



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 249 Santiago Tlaxomulco**

**“SINDROME DE BURNOUT Y SU RELACIÓN CON EL
APOYO DE PAREJA EN MEDICOS DEL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NUMERO 220 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL, DURANTE EL PERÍODO
COMPRENDIDO DEL MES DE ABRIL A JUNIO DEL 2011”**

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

PRESENTA:

DRA. MARIA DE JESUS ALCAZAR BARAJAS

TOLUCA, ESTADO DE MEXICO

2012



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.

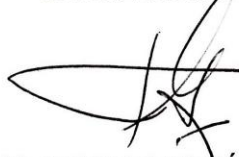
SINDROME DE BURNOUT Y SU RELACION CON EL APOYO DE PAREJA EN MEDICOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 220 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL MES DE ABRIL A JUNIO DEL 2011.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. MARÍA DE JESÚS ALCÁZAR BARAJAS

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

AGRADECIMIENTOS:

“Practicar la Medicina sin libros ni intelecto, es navegar sin brújula , pero practicarla en los enfermos, es embarcarse a la latrogenia. ”Gracias por enseñarme a disfrutar más aún la Medicina y nunca dejarme claudicar.”

Gracias por su tiempo, tolerancia y dedicación, por su una gran Mujer, Médico e Investigadora. Espero siga logrando mas triunfos, por que gente como usted es lo que necesita la Medicina.

Esto es un logro mas de su pasión por ser mejor

Dra. María Esther Reyes Ruiz.



DEDICATORIA

Desde que llegaste a mi vida, lo cambiaste todo, me convertiste en alguien dispuesto a cambiar por tu felicidad! eres la realización de toda mi vida, cuando miro tus ojos, miro mi reflejo pero más puro...

Me detuve en el correr de mi vida por que eres la prolongación de mí, una segunda oportunidad desde la cual quiero ser lo mejor de mi para ti...

Gracias por iluminarme con la paz de tu sonrisa, por detenerme en mi alocada carrera, por enseñarme a disfrutar la vida!

Deseo darte lo mejor que tengo, mi experiencia y el tiempo que tenga para procurarte una vida plena, perdóname por estos tres años que me ayudaste a ser mejor, pero que te descuide, lo único que busco es que estés orgullosa de mi

Amarys Shayanjal Vara Alcazar



A mi madre y Padre:

A mi mami perdóname por que cada día e olvidado tu voz, a mi papá no te conocí pero la se que me hubieras amado , espero que donde estén, el orgullo de ser y dar su vida por mi haya valido ...y sea la mujer que esperaron, los amo.

Lic. María Luisa Barajas Hernández □ Lic J. Antonio Alcazar Esparza, ★

A mi tía Coni , a mi Primis: Lili por ser la parte de mi madre, que me están enseñando quién era ella, gracias por entrar a mi vida.

A: Alberto por tu apoyo PIU AVANTI

A mis amigas que no me dejaron desistir, me permitieron saber que es una familia y no saberme sola , gracias : Lety y Rosario

**“SÍNDROME DE BURNOUT Y SU RELACIÓN CON EL APOYO DE PAREJA EN
MÉDICOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN ADSCRITOS A LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NUMERO 220 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL, DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO DEL
MES DE ABRIL A JUNIO DEL 2011”**

ÍNDICE

	Resumen	3
	Introducción	8
1.	Marco Teórico	10
1.1	CAPITULO I: Síndrome de Burnout	10
1.2	CAPITULO II: Síndrome de Burnout en Médicos	27
1.3	CAPITULO III Características del Médico en el primer nivel de atención dentro del IMSS	29
1.4	CAPITULO IV Relación de Apoyo de Pareja	31
1.5	Planteamiento del problema	43
1.6	Justificación	44
1.7	Objetivo General y Especifico	45
2	Material y Métodos	46
2.1	Tipo y Diseño del estudio	47
2.2	Población, Lugar y Tiempo	48
2.3	Tipo de muestreo y tamaño de la muestra	49
2.4	Criterios de Selección	50
2.5	Operacionalización de Variables	51
2.6	Desarrollo Metodológico	53
2.7	Consideraciones Éticas	55
3.	Resultados	57
4.	Discusión	68
5.	Conclusiones	69
6.	Referencias Bibliográficas	71
7.	Anexos	74

ALCAZAR BMJ, REYES RME.

“SÍNDROME DE BURNOUT Y SU RELACIÓN CON EL APOYO DE PAREJA EN MÉDICOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 220 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO DEL MES DE ABRIL A JUNIO DEL 2011”

Resumen

Introducción: El Síndrome de Burnout: es una respuesta crónica al estrés laboral con factores de riesgo externos: turno, jornada e internos personalidad, y la influencia que brinda el Apoyo de la Pareja.

Objetivo: Analizar la relación entre Síndrome de Burnout y apoyo de Pareja de los Médicos del primer nivel de atención de la Unidad de Medicina Familiar, Número 220 de la Delegación 16 Estado de México Poniente del IMSS durante abril a junio 2011.

Material y métodos: Estudio observacional, analítico con muestreo no probabilístico por conveniencia con aplicación de la escala de valoración de Maslach Burnout y el de Relación de Apoyo de Pareja a 65 Médicos del primer nivel de Atención de ambos turnos.

Resultados: Predominio de edad 31 a 40 años 31%, sexo femenino 55%, casados 72.3%, turno matutino 52.3%, con especialidad 53.8%, antigüedad laboral 1 a 4 años 38.5%. La mayor afectación del Síndrome Burnout se encontró en la dimensión de Agotamiento emocional y Baja realización. 70.8 %, en tanto El Apoyo de Pareja que predominó fue positivo.

Conclusiones: El Apoyo de Pareja: es un factor favorable para prevenir o disminuir la presencia del Síndrome de Burnout que fomenta la comunicación y vínculos de la pareja.

Palabras claves: Síndrome de Burnout, Médicos de primer nivel de atención, Relación de Apoyo de Pareja.

INTRODUCCIÓN

Estos últimos años se han caracterizado por un ritmo de vida acelerado y cambiante, en el ámbito médico, con un incremento pronunciado en la competitividad e inseguridad laboral, así como las exigencias del medio, los cambios trascendentales en los enfoques de vida y costumbres que condicionan un ritmo vertiginoso, lo que genera angustia, agotamiento emocional, trastornos en los ritmos de alimentación, deficiente actividad física y descanso, dolencias físicas, psíquicas que son factores de riesgo en la salud de los individuos del nuevo milenio; lo cual repercute en las instituciones para quienes se labora respondiendo a las requerimientos de la economía y demandas de la sociedad actual, de manera deficiente.

La posibilidad de obtener un trabajo, es un derecho fundamental de las personas es esencial que en su ejercicio; se provea de todas las condiciones necesarias para lograr el bienestar de los trabajadores ⁽¹⁾ Este es un medio para sustentar la vida y satisfacer las necesidades básicas; es la actividad mediante la cual se afirma la propia identidad profesional:

Se han reconocido a los profesionales de un sistema de salud como el recurso más valioso: capital humano, quien posee la capacidad de generar eficacia y calidad. Para así poder evaluar la calidad de una institución de servicios de salud, tomando en cuenta los aspectos de bienestar y salud laboral, pues las actitudes de los profesionales hacia los usuarios del servicio se relacionan directamente con los riesgos que los primeros enfrentan en su propio entorno laboral, siendo de especial relevancia, el estrés.

Por tal motivo, los Médicos que laboran en las instituciones se ven en la difícil situación de satisfacer, las modificaciones que se presentan en su entorno laboral, independientemente de su capacidad de adaptación para tratar de solucionarlas. No obstante se ha observado que a un mediano o largo plazo, hay consecuencias de esta situación de exposición a estrés continuo afectándose su salud dando lugar a: el Síndrome de Burnout el cuál requiere de al menos seis meses, de permanecer en un ambiente adverso, que le genere estrés continuo como lo es: las auto exigencias, la inseguridad laboral futura, situaciones como la muerte de pacientes ⁽¹⁾, errores en la actuación clínica, además de factores individuales, sociales y grupales. Cuyas manifestaciones se presentan a nivel laboral, psicológico, de pareja familiar, sexual y dentro de las interacciones con su equipo de trabajo.

Con la finalidad de estudiar los efectos adversos de los ambientes laborales y su repercusión en los trabajadores, Maslach y Jackson diseñaron un instrumento de medición llamado Maslach Burnout Inventory (MBI) en donde se estudian tres áreas de afectación: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en los individuos que prestan servicio de atención médica (equipo de

salud) susceptibles para desarrollar el Síndrome⁽²⁾.

Probablemente un factor que se considera como protector, para dicho Síndrome, también llamado de “Desgaste Laboral” es el Apoyo que le brinda la pareja. Estas situaciones pueden generar en los Médicos la pérdida de pasión por la Medicina, volviéndose menos humanos, cínicos, menos éticos e infelices con su profesión, susceptibles a la ansiedad y abuso de sustancias, ignorando sus propias necesidades tales como cuidados preventivos de salud, hábitos de buena alimentación y empatía en sus relaciones personales, limitando los procesos fuga psicológica, usando otras como: el abuso del alcohol, pobre higiene personal, como somatizaciones: cefaleas, trastornos del sueño, alteraciones conductuales, musculares, gastrointestinales, etc⁽²⁾

De ahí la inquietud por identificar la asociación que pudiera existir entre el Síndrome de Burnout y el apoyo de pareja que tiene el médico de primer nivel adscrito a la unidad de medicina familiar 220 del Estado de México del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), por las repercusiones en la calidad de atención que se brinda al derechohabiente, principalmente con un trato digno, que disminuyan los actos inseguros que lleven a responsabilidad médica por omisión o comisión generados en el marco del ejercicio durante la atención al derechohabiente.⁽³⁾

1 MARCO TEORICO.

CAPITULO I: SINDROME DE BURNOUT

El Síndrome de Burnout se define como: una respuesta al estrés laboral crónico, dado por una experiencia subjetiva que engloba sentimientos y actitudes con implicaciones nocivas para la persona y la organización que generalmente se produce en el marco laboral de los profesionales que se centran en la prestación de servicios y atención al público como lo son: Médicos, enfermeras, etc.⁽³⁾

El Síndrome de Burnout también conocido como: Síndrome de Aniquilamiento, Síndrome de estar Quemado, Síndrome de desmoralización o Síndrome de agotamiento emocional, a sido conceptualizado con diferentes definiciones a través de los años en que ha sido objeto de estudio algunas de ellas son:

Según Freundemberg 1974, Introdujo el concepto de Burnout describiéndolo como: es una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador.⁽⁴⁾

Pines y Kafry en 1978, lo definieron como: “una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal”.

Edelwich y Brodsky en 1980, lo explican como una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo.

Según la Organización Mundial de la Salud; una enfermedad laboral que provoca detrimento de la salud física y mental de los individuos.

En varios países se han llevado a cabo estudios del Síndrome de Burnout, adaptados actualmente a varias profesiones, siendo traducido en varios idiomas para su fin, y modificado según el área que se pretendió estudiar, como lo ha sido en países como: Estados Unidos de Norteamérica, Chile, España.

México no ha sido la excepción siendo validado para su estudio la versión de la escala MBI por Clara I. Hernández et. al' utilizado en el área Médica, y otros estudios recientes llevados a cabo por el Instituto Mexicano del Seguro Social con publicaciones realizadas en Guadalajara Jalisco, Mérida Yucatán.⁽¹⁸⁾

En 1981, la psicóloga Maslach realizó los primeros estudios de campo y desarrolló un cuestionario compuesto de 22 ítems, basado en las respuestas de los trabajadores ante diferentes situaciones en su vida cotidiana laboral, que pretende objetivar y valorar las tres características básicas del síndrome: el agotamiento emocional (vivencia de encontrarse emocionalmente cansado, sensación de cansancio con manifestaciones tanto psíquicas: ansiedad, angustia, disfunciones sexuales, fatiga crónica), como físicas (colon irritable, dispepsias, cefaleas, mialgias); la despersonalización, trastornos conductuales de aislamiento, insensibilidad, deshumanización, negativismo, distanciamiento hacia los compañeros e incluso cinismo hacia los pacientes y la baja realización personal, que consiste en sentimientos de insatisfacción por los logros profesionales alcanzados y deseo de abandono.

Está aceptado que el desgaste profesional es el resultado de un proceso dinámico de mala adaptación a una situación de estrés crónico que es el trabajo mismo⁽⁴⁾. Maslach y Jackson 1985, al proponer su desarrollo en profesionales con exposición crónica (gradual y continuada por lo menos en seis meses), cuyo objeto de trabajo son personas (usuarios) y señala tres dimensiones:⁽⁴⁾:

Disminución de la autorrealización personal. Cuando se da una relación de ayuda, como en el caso del médico-paciente, generalmente se enfoca a un problema, situación o crisis que el usuario está viviendo. El usuario busca una solución a su problema; por lo tanto esta relación está cargada de un sin fin de sentimientos entremezclados: esperanza de conseguir solución a su problema, sorpresa, dolor, rabia, frustración, miedo, desesperación, desesperanza o tristeza por lo que está viviendo, ante esta situación del usuario, si el que presta la ayuda (profesional de salud) no acierta a dar una respuesta satisfactoria o suficiente, a las expectativas generadas por el usuario, se genera una situación de frustración tanto para el usuario como para el profesional de salud; esta última, la mayoría de las veces, no es percibida por el usuario, pero, en cambio el profesional que trabaja continuamente bajo estas circunstancias va acumulando esta frustración y se transforma con el tiempo en una sensación de pesimismo y escepticismo en el ejercicio de su profesión. Por lo tanto cuando estas u otras situaciones se dan de manera repetida, existe en el médico una pérdida paulatina de la motivación, progresando hasta sentimientos de inadecuación y fracaso profesional donde se cuestiona su competencia profesional.

Cansancio emocional. Ante la situación anterior, se van incrementando los sentimientos de agotamiento emocional, cansancio, hasta el grado de sentir que ya no puede y/o no quiere ver más pacientes, y desarrolla sentimientos de que ya no es capaz de ofrecer nada de sí mismo al usuario, ni a compañeros, familia ni con él mismo. Hasta llegar a sentirse insatisfechos e infelices con sus logros profesionales y manifiestan una marcada tendencia hacia los sentimientos de inadecuación, fracaso profesional y pérdida de la autoestima.

Despersonalización. Finalmente desarrollan actitudes pesimistas y sentimientos negativos ante los propios usuarios, apareciendo un déficit gradual de todo sentimiento y emoción por el usuario o por su padecimiento, a los que incluso se puede llegar a tratar en forma deshumanizada, fría, no hay contacto visual y mucho menos hay relación interpersonal con el paciente, su actitud es de cinismo.⁽⁴⁾

FACTORES PREDISPONENTES ⁽⁵⁾:

Este Síndrome está relacionado con la exposición continua al estrés de por lo menos seis meses influenciado por los factores de riesgo externos e internos a la persona

Externos ⁽³⁾

A) Laborales:

Características del puesto y ambiente del trabajo.

La institución es la que debe organizar el trabajo y controlar el desarrollo del mismo. Corresponde a ella la formación del Médico, delimitar y dejar bien claro el organigrama para que no surjan conflictos, especificar horarios, periodos vacacionales. Debe funcionar como sostén de los empleados y no como elemento de presión. La mayor causa de estrés es un ambiente de trabajo tenso. Ocurre cuando el modelo laboral es muy autoritario y no hay oportunidad de intervenir en las decisiones. La atmósfera se tensa y comienza la hostilidad entre en el grupo laboral. El sentimiento de equipo es indispensable para evitar el síndrome.

B) Turno laboral y horario de trabajo:

El trabajo por turnos y el horario nocturno, facilita la presencia del síndrome. Las influencias son biológicas y emocionales debido a las alteraciones de los ritmos cardíacos, del ciclo sueño- vigila, de los patrones de temperatura corporal y del ritmo de secreción de adrenalina.

C) Seguridad y estabilidad en el puesto:

En épocas de crisis de empleo, afecta a un porcentaje importante de personas, en especial a los grupos de alto riesgo de desempleo (mujeres y mayores de 45 años).

D) Antigüedad profesional:

Aunque no existe un acuerdo claro de la influencia de esta variable, se ha encontrado una relación positiva con el síndrome manifiesta por dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un mayor nivel de asociación con el síndrome.

E) Progreso excesivo o escaso.

Los cambios de imprevisto y no deseado son fuente de estrés y tensión. El grado en que un cambio resulta estresante depende de una magnitud, del momento en que se presenta y del nivel de incongruencias con respecto a las expectativas personales.

F) Incorporación de nuevas técnicas.

Suelen producir transformaciones en las tareas y puestos de trabajo, que incluyen cambios en los sistemas de trabajo, en la supervisión y en las estructuras y formas organizativas. Las demandas que plantean nuevas tecnologías sobre los trabajadores, generan escenarios con multiplicidad de factores y estresores, entre los que se mencionan: la necesidad de capacitación, miedo a ser desincorporado, incremento del control y monitorización del desempeño, aspectos relacionados con la seguridad, reducción de la interacción psicosocial directa, posibilidades de aislamiento en el puesto de trabajo, así como los cambios de roles en el sistema organizacional.

G) Estructura y clima organizacional:

Cuanto más centralizada sea la organización en toma de decisiones cuánto más compleja, mayor será el nivel jerárquico de un trabajador cuanto mayor sea los requerimientos, mayor será la posibilidad de que desarrolle el síndrome.

H) Antigüedad Laboral o profesional:

Se relaciona a los primeros dos años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como lo momentos en que se produce un mayor nivel de asociación con el síndrome.

I) Progreso excesivo o escaso:

Así como los cambios imprevistos y no deseados son fuente de estar tenso. El grado en que un cambio resulta estresante depende de su magnitud, del momento en que se presenta y del nivel de incongruencia con respecto a las expectativas personales.

J) Estructura y clima organizacional:

Cuanto más centralizada se a la organización en la toma de decisiones, cuanto más compleja (varios niveles jerárquicos), cuanto mayor sea el nivel jerárquico de un trabajador, cuanto mayores sean los requerimientos de formalización de mayor será la posibilidad de que presente Síndrome de Burnout.

K) Retroalimentación.

Referente al grado en que la realización de actividades requeridas por el puesto proporciona a la persona información clara y directa sobre la eficacia de su desempeño. La investigación realizada al respecto muestra; por lo general, que, los trabajadores que ocupan puestos con esta característica presentan mayores niveles de satisfacción y de motivación intrínseca, y niveles más bajos de agotamiento emocional que aquellos que ocupan puestos en donde esta retroalimentación falta o es insuficiente.

L) Relaciones interpersonales.

Los ambientes de trabajo que promueven el contacto con la gente serán por lo general, más beneficiosos que aquellos que lo impiden o dificultad. De hecho las oportunidades de relación con otros en el trabajo es una variable que aparece relacionada con la satisfacción. Es uno de los desencadenantes más severos e importantes, sobre todo cuando las relaciones están basadas en desconfianza, sin apoyo, poco cooperativas y destructivas lo que produce elevados niveles de tensión entre los miembros que la conforman.

M) Salario.

Se ha relacionado como otro factor que afectaría el desarrollo del Síndrome de Burnout en los trabajadores, ya que en algunos la remuneración económica no está a las expectativas de lo esperado por su trabajo Internos:⁽⁶⁾

Factores personales, psicológicos (Autoestima, optimismo, afectividad)⁽⁷⁾

A) Se ha relacionado la presencia del Síndrome de Burnout con la Personalidad tipo "A" que se caracteriza por:

-El deseo de destacar y obtener resultados brillantes.

- Un alto grado de auto exigencia
- Baja tolerancia al fracaso.
- Perfeccionamiento extremo
- Necesidad de control todo el tiempo.
- Sentimiento de indispensabilidad laboral.
- Grado de ambición elevado.
- Dificultad para conocer y expresar sus emociones.
- Acometividad y baja capacidad para tolerar.
- Gran implicación en el trabajo.
- Pocos intereses y relaciones personales en el margen del trabajo
- Idealismo.
- Sensibilidad.

B) Edad:

Aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a este, siendo estos los primeros años de carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, apreciándose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni la prometidas ni esperadas, por lo tanto cuanto más joven es el trabajador mayor incidencia del Síndrome de Burnout hallaremos.

C) Sexo:

El Síndrome de Burnout tiende a ser más frecuente en la mujer, relacionándose con la doble carga laboral (tarea profesional y familiar) y el tiempo de enlace afectivo que dura al desarrollarse en el ambiente laboral y familiar.

D) Relación de pareja:

Aunque se ha asociado el Síndrome de Burnout más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime. Parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal, y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables. En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia

generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales, y ser más realistas con la ayuda del Apoyo de Pareja.

E) Relación de Apoyo de pareja:

Aunado al inciso anterior el que se tenga una relación de confianza, sustento emocional, cuidado por la otra persona, es una fuga, un estado de sanidad; para el estrés laboral sustentándose que si existe esta colaboración cordial, la persona será menos sensible a presentar el Síndrome de Burnout

F) Biológicos:

Enfermedades psiquiátricas, psicológicas, metabólicas, en las que se ha relacionado alteraciones de la personalidad. ⁽⁶⁾

-Trastorno por déficit de atención con hiperactividad; en adultos no diagnosticados; A menudo no se diagnostica hasta la edad adulta.

-Trastorno por déficit de atención con hiperactividad - no diagnosticada

-La enfermedad de Alzheimer .- sin diagnosticar

-Migraña - sin diagnosticar

-Trastornos de concentración. - no diagnosticada

-Accidente cerebro vascular. - sin diagnosticar

-El trastorno bipolar.- no diagnosticada

-La esquizofrenia. - sin diagnosticar

-Epilepsia. - sin diagnosticar

-Derrame cerebral no diagnosticado conduce a la afasia mal diagnosticada

-La demencia por interacción de drogas

-El trastorno bipolar.

-Los trastornos alimentarios sub-diagnosticada afectando más al sexo femenino.

-Depresión no diagnosticada.

-Trastornos de ansiedad no diagnosticada relacionados con la depresión.

-Portadores de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Artritis Reumatoide, con complicaciones crónicas.

Enfermedades Oncológicas ya sea en fase de aceptación o terminal. ^(6.)

FASES DEL SÍNDROME DE BURNOUT.

Fases del Síndrome de Burnout.- Jerry Edelmich y Archie Brodsky 1980:
Proponen cuatro fases por las cuales pasa todo individuo afectado por el mismo.

1.-Etapa de idealismo y entusiasmo.-El individuo posee un alto nivel de energía para el trabajo, expectativas poco realistas sobre él y aún no sabe lo que puede alcanzar con éste. La persona se involucra demasiado y existe una sobrecarga de trabajo voluntario. Al comienzo de su carrera existen bastantes motivaciones intrínsecas. Hay una hipervalorización de su capacidad profesional que le lleva a no reconocer los límites internos y externos, algo que puede repercutir en sus tareas profesionales. El incumplimiento de expectativas le provoca, en esta etapa, un sentimiento de desilusión que hace que el trabajador pase a la siguiente etapa.

2.-Etapa de estancamiento.-Supone una disminución de las actividades desarrolladas cuando el individuo constata la irrealidad de sus expectativas, ocurriendo la pérdida del idealismo y del entusiasmo. El individuo empieza a reconocer que su vida necesita algunos cambios, que incluyen necesariamente el ámbito profesional.

3.-Etapa de apatía. Es la fase central del Síndrome Burnout. La frustración de las expectativas lleva al individuo a la paralización de sus actividades, desarrollando apatía y falta de interés. Empiezan a surgir los problemas emocionales, conductuales y físicos. Una de las respuestas comunes en esta fase es la tentativa de retirada de la situación frustrante. Se evita el contacto con los compañeros, hay faltas al trabajo y en muchas ocasiones se da el abandono de éste y en los casos más extremos de profesión. Estos comportamientos empiezan a volverse constantes abriendo el camino para la última etapa del Síndrome de Burnout, la del distanciamiento

4.-Etapa de distanciamiento.- La persona está crónicamente frustrada en su trabajo, ocasionando sentimientos de vacío total que pueden manifestarse en la forma de distanciamiento emocional y de desvalorización profesional. Hay una inversión del tiempo dedicado al trabajo con relación a la primera etapa.

En el lugar del entusiasmo e idealismo profesional la persona pasa a evitar desafíos y clientes de forma bastante frecuente y trata sobre todo de no arriesgar la seguridad del puesto de trabajo, pues cree que a pesar de inadecuado, posee compensaciones (el sueldo, por ejemplo) que justifican la pérdida de satisfacción.

CUADRO CLINICO:

El concepto más importante es que el Síndrome de Burnout es un proceso (más que un estado), progresivo (secundario a la acumulación de contacto intenso con consultantes).

El proceso incluye:
Exposición gradual al desgaste laboral
Desgaste del idealismo
Falta de logros (10)

Además existen una serie de efectos provocados por este fenómeno:

Afecta negativamente la resistencia del trabajador, haciéndolo más susceptible al desgaste por empatía (Compassion Fatigue). Favorece la Respuesta; que es la incapacidad para atender a las experiencias de los consultantes, que resultan abrumadoras. Gradualmente el cuadro se agrava en relación directa a la magnitud del problema, inicialmente los procesos de adaptación protegen al individuo, pero su repetición les agobia y a menudo agota, generando sentimientos de frustración y conciencia de fracaso, existiendo una relación directa entre la sintomatología, la gravedad y la responsabilidad de las tareas que se realizan.

El sentirse usado, menoscabado o exhausto debido a las excesivas demandas de energía, fuerza o recursos personales, crea además intensas repercusiones en la persona y en su medio familiar.

Estados de fatiga o frustración son el resultado de la devoción a una causa, estilo de vida, o relación que fracasó al intentar obtener una recompensa esperada.

La progresiva pérdida del idealismo, de la energía y el propósito que experimentan muchos profesionales que trabajan ayudando a otras personas son el resultado de sus condiciones de trabajo.

El síndrome de agotamiento, es el último paso en la progresión de múltiples intentos fracasados de manejar y disminuir una variedad de situaciones laborales negativas.

Síntomas psicológicos.- pueden originar este síndrome es extensa, pudiendo ser leves, moderados, graves o extremos. (8)

GRADOS DE BURNOUT

Primer grado:

Signos y síntomas de agotamiento ocasionales y de corta duración que desaparecen a través de distracciones o hobbies.

Segundo grado:

Los síntomas son más contundentes, duran más y cuesta más trabajo sobreponerse a ellos. La preocupación por la efectividad se vuelve central, al mismo tiempo la persona se vuelve negativa y fría con sus compañeros y pacientes. Se presenta distanciamiento, irritabilidad, cinismo, fatiga, aburrimiento, progresiva pérdida del idealismo que convierten al individuo en emocionalmente exhausto con sentimientos de frustración, incompetencia, culpa y autovaloración negativa.

Tercer grado:

Los síntomas son continuos con problemas psicológicos y físicos llegando incluso a la depresión, sin explicación de lo que pasa. La persona se aísla con nulas o pocas relaciones interpersonales. Se intensifican los problemas familiares. Lo expresan en el abuso de psicofármacos, ausentismo, abuso de alcohol y drogas, entre otros síntomas.

Se destaca el Síndrome de Burnout por la repetición de los factores estresantes lo que conforma el cuadro de crónico, que genera baja de la autoestima, un estado de frustración agobiante con melancolía y tristeza, sentimientos de impotencia, pérdida, fracaso, estados de neurosis, en algunos caso psicosis con angustia y/o depresión e impresión de que la vida no vale la pena, llegando en los casos extremos a ideas francas de suicidio.⁽⁹⁾

Algunos síntomas más frecuentes son:

Baja autoestima	Tristeza	Ideas de suicidio
Abandono	Neurosis	Irritabilidad
Melancolía	Psicosis	Cinismo
Aburrimiento	Perdida del idealismo	Frustración
Incompetencia	Autovaloración negativa	Farmacodependencia

A) Sintomatología Psicosomática.⁽¹⁰⁾
Fatiga crónica.
Cefalea
Mialgias (de predominio cervical y dorsal).
Insomnio
Pérdida de peso
Ulceras y desordenes gastrointestinales.
Precordialgia.
Palpitaciones.
Hipertensión Arterial.
Crisis Asmática
Resfriados frecuentes
Aparición de alergias, dermatitis.
C) Síntomas conductuales:
Cinismo
Falta de deseo de comunicarse con los demás
Apatía
Hostilidad
Susplicacia.
Sarcasmo
Pesimismo
Ausentismo laboral
Abuso en alimentos adictivos (café, alcohol)
Farmacodependencia
Toxicomanías
Relaciones personales distantes y frías.
Tono de voz elevado, tienden a hablar a gritos.
Llanto inespecífico
Dificultad de concentración.
Incremento de los conflictos con los compañeros
Disminución del contacto con el paciente
Incremento de los conflictos con compañeros.
Disminución de la calidad del servicio prestado
Agresividad
Cambios bruscos de humor.
Irritabilidad
Enfado frecuente ⁽¹¹⁾.

DIAGNÓSTICO

Han sido múltiples propuestas que se han elaborado para diagnosticar el desgaste laboral, como pruebas que se han realizado, las cuales miden solo un aspecto del mismo de comportamiento, concentración, salud mental, es por ello que el de mayor aceptación a sido la Escala de Maslach Burnout Inventory (MBI) el que tiene mayor aceptabilidad, ha sido traducido, revisado por varios autores, adaptándolo cada uno a su idioma y en base a la población que se desea investigar⁽¹²⁾.

La escala Maslach Burnout Inventory (MBI-HS) construido por Maslach y Jackson (1981), es un instrumento que ha sido validado por Clara I. Hernández et al, en México en personal sanitario Cuyo original fue elaborado para ser utilizado en profesionales de la salud, el cuestionario consta de 22 ítems distribuidos en tres factores⁽¹³⁾

Agotamiento emocional, (9 ITEMS 1,2,3,6,8,13,14,16,20)

Despersonalización, (5 ITEMS 5, 10, 11, 15, 22)

Falta de Realización personal y en el trabajo, (8 ITEMS 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21)

Se construyen de esta forma las tres subescalas del MBI y en donde se suman los ítems de acuerdo con la dimensión, calificandose de manera independiente. De esta forma por ejemplo un sujeto que se encuentra en la categoría "alto" en las dimensiones de Agotamiento emocional y Despersonalización, y "bajo" para Realización personal en el trabajo puede ser categorizado como un sujeto con Síndrome de Burnout con afectación en el area de Agotamiento emocional y Despersonalización^(8,12)

Las puntuaciones de los sujetos para el MBI se calificaron en base a la norma americana y adaptación al castellano, determinando las categorías de bajo, medio y alto para cada una de las dimensiones. Con siete opciones de respuesta (escala Likert de 0 nunca a 6 diariamente)

Los 22 ítems del MBI fueron traducidos al castellano, de acuerdo con el procedimiento traducción-retraducción (Brislin, 1970). Respetando las sugerencias dadas en el manual del MBI, los 22 ítems fueron presentados como partes de un cuestionario más amplio destinado a investigar sentimientos y actitudes en el trabajo. Los cuestionarios se distribuyeron entre aquellos sujetos que voluntariamente accedieron a responderlos; con el objeto de garantizar la confiabilidad de sus respuestas se cumplimentaron en forma anónima.

La confiabilidadde las subescalas Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización personal fueron: 82, 80 y 85 respectivamente, como se muestra en la tabla 1. Es importante observar que en el presente estudio los valores alfa, obtenidos para las subescalas: Despersonalización y Realización personal fueron

más altas, que los consignados para las mismas subescalas en el Manual de MBI (14,15)

Subescalas	M	Ds	Alfa estudio	Alfa Manual
Agotamiento Emocional	18.4	9.20	.82	.90
Despersonalización	5.7	5.25	.80	.79
Realización Personal	36.24	8.74	.85	.71

Tabla 1

ANÁLISIS FACTORIAL

Como se muestra en la tabla, el análisis factorial arrojó cuatro factores, tres de ellos conceptualmente identificables, con valores Eigen mayores que 1.00 y que en forma conjunta explicaron el 67.38% de la varianza total. El primer factor explicó el 46.34% de la varianza e incluyó los 9 ítems de la subescala agotamiento emocional. El segundo factor explicó el 9.85% de la varianza e incluyó los 8 ítems que componen la subescala realización personal. El tercero, explicó el 6.29% de la varianza e incluyó los 5 ítems que incluye la subescala Despersonalización. El cuarto factor explicó el 4.9% de la varianza. Este último factor, dada su composición, no pudo ser interpretado.

Si bien la estructura factorial encontrada en el presente estudio replica la estructura trifactorial propuesta por Maslach, Jackson y Leiter (1996), ésta presenta algunas particularidades en su composición. La subescala de mayor peso fue agotamiento emocional, seguida de la subescala realización personal. La subescala despersonalización resultó la de menor peso. Desde una perspectiva teórica, estos hallazgos sugieren que para los sujetos estudiados sus conductas de respuesta al agotamiento emocional estarían incluyendo un componente de auto eficacia profesional auto percibido. Este último aspecto resulta de particular relevancia teórica, toda vez que investigadores como Cherniss (1993) han señalado que la auto eficacia es uno de los factores que han de considerarse en la etiología del Síndrome de Burnout. ⁽¹⁵⁾

Por otra parte, como se muestra en la tabla, si bien la mayoría de los ítems saturaron en las subescalas que el manual del MBI propone para ellos, los ítems 14, 16 y 20, que son propios de la subescala Agotamiento emocional, saturaron impropriadamente en la subescala despersonalización.

Aunque el inapropiado comportamiento factorial de estos ítems ha sido reconocido por Maslach, Jackson y Leiter (1996), llegando a sugerir su eliminación, en el presente estudio se han mantenido, esto con el propósito de

obtener una comprensión más acabada del comportamiento de las propiedades psicométricas del MBI en los sujetos estudiados.

En síntesis, se puede afirmar que, con base en los sujetos estudiados y en la traducción al español de los ítems del MBI, éste reúne los suficientes requisitos de confiabilidad y validez factorial como para ser utilizado en la evaluación del Síndrome de Burnout en profesionales asistentes sociales. Los hallazgos también proporcionan un substancial apoyo cross-cultural a la estructura trifactorial del MBI

Subescala	Item	Factores			
		I	II	III	IV
Agotamiento emocional	1	79	-23	25	00
	2	71	-36	15	-29
	3	83	-32	25	-00
	6	78	10	37	00
	8	78	21	34	31
	13	49	30	31	00
	14	42	-26	45	26
	16	47	-24	61	-00
	20	60	-00	43	-23
Realización personal	4	-15	75	-15	-02
	7	-00	69	-23	-00
	9	-29	80	-16	-00
	12	-53	45	-00	31
	17	-23	85	-00	-00
	18	-21	75	-23	05
	19	-44	63	-00	31
	21	-17	42	-00	82
Despersonalización	5	28	-39	52	-31
	10	13	-17	82	-01
	11	29	-02	71	-15
	15	16	-53	46	-26
	22	34	-20	58	16

Puntos decimales se han omitido

Para el tratamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SSPS (Nie, Hull, Jenkins, Steinbrenner & Bent, 1975). La confiabilidad estimada de las subescalas del MBI-HSS se calculó de acuerdo con el coeficiente Alfa de Crombach. Con base en los resultados obtenidos en las pruebas de adecuación de la muestra KMO (.884) y de esfericidad de Bartlett (sig. = .000) se procedió a la extracción de factores según el método de Componentes principales con rotación Varimax. Se retuvieron aquellos factores con valor Eigen mayores que 1.00 y fueron incluidos en cada factor aquellos ítems que presentaron cargas factoriales iguales o mayores a .40.

Puntaje por niveles y para cada dimensión (MBI-HS)

Nivel	Agotamiento emocional	Despersonalización	Baja de realización personal y en el trabajo
Alto	≥ 27	≥ 14	< 30
Medio	17-26	9-13	36-31
Bajo	0-16	0-8	48-37

Para el tratamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SSPS (Nie, Hull, Jenkins, Steinbrenner & Bent, 1975). La confiabilidad estimada de las subescalas del MBI-HSS se calculó de acuerdo con el coeficiente Alfa de Crombach. Con base en los resultados obtenidos en las pruebas de adecuación de la muestra KMO (.884) y de esfericidad de Bartlett (sig. = .000) se procedió a la extracción de factores según el método de Componentes principales con rotación Varimax.

La confiabilidad de las subescalas Agotamiento emocional, Despersonalización y Realización personal fueron .82, .80, y .85 respectivamente.

Es importante observar que en este estudio los valores Alfas obtenidos para las subescalas Despersonalización y Realización personal fueron más altos que los consignados para las mismas subescalas en el Manual del MBI-HSS. En síntesis, se puede afirmar que, con base en los sujetos estudiados y en la traducción al español de los ítems del MBI éste reúne los suficientes requisitos de confiabilidad y validez factorial como para ser utilizado en la evaluación del Síndrome de Burnout en profesionales asistentes sociales. Los hallazgos también proporcionan un substancial apoyo Cross-cultural a la estructura trifactorial del MBI ⁽¹⁶⁾

PREVENCIÓN

La mayoría de los autores (Byrne, Maslach, Huberman) coinciden en que la prevención es un aspecto fundamental para solucionar los efectos que produce el Síndrome de Burnout. El trabajo preventivo afecta a decisiones políticas y económicas existiendo un posicionamiento poco realista de las administraciones respecto a la situación actual, ya que no se vislumbra la realidad del alcance de un trabajador Médico con afectación de este Síndrome y el daño que puede ocasionar a su área laboral, equipo de trabajo y su Relación de Pareja.

A este Síndrome de Burnout se le puede hacer frente más en la fase inicial que cuando ya está establecido. En un inicio es posible que los compañeros, se den cuenta antes que el propio sujeto de su afectación por lo que la pareja, amigos, suelen ser el mejor sistema de alarma precoz para detectarlo y por lo tanto todos los profesionales del equipo tienen que advertirse entre ellos mismos que representan la mejor prevención de sus compañeros.⁽⁶⁾

Como métodos mencionaremos:

Brindar información sobre el Síndrome de Burnout sus síntomas y consecuencias principales para su detección oportuna.

Vigilar las condiciones del ambiente laboral, fomentando el trabajo de equipo. Diseñar e implementar talleres de liderazgo, habilidades sociales, desarrollo gerencial etc.

Implementar cursos de inducción y ajuste al puesto y a la organización para el personal de nuevo ingreso.

Anticiparse a los cambios brindando talleres que contribuyan a desarrollar habilidades, conocimientos y estrategias para enfrentarse a éstos. La preparación psicológica no se incluye en la formación, según la directora del Centro de Terapia y Psicología Carmen Vázquez algo que es esencial para dotar de recursos que motiven y gestionen problemas de grupo y a su vez busquen soluciones.

Las técnicas de autoconocimiento personal tienen una importancia significativa para resolver estas dificultades. El diagnóstico precoz, la terapia médica y psicológica, cambios en la calidad de alimentación y la distribución del tiempo de sueño trabajo esparcimiento, permiten revertir muchos cuadros.

Otros aspectos destacados son la provisión de recursos personales y materiales para poder adaptarse a los cambios que generan las necesidades sociales y políticas, analizar la carrera profesional y vida laboral del Médico (remuneración económica, posibilidad de promoción) revisar las funciones de la institución de salud y su organización.

También destacan la participación decisiones de los centros y en las políticas de salud, potenciar el trabajo en grupo así como mantener adecuadas relaciones interpersonales entre los compañeros y crear servicios de apoyo y asesoramiento a los Médicos.

Las medidas de prevención se pueden clasificar en tres apartados según sea la forma de aplicación:⁽¹⁷⁾

- 1.-Estrategías de intervención individual: Terapia de Pareja.
- 2.-Estrategías Intervención grupales.
- 3.-Estrategías de Intervención organizacionales.

CAPITULO II

SÍNDROME DE BURNOUT EN MEDICOS

El desarrollo del Síndrome de Burnout va a depender de la personalidad del trabajador y por otro de la organización o institución donde el labora.

El Síndrome de Burnout se presenta en Médicos de ambos sexos. Lo cual nos habla de que independientemente del sexo, ambos están expuestos a desarrollarlo.⁽²³⁾

Sin soslayar que la mujer es más vulnerable para desarrollarlo., ya que combinan responsabilidades de su vida en Pareja y familiar con la jornada laboral.⁽²³⁾

Se puede presentar y desarrolla en personal médico que labora en instituciones de salud ya sea pública o privada.

Resultado interesante, ya que siempre se ha considerado que los profesionistas que laboran en instituciones públicas tienen mayor carga de trabajo, y mayor probabilidad de desarrollarlo a diferencia de los médicos que laboran en forma privada, mas sin embargo los de nuestro país, no se ha visto diferencia importante

La mayoría de los estudios se reportan niveles moderados en las dimensiones algunos estudios han reportado niveles severos, principalmente en Agotamiento emocional y Despersonalización.

Además de que el componente más afectado es el cinismo en el caso de los hombres y el Agotamiento emocional en las mujeres.

Referente a los grupos de edad, los médicos que tienen entre 35-54 años es la población de mayor riesgo.⁽²³⁾

En cuanto al tipo de pareja se destaca que es más frecuente en los que no tienen pareja o que la tienen pero no estable y en relación con los hijos, es más frecuente en aquellos que no los tienen.

Existe un mayor riesgo en médicos que tienen entre 11 a 19 años de ejercicio, pero sobre todo en los que trabajan en más de una clínica, siendo este más severo.

Cabe resaltar, que los médicos en nuestro país en su mayoría tienen más de un trabajo, además de contar con la consulta privada, ya que los salarios son bajos⁽¹⁸⁾

De acuerdo al número de pacientes y el tiempo de consulta que se les dedica, es más frecuente y se presenta con mayor gravedad en aquellos médicos que atienden a más de 20 pacientes por turno y que dedican más de dieciséis minutos

a cada paciente por consulta. Situación preocupante ya que no importa la cantidad de tiempo, que se emplee sino la calidad en el servicio que este otorgue.

Un factor externo que puede ser desencadenante, es que en las instituciones en que laboran no existen los materiales adecuados para desempeñar su trabajo. Además de que existan demandas legales que afectan considerablemente al médico y también puede ser una causa para que lo presente.

Cuando se inició el estudio de este síndrome se pensaba que sólo repercutía en el ámbito psicológico en los médicos, ahora se ha identificado que afectan en lo social, en la vida de pareja institucional pero sobre todo en la salud física del profesional de salud que puede presentar síntomas cardiovasculares, neurodermatitis, alteraciones gastrointestinales (gastritis, colitis, dolor abdominal) y alteraciones respiratorias.

Es poca la investigación que se tiene respecto a los factores protectores para no desarrollar el desgaste; respecto a esto, por lo que intentamos identificar si efectivamente la Relación de Apoyo de Pareja que es uno de ellos.

Respecto al estado civil, el que sea casado, es podría ser un factor protector, quizás por el convivir bien con una pareja emocionalmente estable, con buena comunicación, el realizar actividades de recreación conjunta le permita disminuir los niveles de estrés que en algún momento que pudiera llegar a presentar.

El practicar ejercicio es otra protección y curiosamente la mayoría de los médicos no lo practican.⁽¹⁹⁾

CAPITULO III

CARACTERISTICAS DEL MÉDICO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DENTRO DEL IMSS

Es aquel profesional que cuenta con un cuerpo de conocimientos que le permiten realizar con eficiencia, funciones técnico-médicas, técnico-administrativas y de enseñanza e investigación específicas y que a través de su práctica diaria en el primer nivel de atención médica, contribuye al logro de los objetivos institucionales. ⁽¹⁹⁾

Médico General/Familiar, es un profesional capacitado para responsabilizarse de la atención médica primaria e integral del individuo y su familia.

En la mayoría de las ocasiones actúa como vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención médica; coordina la utilización de los recursos para atención de los mismos y da atención médica independientemente de la edad, género ó el padecimiento del individuo. La medicina que practica éste profesional, es encaminada al desarrollo de acciones de mantenimiento y promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento de padecimientos agudos y crónicos, así como de rehabilitación.

En los casos que así lo ameriten, ejerce el juicio clínico necesario para solicitar interconsulta o referencia a otros profesionales de la salud para investigaciones adicionales, instalación de tratamiento o evaluación de los resultados obtenidos del mismo.

Desarrolla el hábito de auto enseñanza, revisa y actualiza periódicamente su competencia profesional, participando en actividades de evaluación médica continua, autoevaluación y auditoría médica. Es capaz de analizar, evaluar y desarrollar actividades de investigación.

Es la piedra angular de los tres niveles de atención, esta capacitado para responsabilizarse de la atención médica primaria e integral del individuo y su familia, brindando atención tanto en el consultorio como en la comunidad o en su domicilio, por lo que la presencia del Apoyo de su Pareja resulta ser un factor protector fundamental para el manejo del estrés que se genera en el momento de laborar, su ausencia augura una serie de consecuencias negativas para la salud física y mental de los individuos, de hecho quienes reportan recibir mayores cantidades de apoyo reportan también menores niveles de ansiedad y depresión, un auto concepto más positivo, más autoestima, confianza en sí mismos, control

personal y bienestar y estilos de afrontamiento más adecuados ante el estrés, además ven cubiertas sus necesidades de afecto, comunicación y pertenencia (Aduna 1998; acuña y Bruner, 1999, Holtzworth-Munroe, Stuart Sandin, Smutzelr y Mclaugh-Inn, 1997, Orther, Jones-Sanpei y Williamson, 2004, Solomon, Miku-Lincer y Avitzur, 1988)

Por lo que hay una relación inversa entre el apoyo percibido y el malestar psicológico experimentado, siendo secundaria la existencia de factores estresores en el medio ambiente (Aduna, 1999, Barrón 1996). Por lo que la falta de apoyo puede implicar en sí misma una fuente de estrés, puesto que además de ser una estrategia de afrontamiento, la interacción con otros individuos en especial con la pareja ya que satisface necesidades básicas tales como la cercanía y el apego, que de no ser satisfechas pueden elevar la probabilidad de ocurrencia del estrés y por ende la presencia del Síndrome de Burnout (Orthner y cols, 2004).

En relación a los factores estructurales, el tamaño de la red social comprende el número de personas de las cuales el individuo percibe que puede recibir ayuda o que de hecho la recibe, esta red social suele estar conformada por la pareja y la familia nuclear en primera instancia, y en segundo término por los amigos íntimos, la familia extendida, la comunidad, las instituciones y otros grupos a los que el sujeto se encuentra cercano, como los vecinos o compañeros de trabajo (Cienfuegos y Palomar, 2006)⁽²⁴⁾

CAPITULO IV

RELACIÓN DE APOYO DE PAREJA

Si bien nuestro objetivo de estudio es valorar el Síndrome de Burnout en Relación al Apoyo de Pareja, se valorara si existe una correlación de causa – efecto, o son independientes el uno del otro, o realmente el convivir con una pareja estable que brinde comunicación funciona para psicológicamente para que no se presente o se minize el desarrollo del Síndrome del mismo.

Una definición en general de Pareja es: dos personas procedentes de familias distintas, generalmente de diferente género o bien del mismo, que deciden vincularse afectivamente para compartir un proyecto común, lo que incluye apoyarse y ofrecerse cosas importantes mutuamente, en un espacio propio que excluye a otros pero que interactúan con el entorno social.⁽²²⁾

El elemento fundamental de esta definición, es “Compartir un proyecto”, esto supone antes que nada compartir expectativas de futuro conjuntas; este es el ingrediente que consolida a una Pareja y la distingue de un simple

El Apoyo que percibe del otro, es una variable que tiene un rol positivo en el ajuste de la salud tanto en lo personal como en la vinculación con los demás.

La Relación de Pareja es muy importante, ya que es pilar de la familia, y unidad funcional de las sociedades colectivistas. Pese a su gran importancia como un aspecto de salud mental, psicológica y emocional, su estudio es relativamente reciente.

El Apoyo percibido, visto desde una relación dual, es un factor central, sobre todo cuando existe un compromiso emocional. El vínculo que existe entre Apoyo y necesidad emocional, da la impresión de ser la dinámica que se juega en toda relación de pareja. En ésta las emociones que la invaden generan un involucramiento que promueve un deseo interno y voluntario encaminado a buscar la protección del otro; además con esa relación sentimental, ambos miembros contribuyen al bienestar y desarrollo del otro (Montagu 1975), tanto física de afectos y cuidados(Sánchez 1995). De tal modo, el Apoyo entre Pareja, guía la satisfacción de las necesidades y permite responder mejor hacia los diversos eventos estresantes de la vida(trabajo, economía, ausencia); lo que a su vez puede contribuir a mejorar la intimidad y la cercanía entre los miembros de la familia.

Es así como, desde el área de las relaciones interpersonales, Saitzk (1997) define el Apoyo como aquellas conductas entre los miembros de la Relación que intenten promover o mejorar la competencia adaptativa del cónyuge que necesita o solicita ayuda, ya sea en un periodo corto, mientras dura una crisis o cambios de vida o los estresores a largo plazo. Esta definición destaca el intercambio social que implica la conducta de Apoyo, pone especial atención en recursos específicos de intercambio entre la Pareja y da lugar a el hombre que brinda el apoyo, tome ese rol hacia el esposo que lo busca pendiente.

Vivir en Pareja no es nada sencillo si se tiene en cuenta que sobre ella revierten los problemas cotidianos. El trabajo, el estrés y la rutina a veces provocan que la pareja deje de disfrutar de sus momentos libres.

Para mejorar la Relación de Pareja se debe empezar por compartir actividades que son agradables para los dos, de esta forma se hace más estable y satisfactoria una relación, contrarrestando así los sinsabores de cada día y ayudando a que la rutina no destruya la Pareja.

El Apoyo se define como aquellas acciones recíprocas que se realizan entre las personas que conforman la red de un individuo (Felton, 1992; Rodríguez, 1995; Barrón, 1996).

Entendiendo por red social de Apoyo, al conjunto de personas que interactúan entre sí (Rodríguez, 1995), llámense: amigos, familiares, hijos, cónyuges, compañeros de trabajo, superiores, etc. De forma más breve, otros autores lo conceptualizan como la necesidad buscar ayuda formal o informal con individuo o grupos de personas (House, 1981), satisfaciéndose a través de la interacción con otros (Thoits, 1982).

TIPOS DE APOYO. ⁽²²⁾

Apojo positivo: alude a aquellas conductas destinadas a dar soporte emocional al otro miembro de la relación cercana, a través de proporcionarle brindarle, seguridad, afecto y amor cuando éste se encuentre en momento difíciles, aumentando con esto la comunicación entre ellos.

Apojo expresado: Se refiere a aquellas conductas destinadas a ayudar al otro miembro de la relación cercana a buscar solución a sus conflictos, expresándole directamente su afecto, amor, seguridad y soporte, mejorando con esto la comunicación entre ellos.

Apojo negativo: Se refiere a aquellas conductas destinadas a no apoyar al otro miembro de la relación cercana, cuando este último atraviese por momento difícil, por medio de comunicarse con su pareja hostilmente, enjuiciamiento, crítica, dureza, evitación, rechazo y /o indiferencia.

TIPOS DE PAREJAS ⁽²²⁾

Impulsivas: discuten constantemente y las peleas se han convertido en un hábito, ya que de cualquier asunto originan un problema. Gritan y se desprecian en sus disputas y terminan reconciliándose de un modo tan pasional como sus discusiones que duran días.

Elusivas: tienen miedo a los conflictos y esconden los sentimientos negativos. Fingen normalidad cuando algo les molesta y así acumulan resentimiento. Ninguno dice realmente lo que piensa por miedo a originar una disputa. De esta forma, terminan por no conocerse el uno al otro, en su obsesión por mostrarse a diario agradables el uno al otro.

Constructivas: son Parejas sin miedo a discutir ya que admiten que es el único modo de llegar a acuerdos conciliadores. En sus discusiones no olvidan apostar por los diálogos antes que por la pelea. En este tipo de Parejas existe más tensión que en las elusivas, pero también más emoción, diversión y, por supuesto, más calor humano.

Cuando una persona decide compartir su vida con otra implica una aceptación de la otra persona y de uno mismo, es decir, las cualidades y los defectos de cada uno.

La única manera en que nutrimos cualquier relación es a través de la comunicación. No podemos amar lo que no conocemos. La comunicación en la pareja abarca varios aspectos, a través de los cuales podemos lograr ese acercamiento.

TIPOS DE COMUNICACIÓN

La Comunicación Intelectual

Cada vez que nos sentamos a platicar y expresamos nuestras ideas, nuestros conceptos, lo que pensamos de tal o cual cosa, estamos fortaleciendo esa relación. El simple hecho de compartir lo que leímos en un libro nos acerca. El hablar de política, el conocer los puntos de vista del otro y respetarlos, y compartir experiencias que vivimos en el trabajo, entre otros⁽²²⁾.

La Comunicación Emocional

Tiene su propio lenguaje, se refiere al tono de voz que usamos al hablarle, a la mirada que se intercambia cariñosamente, la sonrisa compartida, el contacto físico (abrazos, caricias), cualquier detalle a nivel emocional que demuestra que uno se ocupa de su pareja. Por ejemplo, levantarse a media noche y no hacer ruido, o abrirle la puerta del coche. En fin, la ternura y la admiración son la clave para tener una mayor fuerza emocional.

La Comunicación Motriz

Esta se da cuando se comparte una actividad, como bailar, hacer deporte juntos, o el simple hecho de ir al cine, a un museo, salir a comer una vez a la semana solos. Divertirse juntos, compartir alegrías fortalece enormemente la comunicación. Hay que buscar, como crear esos momentos.

La Comunicación Instintiva

Esta se da a través de los sentidos, la atmósfera, el entorno que nos rodea en la casa. El disfrutar de sabores, aromas, colores y temperaturas. Cuando logramos una mayor afinidad en estos aspectos, estrechamos lazos que crean identidad.

La Comunicación Sexual

Es la manifestación íntima del amor. El amor de pareja es como un jardín, que para que esté hermoso, se debe cuidar diariamente, regándolo con ternura, pasión y una dedicación especial. Si se abandona, se corre el riesgo de que en cualquier momento se pueda perder.

Factores de la comunicación en la Pareja:

Para que exista una buena comunicación entre los cónyuges se requiere:
Apertura La confianza en la otra persona es necesaria para que cada uno se abra y comparta con su Pareja todo de sí misma, tanto los sentimientos negativos como los positivos. Abrirse es ofrecer a la otra persona de forma incondicional todo lo bueno cónyuge a superar los defectos y desarrollar sus cualidades.

Comprensión

La comunicación de la pareja requiere el esfuerzo de compartir abiertamente los sentimientos, deseos y opiniones respetando a la vez los derechos y la intimidad de cada uno.

Compromiso:

Cuando una persona decide unir su vida a la de otra persona se compromete a luchar por la relación, a tratar de ser mejor y buscar el bien de la persona amada.

Un proyecto de vida en común.

Cuando los objetivos y las metas son muy diferentes, cada quien transitará por caminos separados tratando de lograr sus propias metas.

Efectos de la comunicación en la Pareja:

La comunicación en la Pareja es uno de los principales determinantes de la satisfacción en la relación, los efectos abarca toda una amplia gama de temas y formas en que las personas intercambian información, incluyendo el sentido que las personas le imprimen a dicha información (Satir, 1986)

Es uno de los factores más importantes para que la Relación de Pareja funcione adecuadamente, cuando ésta falla da lugar al conflicto, que es parte un proceso natural de toda relación. Los sistemas sociales en general, buscan mantener un balance entre flexibilidad y estabilidad y tanto la comunicación como la negociación durante el mismo son la llave para encontrar la armonía (Steier, Stanton y Todd 1982).

Es un proceso predictor de la satisfacción que se experimenta dentro de la relación (Greef y De Bruyne 2000) la satisfacción de Pareja está relacionada al Apoyo emocional a compartir intereses y a cómo las parejas afrontan los conflictos. Este comportamiento en general no se lleva a cabo, hace que la persona no sea valorada por su Pareja condicionando desajuste en la misma como lo son:

Efectos de una comunicación agresiva;

Cuando una persona se comporta de forma agresiva, puede sentirse insatisfecho, sin control, enfadado o culpable, porque consigue lo que quiere, pero dañando su relación y a su pareja. La soledad puede ser también un posible efecto de este estilo. Este comportamiento, como el pasivo, hace que la persona no sea valorada y no resuelva los conflictos, es más, los agranda.

Efectos de una comunicación agresiva indirecta

La persona que utiliza este estilo se siente insatisfecha y tensa, por que vive guardando rencores y no es franco al expresarse.

Limitaciones en la comunicación

Aquí es importante tomar en cuenta si al comunicarse ambos son honestos, directos, no críticos, o si por el contrario son incapaces de expresar abiertamente sus sentimientos.

Situaciones negativas sin resolver.

Las personas tienen a veces la dificultad de comunicarse debido a situaciones negativas de sus vidas que están aún sin resolver. Cuando los problemas anteriores no se han resuelto, estas situaciones interfieren en el proceso de Comunicación. Algunos ejemplos de estos sentimientos negativos son:

Resentimiento

Culpabilidad

Incapacidad para perdonar

Orgullo

Malas experiencias anteriores con la comunicación.

Las Parejas no desean a veces escucharse el uno al otro. A menudo uno o ambos miembros creen que el procurar resolver problemas es desesperante. Esto se basa generalmente en experiencias anteriores. Por lo tanto, es vital poner un esfuerzo especial hacia una comunicación más positiva.

Tensión:

Cuando una persona está extremadamente en tensión, la persona puede sentirse temporalmente incapaz de hacer frente a los problemas que se le presentan. La paciencia durante este tiempo es crucial.

Miedo de expresar sentimientos verdaderos

Uno de los elementos más importantes de un lazo está en tener la libertad de expresar sentimientos. El poder hablar abiertamente y en forma honesta con tu Pareja es esencial para una unión sana, cariñosa.

Actitudes negativas y positivas del diálogo en Pareja

Actitudes Negativas

El orgullo produce una serie de complejos: sentimientos de inferioridad, de agresividad, de decepción...

Tener una postura crítica y negativa ante el otro, crea un ambiente de pesimismo y de falta de esperanza

La condena y la intolerancia hacia el otro, lo hunden psicológicamente y no le dejan aire humano para respirar.

La manera y la forma de dialogar. El diálogo suele fallar, no por el contenido, sino por la forma: los gritos, las ironías, las segundas intenciones, la verdad a medias.

Actitudes Positivas

Aceptarse uno mismo como es, pero teniendo presente que puede cambiar y mejorar. Dejarse ayudar. Esta postura siempre cautiva al otro.

Ser coherentes, transparentes y sencillos a la hora de comunicar algo.

Aceptar al otro como es, con sus luces y sus sombras.

Comprender al otro en aquello que dice y en lo que no puede o no sabe decir; aquello que está detrás de sus palabras.

El espíritu de tolerancia y un cierto desprendimiento de las propias seguridades.

Saber encajar con sencillez los propios errores y limitaciones

El optimismo, la alegría y el buen humor son siempre ingredientes saludables para el diálogo y la comunicación.

INVENTARIO DE APOYO A LA PAREJA (IAPP) ⁽²²⁾

Construido y validado en población Mexicana en 1993 por: Victoriana Brizuela Díaz, Angélica Ojeda García, Arturo Calderón, Leticia Cruz Osorio. 1993.

Este Instrumento ha sido creado con la finalidad de evaluar la percepción del Apoyo que se recibe y que se da entre la Pareja.

En primer término, se construye el concepto de Apoyo a partir de una red semántica. Para este fin, se siguió la técnica de Reyes (1993) y fueron seleccionados 60 adultos que tuvieran como requisito ser casados o tener una Pareja. Se solicitó a cada sujeto que realizará dos tareas fundamentales:

La primera era que definiera con la mayor claridad y precisión posible la palabra Apoyo con un mínimo de cinco palabras sueltas, sin utilizar artículos o preposiciones.

La segunda era jerarquizar estas palabras respecto a cuál era la que más definía Apoyo.

Antes de iniciar la tarea formal, se llevó a cabo un ejemplo para garantizar la comprensión de las instrucciones: en este caso se hizo con el concepto de manzana, por ser lo suficientemente universal y neutral para no influir en el resto de la tarea.

Una vez recabada la información, fue registrada en una hoja de captura manual, y se encontraron los siguientes puntajes:

El tamaño de la red de constructo de "Apoyo" resultante es este estudio fue de 176 palabras definidoras, de las cuales 20 tuvieron un valor de peso semántico de 20 como mínimo, por lo que fueron seleccionadas para compararlas 25 encontradas en la literatura, resultando de ocho palabras definidoras de la red semántica coincidieron con los de la literatura: ayuda, amor, comunicación, seguridad, amigos, unión (vínculo) y afecto.

Definidoras de Apoyo encontradas en la literatura	Definidoras de Apoyo encontradas en la red semántica	Peso semántico
Ayuda	Ayuda	199
Necesidad	Compresión	145
Seguridad	Amor	80
Comodidad	Comunicación	55
Amor	Seguridad	54
Cercanía	Sostén	44
Tranquilidad	Protección	39
Dirección	Responsabilidad	38
Comunicación	Solidaridad	33
Amigos-amistades	Amigos	23
Afrontar	Cooperación	32
Dependencia	Respaldar	31
Identidad-Identificación	Entendimiento	31
Intimidad	Confiar	30
Orientación	Soporte	25
Familia	Compromiso	23
Expectativa	unión	22

El proceso semántico de una de las definidoras se obtuvo mediante la suma de la ponderación de la frecuencia por la jerarquización asignada de cada individuo del grupo donde las categorías uno (más cercano del estímulo) son multiplicadas por 10, las categorías por 9 y así sucesivamente hasta llegar al ordenamiento 10, que es multiplicado por 1.

Una vez que se tuvieron las definidoras que concordaron con la literatura y las redes semánticas sobre "Apoyo", se procedió a elaborar el instrumento basado en los conceptos de apoyo instrumental y Apoyo afectivo (Newscombs, 1990) clasificándolas de la siguiente manera:

Definidoras de Apoyo instrumental: ayuda, soporte, unión-vinculación.

Definidoras de Apoyo afectivo: amor, comunicación, afecto, seguridad y amigos.

Por lo tanto el Apoyo positivo se define como: la ayuda para buscar soluciones que se brinda a la Pareja cuando tiene problemas, mediante proporcionarle seguridad, soporte, afecto, amor y mayor comunicación mutua.

El Inventario de Apoyo para parejas se desarrolló como un instrumento corto, con oraciones sencillas compuesto de una escala de respuestas de cinco opciones Lickert.

Fue aplicado a una muestra de 341 personas, de las cuales 150 fueron hombres, que corresponde a 43.5% y 191 mujeres, que corresponde a 56.6%. El rango de edad fue de 17 a 74 años, con una media de 36 años y una desviación estándar de 9.5. La escolaridad fue de primaria o postgrado, la media preparatoria. El estado civil: todos casados, con una media de tiempo de relación de 13 años; el rango resultó de uno a 50 años. El número de hijos fue de uno a seis, con una media de dos hijos

Validez y Confiabilidad

Se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, de donde se obtuvieron tres factores con valor Eigen o propio mayor que uno. Para el primer factor, denominado apoyo positivo resultó de 22.547; para el segundo, Apoyo Expresado, fue de 7.618 y para el tercero, Apoyo negativo, fue de 6,400, la varianza acumulada fue de 56.28.

Las dimensiones obtenidas mostraron coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach robustos; Para Apoyo positivo (Apoyo que me da mi Pareja) fue de 0,9712, para Apoyo expresado fue de 0.937 y para Apoyo negativo fue de 0.8211, que confirman la estabilidad teórica y empírica de los elementos de Apoyo. La elección de reactivos como perteneciente a un factor se basa en el criterio de carga factorial igual o mayor a 0.40; esta carga o peso indica que tenemos un buen nivel en la validez de lo que medimos. Por lo tanto, se eligieron sólo aquellos reactivos en los que la carga factorial fuera mayor.

El instrumento final quedó conformado por 59 reactivos, de los cuales 36 se refieren al apoyo positivo, 15 al Apoyo expresado y 8 al Apoyo negativo o no Apoyo. Las definiciones de los factores del inventario son las siguientes;

Apoyo positivo: alude a aquellas conductas destinadas a dar soporte emocional al otro miembro de la relación cercana, a través de proporcionarle brindar, seguridad, afecto y amor cuando éste se encuentre en momento difíciles, aumentando con esto la comunicación entre ellos.

Apoyo expresado: Se refiere a aquellas conductas destinadas a ayudar al otro miembro de la relación cercana a buscar solución a sus conflictos,

expresándole directamente su afecto, amor, seguridad y soporte, mejorando con esto la comunicación entre ellos.

Apoyo negativo: Se refiere a aquellas conductas destinadas a no apoyar al otro miembro de la relación cercana, cuando este último atraviese por momento difícil, por medio de comunicarse con su Pareja hostilmente, enjuiciamiento, crítica, dureza, evitación, rechazo y /o indiferencia.

Para obtener el puntaje máximo se multiplica el número total de reactivos de cada factor por 5, que en la escala de Lickert es el puntaje más bajo que asigna.

Forma de calificar:

Factor 1: Apoyo positivo

Reactivos:

1,2,3,4,5,6,7,8,10,11,12,13,15,16,17,18,20,21,22,23,24,25,26,28,29,31,32,33,34, 36, 37, 40,41,42,43 y 44.

Total de reactivos: 36 todos positivos. Para calificar:

Para calificar esta dimensión, se hace la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y compara con el punto de corte; $36 \times 3 = 108$ (punto de corte o punto medio). El máximo puntaje a obtener es de 180 y el mínimo de 36. A mayor puntaje, se califica como funcional esta área.

Si > 108 puntos indica grado de apoyo positivo.

No < 107

Factor 2. Apoyo negativo

Reactivos:

9, 14, 19, 27, 30, 35,39

Total: 8 reactivos, todos en negativo.

Para calificar esta dimensión, se hace la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y compara con el punto de corte; $8 \times 3 = 24$ (punto de corte o punto medio). El máximo puntaje a obtener es de 24 y el mínimo de 8. A mayor puntaje, se califica como funcional esta área.

Si > 24 puntos indica grado de apoyo positivo.

No < 8

La suma de los porcentajes por arriba de 24 puntos indica el grado de Apoyo negativo.

El máximo de puntaje a obtener es de 24 y el mínimo de 8.

A mayor porcentaje, se califica como disfuncional esta área.

Factor 3: Apoyo expresado

Reactivos:

Del 45 al 59

Total de reactivos 15 Todos en positivo

Para calificar esta dimensión, se hace la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y compara con el punto de corte; $15 \times 3 = 45$ (punto de corte o punto medio). El máximo puntaje a obtener es de 75 y el mínimo de 15. A mayor puntaje, se califica como funcional esta área.

Si > 75 puntos indica grado de Apoyo positivo.

No < 15 .

La suma de los puntajes por arriba de 45 puntos indica el grado de apoyo expresado.

El máximo de puntaje a obtener es de 75 y el mínimo de 15.

A mayor puntaje, se califica como funcional esta área.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente existe un incremento mundial en la incidencia del Síndrome de Burnout como respuesta al estrés laboral de los Médicos, en donde interactúan factores predisponentes internos en la esfera biopsicosocial como: edad, sexo, falta de apoyo por sus directivos o compañeros, la personalidad Tipo A, el Apoyo que le brinda su Pareja ante su ansiedad, sus desilusiones y crisis que presenta en su trabajo.

Cuya manifestación se centra en actitudes y sentimientos negativos aunado a lo anterior, se encuentran factores externos correspondientes a su trabajo, en donde influye la antigüedad, horarios de trabajo, contacto cotidiano con la enfermedad, el dolor, la cercanía con la muerte; cambios en las expectativas sociales sobre la salud, insuficientes tiempos programados para cada paciente, dificultad para la educación, falta de promoción interna y espacio digno para ejercer, entre otros; personas con las que trabajan y a sus pacientes, perdiendo paulatinamente la motivación laboral progresando hasta sentimientos de inadecuación y fracaso profesional, que lo lleva a cuestionar su competencia profesional, con afectación a su estado de salud caracterizado por: agotamiento crónico, baja autoestima, así como con repercusión directa en su relación de pareja, esta última también puede convertirse en un factor protector o determinante para el desgaste laboral.

Cuando se pierde el equilibrio y el médico ya no tiene la capacidad de utilizar herramientas de tipo psicológico ante estas adversidades, se genera una respuesta adaptativa entre las necesidades internas de su persona y las exigencias externas laborales, lo que deriva en la presencia del Síndrome de Burnout o de Desgaste Laboral, el cuál deteriora su capacidad resolutive para resolver los problemas de los pacientes que atiende, ausentismos laborales injustificados o justificados, aislamiento con el equipo de salud, etc. Todo ello repercute negativamente en la calidad de atención médica hacia el derechohabiente, lo cual eleva costos económicos para la institución, para el médico y su Pareja.

En la Delegación 16 Estado de México Poniente no se han realizado estudios que permitan conocer la relación entre el grado del Síndrome de Burnout y el Apoyo de Pareja en los Médicos Familiares de la Unidad de Medicina Familiar 220 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Motivo por el cual, nos hacemos el siguiente cuestionamiento:

¿Cuál es la relación que existe entre Síndrome de Burnout y el Apoyo de Pareja en Médicos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 220 del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante el periodo comprendido del mes de julio a agosto del 2011?

JUSTIFICACIÓN

Las condiciones de trabajo de los Médicos en el primer nivel de Atención; tiene una influencia significativa sobre su calidad de vida laboral y sobre la del servicio que ofrecen en las instituciones del sector salud, lo cual puede repercutir directamente en la presentación del Síndrome de Burnout, caracterizado por un estado de agotamiento físico, emocional, y mental, causado por el involucramiento en situaciones emocionalmente demandantes, durante un tiempo prolongado de trabajo.

Existen factores que se han vinculado estrechamente con el desarrollo del Síndrome de Burnout; entre los que destacan la edad, el sexo, antigüedad laboral, enfermedades de tipo psicológicas, psiquiátricas o metabólicas que destacan con mayor frecuencia en aquéllas personas que no conviven con una Pareja estable aún siendo solteros.

Estudios realizados dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, reportan una alta prevalencia del Síndrome de Burnout en los Médicos Familiares que atienden el primer nivel de atención con resultados que varían desde el 42.3% hasta el 85% ⁽²¹⁾

Las repercusiones tanto individuales (angustia, trastornos del ritmo de alimentación, dolencias físicas y alteraciones psíquicas), como Laborales (ausentismos, disminución del rendimiento y mayor posibilidad de presentar situaciones iatrogénicas) y la menor severidad del Síndrome de Burnout de acuerdo a la Relación de Pareja; hacen necesario una mayor cantidad de estudios que aborden esta relación y permitan desarrollar estrategias terapéuticas individuales o de pareja que permitan lograr una mejor calidad de vida del individuo y de la atención que brinda a sus pacientes que finalmente es el pilar de la actividad del Médico, una parte de su vida que lo apasiona y satisface emocionalmente, disfrutando de sus logros con los pacientes, sin ninguna retribución más que el saber que el ejercicio de su profesión y su actuar es el correcto.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar la relación que existe entre el Síndrome de Burnout y su Relación con el Apoyo de Pareja en Médicos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 220 del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante el periodo comprendido del mes de julio a agosto del 2011.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

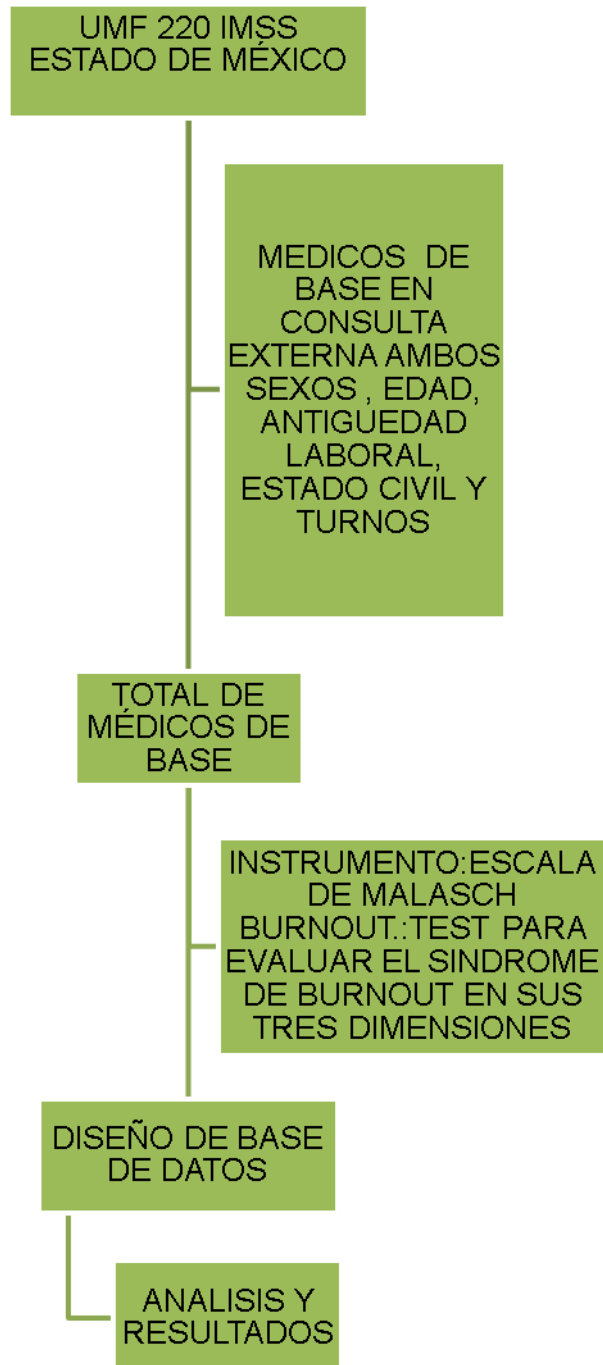
- Describir el grado de Síndrome de Burnout en relación al Apoyo de Pareja que presentan los Médicos, según la edad.
- Establecer el grado de Síndrome de Burnout en relación al Apoyo de Pareja que presentan los Médicos según su antigüedad laboral
- Determinar el grado de Síndrome de Burnout en Relación al Apoyo de Pareja que presentan los Médicos, según el sexo.
- Establecer el grado de Síndrome de Burnout en Relación al Apoyo de Pareja que presentan los Médicos, según turno laboral.
- Determinar el grado de Síndrome de Burnout en Relación al Apoyo de Pareja que presentan los Médicos, según el estado civil.
- Describir la dimensión afectada del Síndrome de Burnout que presentan los Médicos.

2 METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO.

Observacional, Prospectivo, Transversal y Descriptivo.

DISEÑO DEL ESTUDIO



POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.

El total de Médicos adscritos a la consulta externa de primer nivel de atención, ambos turnos, ambos sexos, con antigüedad mayor de 1 año, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 220, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Estado de México Poniente, durante el mes de Abril a Junio del 2011.

TAMAÑO DE MUESTRA

No fue necesaria, ya que se estudiarónestudiaron al total de Médicos del primer nivel de atención de la Unidad de Medicina Familiar 220 Toluca, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 220, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Estado de México Poniente.

TIPO DE MUESTREO.

No probabilístico por conveniencia.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Médico General, Médico Familiar ó Médicos con otra especialidad adscritos a la consulta externa de primer nivel de atención de base definitiva de la Unidad de Medicina Familiar número 220 de la Delegación 16, Estado de México Poniente. Médicos de ambos géneros.

Médicos con antigüedad labora mayor a un año.

Médicos que vivan en pareja, o bien que tengan una Pareja estable, aun siendo solteros.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

Médicos que se encuentren de vacaciones, incapacidad, becas, licencias, falta al momento de aplicar el instrumento de evaluación.

Médicos que no acepten participar en el estudio.

Médicos que sean portadores de enfermedades psicológicas y psiquiátricas ya diagnosticadas y/o con tratamiento como: trastornos del humor, trastornos del sueño, Bipolaridad.

Médicos que sean portadores de enfermedades crónicas en fase terminal como la Diabetes Mellitus, Artritis Reumatoide, Cáncer,

Insuficiencia Renal con o sin tratamiento establecido.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Instrumentos de evaluación con respuestas incompletas.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable Dependiente: Síndrome de Burnout.

Variable Independiente: Apoyo de Pareja.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
<u>FORMACIÓN MEDICA</u>	Desarrollo profesional, de acuerdo a la formación universitaria	Grado académico de los Médicos del primer nivel de atención	Nominal	Médico Familiar Médico General Médico con otra especialidad	Cualitativa
<u>ANTIGÜEDAD LABORAL</u>	Tiempo que el médico a prestado sus servicios a la institución	Estratificar los años laborados por quinquenios	De razón	1 a 4 5 a 9 10 a 14 15 a 19 20 a 24 Más de 25	Cuantitativa
<u>TIPO CONTRATACIÓN</u>	Formalizar el apego a la ley la relación de trabajo para garantizar los derechos, tanto del trabajador como de la empresa.	Situación laboral que ocupan los médicos, en forma definitiva un puesto.	Nominal	Base Temporal (08)	Cualitativa
<u>EDAD</u>	Periodo de tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento hasta la etapa de vida en que se encuentra en ese momento.	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento de los médicos al momento actual por Decenios	De razón	20-30 31-40 41-50 51-60 Más de 60	Cuantitativa

<u>GÉNERO (sexo)</u>	Conjunto de características fenotípicas de los médicos.	Clasificar de acuerdo al género de los Médicos de primer nivel de atención	Nominal	Masculino Femenino	Cualitativa
<u>ESTADO CIVIL</u>	Situación en la que se encuentran las personas físicas, determinada por sus relaciones de pareja, que implica ciertos derechos y obligaciones.	Estadificar el tipo de unión del médico con su pareja	Nominal	Unión libre Casado Soltero que tenga pareja estable.	Cualitativa
<u>SÍNDROME DE BURNOUT</u>	Conjunto de manifestaciones en respuesta al estrés laboral	Grado de stress Laboral del médico, según calificación obtenida por el Cuestionario.	Ordinal	Bajo Moderado Alto	Cualitativa
<u>APOYO DE PAREJA</u>	Emoción que genera un involucramiento, que promueve un deseo interno o voluntario a buscar la protección del otro	Tipo de respuesta que predomina en la relación con la pareja del Médico.	Nominal	Positivo Expresado Negado	Cualitativa

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

La estadística empleada fue: descriptiva, tanto para variables cualitativas como cualitativas obteniendo promedios, porcentajes y medidas de tendencia central como media, mediana, rango.

En relación a la estadística inferencial, para valorar la significancia estadística entre las diferencias, se desarrolló a través de la prueba de Chi Cuadrada de Pearson

El procesamiento estadístico se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS Versión 15/PC.

Los resultados se presentaron con cuadros y gráficas.

PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCION DE LA INFORMACIÓN

Se solicitó la autorización del Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 220 para la aplicación del Cuestionario. En la reunión con los Médicos del Primer Nivel de Atención del turno matutino y vespertino se procedió informarles sobre el objetivo del estudio, así como de la importancia de su participación y confidencialidad de los resultados de la investigación, solicitando su participación con la firma del consentimiento informado, siempre aclarando el anonimato del participante.

El cuestionario se aplicó en forma auto administrada en el Aula de la Coordinación de Clínica de Educación e Investigación en Salud de la U.M.F. No. 220 en un horario de 13.00 a 15.00 horas. Con la finalidad de que se apliquen en un mismo momento, lo que permitió disminuir el intercambio de información en cuanto a las preguntas o respuestas del instrumento, lo cual va a favorecer evitando sesgos. Se dio lectura a las instrucciones, con la finalidad de aclarar los términos de las mismas y los datos socio demográfico que se preguntan en un tiempo aproximado de 5 minutos, el resto de las preguntas del cuestionario se llevó a cabo en forma individual.

Se les solicitó cordialmente que al término de contestar el cuestionario, levantarán su mano derecha y se pasaría a recoger los cuestionarios a su butaca.

Posteriormente se llevó a cabo una mesa redonda acerca de dudas o comentarios del tema en estudio: Síndrome de Burnout, con tiempo estimado de 15 minutos.

Se continuó dando las gracias por las facilidades otorgadas para la realización de esta encuesta a los Médicos asistentes y a al director de la Unidad de Medicina Familiar, quién verificará la recolección de las encuestas en su totalidad.

Al término de la aplicación se solicitaron los instrumentos así como la hoja de respuestas para realizar el análisis estadístico de los datos.

Una vez obtenida la información, fue necesario ordenar, clasificar y agrupar los resultados de cada medición en función a los criterios pertinentes: edad, género, antigüedad, turno laboral, escala de medición de acuerdo a cada instrumento, etc.

Los resultados se presentan por medio de gráficas, respetando la confidencialidad de los participantes, comentándose dichos resultados con el Director de la Unidad y con la Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud de Enseñanza, con la finalidad de buscar estrategias propicias para implementar medidas preventivas a nivel institucional y ofertar apoyo para la funcionalidad de pareja con redes de apoyo para los Médicos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 220.

CONSIDERACIONES ETÍCAS

Se implica en este trabajo, la confidencialidad y la reserva de los nombres de los médicos participantes en la investigación biomédica, contempladas en:

1. La declaración de Helsinki, adoptada por la 18ª Asamblea médica mundial Helsinki, Finlandia en Junio 1964;(44) en el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (45) y según modificaciones establecidas en:
 - a) 29ª Asamblea médica mundial, Tokio, Japón, Octubre 1975
 - b) 35ª Asamblea médica mundial, Venecia, Italia, Octubre 1983
 - c) 41ª Asamblea médica mundial, Hong Kong, Septiembre 1989
 - d) 48ª Asamblea general, Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996
 - e) 52ª Asamblea general, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000. (46)

Nota de Clarificación del Párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002

Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004

El acuerdo que al respecto emitió la Secretaria de Salud publicado en el diario oficial de la federación el martes 6 de enero de 1982, páginas 16 y 17 y a las normas institucionales establecidas.

Las implicaciones éticas del presente trabajo de investigación es la confidencial de los resultados para preservar el prestigio de los médicos del primer nivel de atención.

Los resultados serán estrictamente para el logro del objetivo; con respeto y confidencialidad de los datos personales del Médico, para desarrollar estrategias educativas para mejorar la aptitud clínica.

Si alguno de los médicos participantes, desea conocer sus debilidades en cuanto a los resultados del estudio y lo solicita, se le dará a conocer en forma confidencial, pretendiendo que quién lo desee pueda solicitar apoyo. Por tal motivo, los médicos que presenten Síndrome de Burnout en relación al Apoyo de Pareja explicable al azar, se informará al personal correspondiente de la unidad, con la finalidad de tomar las estrategias de apoyo psicológico y terapia de Pareja.

RESULTADOS

El universo del estudio fueron los 65 Médicos de primer nivel de atención que laboran en la UMF No. 220 de IMSS, en el Estado de México, se les entrevistó durante los meses de julio a agosto del 2011 y se obtuvieron los siguientes resultados:

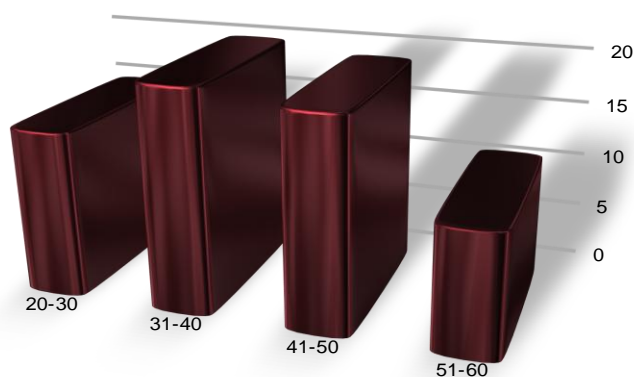
Con respecto a la edad de los Médicos de primer nivel de atención se obtuvo: en el grupo de 20 a 30 años a 15(23 %), de 31 a 40 años 20 (31%), de 41 a 50 fueron 19(29%) y por último el grupo de 51 a 60 con 11(17%); predominando el grupo de 31 a 40 años.

Tabla: 1. Frecuencia y Porcentaje de Edad de los Médicos de primer nivel de atención, por decenios que laboran en la U.M.F No. 220, del IMSS, Toluca, Estado de México, durante el periodo comprendido del mes de Julio a Agosto del 2011.

Edad en Decenios	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
20-30	15	23
31-40	20	31
41-50	19	29
51-60	11	17
Total	65	100

Fuente: Encuesta de aspectos sociodemográficos

Gráfica. 1 Frecuencia según grupo de Edad de los Médicos de primer nivel de atención que laboran en la U.M.F No. 220 del IMSS, Toluca, Estado de México, durante el período comprendido del mes de Julio a Agosto del 2011.



Fuente: Encuesta de aspectos sociodemográficos

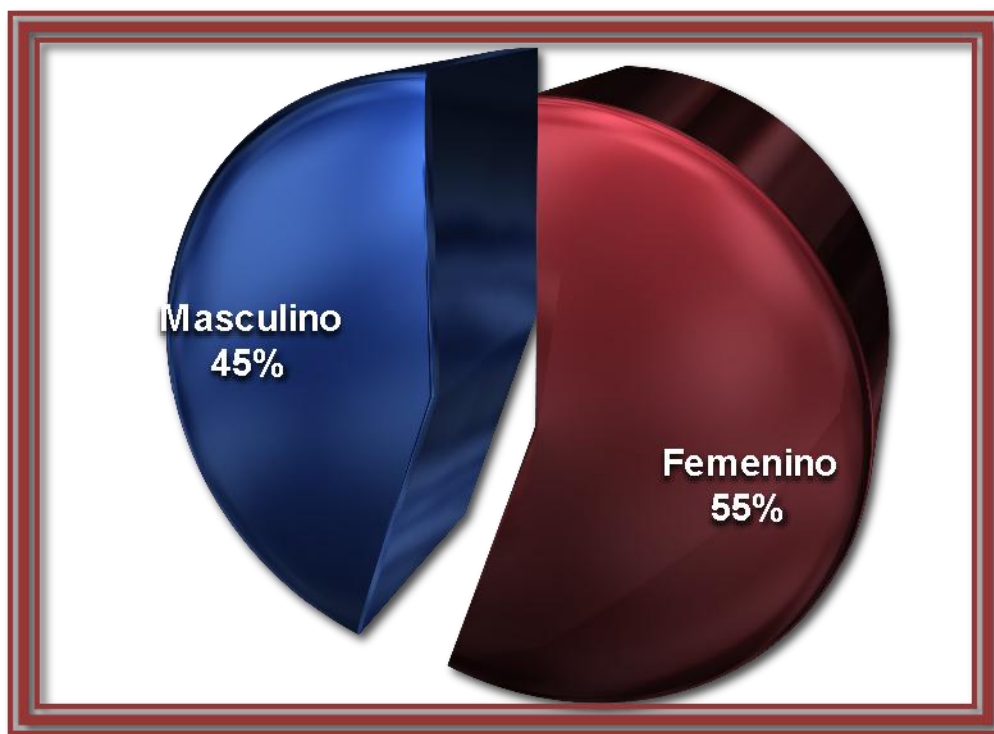
En relación al género de los Médicos de primer nivel de atención se encontró que: 36(55.4%) fueron del género femenino y 29(44.6%) masculino.

Tabla 2. Género de los Médicos de primer nivel de atención adscritos en la UMF No. 220, del IMSS Toluca, Estado de México durante el período comprendido del mes de Julio a Agosto del 2011.

Sexo	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Femenino	36	55.4%
Masculino	29	44.6%
Total	65	100%

FUENTE: Encuesta de aspectos sociodemográficos

Gráfica 2 : Frecuencia según género de los Médicos que laboran en el primer nivel de atención en la U.M.F. No. 220, del IMSS, Toluca, Estado de México, durante el período comprendido del mes de Julio a Agosto del 2011.



Fuente: Encuesta de aspectos sociodemográficos

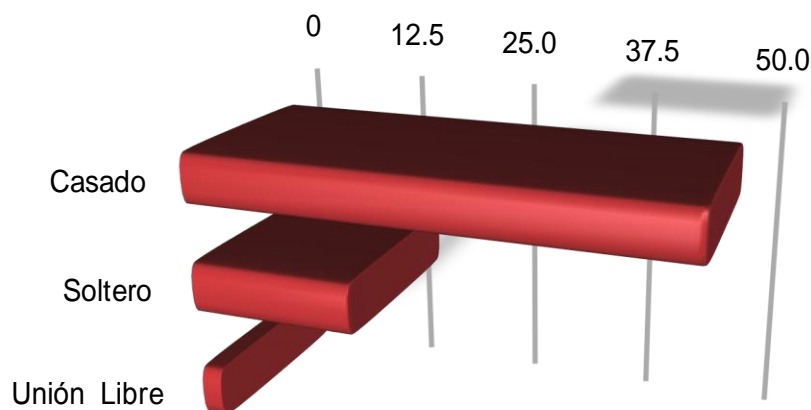
En lo referente al Estado civil de los Médicos de primer nivel de atención, se encontró que: 47 (72.3%) estaban casados, el 16(24.6%) solteros con pareja estable, y por último 2(3.1%) se encuentran viviendo en Unión Libre.

Tabla 3: Frecuencia y Porcentaje según Estado civil de los Médicos de primer nivel de atención adscritos a la U.M.F. No. 220, del IMSS Toluca, Estado de México, durante el periodo comprendido del mes de Julio a Agosto del 2011.

Estado Civil	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Casado	47	72.3%
Soltero con pareja estable	16	24.6%
Unión Libre	2	3.1%
Total	65	100%

Fuente: Encuesta de aspectos sociodemográficos

Gráfica 3: Frecuencia del Estado civil de los Médicos de primer nivel de atención adscritos a la U.M.F. No. 220, del IMSS Toluca, Estado de México, durante el período comprendido del mes de Julio a Agosto del 2011.



Fuente: Encuesta de aspectos sociodemográficos

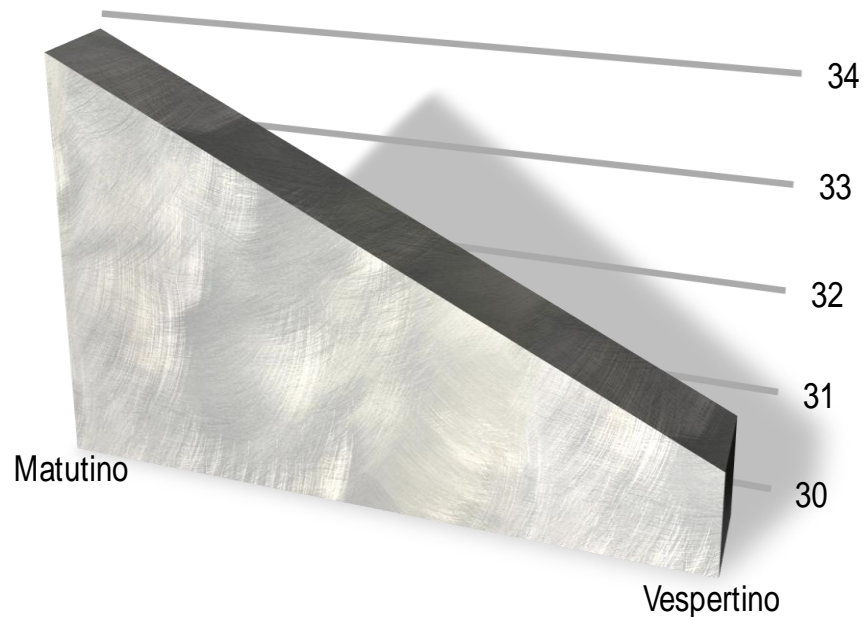
Con respecto al turno laboral de los Médicos, el 34(52.3%) labora en el turno matutino y 31 (47.7%) lo hace en el turno vespertino.

Tabla 4:Frecuencia y Porcentaje: Turno laboral de los Médicos de primer nivel de atención adscrito a la U.M.F. No. 220, del IMSS, Toluca, Estado de México, durante el período comprendido del mes de Julio a Agosto del 2011.

Turno Laboral	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Matutino	34	52.3%
Vespertino	31	47.7%
Total	65	100%

Fuente: Encuesta de aspectos sociodemográficos.

Gráfica 4: Frecuencia del Turno laboral de los Médicos de primer nivel de atención adscritos a la U.M.F. No. 220, del IMSS, Toluca, Estado de México, durante el período comprendido del mes de Julio a Agosto del 2011.



Fuente: Encuesta de aspectos sociodemográficos

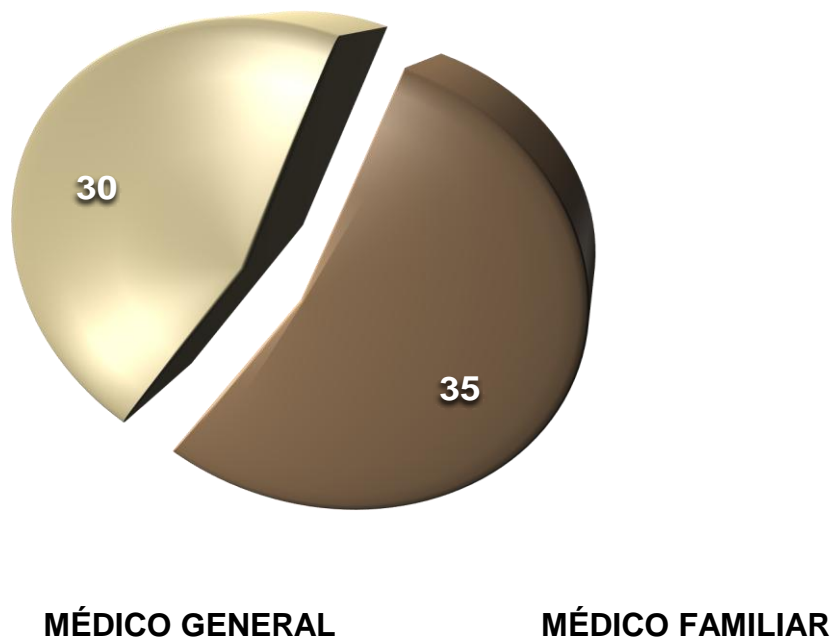
En relación al Grado escolar alcanzado, se encontró en los Médicos de primer nivel de atención que el 35(53.8%) lograron obtener la especialidad en Medicina Familiar y 30(46.2%) tienen la Licenciatura como Médicos Generales.

Tabla 5: Frecuencia y Porcentaje del Grado escolar de los Médicos de primer nivel de atención que laboran en la U.M.F No.220 del IMSS, Toluca, Estado de México, durante el período comprendido del mes de Julio a Agosto del 2011.

Escolaridad	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Médico Familiar	35	53.8%
Médico General	30	46.2%
Total	65	100%

Fuente: Encuesta de aspectos sociodemográficos

Gráfica 5: Frecuencia de Grado de Escolaridad de los Médicos de primer nivel de atención que laboran en la U.M.F. No. 220, del IMSS, Toluca, Estado de México durante el período comprendido del mes de Julio a Agosto del 2011.



Fuente: Encuesta de aspectos sociodemográficos

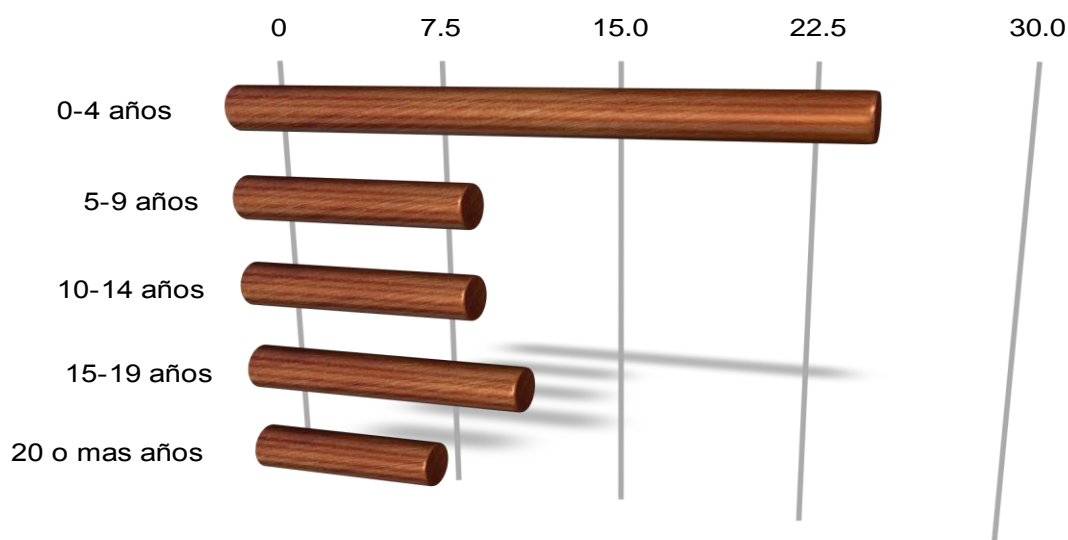
Con respecto a la Antigüedad laboral en quinquenios se determino que de 0 a 4 años han laborado 25 (38.5%), de 5 a 9 años, 10(15.4%) de 10 a 14 años 10(15.4%), de 15 a 19 años, 12(18.5%) y por último de 20 años ó mas han laborado 8(12.3%).

Tabla 6: Frecuencia y Porcentaje de la Antigüedad laboral en quinquenios de los Médicos de primer nivel de atención que laboran en la U.M.F. No. 220 del IMSS, Toluca, Estado de México. Durante el período comprendido del mes de Julio a Agosto del 2011.

Antigüedad Laboral	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
1-4 años	25	38.5%
5-9 años	10	15.4%
10-14 años	10	15.4%
15-19 años	12	18.5%
20 o mas años	8	12.3%
Total	65	100%

Fuente: Encuesta de aspectos sociodemográficos

Gráfica 6: Frecuencia y porcentaje de Antigüedad laboral en años de los Médicos de primer nivel de atención que adscritos a la U.M.F. No. 220, del IMSS, Toluca, Estado de México, durante el período comprendido del mes de Julio a Agosto del 2011.



Fuente: Encuesta de aspectos sociodemográficos

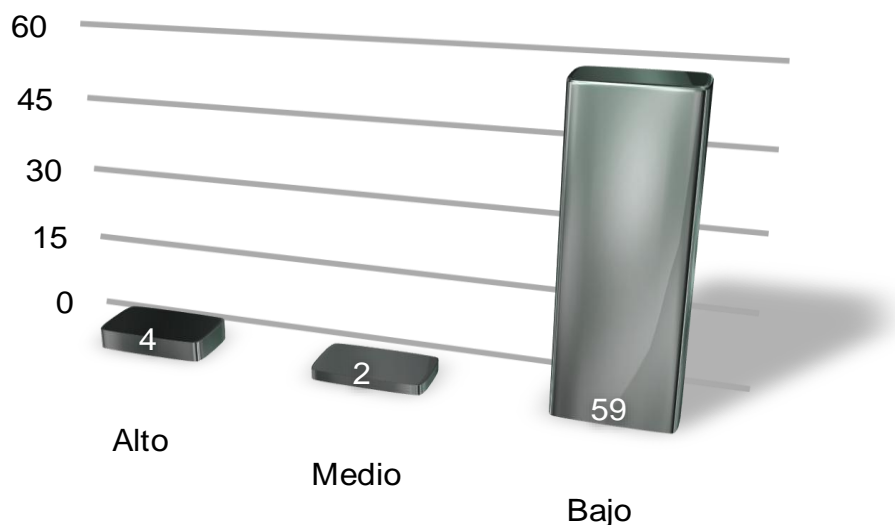
En relación a la aplicación del Cuestionario de Maslach para valorar Síndrome de Burnout encontramos: Correspondiente a la Dimensión de Agotamiento Emocional del Síndrome de Burnout, predominó el nivel bajo con un 59(91%),Alto con 4(6%), seguido del Medio con 2(3%).

Tabla 7: Frecuencia y Porcentaje de los Médicos del primer nivel de atención que presentaron afectación en la Dimensión de Agotamiento emocional del Síndrome de Burnout, que laboran en la U.M.F. No. 220. Del IMSS Toluca, Estado de México, durante el período comprendido del mes de Julio a Agosto del 2011.

Nivel	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Alto	4	6%
Medio	2	3%
Bajo	59	91%
Total	65	100

Fuente: Instrumento de Maslach para Síndrome de Burnout

Gráfica 7: Frecuencia de los Médicos del primer nivel de atención, que presentaron afectación en la Dimensión de Agotamiento emocional del Síndrome de Burnout, que laboran en la U.M.F. No. 220 del IMSS que laboran durante el período comprendido del mes de Julio a Agosto del 2011.



Fuente: Instrumento de Maslach para Síndrome de Burnout

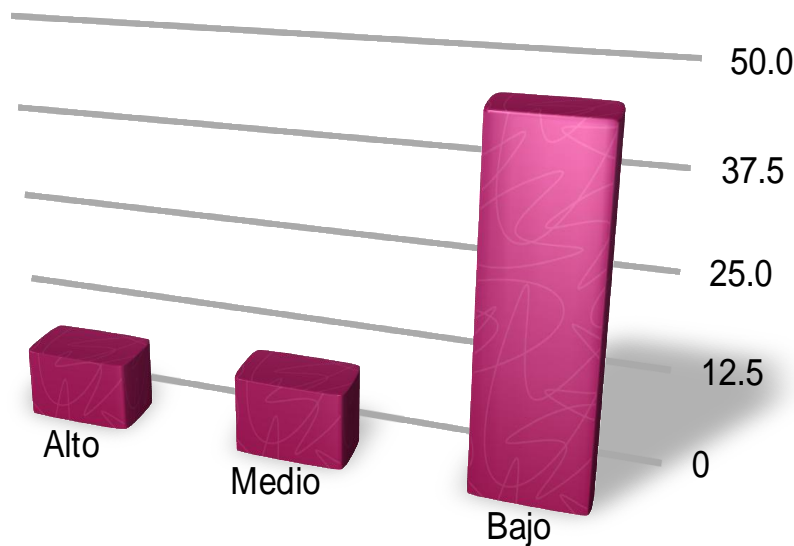
En relación a la Dimensión de Despersonalización los resultados correspondientes fueron: un nivel bajo 46(70.8%), Medio: 10(15.4%) y Alto:9 (13.8%).

Tabla 8: Porcentaje y frecuencia de los Médicos del primer nivel de atención que presentaron afectación en la dimensión de Despersonalización, que laboran en la U.M.F. No. 220 del IMSS Toluca, Estado de México, durante el periodo comprendido del mes de Julio a Agosto del 2011.

Nivel	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Alto	9	13.8%
Medio	10	15.4%
Bajo	46	70.8%
Total	65	100%

Fuente: Instrumento de Maslach para Síndrome de Burnout

Gráfica 8: Frecuencia de los Médicos del primer nivel de atención, que presentaron afectación en la dimensión de Despersonalización, del Síndrome de Burnout que, laboran en la U.M.F. No. 220 durante el período comprendido del mes de Julio a Agosto del 2011



Fuente: Instrumento de Maslach para Síndrome de Burnout

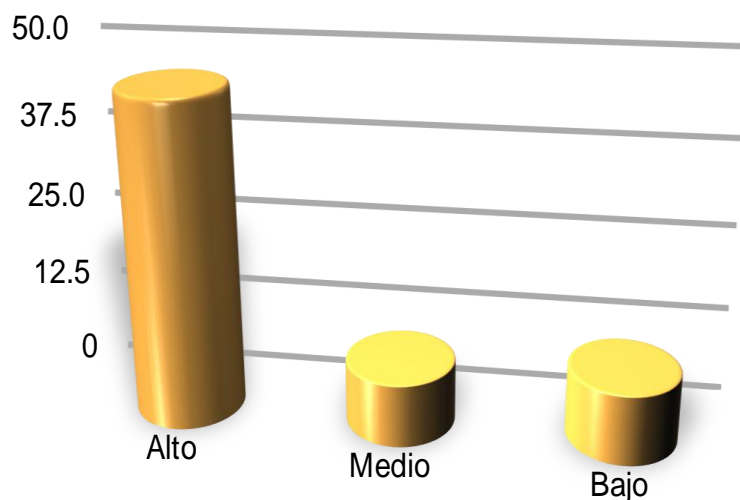
Referente a la Dimensión de Baja realización del Síndrome de Burnout obtuvimos una respuesta de un nivel Alto:46(70.8%) Bajo:10(15.4%) y el Medio 9(13.8%).

Tabla 9 :Frecuencia y Porcentaje de los Médicos del primer nivel de atención que presentaron afectación en la Dimensión de Baja realización del Síndrome de Burnout, que laboran en la U.M.F. No. 220 Toluca, Estado de México.

Nivel	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Alto	46	70.8%
Medio	9	13.8%
Bajo	10	15.4%
Total	65	100%

Fuente: Instrumento de Maslach para Síndrome de Burnout

Gráfica 9: Frecuencia de los Médicos del primer nivel de atención que presentaron afectación en la Dimensión de Baja realización que laboran en la U.M.F. No. 220 del IMSS, durante el período comprendido del mes de Julio a Agosto del 2011



Fuente: Instrumento de Maslach para Síndrome de Burnout

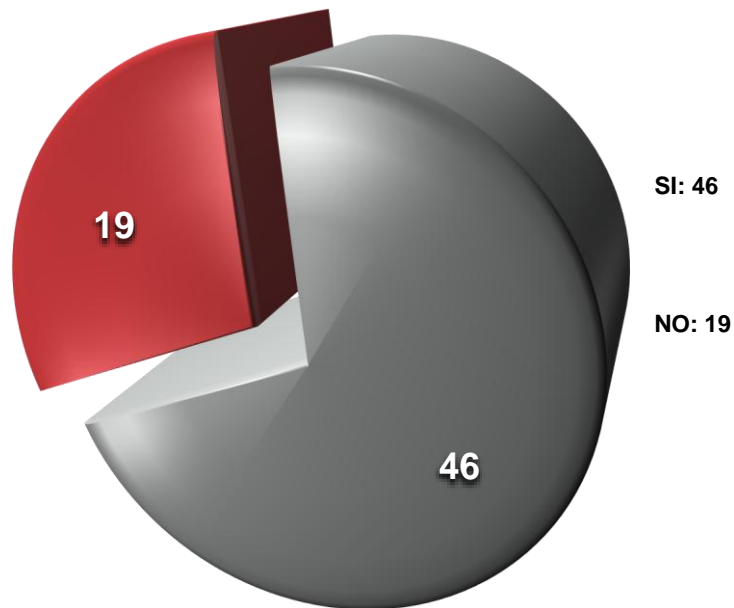
En relación a la percepción de Apoyo de tipo positivo se obtuvo una respuesta de SI en 46 (70.8%) y un No en 19 (29.2%).

Tabla 10: Frecuencia y Porcentaje de los Médicos del primer nivel de atención que presentaron Apoyo positivo en relación a su Pareja, que laboran en la U.M.F. No. 220 del IMSS, durante el período comprendido del mes de Julio a Agosto del 2011.

Apoyo positivo	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Si	46	70.8%
No	19	29.2%
Total	65	100%

Fuente: Instrumento de Evaluación para Apoyo de la Pareja

Gráfica 10: Frecuencia de datos de los Médicos del primer nivel de atención que presentaron Apoyo positivo en Relación a su Pareja, que laboran en la U.M.F. No. 220 del IMSS, durante el período comprendido del mes de Julio a Agosto del 2011



Fuente: Instrumento de Evaluación para Apoyo de la Pareja

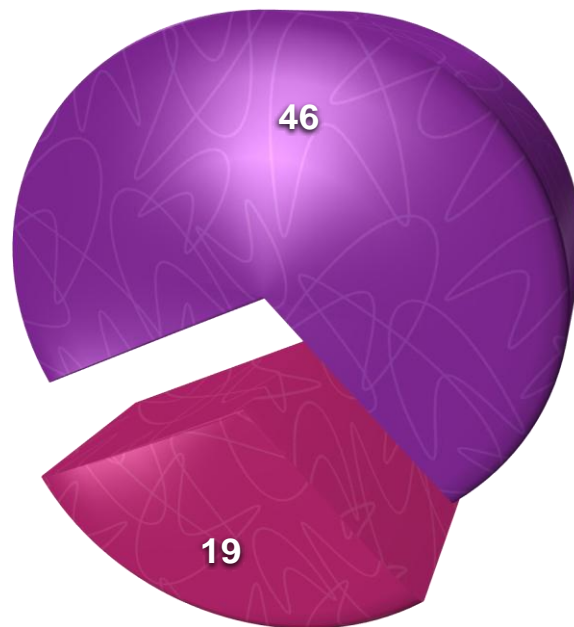
En tanto al Nivel de Apoyo expresado, el resultado fue de SI en 46 (70.8%) y NO en 19 (29.2%)

Tabla 11: Porcentaje y frecuencia de los Médicos del primer nivel de atención que recibieron Apoyo expresado en relación a su pareja; que laboran en la U.M.F. No. 220 del IMSS, Toluca Estado de México, durante el período comprendido del mes de Julio a Agosto del 2011

Apoyo expresado	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Si	46	70.8%
No	19	29.2%
Total	65	100%

Fuente: Instrumento de Evaluación para Apoyo a la pareja

Gráfica 11: Frecuencia de los Médicos del primer nivel de atención que presentaron Apoyo expresado en relación a su pareja; que laboran en la U.M.F. No. 220 del IMSS, Toluca, Estado de México, durante el período comprendido del mes de Julio a Agosto del 2011



SI: 46 NO:19

Fuente: Instrumento de Evaluación par a Apoyo a la Pareja

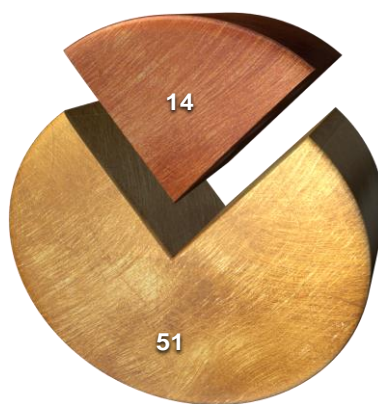
En cuanto a la percepción obtenida en los Médicos del primer nivel de atención del Apoyo negado; los resultados obtenidos fueron.SI: 14(21.5%) y un NO: 51(78.5%)

Tabla 12: Porcentaje y frecuencia de los Médicos del primer nivel de atención que recibieron Apoyo negado en relación a su Pareja, que laboran en la U.M.F. No. 220 del IMSS, Toluca, Estado de México, durante el período comprendido del mes de Julio a Agosto del 2011.

Apoyo negado	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
SI	14	21.5%
No	51	78.5%
Total	65	100%

Fuente: Instrumento de Evaluación par a Apoyo a la Pareja

Gráfica 12: Frecuencia correspondiente a los Médicos del primer nivel de atención que presentaron Apoyo negado en relación al Apoyo de su Pareja que laboran en la U.M.F. No. 220 del IMSS, Toluca, Estado de México durante el período comprendido del mes de Julio Agosto del 2011.



SI:14 NO:51

Fuente: Instrumento de Evaluación para Apoyo a la Pareja.

3.2. DISCUSIÓN

Este estudio se realizó con 65 Médicos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 220 Toluca, Estado de México de la Delegación 16 Poniente. En el presente estudio, se observa que existe relación de causa no efecto entre el nivel de estrés del médico de primer nivel de atención y la falta de Apoyo de la Pareja, siendo independiente para su presentación la edad, sexo, antigüedad y turno laboral, lo cual concuerda con lo encontrado en el estudio.

Es importante, ya que tiene repercusiones en su práctica médica, con el deterioro de la relación médico-paciente, lo que limita su desarrollo profesional del mismo y por ende de su entorno en la relación de Apoyo de Pareja.

La prevalencia encontrada sobre el Síndrome de Burnout en los Médicos adscritos al primer nivel de atención de esta investigación fue de 40(70.8%)(40) siendo la dimensión de Baja realización la mas afectada, siendo similar al estudio realizado por Aranda y Pando (2004) donde se encontró que el 42.3% de los Médicos adscritos al primer nivel de atención familiares que laboran en el IMSS presentan Síndrome de Burnout con predominio de afectación en la dimensión Baja Realización.

Se encontraron diferencias con respecto al promedio de edad, en nuestra investigación predomino el grupo de edad de 31 a 40 años predominando la edad de 39 años, y en ellos de 47 años. Con respecto al estado civil en nuestro estudio encontramos que el 72.3% estaba casado a diferencia del encontrado por Aranda que fue del 91.5%. Con respecto a la antigüedad laboral encontramos un predominio de 1 a 4 años, a diferencia de Aranda y Pando que encontró con más de 10 años.

Con respecto a la percepción del Apoyo de la Pareja, en nuestra investigación encontramos que predomino el tipo negado con un 21.5%(14), el positivo 70.8% (46) y expresado con un 29.2% (19).

Es importante continuar con esta línea de investigación con respecto a la relación que existe entre Apoyo de Pareja y el Síndrome de Burnout, ya que como revisamos esta es un sustento de primer línea para que se disminuya la presencia del Síndrome o bien sea mínima su afectación y poder superarla para bien del mismo, su pareja, equipo de trabajo, el paciente, el Instituto, preservando la calidad que otorgamos como Médicos de primer nivel.

3.3. CONCLUSIONES

El Síndrome de Burnout es de suma importancia dado que no sólo afecta la calidad de vida y la salud mental del profesional que lo padece sino que en muchas ocasiones, a causa de este se llega a poner en peligro la salud los que interactúan directamente con él, en este caso sus pacientes y a nivel personal en la Relación de Pareja.

Se aplicó la escala de Maslach Burnout y el de relación de Apoyo de Pareja el resultado obtenido en el presente estudio nos muestra que existe una asociación entre la presentación del Síndrome de Burnout, siendo la dimensión de Baja realización la más afectada con un 70.8%(40) y la falta de Apoyo de Pareja siendo este: Negado en un 21.5 (14).

En la práctica, la gran mayoría de los profesionales de la salud pueden presentar estrés, secundario a la carga laboral, que si es bien manejado aunado al Apoyo de su Pareja, limita su presentación, avance y deterioro.

La frecuencia de este Síndrome de Burnout ha sido elevada lo que motivo que la Organización Mundial de la Salud en al año 2000 lo calificara como: riesgo laboral, tal como lo que encontramos en los médicos del primer nivel de atención que laboran en la Unidad de Medicina Familiar No. 220.

Dentro de los factores que influyen para prevenir, controlar y limitar el síndrome, se encuentra el Apoyo de la Pareja, que en nuestra investigación predominó el tipo de Apoyo negado, 51 (78.5) lo cual indudablemente si fuera positivo podría disminuir los efectos que tiene el Síndrome de Burnout sobre el médico que lo desarrolla.

En la presente investigación se cumple con la hipótesis planteada, al encontrar que los médicos que presentaron afectación de no causa efecto en alguna dimensión del síndrome de Burnout cuentan con percepción negado del Apoyo de la Pareja. Es por ello impostergable que en los centros de trabajo se establezcan estrategias tendientes a disminuir el estrés laboral al motivar la integración de grupos de trabajo, asistir a actividades académicas e inclusive la elaboración de trabajo de investigación. A nivel individual, la orientación psicoterapéutica a la Pareja ya sea de forma personalizada en conjunto o individualizada.

3.4. SUGERENCIAS

Basado en lo analizado previamente y en los resultados obtenidos en esta investigación, se sugiere realizar:

Ofertar información sobre el Síndrome de Burnout, sus síntomas y consecuencias principales para su detección oportuna.

Vigilar las condiciones del ambiente laboral, fomentando el trabajo de equipo, diseñando e implementando talleres de liderazgo, habilidades sociales, desarrollo personal y de pareja.

Fomentar: cursos de inducción, ajuste al puesto y la organización para el personal, mejorando la calidad del lugar en la cual se labora, al igual que en ambiente en el que desempeña sus labores para que este sea propicio.

Anticiparse a los cambios brindando talleres que contribuyan a desarrollar habilidades, conocimientos y estrategias para enfrentarse a éstos. La preparación psicológica; que es esencial para dotar de recursos que motiven y gestionen problemas de grupo.

Desarrollar técnicas de autoconocimiento personal, que tienen una importancia significativa para resolver estas dificultades. El diagnóstico precoz, la terapia médica y psicológica, cambios en la calidad de alimentación y la distribución del tiempo de sueño, trabajo, esparcimiento, permitirá revertir muchos cuadros.

Otros aspectos destacados son la provisión de recursos personales y materiales para poder adaptarse a los cambios que generan las necesidades de la vida laboral (remuneración económica, posibilidad de promoción) revisar las funciones de la institución, manteniendo adecuadas relaciones interpersonales entre los compañeros y crear servicios de apoyo y asesoramiento integral con la confidencialidad necesaria para que el Médico afectado pueda acercarse sin sentirse señalado utilizando principalmente:

- 1- Estrategias de intervención individual: Terapia y sea individual o de Pareja.
- 2.- Estrategias Intervención grupales.
- 3.- Estrategias de Intervención organizacionales

Todo lo anterior en pro de mejorar la calidad de vida y relación de pareja, incidiendo en la disminución y en su caso eliminación de la presencia del Síndrome de Burnout en el área laboral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Olivares VE. Análisis de las propiedades psicométricas del Maslach Burnout Inventory Humas Services (MBI-HSS) en profesionales. Rev. de Ciencia y trabajo. Chilenos 2009, año 20011, octubre/diciembre (20/04/2011).<http://www.Ciencia y trabajo>.
2. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el Síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. Rev. Esp. Pública, 2009; 83: 215-230. (15/05/10) <http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos>.
3. Quiceno JM, Vinaccia S. Burnout: síndrome de quemarse en el trabajo (SQT). Acta colombiana del psicología 2007, 10(2):117-125.
4. Alvarez AM, Arce ML, Barrios AE, Sánchez AR. Síndrome de Burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de Corrientes. Rev.de Postgrado Medicina 2005; 141:27-30. (13/08/10).
5. Aranda C, Pando M, Torres TM, Salazar JG, Aldrere MG. Síndrome de Burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares que laboran en una institución de salud para los trabajadores del Estado. Psicología y Salud 2006, 61:15-21.
6. Aranda CA, Pando M, Salazar JG, Torres TM, Aldrete MG. Factores psicosociales laborales y síndrome de Bournout en médicos de primer nivel de atención. Invest. Salud 2004; 6(1):28-34.
7. Relaciones de pareja Colección: Desarrollo personal y laboral. Costa Rica. Ed. Promesa, México. 14 Edición. pág. 2-26; 2005.
8. Aranda CA, Pando M, Salazar JG, Torres TM, Aldrete MG. Síndrome de Burnout y apoyo social en los médicos familiares de base del Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Psiquiatría Fac Med Barna 2004; 31(4): 142-150. (04/06/10)<http://www.redalyc.uaemex.mx>.
9. Castañeda E, García de Alba JE. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (Burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. Rev.Colom. Psiqui 2010, vol. 39 (1)66-84. (30/04/10)<http://wwwfacmed.Unam.mx>.

10. Hernández CI, Dickinson ME, Fernández MA. El síndrome de desgaste profesional Bournout en médicos mexicanos. Rev Fac Med UNAM. 2008. Vol 51(1)11-13.(21/04/10)<http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed>.
11. Moreno B, Bustos R, Matallana A, Miralles. La evaluación del Bournout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. Rev. Psic. del Trabajo y las Organizaciones. 1997; 13(2):185-207 (23/05/10)<http://www.psicologia-online.com>.
12. Dueñas M, Merma L, Ucharico R. Prevalencia de Burnout en médicos de la ciudad de Tacna. Cimel 2003; 8,(1):34-38.
13. Green, Liz. Relaciones humanas. Barcelona: Ediciones Urano, 1986 25-31.
14. Pereda L, Márquez FG, Hoyos MT, Yáñez MI. Síndrome de Burnout en médicos y personal paramédico. Salud mental 2009; (32): 399-404.
15. Olivares VE, Gil PR. Análisis de las principales fortalezas y debilidades del "Maslach Bournout Inventory". Ciencia y Trabajo. Julio/Septiembre 2009:11(33):160-167.
16. Moreno B, Meda RM, Morante ME, Rodríguez A, Palomera A. Validez factorial del inventario de Burnout en una muestra de psicólogos mexicanos. Rev de Psicología, 2006;38:445-456(17/08/10/).http://www.uamen.es/gruposinv/grupos_sinv/es_salud_laboral.htm.mx
17. De los Ríos JL, Barrios P, Ocampo M, Avila T. Desgaste profesional en personal de enfermería. Rev Med Inst Mex Seg Soc 2007; 45(5): 493-502 (23/06/10)<http://www.revistaenfermeria.imss.gob.mx>.
18. Rojas ML, Castillo MT, Echeverría R. Síndrome de Burnout en personal de primer nivel de atención sanitaria en Mérida, México. Rev Cient Electronica de psicología,(5),41-62(13/04/10) <http://www.redalyc.uaemex.mx>
19. López E, Rodríguez JR, López JM, Peralta ML, Munguía C. Desgaste profesional en médicos familiares y su asociación con factores sociodemográficos y laborales. Rev Med Inst Mex Seg Soc 2007; 45 (1):13-19 (15/07/10)www.scielo.unal.edu.co/scielo.
20. Pando M, Castañeda J, Gregoris M, Aguila A, Ocampo L. Factores psicosociales y Síndrome de Burnout en docentes de la Universidad del Valle de Atemajac, Guadalajara, México. Salud en Tabasco 2006, 12(3)523-529

21. López A, González F, Morales MI, Espinoza C. Síndrome de Burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. Rev. Med. Inst. Mex. Seg. Soc. 2006,45(3):233-242.(03/05/10) [http://www: edumed.imss.gob.mx](http://www.edumed.imss.gob.mx).
- 22.- Green, Liz. Relaciones humanas. Barcelona: Ediciones Urano, Serie de colección personal y laboral, edición n.1, Editorial Instituto Costarricense de Electricidad.1986, 1:25-31.
23. Hernandez-Vargas C.i. et al. Burnout en personal sanitario: Validación de la escala MBI en México.Fórum de recerca nº 16,ISSN 1139-5486: 838-846 (05/10/2012) <http://www.uji.es/bin/pub/edicions/jfi16/psicoc/3.pdf>
24. Alvarez J. Illera D. Prevalencia de Síndrome de Burnout y sus principales factores de riesgo en el Hospital Susana López de Valencia Nivel II Popayán Enero a Diciembre de 2003. Universidad del Valle. (05/10/2012) <http://wwwfacultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2008>
25. Liseth V, Campos B et al. Prevalencia de Síndrome de Burnout y sus principales factores de riesgo en fisioterapeutas del municipio de Popayán, 2007 (04/10/2012) <http://wwwfacultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2008>

ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Lugar y Fecha TOLUCA, MÉXICO JULIO DE 2011

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

Síndrome de Burnout en Médicos en relación al apoyo de pareja en la Unidad de Medicina Familiar 231 Metepec del Instituto Mexicano del Seguro social , Delegación 16 Poniente del Estado de México , durante el periodo comprendido de julio -Agosto del 2011.

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:

El objetivo del estudio es:

Determinar el GRADO Síndrome de Burnout en Médicos en relación al apoyo de pareja en la Unidad de Medicina Familiar 231 Metepec del Instituto Mexicano del Seguro social , Delegación 16 Poniente del Estado de México , durante el periodo comprendido de julio -Agosto del 2011. .

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Contestar Instrumentos de medición del síndrome de Burnout y el Inventario de apoyo para la Pareja (IAPP), Cuestionario diseñado para la obtención de datos sociodemográficos con variables como edad, sexo, estado civil, escolaridad, turno, antigüedad institucional, incluyendo una última pregunta que contestarán de manera abierta referente a qué enfermedades de tipo psicológico y si han o tienen tratamiento para las mismas

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

El Investigador Responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Si así lo deseo, puedo de igual manera solicitar mi resultado en forma confidencial, con el investigador, con la finalidad de reforzar mi aptitud clínica en áreas que así lo ameriten de acuerdo a los resultados.

Nombre y firma del Médico de primer nivel de atención participante.

Dra. Maria deJesus AlcázarBarajas. 99161086

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable:

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN PARA EVALUAR “SINDROME DE BURNOUT “

INSTRUCCIONES: COLOCAR UNA X DE ACUERDO A LA SIGUIENTE CONSIDERACIÓN

0=NUNCA

1=APOCAS VECES AL AÑO O NUNCA.

2=UNA VEZ AL MES O MENOS.

3.- POCAS VECES AL MES.

4=UNA VEZ A LA SEMANA.

5=VARIAS VECES A LA SEMANA.

6=DIARAMENTE

Reactivos del MBI	0	1	2	3	4	5	6
N1EE Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado	0	1	2	3	4	5	6
N2EE Al final de la jornada me siento agotado	0	1	2	3	4	5	6
N3EE Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo	0	1	2	3	4	5	6
N4PA Puedo entender con facilidad lo que piensan mis jefes	0	1	2	3	4	5	6
N5D Creo que trato a algunas personas como si fueran objetos	0	1	2	3	4	5	6
N6EE Para mí, trabajar es una tensión todos los días	0	1	2	3	4	5	6
N7PA Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis jefes y compañeros	0	1	2	3	4	5	6
N8EE Me siento fatigado, desmotivado y/o harto por el trabajo	0	1	2	3	4	5	6
N9PA Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros	0	1	2	3	4	5	6
N10D Creo que tengo un comportamiento mas insensible con la gente desde que hago este trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
N11D Me preocupa que este trabajo me este endureciendo emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
N12PA Me encuentro con mucha vitalidad	0	1	2	3	4	5	6
N13EE Me siento frustrado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
N14EE Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro	0	1	2	3	4	5	6
N15D Realmente no me importa lo que le ocurrirá a mis compañeros o jefes en el trabajo	0	1	2	3	4	5	6
N16EE Trabajar me produce mucho estrés	0	1	2	3	4	5	6
N17PA Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
N18PA Me encuentro animado después de trabajar todo el día	0	1	2	3	4	5	6
N19EE He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.	0	1	2	3	4	5	6
N20EE En el trabajo siento que estoy al límite de mis probabilidades	0	1	2	3	4	5	6
N21PA Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo	0	1	2	3	4	5	6
N22D Siento que los demás me culpan de algunos de sus problemas en el trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
PRELIMINARES							

Inventario de Apoyo Para la Pareja (IAPP)

Instrucciones: Marque con una "X" la característica que mejor representa la forma como su pareja responde ante una problemática suya. Por favor, sea lo más honesto/a posible, dé una sola respuesta y no deje de contestar ninguna. De antemano gracias.

PREGUNTAS	Nunca lo hace	Raras veces lo hace	Algunas veces lo hace	Muchas veces lo hace	Siempre lo hace
1. Mi pareja, con su amistad, me brinda apoyo.	0	1	2	3	4
2. Ante mis problemas, mi pareja se muestra comprensivo(a).	0	1	2	3	4
3. Mi pareja escucha mis problemas.	0	1	2	3	4
4. Ante mis problemas personales, mi pareja me orienta.	0	1	2	3	4
5. Ante un problema mío, mi pareja me apoya cooperando en lo que está a su alcance.	0	1	2	3	4
6. Mi pareja me apoya protegiéndome ante cualquier dificultad.	0	1	2	3	4
7. Ante mis conflictos personales, mi pareja me brinda sostén emocional.	0	1	2	3	4
8. Mi pareja es solidaria(o) ante cualquier decisión que tome respecto a mis problemas personales.	0	1	2	3	4
9. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella me evita.	0	1	2	3	4
10. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella se preocupa.	0	1	2	3	4
11. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella me hace ver los pros y los contras de aquellos.	0	1	2	3	4
12. Ante mis problemas, mi pareja me dice que está conmigo.	0	1	2	3	4
13. Mi pareja me ayuda a solucionar mis problemas.	0	1	2	3	4
14. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella me condena.	0	1	2	3	4
15. Mi pareja me apoya dándome amor.	0	1	2	3	4
16. Mi pareja me brinda tranquilidad en momentos difíciles.	0	1	2	3	4
17. Ante una dificultad, mi pareja me dice	0	1	2	3	4

que "yo puedo resolver cualquier problema personal"					
18. Ante un problema, mi pareja me confirma que me quiere.	0	1	2	3	4
19. Cuando le platico mis problemas, ella o el me juzga.	0	1	2	3	4
20. Mi pareja permanece cerca de mi cuando tengo problemas.	0	1	2	3	4
21. Ante mis problemas mi pareja muestra entendimiento.	0	1	2	3	4
22. Cuando le platico mis problemas, ella o el me aconseja.	0	1	2	3	4
23. Ante un problema, mi pareja me orienta en su solución.	0	1	2	3	4
24. Cuando le platico mis problemas, ella o el me dice que debo hacer y que no.	Nunca lo hace	Raras veces lo hace	Algunas veces lo hace	Muchas veces lo hace	Siempre lo hace
25. Mi pareja me da confianza para resolver cualquier problema.	0	1	2	3	4
26. Cuando le platico mis problemas, ella o el me cree.	0	1	2	3	4
27. Cuando le platico mis problemas, Ella o él se comportan hostiles conmigo.	0	1	2	3	4
28. Cuando le platico mis problemas, ella o el me acompaña en mi preocupación.	0	1	2	3	4
29. Cuando le platico mis problemas, ella o el me dirige en la solución de aquellos.	0	1	2	3	4
30. Cuando le platico mis problemas, ella o el me critica.	0	1	2	3	4
31. Mi pareja me da seguridad para resolver cualquier problema.	0	1	2	3	4
32. Ante mis conflictos, mi pareja se une a mis preocupaciones.	0	1	2	3	4
33. Mi pareja me ayuda cuando se lo pido.	0	1	2	3	4
34. Cuando tengo un problema, mi pareja se une a la tarea de buscar la mejor solución.	0	1	2	3	4
35. Cuando le platico mis problemas, ella o el es duro (a) conmigo.	0	1	2	3	4
36. Mi pareja me respalda en mis decisiones.	0	1	2	3	4
37. Ante un problema, mi pareja me da soporte emocional.	0	1	2	3	4
38. Cuando le platico mis problemas, ella o el rechaza mi opción de solución.	0	1	2	3	4
39. Ante mis dificultades, mi pareja prefiere que yo		1	2	3	4

me responsabilice de solucionarlas.	0				
40. Cuando tengo un problema, mi pareja me consuela.	0	1	2	3	4
41. Cuando le platico mis problemas, ella o el participa en una nueva reformulación de solución al conflicto.	0	1	2	3	4
42. Ante mis problemas, mi pareja respeta mis decisiones.	0	1	2	3	4
43. Ante una dificultad, mi pareja me guía en su solución.	0	1	2	3	4
44. Cuando tengo un problema me ayuda a buscarle una solución responsable.	0	1	2	3	4

INSTRUCCIONES

En esta segunda parte marque con una "X" el número que mejor representa la forma como usted le comunica a su pareja sus conflictos. Por favor, sea lo más honesto (a) posible, dé una sola respuesta por pregunta y no deje de contestar. Gracias

- Totalmente de acuerdo (5)
- De acuerdo (4)
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
- En desacuerdo (2)
- Totalmente en desacuerdo (1)

PREGUNTAS	5	4	3	2	1
45. A mi pareja le expreso mi forma de pensar sobre algún problema mío	5	4	3	2	1
46. A mi pareja le hago saber lo bien que me hacen sus palabras	5	4	3	2	1
47. Comparto mis problemas con mi pareja.	5	4	3	2	1
48. Soy capaz de confiarle mis problemas a mi pareja.	5	4	3	2	1
49. Cuando tengo un problema, directamente pido a mi pareja su opinión.	5	4	3	2	1
50. A mi pareja le expreso mi opinión sobre algún conflicto mío.	5	4	3	2	1
51. Comunico mis problemas a mi pareja.	5	4	3	2	1
52. Confío en mi pareja para	5	4	3	2	1

contarle cualquier preocupación mía.					
53. Me gusta enterar a mi pareja de mis problemas.	5	4	3	2	1
54. Ante mis problemas, prefiero que mi pareja se mantenga al margen.	5	4	3	2	1
55. A mi pareja le agradezco cuando me escucha.	5	4	3	2	1
56. Ante un conflicto personal, busco el consuelo de mi pareja.	5	4	3	2	1
57. Prefiero reservarme mis problemas personales que confiárselos a mi pareja.	5	2	3	2	1
58. Comparto mis conflictos con mi pareja.	5	4	3	2	1

“POR SU APOYO GRACIAS”