



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR

**“FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN AMAS DE CASA Y SU
COMPARACIÓN EN MUJERES CON TRABAJO REMUNERADO”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOCIOMEDICA

PRESENTA DRA. ANA ISABEL JIMÉNEZ RODRÍGUEZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DRA. MA. ELOÍSA DICKINSON BANNACK
DIRECTORA DE TESIS

6341010413

- 2014 -



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR

**“FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN AMAS DE CASA Y SU
COMPARACIÓN EN MUJERES CON TRABAJO REMUNERADO”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOCIOMEDICA

PRESENTA DRA. ANA ISABEL JIMÉNEZ RODRÍGUEZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DRA. MA. ELOÍSA DICKINSON BANNACK
DIRECTORA DE TESIS

6341010413

- 2014 -

FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN AMAS DE CASA Y SU
COMPARACIÓN EN MUJERES CON TRABAJO REMUNERADO

AUTOR: DRA. ANA ISABEL JIMÉNEZ RODRÍGUEZ

AUTORIZACIONES

DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
C.S DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA.
SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

DR. ANTONIO FRAGA MOURET

DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN AMAS DE CASA Y SU
COMPARACIÓN EN MUJERES CON TRABAJO REMUNERADO

AUTOR: DRA. ANA ISABEL JIMÉNEZ RODRÍGUEZ

DRA. MA. ELOÍSA DICKINSON BANNACK

DIRECTORA DE TESIS
EPIDEMIÓLOGA JURISDICCIÓN SANITARIA TLALPAN
SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
ACADÉMICA DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS

ASESORA DE TESIS
PROFESORA TITULAR DEL
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
C.S DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA.
SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN AMAS DE CASA Y SU
COMPARACIÓN EN MUJERES CON TRABAJO REMUNERADO

AUTOR: DRA. ANA ISABEL JIMÉNEZ RODRÍGUEZ

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER GÓMEZ CLAVELINA

JEFE DE SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

DR. FELIPE DE JÉSUS GARCÍA PEDROZA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

DEDICATORIAS

A MI FAMILIA.

Por otorgarme siempre y durante el tiempo de realización de la residencia su sustento y su comprensión para el término de la misma; en especial a mí esposo Mauricio y a mi hijo Santiago que hicieron sacrificios para poder ayudarme a concluir con éxito una meta más en mi vida.

DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS.

A quien quisiera agradecer por su gran apoyo y sus bastas enseñanzas durante todo este tiempo de la residencia y por su paciencia hacia todos sus alumnos. Así mismo por enseñarme a ser una mejor medico día a día

DRA. MA. ELOISA DICKINSON BANNACK

Gracias por su comprensión y paciencia para la realización de la tesis así como por el tiempo dedicado para la asesoría de la misma. De igual manera gratifico por todos esos consejos y saberes que durante este tiempo me proveyó para ser una mejor medico pero sobre todo una mejor persona.

ÍNDICE

1.	MARCO TEÓRICO	1
1.1	ANTECEDENTES.....	1
1.2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.3	JUSTIFICACIÓN.....	15
1.4	HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	16
1.5	OBJETIVOS.....	16
1.5.1	OBJETIVO GENERAL.....	16
1.5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
2.	MATERIAL Y MÉTODOS	16
2.1	TIPO DE ESTUDIO.....	16
2.2	DISEÑO DEL ESTUDIO DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
2.3	POBLACIÓN LUGAR Y TIEMPO.....	17
2.4	MUESTRA.....	17
2.4.1	TIPO DE LA MUESTRA.....	17
2.4.2	TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	18
2.5	CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	18
2.5.1	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	18
2.5.2	CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.....	19
2.5.3	CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	19
2.6	VARIABLES.....	20
2.6.1	DEFINICIÓN OPERACIONAL.....	20
2.7	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	21
2.8	MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	22
2.9	PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO.....	22
2.9.1	DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE LA BASE DE DATOS.....	22
2.9.2	ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	22
2.10	CRONOGRAMA.....	23
2.11	RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y MATERIALES Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.....	24
2.12	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	24
3.	RESULTADOS	27
4.	DISCUSIÓN	31
5.	CONCLUSIONES	33
6.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
7.	ANEXOS	38

1 MARCO TEÓRICO

SINDROME DE BURNOUT

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El Síndrome de Burnout (SB) fue descrito por primera vez por el Psicoanalista Herbert J. Freudenberger en 1974¹, después de que observó cambios en el y el personal de la clínica en la que laboraba, relacionados en su manera de comportarse y en la calidad de la atención que brindaban hacia otros, y cuya actividad estaba dirigida a la prestación de servicios y el cuidado hacia otras personas como por ejemplo psicólogos, consejeros, médicos, asistentes sociales, enfermeros, dentistas, después de un cierto tiempo de servicio. No fue hasta 1986, donde Maslach lo define de manera más contundente, considerándose su definición la más aceptada y precisa de todo lo que se ha establecido acerca de este término, siendo a partir de sus estudios cuando realmente adquiere una verdadera importancia el síndrome, dándose a conocer a nivel mundial y creando así un instrumento lo suficientemente confiable para identificarlo.^{2, 3}

Maslach y Jackson (1981, 1982)³ definen el Burnout como una manifestación comportamental del estrés laboral, y lo entienden como un síndrome tridimensional caracterizado por:

1.- Cansancio emocional (CE): Es definido como la pérdida progresiva de energía y recursos emocionales para afrontar el trabajo, así como desgaste y fatiga.

2.- Despersonalización (DP): Se entiende como el desarrollo de actividades negativas (como sentimientos de impotencia) y respuestas hacia los demás con irritabilidad y pérdida de la motivación hacía el trabajo.

3.- Dificultad para el logro/realización personal (RP): Que se caracteriza por respuestas negativas hacia si mismo y el trabajo con baja autoestima profesional, el cual aparece cuando el trabajo pierde el valor que tenía para el sujeto.

Price y Murphy en 1984 lo describen como un proceso de adaptación a situaciones de estrés laboral con sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento.^{3, 4, 5} Gil Monte describe 4 áreas que son: ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia y culpa el cual puede considerarse como un detonador del Síndrome de Burnout.

Definición

El síndrome de agotamiento profesional o Burnout, es un término que significa “estar o sentirse quemado, agotado, sobrecargado o exhausto por el trabajo”, también se le conoce con el nombre de Síndrome de estrés laboral asistencial o Síndrome de desgaste profesional. El síndrome de Burnout (SB) puede definirse como un estado de alteración el cual aparece, en una persona que no padece ninguna alteración mental previa, la cual se desempeña adecuadamente tanto en su esfera laboral como personal, y que posterior a un periodo de exposición de estrés en el trabajo, este ya no le ocasiona la misma satisfacción y realización que experimentaba, sino al contrario implica una carga emocional y física poco tolerable. En otras palabras el Síndrome de Burnout surge como consecuencia del stress crónico en el cual se combinan diferentes variables ya sean individuales, sociales u organizacionales. El Síndrome se define como el conjunto de signos y síntomas, cuya principal característica es el agotamiento emocional y escepticismo que se manifiesta entre los profesionales

en el ejercicio de su actividad laboral, cuando ésta se localiza en el campo de los servicios humanos o en las denominadas “profesiones de ayuda”^{3, 4, 5}

Factores de riesgo

Desde el punto de vista epidemiológico los aspectos que favorecen la aparición del síndrome, descritos en la literatura, las podemos clasificar en: personales, organizacionales y ocupacionales.⁵

Los aspectos individuales y sociodemográficos que algunos autores han relacionado con la aparición del síndrome son:

Factores Individuales

Edad.- (relacionada en personas jóvenes)

Género.- (se cree que las mujeres pueden sobrellevar mejores situaciones conflictivas en el trabajo)

Escolaridad.- (pudiendo presentarse en personas con bajo nivel escolar o bien con niveles altos de preparación)

Estado civil.- (sobre todo en mujeres casadas con doble carga de trabajo, o bien que no cuentan con una pareja estable)

Personalidad.- (se habla acerca de personas con tipo A).

Factores familiares

La armonía y estabilidad familiar conservan el equilibrio necesario para enfrentar situaciones conflictivas como la muerte de un familiar, divorcio matrimonio y nacimiento de los hijos o una enfermedad

Factores Organizacionales

Los niveles de exigencia.

El excesivo control burocrático.

El grado de dificultad del trabajo.

La falta de claridad de objetivos y metas.

Los ambientes hostiles.

Estímulos personales y laborales.

Patrones muy rígidos.

Falta de equidad imposibilidad de progresar o ascender.

Factores Ocupacionales

La falta de claridad en los roles laborales

La falta de apoyo social en el trabajo

Conflictos interpersonales

La ausencia de reconocimiento social del trabajo.

Antigüedad laboral y profesional (puede presentarse en personas con poca experiencia o con trabajos complejos)

Horarios de trabajo (turnos dobles, jornadas de trabajo más 8 hrs)

Salario (a mayor remuneración económica mayor grado de satisfacción)

Capacitación y orientación profesional

Tiempo de contacto con individuos (pacientes, usuarios, alumnos, familiares, etc.)

Sin embargo hay controversia entre diferentes autores en la asociación de dichos factores con el síndrome. ^{3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10}

Las frecuencias del Síndrome varían de acuerdo a los autores, el tipo de profesión, y los lugares en donde se ha estudiado, por ejemplo en México se ha estudiado en médicos, enfermeras, residentes, encontrándose una frecuencia que varía siendo en unas ocasiones del 40% al 12% presentándose en mujeres hasta en un 19% ^{6, 11, 12,13, 14}

Lo que sí es un hecho es que cada día se hace más evidente este síndrome, no solo en el personal de salud sino en la población en general

Fases del Síndrome de Burnout

El Síndrome de Burnout se presenta cuando hay un desequilibrio entre las expectativas individuales con la realidad de la vida ocupacional lo que genera situaciones de estrés constante y el individuo no cuenta con las estrategias de afrontamiento para manejarlas, podemos identificar las siguientes fases:

1. Fase de entusiasmo y altas expectativas e idealismo. Generalmente en profesionales jóvenes, con altos índices de idealismo y expectativas sobre su nuevo trabajo.

2. Fase de estancamiento. En la cual hay un gran compromiso con el trabajo, se sienten satisfechos y no se percibe el cansancio, por lo que hay un involucramiento excesivo en el trabajo

3. Fase de frustración. En esta fase hay un choque entre el idealismo y las expectativas con la realidad que se vive, y al no satisfacer sus expectativas se

cuestiona su capacidad laboral, con sentimientos de inutilidad de su trabajo, en esta fase donde se inicia los síntomas emocionales y conductuales.

4. Fase de apatía. Donde hay una indiferencia absoluta al trabajo con síntomas conductuales graves.^{15, 16}

Características Clínicas.

Se pueden identificar tres áreas de deterioro, el área cognitiva que se caracteriza por una pérdida de ilusión por el trabajo, falta de concentración y capacidad para aprender; incapacidad para el pensamiento complejo, insuficiencia para la aplicación del conocimiento, el deterioro emocional con desgaste psíquico y agotamiento emocional en la que podemos identificar signos y síntomas como dificultad para dormir, alteraciones en el estilo de vida, ansiedad, fatiga, tristeza, hasta llegar a la drogadicción e incluso al suicidio, el deterioro actitudinal, con características de despersonalización e indolencia, con síntomas tales como irritabilidad, aislamiento, agresividad, apatía, ira, además de esta sintomatología podemos encontrar una gran cantidad de signos y síntomas físicos como taquipnea, taquicardia, cefaleas, molestias gastrointestinales, dolores musculares (espalda, cuello). Hasta llegar a una ineficiencia y mal desempeño en el trabajo. Por lo que se le podría considerar como un riesgo laboral.^{3, 4, 5, 10}

Instrumentos de Medición

Existen varios instrumentos para la medición del Burnout, el más utilizado es el que fue creado por Maslach en 1981, que es un instrumento auto aplicable

"Maslach Burnout Inventory" (MBI), cuyo objetivo es medir la presencia del SB en 3 áreas diferente que son el agotamiento emocional, la despersonalización y la insatisfacción personal, con preguntas tipo Likert, se califica sumando los puntos obtenidos en cada área y se da un rango que va de bajo, medio y alto, este instrumento puede ser aplicado a el personal de servicio. Posteriormente se creó una versión MBI – General Suvery 1996, que evalúa las mismas características que el MBI solo que este es aplicable a cualquier tipo de persona, es más general.

También encontramos el cuestionario de Breve de Burnout (CBB) de Moreno-Jiménez el cual evalúa el Burnout, se basa en un modelo teórico que atiende diferentes elementos del proceso y que incluye ítems para evaluar los antecedentes del síndrome, elementos consecuentes o efectos del mismo. Consta de 21 ítems organizado en 3 bloques (antecedentes, componentes y consecuencias), con escalas de evaluación del 1 al 5.

Otro instrumento es el Cuestionario Breve de Burnout para Amas de Casa (CUBAC) creado por González, Landeros, Moral en el año 2009, el cual tomo como base el CBB de Moreno- Jiménez y se adaptó para su aplicación en amas de casa. El CUBAC consta de 21 ítems tipo Likert con un rango del 1 a 5 en donde 1 es en ninguna ocasión, 2 rara vez, 3 algunas veces, 4 frecuentemente y 5 la mayoría de las veces. Dividido en 3 apartados en donde se clasifican en Antecedentes 9 ítems (2,4,6,8,9,10,14,16,20) donde se incluyen las características de la tarea, la organización y el tedio, el síndrome 9 ítems (1,3,5,7,11,12,15,18,19) donde se incluye propiamente lo que es el síndrome y por último se encuentran consecuencias 3 ítems (13,17,21) donde se incluye las

consecuencias tanto físicas, psicológicas y sociales. Se califica en puntuaciones alta, medio y bajo niveles de Burnout, solo se cambiaron algunas palabras para su aplicación fue validado en México, con un alfa de Cronbach de 0.80 para la parte de antecedentes, de 0.81 para la parte del Síndrome de Burnout y con 0.77 para la parte de las consecuencias^{2, 3, 5, 13, 14, 17}

Consecuencias del Síndrome de Burnout

Se tienen consecuencias muy negativas en el individuo que las padece como: pérdida de la salud física, alteraciones en el sentido del humor, sensación de pérdida del bienestar personal, actitudes depresivas que pueden llegar hasta la automedicación, e ingesta de psicofármacos aumento en el consumo de alcohol y otras drogas y para la organización, como pueden ser el ausentismo laboral, problemas de adaptación del rol o actividad que desempeña, accidentes de trabajo, retraso en la productividad, también el ámbito familiar puede verse afectado con deterioro de las relaciones familiares y de amistad^{4, 5, 10, 15}

Medidas Preventivas

No existe un tratamiento específico, solo se cuenta con apoyo psicológico, el cual se puede realizar para evitar o mejorar el Burnout como son la realización de estrategias en diferentes tipos de áreas como son el emocional, instrumental, informativo y evaluativo en donde destacan algunas acciones:

La disminución de los horarios de trabajo, capacitación laboral, favorecer un ambiente laboral agradable, estímulos laborales, mejorar las relaciones

interpersonales, así como favorecer las relaciones familiares, equidad en el trabajo, detección oportuna, entre otras.^{3, 4, 5, 10, 15, 18}

La mujer en el ámbito laboral y el Síndrome de Burnout

El trabajo es definido según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española como la acción y efecto de trabajar; Ocupación retribuida; Obra, resultado de la actividad humana. No todos los trabajos son considerados como actividades productivas. Productivos serían sólo aquellas actividades que están orientadas a la producción de bienes o servicios para el mercado.

La producción no mercantil tiene lugar en trabajos que son realizados mayoritariamente por mujeres, estamos hablando de la ayuda familiar, del trabajo voluntario y, sobre todo, del trabajo doméstico.

Cifras de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2012 (INEGI), el 58.8% de la población de 14 años o más es económicamente activa, mientras que el 41.1% es económicamente inactiva, esta población asciende a un poco más de 35 millones de los cuales 25 805 139 son mujeres. A pesar del incremento durante las últimas décadas de la participación femenina en el trabajo remunerado, sigue siendo muy por debajo de la participación masculina debido a muchos factores como la discriminación en las prácticas de contratación, remuneración, movilidad y ascenso; las condiciones de trabajo inflexibles; la insuficiencia de servicios tales como los de guardería así como la distribución inadecuada de las tareas familiares en el hogar, entre otros.^{19, 20, 21}

Mujeres y trabajo doméstico

Las tareas o labores que son realizadas dentro de un espacio propio o cuyos "beneficiarios" son los familiares, parece que no son productivas. De esta manera, las mujeres que se dedican de manera exclusiva a estas actividades no mercantiles son consideradas por las encuestas oficiales como inactivas, a esta "desconsideración" oficial del trabajo doméstico hay que unir la poca valoración social. El trabajo doméstico se refiere a las actividades que se realizan dentro del hogar como son: cuidado de la familia (pareja-hijos u otro familiar), preparación de alimentos, aseo de casa (lavado de ropa), cuidado de enfermos, decoración etc. Siendo este un trabajo de tiempo completo lo que correspondería a un trabajo de doble jornada laboral dentro del hogar, además de que no se tienen días de descanso ni vacaciones, y no cuentan con una remuneración económica, por lo que las mujeres ven este como un trabajo con bajo estatus, y que en ocasiones esto puede llevar a un mal control del autoestima.

La mayoría de las mujeres que realizan el trabajo doméstico de manera exclusiva consideran esta actividad como una obligación, si bien es un trabajo por el que no reciben remuneración económica, es decir, falta el dinero como referente social de valor. Además es un trabajo con frecuencia duro, y siempre rutinario, cuyos resultados no permanecen sino que son consumidos por la unidad familiar, es escasamente reconocido tanto socialmente como por las personas que conviven con ella, que en la mayoría de las ocasiones sólo tiene un reconocimiento negativo, cuando el trabajo no es realizado o está realizado deficientemente según el criterio de los demás, y que implica un componente de recluimiento en la esfera privada de la casa que las limita personalmente.^{19, 22, 23, 24}

Mujeres con doble jornada laboral

Este término se refiere a mujeres que tienen un trabajo remunerado (pagado) y que también realizan labores del hogar, rol asignado socialmente a las mujeres. Podemos suponer que las mujeres con doble jornada tienen mayores cargas laborales y por lo tanto mantener niveles más altos de estrés, sin embargo ellas cuentan con otras circunstancias, con las que no cuentan las amas de casa, como son reconocimiento de su trabajo tanto socialmente como económicamente, horarios establecidos, días de descanso, además de que tienen un ambiente social más enriquecido, esto ayudaría a tener mejor manejo del estrés y por lo tanto un buen control de su autoestima .^{19, 22, 23, 24, 25}

Existe una gran diferencia en cuanto al rol de género para desarrollar SB, en la literatura se ha descrito que las mujeres presentan más cansancio emocional en comparación con los hombres en quienes se ha encontrado mayor despersonalización, esto puede ser explicado por el rol de las mujeres en donde no solo se dedican su trabajo sino que además tienen las labores del hogar. Algunos estudios realizados en mujeres trabajadoras describen como variables relacionadas con el síndrome de Burnout las siguientes: el trabajo doméstico, estado civil, el cuidado de los hijos, las relaciones familiares conflictivas, así como el trabajo extra doméstico, el cual muchas veces es el que genera más sobrecarga, antigüedad laboral.

Estas variables han sido estudiadas en diferentes profesiones como son médicos, enfermeras, policías, maestros residentes, entre otros en donde el trabajo realizado muchas veces es más agotador ya que se cumplen jornadas de

trabajos más amplios o bien son trabajos en donde se dedican al cuidado de otras^{6, 7, 8, 9, 11, 12.}

Hay trabajos sobre la salud en mujeres con doble jornada y amas de casa en donde se observa que las amas de casa perciben su salud como insatisfactoria o muy insatisfactoria, presentan más síntomas tanto digestivos como cardiovasculares, en comparación con las mujeres trabajadoras quienes perciben un buen estado de salud y pocos síntomas. Cabe recalcar que muchas de estas mujeres tienen un perfil social desfavorecido es decir son de clase media o baja, si ha esto agregamos los diferentes roles que se desempeñan como son el esposa, madre, o incluso el de ser cuidadora de otros familiares, estas mujeres pueden presentar más síntomas^{6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 23, 26, 27}

Algunos autores mencionan unas hipótesis que están relacionados con el número de roles que se desempeñan y que pueden explicar algunos resultados en cuanto a la salud de las mujeres y estas son:²⁵

Hipótesis de la escasez: En la cual cada persona tiene una cierta cantidad de energía y cualquier rol que desempeñe consume energía de esa reserva limitada. Por lo que entre más roles desempeña mayor consumo de energía, lo cual se traduce en mayor estrés, y consecuencias negativas para su salud.

Hipótesis del refuerzo: En donde los recursos de energía son ilimitados y entre más roles se desempeñe mayor oportunidad de reforzar su autoestima, afianzar su identidad, ya que contará con fuentes alternativas de satisfacción, es decir la combinación de roles familiares y laborales, tendrán mejor efecto sobre la salud en vez de perjudicarla.²⁵

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El síndrome de Burnout se puede presentar en personas que están sujetas a una sobrecarga de trabajo, siendo este el factor más importante para su desarrollo; y en especial en aquellas que se dedican al cuidado de otras, se han observado otros factores como son horarios de trabajo muy amplios, poca capacitación laboral, tipo de personalidad, tipo de trabajo, años laborales, remuneración económica, etc. que pueden influir en la aparición del Síndrome. Las amas de casa son un grupo que se dedica al cuidado de otras personas (hijos, esposo, y otros familiares) y en donde las condiciones de trabajo en muchas ocasiones son más desgastante ya que no cuentan con un reconocimiento social, no tiene una remuneración económica por su trabajo realizado, no cuentan con días de descanso ya que este siempre se ha considerado como un rol específico de la mujer; si a esto agregamos otros factores como son el número de hijos, a mayor número de hijos mayor sobrecarga de trabajo, y la edad de estos ya que los niños más pequeños requieren de mayor cuidado, el ingreso económico, la escolaridad y las relaciones que existan en la familia ya que muchas mujeres pueden presentar crisis por una separación o por un duelo, entre otros. A diferencia de las mujeres con doble jornada que si bien están sometidas a los mismos factores, tienen otras alicientes como pueden ser la remuneración económica por su trabajo, mayor socialización, un mejor estatus o autoestima, en comparación con las amas de casa.

Podríamos suponer que las amas de casa, son más susceptibles a presentar el síndrome. Representando un grupo de gran importancia para la medicina familiar

siendo las amas de casa las que están al cuidado de la familia y esto pone en riesgo no solo a ellas sino a todos los integrantes de la familia, ya que son las encargadas del cuidado de la salud de los demás integrantes de la familia.

Por lo anterior es importante saber si las amas de casa presentan más Síndrome de Burnout que las mujeres con trabajo remunerado

¿Qué diferencias hay en la frecuencia del Síndrome de Burnout en amas de casa y en mujeres con trabajo remunerado?

1.3 JUSTIFICACIÓN

El Síndrome de Burnout es un problema de gran magnitud ya que no solo afecta a los profesionales relacionados con el área de la salud, sino de igual manera se ha visto que puede afectar a cualquier persona que experimenta una sobrecarga de trabajo y especialmente aquellas cuyas actividades están relacionadas con la atención directa, actitud de servicio y apoyo hacia sus semejantes. Presentándose una frecuencia en 40 o 41% en ambos sexos, en tanto que solo en mujeres es del 21% ^{6, 11, 12, 13}

Se han realizado diferentes estudios en donde las mujeres que realizan un trabajo remunerado presentan una mayor sobrecarga de trabajo no solo por el trabajo, sino también por el realizado en casa (cuidado de los hijos, aseo del hogar, preparación de alimentos, etc.) presentando niveles altos en al menos una de las dimensiones que constituye el Síndrome de Burnout, teniendo también consecuencias tanto laborales como familiares. ^{6, 7, 8, 9, 11}

El trabajo doméstico no es reconocido como un trabajo ya que no cuenta con una remuneración económica, no tiene un horario, ni días de descanso, sin embargo si cuenta con características para considerarse como tal. Las amas de casa son un grupo vulnerable, debido al trabajo realizado en donde siempre están al cuidado de otros (ya sean hijos esposo o incluso más familiares) entre otras actividades, presentando así características que las hacen susceptibles a desarrollar el Síndrome. ^{19, 21, 22, 24, 25}

Este estudio pretende identificar la presencia del Burnout en amas de casa y compararlo con las mujeres con doble jornada, ya que este es un tema del que se

conoce muy poco y solo se ha enfocado su estudio más a otros profesionales y no hacia las amas de casa, por no considerar sus actividades como un trabajo y considerando que ellas son un pilar importante de las familias, si ellas presentan algún daño, este se ve reflejado en la organización familiar. Además de que son las mujeres las que acuden más a consulta este estudio si podría llevarse a cabo en el centro de salud y ver como se encuentran las mujeres de esta población en relación con el síndrome de Burnout.

1.4 HIPÓTESIS DE TRABAJO

El síndrome de Burnout se presenta con mayor frecuencia en amas de casa que en mujeres con trabajo remunerado.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

- Identificar si existen diferencias en la frecuencia del Síndrome de Burnout en mujeres con trabajo remunerado y amas de casa.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

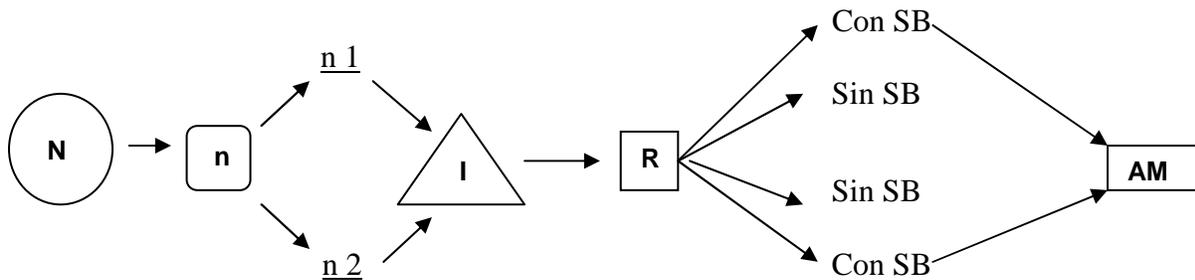
- Medir la frecuencia del síndrome de Burnout en mujeres con trabajo remunerado y en amas de casa.
- Identificar si existen diferencias significativas entre ambos grupos.
- Analizar algunas de las características socioeconómicas que influyen en la presencia del síndrome.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio, observacional, descriptivo, comparativo de corte transversal

2.2 DISEÑO DEL ESTUDIO DE LA INVESTIGACIÓN



N = población
n = muestra
n1= amas de casa
n2= trabajo remunerado
I = Cuestionario Breve de Burnout para amas de casa (CUBAC)

R = Resultados
Con SB= Con Síndrome de Burnout
Sin SB = Sin Síndrome de Burnout
AM = Atención Mental

2.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Se aplicó el cuestionario CUBAC a todas las mujeres que se encontraban en la sala de espera del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, ya sea de acompañantes o pacientes, en un período del 22 de Mayo al 17 de Junio del 2013.

2.3 MUESTRA

Se realizó un estudio no probabilístico por conveniencia, entrevistando a mujeres que acudieron al Centro de Salud

2.3.1 TIPO DE LA MUESTRA

La muestra fue tomada por cuota

2.3.2 TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra de 62 mujeres y se obtuvo con la siguiente fórmula:

n = Tamaño de la muestra

z = Nivel de significancia con el que se trabajó (95%)

p = Prevalencia del síndrome de Burnout en amas de casa del 20%

q = 1-p

e = Error del 5%

$$n = \frac{z^2 (p-q)}{e^2}$$

Por lo que se tomaran 62 amas de casa y 62 con trabajo remunerado, dando un total de 124. Se tomara también un 10% de tasa de no respuesta lo que nos da un total de: **n = 136**

2.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Grupo 1 Amas de casa

Mujeres de 15 a 65 años que sean amas de casa y que no tengan un trabajo remunerado, que asistan a la consulta o sean acompañantes en el Centro de Salud José Castro Villagrana, que acepten participar voluntariamente en el proyecto, que no tengan diagnóstico de enfermedad mental y que firmen el consentimiento informado

Grupo 2 Mujeres con trabajo remunerado

Mujeres de 15 a 65 años que se encuentren con un trabajo remunerado y que sean amas de casa que asistan a la consulta o sean acompañantes en el Centro de Salud José Castro Villagrana, que acepten participar voluntariamente en el proyecto, que no tengan diagnóstico de enfermedad mental y que firmen el consentimiento informado

2.5.2 CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

Grupo 1 Amas de casa

Mujeres menores 15 y mayores de 65 años que sean amas de casa y que tengan un trabajo remunerado, o que tengan un diagnóstico de enfermedad mental y que no acepten participar en el proyecto

Grupo 2 Mujeres con trabajo remunerado

Mujeres menores 15 y mayores de 65 años que se encuentren en Centro de Salud José Castro Villagrana, que solo se dediquen a un trabajo remunerado, o

que tengan un diagnóstico de enfermedad mental y que no acepten participar en el proyecto

2.5.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Se eliminarán aquellos cuestionarios que no se encuentre llenados correctamente o que no cumplan con las características antes descritas

2.6 VARIABLES

2.6.1 DEFINICIÓN OPERACIONAL

TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE / CATEGORÍA	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Edad	Contribuyente	Edad cumplida en años	Cuantitativa Continua	Números enteros
Escolaridad	Contribuyente	Ultimo grado escolar	Cualitativa Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alfabeta 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa. 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Preparatoria incompleta 7. Preparatoria completa 8. Licenciatura incompleta 9. Licenciatura completa
Ocupación	Independiente	<p>Trabajo doméstico: es aquel que se realiza en el hogar sin que exista una remuneración económica</p> <p>Trabajo remunerado: Todo trabajo realizado fuera de casa en donde si existe una remuneración económica</p>	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trabajo domestico 2. Trabajo remunerado

Jornada de trabajo	Contribuyente	Es el tiempo que se dedica a la ejecución del trabajo por el número de horas en las que desarrolla su actividad laboral.	Cuantitativa Continua	Horas laborales
Antigüedad laboral	Contribuyente	Periodo transcurrido desde su ingreso al trabajo hasta la fecha	Cuantitativa Continua	Años laborados
Estado civil	Contribuyente	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Cualitativa Nominal	1.Soltera 2.Casada 3.Unión libre 4.Divorciada/Separada 5.Viuda
Años de matrimonio	Contribuyente	Tiempo de convivencia como pareja	Cuantitativa Discontinua	Números enteros
Familiares o personas con las que convive	Contribuyente	Número de integrantes de la familia con los que convive en casa	Cuantitativa Discontinua	Número de personas que viven con ella
Síndrome de Burnout	Dependiente	Respuesta prolongada a estresores crónicos a nivel personal y relacional en el trabajo	Cualitativa Ordinal	1. > 29Alto 2. 18- 28 Medio 3. < 18 Bajo

2.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El Cuestionario Breve de Burnout para Amas de Casa (CUBAC) creado por González, Landeros, Moral en Guadalajara en el año 2009, tomando como base el CBB de Moreno- Jiménez, el cual se adaptó para su aplicación en amas de casa. El CUBAC consta de 21 ítems tipo Likert con un rango del 1 a 5 en donde 1 es en ninguna ocasión, 2 rara vez, 3 algunas veces, 4 frecuentemente y 5 la mayoría de las veces. Dividido en 3 apartados en donde se clasifican en Antecedentes 9 ítems (2,4,6,8,9,10,14,16,20) donde se incluyen las características de la tarea, la organización y el tedio, el síndrome 9 ítems (1,3,5,7,11,12,15,18,19) donde se incluye propiamente lo que es el síndrome y por último se encuentran consecuencias 3 ítems (13,17,21) donde se incluye las

consecuencias tanto físicas, psicológicas y sociales. Se califica en puntuaciones alta, medio y bajo niveles de Burnout, solo se cambiaron algunas palabras para su aplicación fue validado en México, con un alfa de Cronbach de 0.80 para la parte de antecedentes, de 0.81 para la parte del Síndrome de Burnout y con 0.77 para la parte de las consecuencias^{2,3,5,13,14,17}

2.8 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La información se recolecto en las áreas de espera del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, aplicando el cuestionario CUBAC (Anexo3) a aquellas mujeres que se encontraron en esta área y que cumplían los criterios de inclusión.

2.9 PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO

2.9.1 DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE LA BASE DE DATOS

Una vez recolectada la información se diseño una base de datos en el programa Excel 97, posteriormente se analizo con el programa estadístico EPINFO

2.9.2 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó estadística descriptiva con medidas de resumen: frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y así mismo se calculó medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas. Para establecer la asociación entre las variables sociodemográficas y laborales con el Síndrome de Burnout se utilizó análisis de Riesgos con cálculo de RM (Razón de momios)

2.10 CRONOGRAMA

Fecha/ actividad	Selección del tema	Búsqueda de información	Realización de protocolo	Registro de protocolo	Fase de campo	Captura de la información	Resultados Conclusiones discusión	Tesis terminada
Marzo 2012								
20 abril a 20 julio 2012								
25 julio 2012 a 30 abril 2013								
22 de Mayo 2013								
23 Mayo al 17 Junio 2013								
18 al 28 de Junio 2013								
30 de Junio al 2 Agosto 2013								
2 al 15 de agosto 2013								

2.10 RECURSOS

Humanos

Investigador principal

Encuestadores (compañeros residentes que se encuentre en el Centro)

Materiales

1 Computadora

200 juegos de encuestas

20 lápices

1 carpeta

Físicos

Se utilizaron la sala de espera y aula del Centro de Salud

Es un estudio autofinanciado.

2.12 CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo a la Ley General de Salud en Materia de Investigación en:

Capítulo 1 ARTÍCULO 13 Y 14 párrafos V, VI, VII, VIII. Se menciona que toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal. Contará con los permisos necesarios para su realización tanto del comité de ética y de las instituciones

ARTICULO 17 párrafo I Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta; por lo que la investigación es considerada sin riesgo ya que solo se aplicaran cuestionarios y no se tomara ninguna muestra

ARTÍCULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTICULO 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberán recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, con los aspectos mencionados en los párrafos I,II,III,IV,V,VI,VII,VIII,IX,X,XI.

ARTICULO 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y y deberá contener los puntos descritos en los párrafos I,II,III,IV,V

ARTICULO 23.- En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial en su primer punto manifiesta que es una propuesta de principios éticos que sirve para orientar a los médicos y a otras personas que realizan Investigación Médica en seres humanos.

En el punto 10 y 15 hace referencia que en la investigación médica es deber del médico proteger la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

En sus puntos 21 y 22, se manifiesta que debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad y que deben de tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la

confidencialidad de la información del paciente y reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social

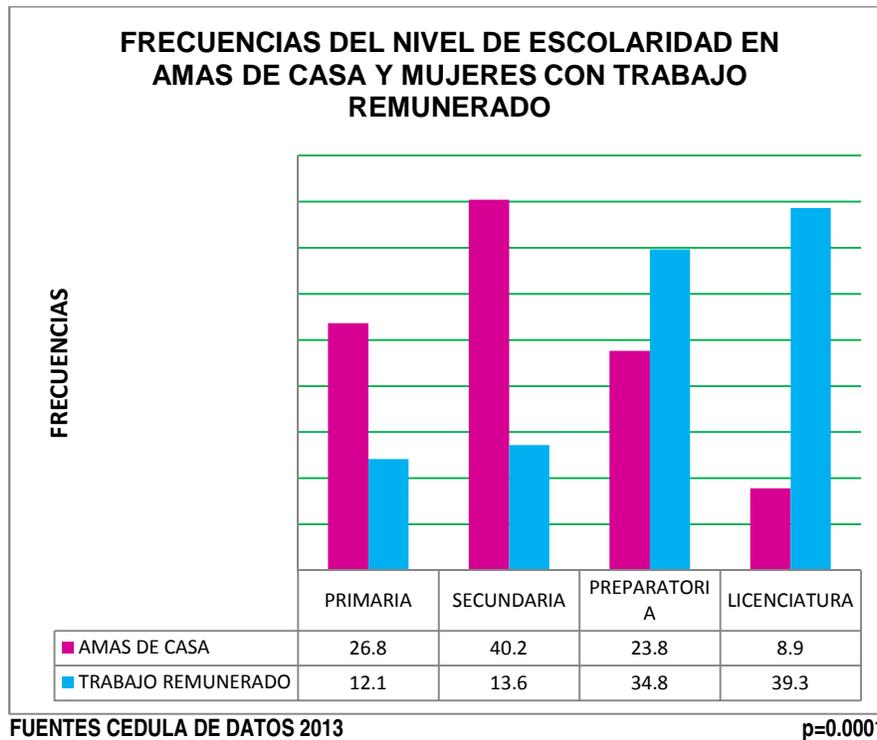
Por lo mencionado anteriormente se consideró a esta investigación sin riesgo, y se realizó un consentimiento informado tanto para la institución (Anexo 4) como para la persona (Anexo 1) que participaron en la investigación ya que solo se aplicaran cuestionarios dejando de manera clara el motivo del estudio, asegurando la confidencialidad en los resultados.^{28, 29}.

3. RESULTADOS

Se encuestaron 136 mujeres, eliminándose 3 encuestas por estar incompletas, por lo que la muestra estudiada fue de 133, de las cuales el 50.4 % (67) fueron amas de casa y 49.6% (66) fueron mujeres con trabajo remunerado. La Mediana de edad fue 37 años y una moda de 35 años, con un rango de 15 a 65 años para ambos grupos.

En cuanto a la escolaridad se observaron diferencias significativas entre los grupos estudiados, ya que la mayoría de las amas de casa tuvieron un nivel de secundaria con 40.2% a diferencia de las mujeres con trabajo remunerado donde el 39.3% tuvieron nivel de licenciatura.

FIGURA 1.



En relación al estado civil no se encontró diferencias significativas en los grupos, ya que la mayoría se tenían pareja 75.9% y solo el 24.1%% no tenía pareja. (Tabla 1)

TABLA 1.
DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL EN AMAS DE CASA Y MUJERES CON TRABAJO REMUNERADO

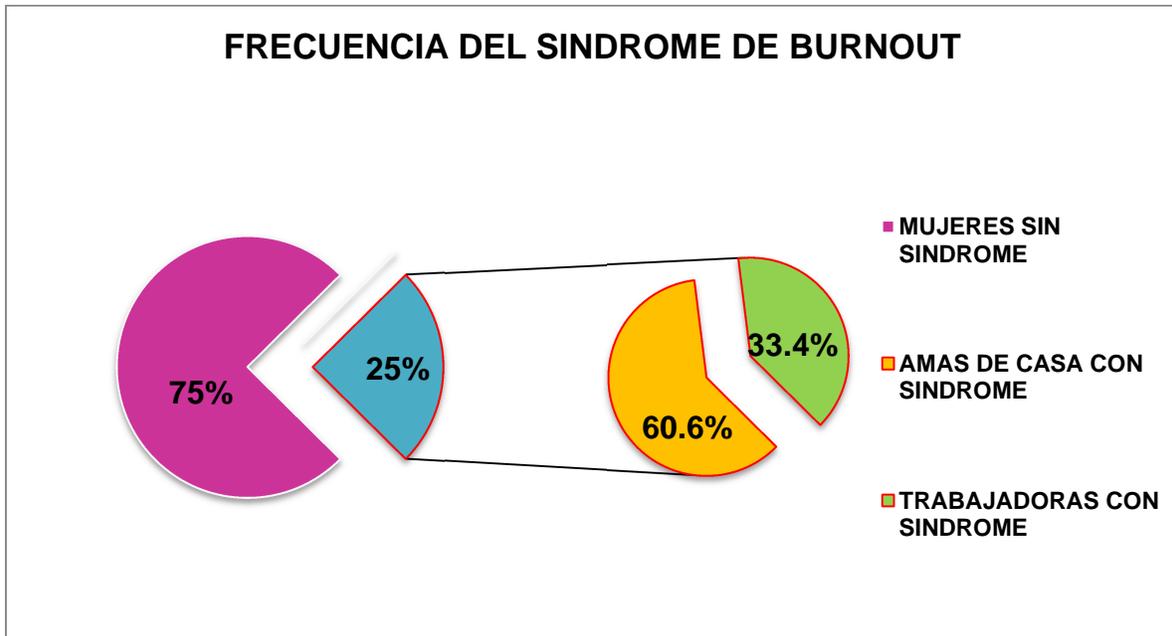
ESTADO CIVIL	AMAS DE CASA		MUJERES CON TRABAJO REMUNERADO	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
SOLTERAS	3	2.2%	10	7.5%
CASADAS	28	21%	30	22.6%
UNION LIBRE	27	20.3%	16	12%
VIUDAS	0	0%	1	.7%
DIVORCIADAS	9	6.8%	9	6.8%
TOTAL	67	50.4%	66	49.6%

FUENTE: CEDULA DE DATOS 2013

En cuanto a la jornada dentro del hogar las amas de casa que laboran más de 8 horas representa una frecuencia de 83.6%, en comparación con el grupo de trabajo remunerado en las cuales el 81% trabajan menos de 8 horas en el hogar. Las mujeres que convivían con 4 o más personas tuvieron una frecuencia de 26.3%. la mayoría (73.7%) convivían con menos de cuatro personas.

El Síndrome de Burnout tuvo una frecuencia global de 24.8% (33 mujeres) y al analizarlo por grupos, la frecuencia se elevó a 29.9% en las amas de casa y disminuyó al 19.7% en las mujeres con trabajo remunerado, lo que representa 10 puntos porcentuales menos que las amas de casa. (Figura 2)

FIGURA 2.



FUENTE: CUESTIONARIO CUBAC 2013

Sin embargo no se identificó que ser ama de casa eleve la probabilidad de tener Síndrome de Burnout. (RM= 1.7 IC95% 0.7-3.8).

En el análisis de las variables asociadas al Síndrome de Burnout se encontró lo siguiente:

El número de personas con las que conviven las mujeres, tiene influencia en la presencia del Síndrome. Ya que el cuidar a más de 4 personas aumenta el riesgo de presentar Síndrome de Burnout (RM 2.3 IC 1.4-4.1) $p = 0.004$

El tener una baja escolaridad (básica) se identificó como riesgo para desarrollar el Síndrome. (RM 2.8 IC 95% 1.35 - 6.6) p=0.007. El no vivir con pareja tuvo una RM 2.77 IC 95% 1.1 - 7 p=0.01

Las otras variables como ser amas de casa y la jornada de trabajo en el hogar de más de 8 horas no demostraron asociación.

TABLA 2.
VARIABLES QUE SE ESTUDIARON COMO FACTORES DE RIESGO PARA EL SÍNDROME DE BURNOUT

VARIABLES	POBLACIÓN	SINDROME DE BURNOUT	RM	IC 95%	p=*
Cuidar a más de 4 personas	34	18	2.3	1.3-4.1	0.0004
Amas de casa	67	20	1.5	0.8-2.7	0.1
Escolaridad baja	133	33	2.8	1.35-6.6	0.007
Vivir sin pareja	32	13	2.77	1.1-7	0.01
Jornadas de más de 8 horas en casa	74	22	1.8	0.8-4.2	0.2

FUENTE CEDULA DE IDENTIFICACIÓN Y CUBAC

*x²

De las 33 mujeres con Síndrome de Burnout 21 tuvieron consecuencias y 12 no presentan consecuencias RR 12 con IC 5-31 x² 0.00001.

4. DISCUSIÓN

En el presente trabajo se encontró una frecuencia del Síndrome de Burnout de 24% similar a lo reportado en otros artículos que reportan Síndrome de Burnout en mujeres y varía entre 19 a 21%.^{8,14} Las amas de casa presentaron una frecuencia de Síndrome de Burnout mayor que las mujeres con trabajo remunerado, sin embargo no se encontró una asociación entre la ocupación y el Síndrome.

Dentro de las variables estudiadas encontramos que el tener baja escolaridad, influye en la presencia del síndrome lo cual es parecido a lo descrito por otros autores, en donde el contar con primaria o secundaria solamente se considera como un factor de riesgo,²⁶ además de que se observó que las amas de casa son las que presentan un menor grado de escolaridad, en relación al estado civil se describe como un factor protector el vivir en pareja, y se pudo corroborar en el estudio, que el vivir sola resultó como un factor asociado al Síndrome de Burnout.^{6,8,9} sin embargo en otro país como Brasil los reportes son contradictorios⁹.

En relación a las personas con las que convivían si se encontró una influencia significativa en relación a mayor número de personas con el síndrome de Burnout, sin embargo esta variable no está descrita en la literatura ya que solo hablan de los hijos que tienen, sin embargo algunos estudios reportan que las enfermeras presentan mas Burnout si tienen a su cuidado a mas de 4 pacientes, esto podría ser similar en el presente estudio^{6, 8, 9, 11}.

La jornada de trabajo en el hogar de más de 8 horas no tuvo asociación con el Síndrome, sin embargo en varios estudios reflejan que el trabajo en el hogar influye en la aparición del Síndrome^{6,7,8,11,23} en mujeres con trabajo remunerado, sin embargo falta realizar más investigación sobre este factor en las amas de casa que dedican la mayor parte del día en el trabajo del hogar.

5. CONCLUSIONES

Aunque las amas de casa es un grupo poblacional susceptible de tener Síndrome de Burnout, el resultado obtenido no fue estadísticamente significativo, lo cual pudo estar influenciado por el tamaño de la muestra, lo que deja espacio para que se realicen mas investigaciones sobre el Síndrome de Burnout en las amas de casa, ya que pueden poner en riesgo la organización familiar si llegaran a presentar el Síndrome, por lo que se debería de capacitar a los médicos de primer contacto a realizar esta detección oportunamente.

El CUBAC es un cuestionario corto y auto aplicable que se puede realizar en la consulta a todas las mujeres que asistan en la consulta, además de que los médicos familiares estan más en contacto con la familia pueden conocer las crisis por las que está pasando y así detectar a aquellas mujeres que son mas susceptibles a padecer el Síndrome. Se debe de dar un manejo integral a las pacientes que se detecten con Síndrome de Burnout, derivándolas oportunamente al servicio de Salud Mental, y llevar un seguimiento no solo a las pacientes si no también a las familias en donde el médico familiar puede realizar diferentes intervenciones, o bien derivar a otro especialista si esto es necesario.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Freudenberg HJ. Staff Burnout. Journal of social issues.1974;30;159-166.
- 2.- Bresó EE, Salanova M, Schaufeli W. Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout". Instrumento de medición. Notas Tec. de Prev 732.
- 3- Schaufeli WB., Leiter M P., Maslach C. Burnout:35 years of research and practice.Carrer Development. Int.2009;14(3): 204-220
- 4.-Thomae MN, Ayala EA, Sphan MS. Etiología y prevención del Síndrome de Burnout en los trabajadores de las Salud. Rev Pos de la Via Catedra de Med. 2006; (153): 18-21.
- 5.- Salanova M, Llorens S. Estado actual y retos futuros en el estudio del Burnout. Papeles del Psicologo.2008; 29(1): 59-67.
- 6.-Dickinson BM, Fernández OM, González SC, y cols. Burnout en enfermeras y su asociación con algunas características del rol de género. Rev Aten Fam 2010;17(3):66-69.
- 7.-Adekola. Gender differences in the experience of work Burnout among university staff. African. Journal of Business. 2010; 4(6):886-889
- 8.- Dickinson BM, González SC, Fernández OM, y cols. Burnout Syndrome among mexican primary care physicans. Arch Med Fam 2007; 9(2):75-79.
- 9.-Santos FE, Araujo AJ, Bezerra RA. Burnout Syndrome in nurse in an intensive Care Unit.Einstein.2009; 7(1):58-63.
- 10.-De Silva PV, Hewage CG, Fonseka P. Burnout: an emerging occupational health problem. Galle Medical Journal. 2009; 14(1).

- 11.- Aranda BC. Diferencias por sexo, Síndrome de Burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares de dos instituciones de salud Guadalajara, México. .Rev. Costa Salud Pub.2006;15(29):1-7
- 12: Aldrete RM, Preciado SM, Franco ChS, y cols. Factores psicosociales laborales y Síndrome de Burnout, diferencias entre hombres y mujeres docentes de secundaria, zona metropolitana de Guadalajara, México. Rev. Ciencia & Trabajo 2008; 10(30):138-142
13. González RM, Landero HR, Moral de RJ. Cuestionario de Burnout para amas de casa (CUBAC): evaluación de sus propiedades psicométricas y del Modelo Secuencial de Burnout. Rev Univ.Psychol.2009; 8 (2): 533-543.
14. Moral J, González MT, Landero R. Estrés percibido, ira y Burnout en amas de casa mexicanas. .Rev. Iber. Psic. y Salud.2011; 2(2):123-143.
- 15.- Carlotto MS, Gobbi MD. Desempleo y Síndrome de Burnout. Rev. Psic. Univ. Chile. 2001; 10(1): 131-139.
- 16.-Mansilla IF. El síndrome de Burnout o síndrome de quemarse por el trabajo. Consultado el 12 Abril 2013. Disponible en http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_4.shtml
- 17.-Gil MP, Validez Factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. Rev. Salud Pub México. 2002; 44 (1):33-30
- 18.- Graue WE, Álvarez CR, Sánchez MM. Educación en las residencias médica. Cap. 31: El síndrome de "Burnout": la despersonalización, el agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo. Problemas en el ejercicio de la medicina y en el desarrollo profesional. 305-317.

19. Diccionario Critico de Ciencias Sociales. Trabajo Doméstico. Disponible en http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/T/trabajo_domestico.htm
- 20.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Consultado el 5 de Marzo 2013. Disponible en <http://www.inegi.org.mx>.
- 21.- Instituto Nacional de las Mujeres. Consultado el 5 de Marzo 2013. Disponible en <http://estadistica.inmujeres.gob.mx>
- 22.- Escalera IM, Sebastián HJ. Trabajo y salud en la mujer: análisis comparativo de mujeres con trabajo renumerado y amas de casa. Rev Clin. y Salud. 2000; 11(2):195-229
- 23.- Dyrbye LN, Shanafelt TD, Balch CM, y cols. Relationship between work-home conflicts and Burnout Among American Surgeons. Arch. Surg. 2011; 146(2): 211-217.
- 24.-Fernandez E, Schiaffino A, Martí M. Influencia del trabajo doméstico sobre la salud y la utilización de servicios sanitarios en mujeres con trabajo renumerado y amas de casa. Gac Saint 2000;14(4):287-290.
- 25.- Feldaman L, Vivas E, Lugli Z, et al. Relaciones trabajo familia y salud en mujeres trabajadoras. Rev Salud Pub Méx.2008;50(6):482-489
- 26.- Preciado SM, Pando MM, Vázquez GJ. Agotamiento emocional. Escala Burnout adaptada para mujeres trabajadoras en la costura industrial. Inv Salud.2004;6(2):90-96
- 27.-Moral RJ, González RM, Landero HR. Factor Structural of the STAXI-2-AX and its relationship to Burnout in Housewives. The Spanish Journal of Psychology.2010;13(1):418-430

28. Ley General de Salud en Materia de Investigación. Consultada el 5 marzo de 2013. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

29. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas. Consultada el 5 de Marzo de 2013. Disponible en http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf

7. ANEXOS

Anexo 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México D.F a

de 2013

Por medio de la presente se solicita su participación voluntaria en la investigación médica sobre Síndrome de Burnout, en la cual se le aplicaran una serie de preguntas personales y un cuestionario de 21 preguntas que hablaran sobre su trabajo como ama de casa, los datos por usted proporcionados solo se utilizaran para fines de estudio y no se hará ningún otro uso de ellos, solo en caso de que se detecte algún dato que indique algún tipo de síntoma, se utilizaran los datos para poder contactarla y si usted quiere y acepta se enviara al servicio que corresponda. Si tiene alguna pregunta o duda puede preguntar para que quede clara su participación en el estudio. Su decisión de participar es totalmente voluntaria, no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, no tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio, no recibirá pago por su participación y como se mencionó anteriormente la información será manejada de manera confidencial. Si no tiene dudas respecto al estudio y decide participar en el mismo, por favor firme la parte inferior del consentimiento.

_____ y he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. También he sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Nombre

Firma

Anexo 2

CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN DE DATOS

LEA Y CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, DE MANERA CLARA Y CON LETRA LEGIBLE, RECUERDE QUE LA INFORMACION PROPORCIONADA SERA MANEJA DE MANERA CONFIDENCIAL

NOMBRE _____ EDAD _____

TELÉFONO _____ ESCOLARIDAD _____

ESTADO CIVIL: SOLTERA _____ CASADA _____ UNION LIBRE _____

VIUDA _____ SEPARADA O DIVORCIDA _____

AÑOS DE MATRIMONIO O UNION LIBRE _____

¿CON QUE INTEGRANTES DE SU FAMILIA VIVE? _____

¿ES USTED AMA DE CASA?: SI _____ NO _____

¿TIENE USTED UN TRABAJO REMUNERADO (PAGADO)?:SI _____ NO _____

¿CUÁL? _____

¿CUÁNTAS HORAS DEDICA A SU TRABAJO DE?

AMA DE CASA _____

TRABAJO REMUNERADO _____

ANTIGÜEGAD LABORAL _____

Anexo 3

CUESTIONARIO “CUBAC”

A continuación se le presentan una serie de preguntas relacionadas con su trabajo, conteste las preguntas de acuerdo a como se sienta, las respuestas van desde ninguna ocasión hasta la mayoría de las veces. Trate de ser lo más sincera que pueda

EN RELACIÓN A TU TRABAJO

	EN NINGUNA OCASIÓN	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	FRECUE- NTE- MENTE	LA MAYORÍA DE LAS VECES
8.Hago las tareas de la casa de forma mecánica, sin amor	1	2	3	4	5
9.El trabajo que hago esta lejos de ser el que yo hubiera querido	1	2	3	4	5
1.En general estoy harta de ser ama de casa.	1	2	3	4	5
2.Mi familia frecuentemente tiene exigencias excesivas	1	2	3	4	5
3.Mi trabajo como ama de casa me ofrece escasos retos personales	1	2	3	4	5
4.Cuando estoy en casa me Siento de mal humor.	1	2	3	4	5
5.Mi familia reconoce muy poco los esfuerzos que hago por ellos	1	2	3	4	5
6.El interés por mi desempeño profesional (o personal) es muy escaso.	1	2	3	4	5
7.Estoy agotada de mi trabajo como ama de casa.	1	2	3	4	5

ANTECEDENTES	EN NINGUNA OCASIÓN	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	FRECUENTE- MENTE	LA MAYO DE LAS VECES
10.Me siento identificada con mi trabajo de ama de casa	1	2	3	4	5
11.Mi familia me apoya en las decisiones que tomo como ama de casa	1	2	3	4	5
13.Mi trabajo como ama de casa carece de interés.	1	2	3	4	5
14.En mi familia nos apoyamos con el trabajo del hogar.	1	2	3	4	5
15.Las relaciones personales que establezco por ser ama de casa son gratificantes para mí.	1	2	3	4	5
16.Mi familia menosprecia importancia de mi trabajo.	1	2	3	4	5
17.Mi trabajo es repetitivo.	1	2	3	4	5
18.Me gusta el ambiente y el clima de mi hogar.	1	2	3	4	5
19.M trabajo de ama de casa me resulta aburrido.	1	2	3	4	5

CONSECUENCIAS

20.Considero que el trabajo Que realizo repercute en mi salud personal (dolor de cabeza, insomnio ,etc.)	1	2	3	4	5
21.El trabajo de ama de casa está afectando mis relaciones familiares y personales	1	2	3	4	5
22.Los problemas de mi trabajo como ama de casa hace que mi rendimiento sea menor	1	2	3	4	5

Anexo 4

CONSENTIMIENTO DE AUTORIDADES DEL CENTRO DE SALUD

México, D. F., Mayo 08 de 2013.

DR. FERNANDO REY MONROY RAMIREZ

Director C..S. TIII “Dr. José Castro Villagrana”

Presente

La que suscribe Dra. Ana Isabel Jiménez Rodríguez, Médico Residente del Tercer año, del Curso de Especialización de Medicina Familiar, con sede en esta Unidad dignamente presidida por Ud., solicito de la manera más atenta su autorización para la aplicación del instrumento CUBAC, a las mujeres usuarias del Centro de Salud.

Lo anterior con el fin de obtener los requisitos para concluir el protocolo de investigación, con título de tesis “FRECUENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT EN AMAS DE CASA Y SU COMPARACIÓN CON MUJERES CON TRABAJO REMUNERADO”.

No omito mencionar que a cada paciente se le solicitará la firma de conocimiento informado, se realizará en forma confidencial, con fines académicos y de investigación.

Atentamente

DRA. ANA ISABEL JIMÉNEZ RODRÌGUEZ