicto de intereses alguno

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

“Síndrome de burnout y funcionalidad familiar en trabajadores del sistema penitenciario de guardia y custodia: cuerpo de seguridad auxiliar del estado de México”

Año	2021												2022											
Semestre	1er Sem				2do Sem								3er sem				4to Sem							
Mes	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	6	7	8	10	11	12				
Recopilación bibliográfica			R	R	R	R																		
Elaboración de protocolo				R	R	R																		
Envío al comité de ética e investigación						R	R	R																
Aplicación de encuestas								R	R	R	R	R												
Elaboración de base de datos.										R	R	R	R	R	R									
Análisis estadístico.															R	R	R							
Elaboración de informe final																	R	R	R	R				

Elaboró: Dra. Ana Guadalupe Montiel Juárez

P: Programado **R:** Realizado.

RESULTADOS

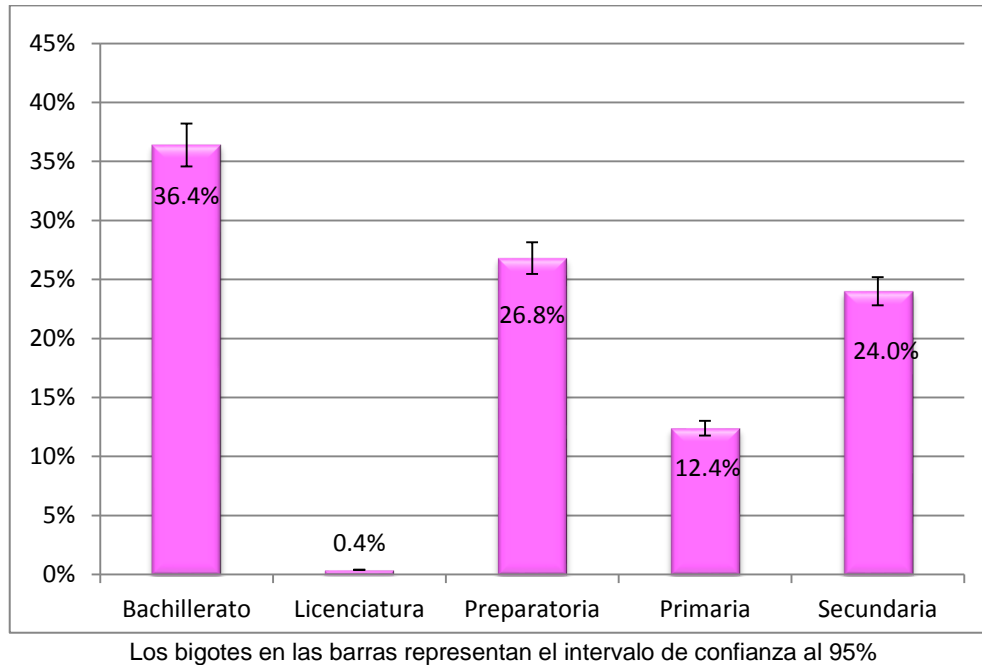
Se encuestaron a 250 trabajadores de guardia y custodia del Cuerpo de Seguridad Auxiliar del Estado de México, el 67% fue del sexo femenino (169 participantes) y 32% fueron hombres (81 sujetos), tabla 1. La media de edad fue de 38.5 años (± 11.8), el menor de los encuestados tuvo 18 años y el mayor 67 años. El nivel de escolaridad más frecuente fue el de nivel bachillerato en el 36% de los encuestados (91 sujetos). El estado civil más frecuente fue el de solteros en el 47% de casos (117 sujetos). La mediana de hijos fue de 1 por entrevistado con rango de 0 hasta 5. Y viven en casa en promedio dos personas (Rango de 1 a 12 personas), dichos datos no se tomaron en cuenta para los resultados tabla 1, gráfica 1 y 2.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los encuestados.

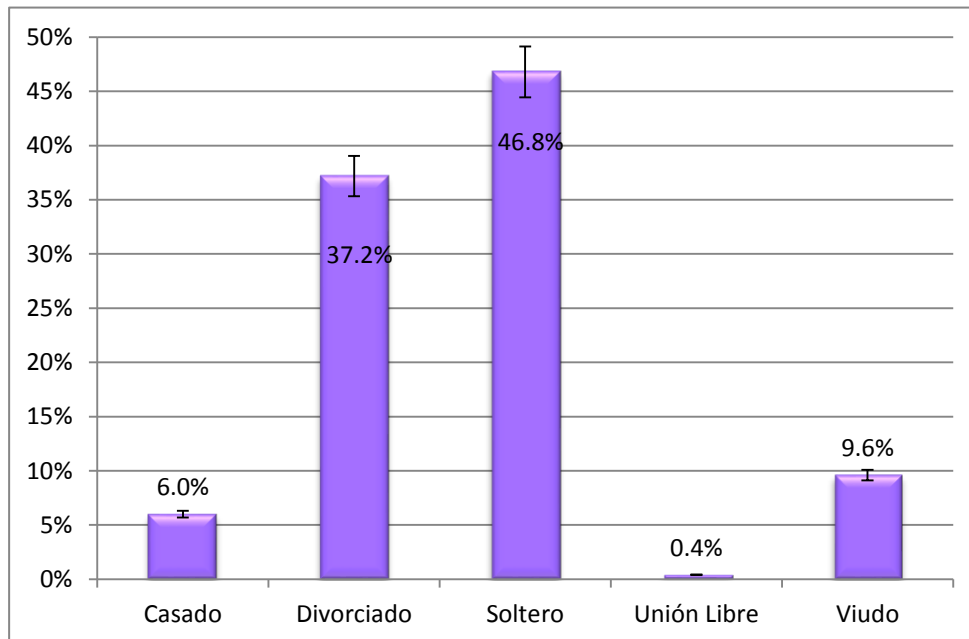
	Media	D.E
Edad*	38.5	11.8
Antigüedad laboral	4	3.3
	Mediana	Rango
Número de hijos	1	0 - 5
Número de personas con las que vive	2	1 - 12
	n	%
Sexo		
Mujeres	169	67.6
Hombres	81	32.4
Escolaridad		
Bachillerato	91	36.4
Licenciatura	1	.4
Preparatoria	67	26.8
Primaria	31	12.4
Secundaria	60	24
Estado civil		
Casado	15	6.0
Divorciado	93	37.2
Soltero	117	46.8
Unión Libre	1	.4
Viudo	24	9.6

D.E: Desviación estándar. n= Frecuencia. *: En años.

Gráfica 1. Frecuencia de escolaridad en trabajadores de guardia y custodia del Cuerpo de Seguridad Auxiliar del Estado de México.



Gráfica 2. Frecuencia de estado civil en trabajadores de guardia y custodia del Cuerpo de Seguridad Auxiliar del Estado de México.



La antigüedad en el trabajo como guardias y custodios en promedio fue de 4 años (± 3.3) rango de 1 hasta 20 años y el turno en todos los casos fue de 24 horas por 24 horas.

La frecuencia de Burnout en los trabajadores fue del 77.6% (194 trabajadores) y el porcentaje en tendencia a desarrollar Burnout fue de 20.8%. Solo 4 trabajadores no tuvieron presencia de alteraciones o riesgo de Burnout tabla 2. El análisis por dimensiones de burnout se observó que el 99% presentan cansancio emocional alto (248 de 250 trabajadores), el 80% presentaron nivel alto de despersonalización (201/250) y el 95% refirió un nivel bajo de realización personal, tabla 3, gráfica 3. Puntuaciones altas en las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización más niveles de puntuación bajos en realización personal fueron los criterios para el diagnóstico de burnout.

Tabla 2. Frecuencia de Burnout en personal de guardia y custodia del Cuerpo de Seguridad Auxiliar del Estado de México.

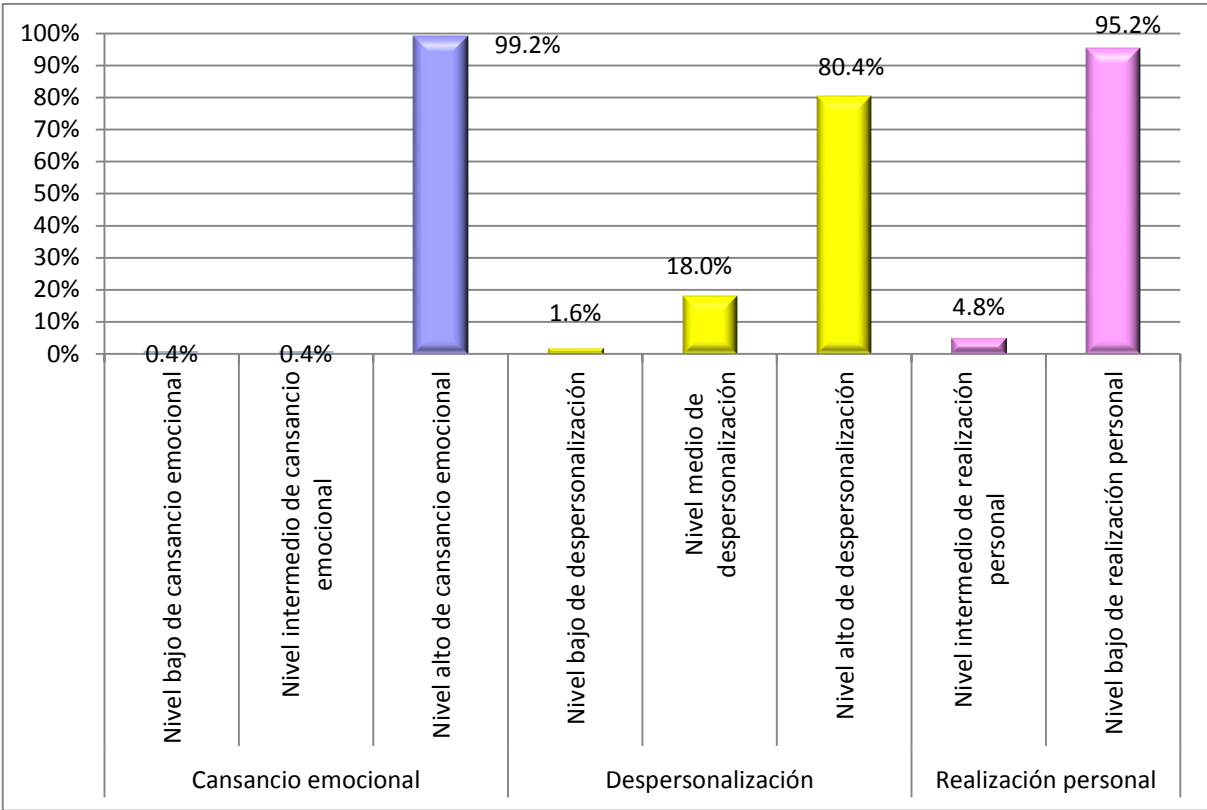
	Frecuencia	Porcentaje
Burnout	194	77.6
En tendencia a desarrollar Burnout	52	20.8
Ausente	4	1.6
Total	250	100.0

Tabla 3. Frecuencia de alteraciones por subescalas de Burnout en trabajadores de guardia y custodia del Cuerpo de Seguridad Auxiliar del Estado de México

	n	%
Cansancio emocional		
Nivel bajo de cansancio emocional	1	.4
Nivel intermedio de cansancio emocional	1	.4
Nivel alto de cansancio emocional	248	99.2
Despersonalización		
Nivel bajo de despersonalización	4	1.6
Nivel medio de despersonalización	45	18.0
Nivel alto de despersonalización	201	80.4
Realización personal		
Nivel intermedio de realización personal	12	4.8
Nivel bajo de realización personal	238	95.2

n= Frecuencia. %= Porcentaje

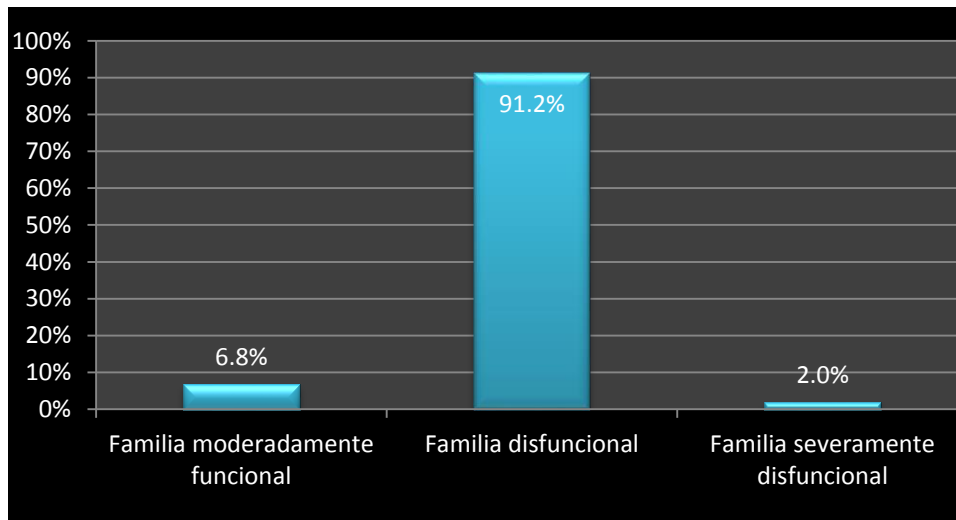
Gráfica 3. Frecuencia de Burnout por dimensiones.



Funcionalidad familiar

Respecto a la funcionalidad familiar, el 2% presentaron disfunción severa, el 91% fue disfuncional y 6.8% moderadamente funcional. No se encontró ninguna familia funcional, gráfica 4.

Gráfica 4. Niveles de funcionalidad familiar en los trabajadores encuestados.



La asociación entre la presencia de burnout y el tipo de funcionalidad familiar es pobre con una r de Pearson de -0.055 (χ^2 ; 0.57) por lo que incluso es una asociación negativa y no se asocia la presencia de una con la presencia de la otra, tabla 4 y 5.

Tabla 4. Tablas cruzadas: Nivel de funcionalidad familiar*Burnout manual tabulación cruzada

		Burnout		Total	
		Ausente	Presente		
Nivel de funcionalidad familiar	Familia moderadamente funcional	n	3	14	17
		% del total	1.2%	5.6%	6.8%
	Familia disfuncional	n	51	177	228
		% del total	20.4%	70.8%	91.2%
	Familia severamente disfuncional	n	2	3	5
		% del total	0.8%	1.2%	2%
Total		n	56	194	250
		% del total	22.4%	77.6%	100%

Tabla 5. Nivel de asociación entre presencia de síndrome de burnout y disfunción familiar.

		Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Intervalo por intervalo	R de persona	-.055	.063	-.873	.384 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	-.055	.063	-.860	.390 ^c
N de casos válidos		250			

a. No se supone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula.

c. Se basa en aproximación normal.

Análisis bivariado y múltiple

No se observó significancia estadística con respecto al riesgo de presentar burnout respecto a la antigüedad mayor de 4 años laborales, la edad mayor de 38 años ni el sexo, tabla 6.

Tabla 6. Riesgo de presentar burnout con las variables estudiadas en trabajadores de guardia y custodia del Cuerpo de Seguridad Auxiliar del Estado de México mediante Odds ratio.

	χ^2	OR	Intervalo de confianza de 95 %	
			Inferior	Superior
Sexo	0.487	0.794	0.414	1.524
Edad mayor de 38 a.	0.225	0.690	0.379	1.258
Antigüedad mayor a 4 años	0.490	1.263	0.650	2.455

χ^2 : Ji cuadrada. OR: Odds ratio.

No se observó un aumento en el riesgo de presentar síndrome de burnout entre trabajadores de guardia y custodia del Cuerpo de Seguridad Auxiliar del Estado de México y las variables estudiadas como, nivel de funcionalidad familiar, la edad mayor o menor de 38 años, la antigüedad laboral mayor o menor de 4 años laborales, ni ninguna otra variable estudiada como el número de hijos, el número de personas con las que viven o el estado civil, tabla 7.

Tabla 7. Tabla de regresión logística entre riesgo de síndrome de burnout y variables estudiadas.

Variables en la ecuación									
		B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Paso 1 ^a	Funcionalidad familiar	-.491	.562	.763	1	.382	.612	.204	1.841
	Mayor de 38	-.390	.310	1.577	1	.209	.677	.369	1.244
	Antigüedad de 4 años	.311	.345	.814	1	.367	1.365	.694	2.685
	Constante	2.885	1.753	2.707	1	.100	17.900		

a. Variables especificadas en el paso 1: Funcionalidad familiar, mayorde38, antigüedad mayor de 4a.

DISCUSIÓN

El personal de prisiones es señalado por la OMS como colectivo laboral vulnerable por la exposición a factores psicosociales de riesgo, considerando entre ellos, el Síndrome de Burnout. Su presencia solía asociarse con la presencia de alteraciones en la funcionalidad familiar, en la pareja o en el mismo funcionamiento laboral, sin embargo en el presente estudio hemos logrado demostrar no solo^{74,75,76,77}, la falta de asociación sino que la presencia del burnout incluso pueden ser contrarias a la disfunción familiar. Su presencia se explica por al menos el 2.8% de las variables estudiadas en este proyecto.

Se aplicó la escala de Maslach Burnout Inventory (MBI), a una muestra (n=250) no aleatoria de empleados de guardia y custodia del Cuerpo de Seguridad Auxiliar del Estado de México que laboran en el C.P.R.S (Centro de Readaptación Social) Otumba Tepachico y del Reclusorio Molino de las Flores Texcoco, ambas penitenciarias del estado de México. La frecuencia de cansancio emocional fue de 99.2%, de despersonalización del 80.4% y de bajo sentido de realización personal del 95.2% para una frecuencia final de Burnout del 77.6%.

El considerar que la generalidad del personal del sistema penitenciario es “corruptible” nos hizo preguntarnos si tendría algo que ver con el desgaste laboral, y la funcionalidad familiar, pues en nuestra experiencia directa, son pocos los casos identificables como corruptos, con franca intención de serlo. Una gran parte presentaban una notable laxitud en su desempeño de una manera poco consciente y justificada por quejas, irritabilidad, etc. El desgaste laboral es un fenómeno cada vez frecuente entre la población de guardia y custodia y su detección y atención es primordial para evitar la corrupción y la transformación de dicho personal hacia el lado opuesto de la seguridad en los penales ya que es un asunto de seguridad institucional.

Los factores psicosociales implicados en las actividades laborales destinadas a atender personas como reclusos, derivan de la actividad misma, lo que pone al individuo en una situación vulnerable para su estabilidad emocional, para su homeostasis, al estar sometido a una carga de stress negativo constante. El desarrollo de síndrome del

quemado o burnout puede ser un riesgo laboral en estos trabajadores, el cual a un no está considerado como tal en la Ley Federal del Trabajo y por ende su causa no está asociada al desempeño de su labor.

La Organización Mundial de la Salud, (Kortum, 2008)³⁷ considera que el trabajador penitenciario conforma un grupo expuesto a riesgos psicosociales, por el hecho de estar en contacto con la conducta del delincuente, además de los sentimientos de amenaza e inseguridad, generados por la sobrepoblación penitenciaria, la insuficiencia de recursos materiales y humanos y el descrédito de la opinión pública hacia el sistema. Atender estos aspectos es también un asunto de seguridad que a la par de eficientar el trabajo, debe tender a constituir una visión ética y profesional que proteja al servidor público del sistema penitenciario con un “blindaje psicosocial”.

En el 2009 se realizó un estudio en Jalisco para medir el nivel de desgaste profesional del personal de guardia y custodia.³⁸ El Sistema Penitenciario de Jalisco está conformado por diez centros para adultos y dos para menores, en donde las actividades se dividen a grandes rasgos en Directivas (Directores de Centro y Subdirectores de Vigilancia y Custodia), Operativas (Personal de Seguridad y Custodia), Técnicas (Profesionales de Medicina, Psicología, Trabajo Social, Psiquiatría, Abogados, Maestros), Administrativas (Administradores, Jefes de Personal y Secretarías), Servicios Generales y Mantenimiento (Ingenieros, Electricistas, Afanadoras, Choferes), que suman 3,256 empleados al momento de la investigación (2006 – 2007). Se encontró una frecuencia de Agotamiento Emocional, pudimos constatar que del nivel inicial de 42% del personal situado en niveles medio y alto, se pasó a 23%. En lo que respecta a los niveles de Despersonalización, estos pasaron de un 36% de la muestra, situado inicialmente en niveles medio y alto, a un 27% en la segunda evaluación. Realización Personal, inicialmente, un 42% se encontraba en los niveles medio y alto, mientras que en la segunda evaluación se encontró que se redujo a un 39%. La frecuencia final de burnout fue del 4.6%. Ellos concluyen que los puntos críticos dentro del sistema, no siempre corresponden a los llamados “Centros Grandes”, pues centros pequeños presentaron niveles altos en alguna de las subescalas de Agotamiento Emocional o Despersonalización.

Por otra parte Bringas Molleda y Cols en 2015 investigaron las diferencias respecto a la salud (Síntomas Somáticos, Ansiedad/Insomnio, Disfunción Social y Depresión Grave) con relación al síndrome de quema profesional -Burnout- (Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal) que sufren los funcionarios de prisiones. Los participantes fueron 222 trabajadores, de ambos sexos y con un rango de edad entre 18 y 60 años, provenientes de diferentes establecimientos penitenciarios del estado español (Módulos UTE, N= 1001; Módulos No UTE=121). Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Salud General (GHQ-28), de Goldberg y Hillier (1979) y el Inventario de Burnout, de Maslach y Jackson (1981). Se realizó un contraste de medias T de Student y un análisis de regresión lineal. La frecuencia por sexo de los trabajadores fue del 73% de hombres, con edad entre 18 y 60 años. La mayor incidencia de Burnout en los módulos del modelo tradicional penitenciario podría deberse al mayor agotamiento y estrés laboral, donde predomina la pérdida de interés por el trabajo y la aparición de actitudes y conductas negativas hacia las personas sobre las que recaen sus funciones laborales, las cuales no suelen presentar comportamientos fáciles de llevar para el trabajador -derivan incluso, en ocasiones, en sentimientos de culpa por el "fracaso" percibido en estas relaciones sociales entre interno y funcionario. Estos resultados coinciden con lo descrito por Hernández³⁹ quienes encontraron altos niveles de cansancio y despersonalización en los funcionarios y una baja realización personal con bajas expectativas de éxito. También estos resultados son similares a los nuestros en cuanto las características sociodemográficas de la población estudiada, sin embargo distan de la frecuencia de burnout ya que en nuestro estudio la frecuencia es elevada, lo cual puede ser explicado por otros factores internos en los penales que no tomamos en cuenta para el estudio.

Otro estudio publicado en 2014 en Portugal de Méndez et al,⁴⁰ que estudio la frecuencia de síndrome de Burnout en personal de enfermería de prisiones de ese país, reportó que el 31,57% de los enfermeros mostró agotamiento y cinismo, tanto emocional como físico, y el 6,32% careció de eficiencia profesional. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,031$) en cuanto al cinismo y el tipo de empleo contrato entre enfermeros del Ministerio de Justicia (media=13,55) y enfermeros que eran servicio individual proveedores (media=7.25). Las enfermeras que trabajan en prisiones tienen

niveles de burnout más altos que las enfermeras en general, así como altos niveles de agotamiento emocional y físico (media=12,85) y cinismo (media=12,32). Estos hallazgos confirman que se debe prestar especial atención a las enfermeras y en general al personal que trabajan en estos servicios. Resultados similares encontramos en nuestro estudio salvo la frecuencia general del síndrome de burnout el cual es considerablemente elevado en nuestro estudio. Otros estudios también reportan frecuencias baja a diferencia de nuestros hallazgos.⁴¹

Otro estudio realizado en Bulgaria por Harizanova SN et al.⁴² Encontraron una alta prevalencia de síndrome de burnout entre el personal de la Prisión de Distrito en Plovdiv (74.53%). Se encontró que las tres fases del agotamiento tienen una alta tasa de prevalencia: La fase de estrés: 48.11 %, la fase de resistencia: 66.98 %, la fase de agotamiento: 41.51%. Se encontró que el rango en la jerarquía del servicio es un predictor en la fase de estrés, $B = 0.701$, $p = 0.048$, $\text{Exp}(B) = 2,106$, IC del 95 % [1,00; 4.04]. Los oficiales solteros (83.33% de los divorciados y 55.56% de los empleados solteros) y los del personal con mayor nivel educativo (78.72%) tenían niveles elevados de síndrome de burnout, y estos se manifestaron durante los primeros 5 años de su cargo o servicio en la prisión (77.78%). Ellos concluyen que en Bulgaria, en la actualidad, el síndrome de burnout no se ha estudiado entre los empleados que trabajan en centros penitenciarios. Encontraron una alta prevalencia del síndrome entre los empleados de la Prisión de Distrito de Plovdiv. Los empleados más jóvenes, solteros y con mayor nivel educativo presentaron mayores niveles de síndrome de burnout, que se manifiestan durante los primeros 5 años de servicio. Los resultados sugieren que existe la necesidad de desarrollar e implementar estrategias efectivas para reducir y prevenir el desarrollo del síndrome de burnout. Este estudio reporta hallazgos parecidos al nuestro con una frecuencia del 76% en comparación del 74.5% del estudio de Harizanova, sin embargo en nuestro estudio no encontramos diferencias significativas en cuanto al estado civil o la edad. El nivel educativo es un factor que nosotros no incluimos en nuestro estudio y que si fue significativo en el estudio Bulgaro, en el que entre mayor es el nivel de estudio más tendencia a desarrollar burnout. También el estado civil fue una variable que no encontramos diferencias estadísticamente significativas, sin embargo los jóvenes solteros tienen más tendencia a presentar el desenlace.

También otros estudios refieren un aumento de la fatiga laboral en custodios durante el primer año de trabajo.⁴³ Otros estudios han reportado la asociación entre burnout y el síndrome de estrés postraumático en trabajadores penitenciarios empleados en las cárceles del Medio Oeste de EE. UU.⁴⁴ Una revisión sistemática reportaron leve asociaciones entre la violencia en el lugar de trabajo y los problemas de salud mental como el agotamiento, el estrés y la ansiedad.⁴⁵

La familia parece jugar un papel importante en la prevención o protección a desarrollar el síndrome de burnout en profesiones o actividades estresantes como los profesionales de la salud y el personal de custodia de los centros penitenciarios. No ha habido una revisión integral de las consecuencias para la salud del conflicto trabajo-familia que considere las relaciones entre varios tipos de conflicto trabajo-familia y múltiples indicadores de salud física y psicológica. Aunque existe evidencia de que el conflicto trabajo-familia puede tener un efecto nocivo sobre la salud, se ha prestado relativamente poca atención a los procesos psicológicos que explican el impacto del conflicto trabajo-familia en la salud. La vida laboral y familiar se afectan mutuamente ante la presencia de trastornos laborales o psicológicos; acomodación, compensación, drenaje de recursos, desbordamiento, conflicto trabajo-familia y facilitación o enriquecimiento, los individuos priorizan los roles o se mueven entre actividades en diferentes roles, como el equilibrio; la segmentación y la integración y las transiciones de roles.⁴⁶

El trabajo desarrollado en los módulos, las funciones y papeles desempeñados en este ámbito -la vigilancia y el cuidado de los presos, reeducación y reinserción social, y en todo tipo de tareas administrativas y burocráticas en el ámbito penitenciario, ayuda médica, tramitación de expedientes penitenciarios y judiciales etc.- conlleva múltiples consecuencias que podrían afectar a la salud del personal que los desempeña.

Las investigaciones que examinan al personal penitenciario indican que existen consecuencias negativas de gran alcance relacionadas con el agotamiento laboral, que incluyen, entre otras, disminución de la salud física y mental, mayor riesgo de consumo de sustancias y disminución del rendimiento laboral. Un área que puede contribuir al agotamiento laboral del personal penitenciario es el conflicto entre el trabajo y la familia, que ocurre cuando los dominios del trabajo y del hogar se mezclan entre sí, causando

conflictos y problemas. Utilizando una muestra del personal penitenciario del Sur, este estudio investiga si los cuatro tipos principales de conflicto trabajo-familia (basado en el tiempo, basado en la tensión, basado en el comportamiento y basado en la familia) influyen en las tres dimensiones reconocidas del agotamiento laboral: agotamiento emocional, despersonalización y sentirse ineficaz en el trabajo. Los hallazgos brindan apoyo parcial a la noción de que el conflicto entre el trabajo y la familia influye en el agotamiento laboral. Estos hallazgos se contextualizan en investigaciones previas con una discusión completa de sus implicaciones.⁴⁷ En nuestro estudio no encontramos evidencia de la asociación entre burnout y la disfunción familiar, a pesar de la alta frecuencia tanto de burnout (76% y la elevada frecuencia de disfunción familiar (96%) los análisis estadísticos no pudieron demostrar asociación lineal entre ellas, el hecho de que exista una no es reflejo de la otra variable.

En un estudio realizado por Da Silva et al.⁴⁸ En trabajadores penitenciarios para medir la frecuencia de burnout y la calidad de vida. Se trató de un estudio descriptivo transversal realizado en un centro penitenciario de mujeres ubicado en Aquiraz, en el estado de Ceará, mediante el uso de 3 instrumentos de evaluación: el Maslach Burnout Inventory-General Survey, la versión abreviada del World Health Organization Quality of Instrumento de vida, y un cuestionario de información general. La mayoría de los funcionarios penitenciarios eran casados o convivientes, con edades comprendidas entre 31 y 40 años, con estudios universitarios completos o parciales, y al menos 1 hijo. En la investigación del agotamiento, las puntuaciones medias fueron de $1,9 \pm 1,43$, lo que indica un nivel moderado de agotamiento. En cuanto a la calidad de vida, el dominio ambiente presentó las puntuaciones más bajas (57.34%). Los investigadores observaron una correlación entre el agotamiento y la calidad de vida, en la que cuanto más altas fueron las puntuaciones de agotamiento, menor fue la calidad de vida informada por los funcionarios penitenciarios. Este estudio tiene similitudes con el nuestro y aunque ellos si demostraron una asociación entre el burnout y la calidad de vida, nosotros no evidenciamos la asociación entre la funcionalidad y el burnout. Es necesario realizar más estudios a fin de corroborar nuestros datos.

Una de las limitaciones de nuestro estudio fue el diseño metodológico del mismo. Al ser un estudio transversal es difícil establecer asociaciones entre las variables estudiadas ni mucho menos causalidad. Es necesario realizar más estudios sobre el tema y con diseños de investigación prospectivos a fin de mejorar la calidad de la información emitida. Entre las fortalezas del estudio fue el tamaño de muestra el cual es suficiente estadísticamente para demostrar la significancia estadística de nuestros hallazgos principales. Así como otra fortaleza importante fue la formación y la capacidad de los investigadores de nuestro estudio.

CONCLUSIÓN

La carrera de oficial penitenciario, guardia y custodia es considerada una ocupación estresante y riesgosa que puede afectar la salud mental de los trabajadores por estrés y agotamiento o franco síndrome de Burnout; este síndrome se presenta con síntomas físicos, psicológicos, conductuales y defensivos, afectando finalmente la calidad de vida y posiblemente tiene implicaciones en la salud, funcionamiento y dinámica familiar.

La frecuencia del síndrome de burnout y la disfunción familiar en personal de guardia y custodia del Cuerpo de Seguridad Auxiliar del Estado de México es considerablemente alta. Es necesario establecer programas de atención y prevención de dichos problemas entre los custodios a fin de garantizar su salud mental y laboral la cual finalmente impacte en la salud familiar.

Los resultados encontrados servirán de pauta para otros estudios de mayor profundidad y es un llamado de atención para tomar en cuenta los factores familiares y sociales en el ámbito laboral.



ANEXOS

Anexo 1. Hoja de recolección de datos

Síndrome de burnout y funcionalidad familiar en trabajadores del sistema penitenciario de guardia y custodia: cuerpo de seguridad auxiliar del estado de México

Género Mujer () Hombre () Edad: _____

Escolaridad:

- Primaria incompleta ()
- Primaria completa ()
- Secundaria incompleta ()
- Secundaria completa ()
- Bachillerato incompleto ()
- Bachillerato completo ()
- Profesional incompleto ()
- Profesional completo ()
- Postgrado ()

¿Cuál es su estado civil?

Casado/unión libre () Soltero () Divorciado o separado () Viudo ()

¿Cuántos hijos tienen?

No tiene hijos () 1 a 3 hijos () 4 a 6 hijos () 7 a 9 hijos () Más de 9 hijos ()

¿Cuántas personas viven en su casa, contándolo a usted?: _____

Puesto laboral: _____

Antigüedad laboral en años: _____

Turno laboral: _____

Ha recibido atención psicológica previamente: Si () No ()

Ha usado fármacos para algún trastorno psicológico: Si () No ()

Anexo 2. Estrés laboral; Escala de Burnout.

Señale el número que crea oportuno sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

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

1 Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo.	
2 Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.	
3 Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4 Tengo facilidad para comprender como se sienten mis compañeros	
5 Creo que estoy tratando a algunos compañeros/as como si fueran objetos impersonales.	
6 Siento que trabajar todo el día con compañeros/as supone un gran esfuerzo y me cansa.	
7 Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis compañeros/as.	
8 Siento que mi trabajo me está desgastando. Me siento quemado por mi trabajo.	
9 Creo que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de mis compañeros/as.	
10 Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo mi trabajo	
11 Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.	
12 Me siento con mucha energía en mi trabajo.	
13 Me siento frustrado/a en mi trabajo.	
14 Creo que trabajo demasiado.	
15 No me preocupa realmente lo que les ocurra a algunos de mis compañeros/as.	
16 Trabajar directamente con compañeros/as me produce estrés.	
17 Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis compañeros/as.	
18 Me siento motivado después de trabajar en contacto con compañeros/as.	
19 Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	
20 Me siento acabado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades.	
21 En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma.	
22 Creo que los compañeros/as me culpan de algunos de sus problemas	

Subescala	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	De 0 a 18	De 19 a 26	De 27 a 54 (*)
Despersonalización	De 0 a 5	De 6 a 9	De 10 a 30 (*)
Realización personal	De 0 a 33 (*)	De 34 a 39	De 40 a 56

(*) Síntomas del Síndrome de Burnout

Anexo 3. HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Instrumento de evaluación (FF- SIL)

A continuación le presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia, necesitamos que usted clasifique y marque con una "X" su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación, según las siguientes opciones:

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

	5 Casi siempre	4 Muchas veces	3 A veces	2 Pocas veces	1 Casi nunca
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía.					
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

Puntuación total: _____

Tipo de funcionalidad familiar:

- Funcional _____: 70 a 57ptos.
- Moderadamente funcional: 56 a 43 ptos.
- Disfuncional _____: 42 a 28 ptos.
- Severamente disfuncional: 27 a 14 ptos.



Anexo 4. Carta de consentimiento informado



Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio: Síndrome de burnout y funcionalidad familiar en trabajadores del sistema penitenciario de guardia y custodia: cuerpo de seguridad auxiliar del estado de México

Patrocinador externo (si aplica): _____

Lugar y fecha: Ciudad de México, 2021

Número de registro institucional: _____

Justificación y objetivo del estudio: El síndrome de Burnout o síndrome del quemado o fatiga laboral es altamente frecuente en el personal de guardia y custodia en los centros penitenciarios ante el continuo estrés al que se enfrentan. Esta fatiga laboral puede reflejarse en el funcionamiento y las relaciones del trabajador en su casa y su familia por lo que el objetivo de este trabajo es investigar que tan frecuente ese estrés laboral se refleja en casa y causa alteraciones en la dinámica de la familia, a fin de detectarlos y proponer estrategias de atención, detección y prevención, para colaborar en la óptima salud mental familiar.

Procedimientos: Se aplicarán dos cuestionarios de opción múltiple y se registrarán datos de identificación. El responder los cuestionarios no llevará más de 15 minutos.

Posibles riesgos y molestias: No se prevén molestias a los participantes o si las presenta estas serán algunas como incomodidad por el tipo de preguntas que son de carácter personal.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: El participante no recibirá algún beneficio directo por su colaboración en el estudio. Sin embargo, se espera que los resultados contribuyan a comprender y mejorar programas de detección oportuna del síndrome de fatiga laboral.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Los resultados obtenidos permanecerán confidenciales para los participantes para su posterior revisión, análisis y publicación, en caso de detectarse alguna patología importante se atenderá y se derivará a los servicios especializados.

Participación o retiro: Si el participante decide no autorizar el uso de sus datos en el expediente o dejar de participar no se verá afectado en la prestación de los servicios institucionales ni de ningún otro tipo.

Privacidad y confidencialidad: Los datos personales de los participantes y sus resultados serán resguardados por el investigador responsable y no se hará mal uso de ellos.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador

Dra. Ana Guadalupe Montiel Juárez

Responsable:

Tel: 5563454903

Colaboradores: _____

Firma del participante

Testigo 1

Firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación 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.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alfonso, Roman Lopez Carlos. «El Medico Familiar y sus Herramientas .» MD (2018): 1-16
2. Anabella, Martinez Perez. «EL SÍNDROME DE BURNOUT. EVOLUCIÓN CONCEPTUAL Y ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN .» Vivat Academia (2020): 1-39.
3. Arlene, Orma Viera. «Estrés Laboral y el Síndrome de Burnout .» Salud de los Trabajadores (2018): 68-84.
4. Arnulfo, Irogoyen Coria. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar . Mexico: Medicina Familiar Mexicana , 2004 .
5. Beatriz, Talavera Velazco. «Psychosocial Risk Factors, Burnout and Hardy Personality as Variables Associated With Mental Health in Police Officers.» Front .Psychol (2018): 1.24 .
6. Contreras-Palacios, Saray del Carmen. «Síndrome de Burnout, funcionalidad familiar y factores.» Salud publica (2019): 1-14.
7. De la fuente, E, R Aguayo y Vargas. «Prevalenci y factores que desencadenana el síndrome de burnout.» Psicothema (2018): 20-46 .
8. Fatima, Diaz Bambula. «La investigación sobre el síndrome de Burnout en latinoamérica.» Psicología desde el Caribe (2018): 1-20.
9. Felman, Meneses. «El estrés laboral constituye uno de los mayores problemas .» Interamericacna dae Psicología (2017): 34-48.
10. Garcia, Dolan solano. «Administración estratégica del estrés en el trabajo: diagnóstico de estresores laborales y apoyos .» Gestión Universidad Autonoma de Mexico (2019): 1-30 .
11. Gloria, Bernal Sarmiento. «Estres Laboral Burnout .» cegesti (2018): 1.26 .
12. Luis, Huerta Gonzalez Jose. La familia en el proceso salud- enfermedad. México: Alfil, 2005.
13. Maria, Nuñez Roman Eva. «Síndrome de Burnout e interacción con las Familias .» Revista de Investigación en Psicología (2018): 1 -36 .
14. Martha, Duran Maria. «BIENESTAR PSICOLÓGICO: EL ESTRÉS Y LA CALIDAD DE VIDA EN EL CONTEXTO LABORAL .» Ciencias de la Administración (2017): 1-40 .
15. McGoldrick M, Gerson R. Genogramas en la evaluacion familiar. México : Gedisa , 2015.
16. Nieto, Jose Miguel Sanchez. «Frecuencia del burnout en policías de la Ciudad de México.» Universidad Nacional Autonoma de Mexico (2021): 1.58 .

-
17. Pedro, Gil Monte. «Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo,?» Revista de Psicología del Trabajo (2018): 1-18.
 18. Teresa, Salcido Maria. «Relaciones familiares, afecto, valores y aprendizaje creador.» Psicología integral (2018): 1-14 .
 19. Teresita, Morán González. «Síndrome de Burnout y Agresividad .» Insituto Universitario de Puebla (2017): 1- 22.
 - 20 Valdez BH. Detección y tratamiento del Síndrome de Burnout en el sistema penitenciario de Jalisco. waxapa. 2009;1(1):24-34.
 - 21 da Silva Venâncio L, Coutinho BD, Mont'Alverne DGB, Andrade RF. Burnout and quality of life among correctional officers in a women's correctional facility. Rev Bras Med Trab. 2021 Feb 11;18(3):312-321. doi: 10.47626/1679-4435-2020-561. PMID: 33597981; PMCID: PMC7879469.
 - 22 Talavera JO, Roy-García I, Palacios-Cruz L, et al. De vuelta a la clínica. Métodos I. Diseños de investigación. Mayor calidad de información, mayor certeza a la respuesta. Gac Med Mex. 2019;155(4):399-405.
 - 23 Talavera JO, Wachter-Rodarte NH, Rivas-Ruiz R. Investigación clínica III. Estudios de causalidad. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2011;49(3):289-294.
 - 24 Talavera J.O, Rivas Ruiz R, Bernal Rosales L.P, Palacios Cruz L. V. Tamaño de muestra. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2011; 49 (3): 289-294.
 - 25 C. Valdivieso, R. Valdivieso Y O. Valdivieso. Determinación del tamaño muestral mediante el uso de árboles de decisión. UPB - Investigación & desarrollo (2011)11: 148 – 176.
 - 26 Fong Reynoso, Carlos, Los criterios de objetividad científica y las metodologías cuantitativas y cualitativas en el análisis de la ventaja competitiva ¿aún existe un debate?. EconoQuantum [Internet]. 2005;1(2):125-139. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=125015747005>
 - 27 Epstein RM, Privitera MR. Doing something about physician burnout. Lancet.2016;388(10057):2216–7.
 - 28 Maslach C. Maslach Burnout Inventory Manual. Consulting Psychologists Press; 1997.
 - 29 Rodolfo Rivas-Ruiz R, Castelán-Martínez OD, Pérez M, et al. Investigación clínica XVII Prueba χ^2 , de lo esperado a lo observado. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013;51(5):552-557.

-
- 30 Rivas-Ruiz R, Pérez-Rodríguez M, Talavera JO. Investigación clínica XV Del juicio clínico al modelo estadístico. Diferencia de medias. Prueba t de Student. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013;51(3):300-303.
 - 31 Rivas-Ruiz R, Moreno-Palacios J, Talavera JO. Investigación clínica XVI Diferencias de medianas con la U de Mann-Whitney. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013;51(4):414-419.
 - 32 Talavera, Juan & Roy García, Ivonne Analí & Pérez -Rodríguez, Marcela & Cruz, Lino & Rivas-Ruiz, Rodolfo. (2020). Back to the clinic. Methods II. The Architecture of Clinical Research. Subject interaction, maneuvers and disease throughout time. Gaceta médica de México. 156. 10.24875/GMM.M20000433.
 - 33 Rivas-Ruiz, Rodolfo & Roy García, Ivonne Analí & Pérez -Rodríguez, Marcela & Berea-Baltierra, Ricardo & Moreno-Palacios, Jorge & Moreno-Noguez, Moises & Cruz, Lino & Ureña-Wong, Kingston. (2021). Pertinencia e impertinencia de los gráficos en la investigación clínica. Revista Alergia México. 67. 10.29262/ram.v67i4.854.
 - 34 Berea-Baltierra R, Rivas-Ruiz R, Pérez-Rodríguez M, et al. Investigación clínica XX Del juicio clínico a la regresión logística múltiple. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2014;52(2):192-197.
 - 35 Rivas-Ruiz, Rodolfo & Silva-Jivaja, Karla & Galicia-Solórzano, Jacquelin & Ríos-Brito, Kevin & Zamora, Paola & Perez-Rodriguez, Marcela & Roy García, Ivonne Analí. (2021). Pertinencia de los modelos multivariantes en medicina de urgencias. 3. 10.24875/REIE.21000048.
 - 36 Pérez-Rodríguez, Marcela & Berea-Baltierra, Ricardo & Roy García, Ivonne Analí & Cruz, Lino & Rivas-Ruiz, Rodolfo. (2019). Lista para Aspectos Éticos de Investigaciones en Humanos. Revista Alergia México. 66. 474. 10.29262/ram.v66i4.706.
 - 37 Kortum Evelyn, Leka Stavroula, Valdez Bonilla Heriberto (2008). The Role of Psychosocial Hazards and Stress in Developing Countries. Taller efectuado durante la Octava Conferencia de la Asociación Europea de Psicología y Salud Ocupacional. Valencia, España, 13 de Noviembre de 2008.
 - 38 Valdez BH. Detección y tratamiento del Síndrome de Burnout en el sistema penitenciario de Jalisco. waxapa. 2009;1(1):24-34.
 - 39 Hernández-Martín L, Fernández-Calvo B, Ramos F, Contador I. Síndrome de burnout en funcionarios de vigilancia en un centro penitenciario. Int J Clin Health Psychol. 2006; 6: 599-611.
 - 40 Mendes AM, Claro M, Robazzi ML. Burnout in nurses working in Portuguese central prisons and type of employment contract. Med Lav. 2014; 105: 214-22.

-
- 41 Rodríguez Amaya, Reynaldo Mauricio, Síndrome de burnout en guardianes penitenciarios, Bucaramanga, Colombia, 2013. Revista Colombiana de Psiquiatría [Internet]. 2014;43(3):146-153. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80633732005>
 - 42 Harizanova SN, Tarnovska TH. Professional burnout syndrome among correctional facility officers. Folia Med (Plovdiv). 2013; 55: 73-9.
 - 43 Lisa A. Jaegers, Michael G. Vaughn, Paul Werth, Monica M. Matthieu, Syed Omar Ahmad, et al., Work–Family Conflict, Depression, and Burnout Among Jail Correctional Officers: A 1-Year Prospective Study, Safety and Health at Work. 2021,12, (2):167-173.
 - 44 Jaegers LA, Matthieu MM, Vaughn MG, Werth P, Katz IM, Ahmad SO. Posttraumatic Stress Disorder and Job Burnout Among Jail Officers. J Occup Environ Med. 2019 Jun;61(6):505-510.
 - 45 L.A. Rudkjoebing, A.B. Bunghum, E.M. Flachs, N.H. Eller, M. Bozzitz, B. Aust, et al. Work-related exposure to violence or threats and risk of mental disorders and symptoms: a systematic review and meta-analysis. Scand J Work Environ Health, 46 (4) (2020), pp. 339-349
 - 46 Greenhaus, Jeffrey H., Tammy D. Allen, and Paul E. Spector. "Health consequences of work–family conflict: The dark side of the work–family interface." *Employee health, coping and methodologies*. Emerald Group Publishing Limited, 2006.
 - 47 Lambert EG, Keena LD, Morrow WJ, et al. Effects of Work–Family Conflict on Southern Correctional Staff Burnout. Criminal Justice and Behavior. 2022;49(1):117-138.
 - 48 da Silva Venâncio L, Coutinho BD, Mont'Alverne DGB, Andrade RF. Burnout and quality of life among correctional officers in a women's correctional facility. Rev Bras Med Trab. 2021 Feb 11;18(3):312-321. doi: 10.47626/1679-4435-2020-561. PMID: 33597981; PMCID: PMC7879469.