



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

---

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”***

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA

PRESENTA  
DRA. JULIA ANGÉLICA CABRERA NAVA

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

DIRECTOR DE TESIS  
DRA. MARIA ELOISA DICKINSON BANNACK

REGISTRO  
634 101 0513



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.

**“FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN AMAS DE CASA”**

Dra. Julia Angélica Cabrera Nava.

**AUTORIZACIONES**

Dra. Consuelo González Salinas



---

Médico Familiar  
Profesora Titular del Curso de Especialización en  
Medicina Familiar  
Jefe de Enseñanza e Investigación  
Centro de Salud “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

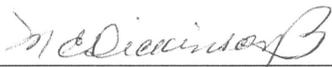


**DIRECCION DE EDUCACION  
E INVESTIGACION  
SECRETARIA DE  
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**

**“FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN AMAS DE CASA”**

Dra. Julia Angélica Cabrera Nava.

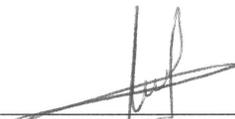
DIRECTORA DE TESIS  
Dra. María Eloísa Dickinson Bannack



---

Epidemióloga Jurisdicción Sanitaria Tlalpan  
Secretaría de Salud del Distrito Federal  
Académico de la Facultad de Medicina  
Universidad Nacional Autónoma de México

ASESORA DE TESIS  
Dra. Consuelo González Salinas



---

Médico Familiar  
Profesora Titular del Curso de Especialización en  
Medicina Familiar  
Jefe de Enseñanza e Investigación  
Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”  
Secretaría de Salud del Distrito Federal

**“FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN AMAS DE CASA”**

Dra. Julia Angélica Cabrera Nava

**AUTORIDADES DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

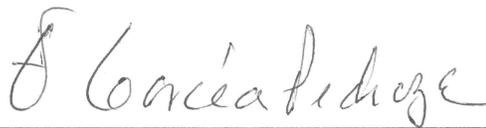
Dr. Francisco Javier Gómez Clavelina



---

Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar  
Facultad de Medicina  
Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. Felipe de Jesús García Pedroza



---

Coordinación de Investigación  
Subdivisión de Medicina Familiar  
Facultad de Medicina  
Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. Isaías Hernández Torres



---

Coordinador de Docencia  
Subdivisión de Medicina Familiar  
Facultad de Medicina  
Universidad Nacional Autónoma de México

## **DEDICATORIAS**

### **A MIS PADRES Y HERMANO:**

Les agradezco la vida y la dicha tan grande de ser su hija, porque gracias a ellos soy quien soy y cuanto soy, así como agradezco el amor incondicional, los consejos, el apoyo, el aliento y el consuelo que me brindan en todo momento para seguir adelante y lograr esta especialidad y que es un logro de ellos. Pido a Dios que me permita estar con ellos muchos años más.

A ti flaquito por seguir siendo un gran orgullo para mí, por apoyarme, por impulsarme con tu ejemplo y seguirme enseñando el valor de la hermandad, amistad y cariño.

“Gracias por ser los mejores padres y hermano para mí, los mejores abuelos y el tío perfectos para mi nena en todo momento”

### **A MI ESPOSO E HIJA**

Gracias mis amores por estar apoyándome siempre, aún en la distancia por comprender, valorar y hacer el sacrificio de entender mi ausencia y lo importante que es mi profesión, por amarme, tolerarme y apoyarme en todo momento.

“Gracias mi cielo por haberme dado la dicha de ser madre; gracias por ser una gran persona, gracias por esa constancia y perseverancia tuya, gracias por a pesar de todo, tener fe en mí, fe en nosotros”.

### **A MIS ABUELOS, TIOS, TIAS, PRIMOS, PRIMAS:**

A todos ustedes, pero en especial a mi tía Tencha, mi hermano Aarón y mi tío René; gracias tía por ser mi segunda mamá porque nunca nos ha dejado solas, porque me brindo su casa, su tiempo, su amor, su ejemplo, su confianza y su apoyo en todo momento, porque sin ella, este logro no hubiera sido posible.

A mi tía Lina mi hermana Ana y mi tío Lalo; gracias tía por quererme tanto, por apoyarme y estar al pendiente de mí siempre, por amar y consentir tanto a su nieta que es mi hija.

A mis abuelos por haberme alojado en su casa, por siempre procurarme, por cuidarme y quererme.

A toda mi familia les agradezco el apoyo moral, económico y físico, por estar al pendiente de mí siempre, por estar al tanto de cada paso que doy, por sus palabras de aliento y su ayuda incondicional en cada aspecto y porque sin ellos no hubiera sido posible llegar hasta donde estoy. “Los amo”.

**A LILY:**

A ti preciosa, por ser mi madre, mi hermana, mi mejor amiga, mi verdugo cuando fue necesario, pero también la que más me consintió aún sin merecerlo; por haberte convertido en mi guía, mi cómplice, mi látigo, mi consuelo y mi fortaleza en este gran camino, por siempre estar conmigo y enseñarme con tu ejemplo que siempre sale el sol. "Gracias por ser mi ángel"

## AGRADECIMIENTOS

### **A DIOS:**

Por haberme dado la vida, por haberme brindado un gran tesoro: MI FAMILIA y permitirme ser parte de ella, por haberme dado una dicha: MIS AMIGOS y permitirme compartir mis sentimientos con ellos. Te doy gracias señor por permitirme haber concluido una meta más en mi vida que es la realización de mi especialidad. Ilumíname y guíame para que con inteligencia, sabiduría y carácter pueda continuar mi camino pero bríndame humildad, fortaleza y paciencia para ayudar a mi prójimo en todo momento.

### **A TI:**

Gracias por tu sincero afecto, por tu apoyo constante, por ayudarme a salir adelante en las situaciones más difíciles, momentos de tristeza y alegría por ser parte importante de mi vida, porque solo nosotros sabemos lo que ha sido esto, y el esfuerzo que implicó; por estar ahí aún sin la presencia física. “Gracias por todo”.

### **A LA DOCTORA CONNY, DOCTORA DICKINSON, Y MAESTROS:**

Con respeto y agradecimiento por su valiosa colaboración por las enseñanzas a lo largo de mi formación, por la labor desinteresada, la enseñanza y la guía para la dirección, realización y revisión de este trabajo. “Gracias doctoras por ser más que mis asesoras, gracias por su apoyo y comprensión”.

### **A MIS SINODALES:**

De antemano gracias por el tiempo empleado en el estudio y revisión de este trabajo.

A todas las personas que contribuyeron con su apoyo, en especial a **M.C. Alberto González Pedraza, doctora Jaqueline Saavedra** por ayudarme desinteresadamente, por dedicarme a pesar de sus actividades tiempo y paciencia para el término de mi proyecto.

Al personal directivo, administrativo y demás personal que labora en el Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana” por el apoyo a lo largo de estos tres años, por dejarme ser parte del Centro de Salud con todo lo que ello implica. A los pacientes, a los conocidos y desconocidos también porque a lo mejor sin saberlo contribuyeron de una u otra manera con su apoyo moral y físico a la realización de este trabajo.

A todos gracias por CREER EN MI.

## ÍNDICE

	<b>PÁGINA</b>
<b>1. MARCO TEÓRICO</b> .....	12
1.1 Antecedentes.....	12
1.2 Planteamiento del problema.....	27
1.3 Justificación.....	28
1.4 Hipótesis de trabajo.....	30
1.5 Objetivos.....	30
1.5.1 Objetivo general.....	30
1.5.2 Objetivos específicos.....	30
<b>2. MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	31
2.1 Tipo de estudio.....	31
2.2 Diseño del estudio de investigación.....	31
2.3 Población, lugar y tiempo.....	31
2.4 Muestra.....	32
2.4.1 Tipo de muestra.....	32
2.4.2 Tamaño de la muestra.....	32
2.5 Criterios de selección de los pacientes.....	32
2.5.1 Criterios de inclusión.....	32
2.5.2 Criterios de no inclusión.....	32
2.5.3 Criterios de eliminación.....	32
2.6 Variables.....	33
2.6.1 Definición operativa de las variables.....	33
2.7 Instrumento de recolección de datos.....	35
2.8 Método o procedimiento para la recolección de datos.....	35
2.9 Procedimiento estadístico.....	35
2.9.1 Diseño y construcción de la base de datos.....	35
2.9.2 Análisis estadístico.....	36
2.10 Cronograma de actividades.....	37
2.11 Recursos humanos, físicos, materiales y financiamiento del estudio.....	38
2.12 Consideraciones éticas y de bioseguridad.....	39
<b>3. RESULTADOS</b> .....	41
<b>4. DISCUSIÓN</b> .....	45
<b>5. CONCLUSIONES</b> .....	47
<b>6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	48
<b>7. ANEXOS</b> .....	53

## **1. MARCO TEÓRICO**

### **SÍNDROME DE Burnout**

#### **1.1 Antecedentes Históricos**

El primer antecedente que se tiene del síndrome de Burnout se debe a la novela de Graham Greene, *A Burn Out Case*, publicada en 1961, en la que se narra la historia de un arquitecto atormentado espiritualmente que decide abandonar su profesión y retirarse en la selva africana.<sup>1</sup> El psiquiatra estadounidense Herbert Freudenberger, que trabajaba en la Clínica Libre de Nueva York, es quien en 1974 describe por primera vez este síndrome de carácter clínico.<sup>5</sup>

En 1976, la psicóloga social e investigadora Christina Maslach utilizó el mismo término para referirse al “proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional, al desinterés y al desarrollo de un cinismo con los compañeros del trabajo”. En 1981 aparece, como culminación de años de trabajo, el Maslach Burnout Inventory (MBI). Pero no es hasta 1986, donde Maslach lo definió de manera más contundente, de hecho su definición es considerada la más efectiva 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 estudio de este síndrome.<sup>3,9</sup>

La definición de Burnout (Freudenberger 1974) “sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales y fuerza espiritual del trabajador”.<sup>1</sup>

Cherniss, (1980). Este autor es quien lo describe en tres etapas: 1) desequilibrio entre los recursos y las demandas; 2) desarrollo de la tensión, de la fatiga, y del agotamiento emocional; y 3) cambios en las actitudes y los comportamientos hacia los otros.<sup>1,5</sup>

Cristina Maslach y Susan Jackson (1981) luego de varios años de estudios empíricos. Lo describieron como un síndrome de estrés crónico que se manifiesta en aquellas profesiones de servicios caracterizadas por una atención intensa y prolongada a personas que están en una situación de necesidad o de dependencia.<sup>3,5.</sup>

A. Pines, E. Aronson y D. Kafry, (1981) señalaron que el Burnout es "el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por el involucramiento crónico en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes" <sup>1,5.</sup>

En la década de 1990 el concepto de Burnout se extendió a ocupaciones más allá de las profesiones de ayuda, servicios y educación (por ejemplo, clerical, la tecnología informática, militares, administradores, amas de casa), y el agotamiento como fuente de investigación fue realizada por una metodología más sofisticada y con herramientas estadísticas. En algunos estudios se comenzó a evaluar los vínculos entre el medio ambiente en el trabajo con los pensamientos del individuo y los sentimientos en un momento posterior.<sup>2</sup>

La palabra Burnout se desprende del inglés y se traduce en español como

- Estar quemado.
- Síndrome de desgaste profesional
- Síndrome de estar quemado por el trabajo <sup>1.</sup>

En general, se acepta que las dimensiones que contribuyen a delimitar el constructo son:<sup>3,8.</sup>

- El cansancio emocional (CE) se caracteriza por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, el agotamiento, la fatiga, etc.

- La despersonalización (DP) manifestada por irritabilidad, actitudes negativas y respuestas frías e impersonales hacia las personas (clientes, pacientes, alumnos, etc.).
- La falta de realización personal (RP) con respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo.

### **Factores predisponentes**

Considerando que el Síndrome de Burnout es un proceso multicausal y altamente complejo se proponen diversas causas, entre ellas cabe destacar: aburrimiento y stress, crisis en el desarrollo de la carrera profesional y pobres condiciones económicas, sobrecarga de trabajo y falta de estimulación, pobre orientación profesional y aislamiento.<sup>2,4.</sup>

Otros factores asociados son:

#### **Componentes personales premórbidos que aumentan la susceptibilidad personal;**

- La edad: relacionada con la experiencia,
- El género: las mujeres pueden sobrellevar mejor las situaciones conflictivas en el trabajo.
- Variables familiares: la armonía y estabilidad familiar conservan el equilibrio necesario para enfrentar situaciones conflictivas.
- Personalidad: por ejemplo las personalidades tipo A: extremadamente competitivas, impacientes, hiperexigentes y perfeccionistas, y por otro aquellas con sentimientos de altruismo e idealismo como: mayor acercamiento al sufrimiento cotidiano y mayor implicación emocional.<sup>4,7.</sup>

**Factores laborales o profesionales:** por ejemplo excesivos conocimientos teóricos, escaso entrenamiento en actividades prácticas, falta de aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional, escasa información sobre el funcionamiento de las organizaciones en la que se va a desarrollar el trabajo, condiciones deficitarias en cuanto al medio físico, entorno humano, organización laboral, bajos salarios, sobrecarga de trabajo, escaso trabajo real de equipo. La relación cuasidada médico paciente que tiene como centro un momento afectivo en el cual aparecen la transferencia y la contratransferencia, relaciones disarmónicas con compañeros y/o con superiores, excesiva presión y control ejercida por auditores, contadores, administradores y a veces por los mismos dueños de las organizaciones de donde ejercen su labor los diferentes profesionales de la salud. Como trabajador y productor el médico se convirtió en mano de obra barata sin relaciones laborales legalmente establecida y asediada por la sombra de la mala praxis (Juez Eugenio Zaffaroni).

**Factores sociales:** como la necesidad de ser un profesional de prestigio a toda costa, para tener una alta consideración social y familiar y así un alto estatus económico.

**Factores ambientales:** cambios significativos de la vida como: muerte de familiares, matrimonios, divorcio, nacimiento de hijos.<sup>6,8.</sup>

## **Manifestaciones Clínicas**

El síndrome de Burnout se puede caracterizar por los siguientes síntomas:

➤ **Síntomas físicos:** con frecuencia, son los primeros en aparecer e incluyen alteraciones cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria), fatiga crónica (que es una queja común en la población activa, con una prevalencia de 22%) Cefaleas, migraña, alteraciones gastrointestinales (dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal), dolores musculares, alteraciones respiratorias (asma),

alteraciones del sueño, alteraciones dermatológicas (urticaria), alteraciones menstruales, disfunciones sexuales, entre otros.

➤ **Alteraciones conductuales:** destacan aquellas de la conducta alimentaria, abuso de drogas, fármacos y alcohol, ausentismo laboral, conductas de elevado riesgo (conducción temeraria por ejemplo), tabaquismo, entre otras. En ocasiones surgen conductas paradójicas defensivas como el desarrollo excesivo de hobbies (que llenan la mente de la persona, incluso en horas de aseo doméstico), dedicación creciente al estudio para liberarse de la rutina (con disminución de la atención a los casos "poco interesantes"), pseudoausentismo: con el desarrollo de actividades cuyo objetivo es limitar el número de horas reales en el trabajo.

➤ **Alteraciones emocionales:** ansiedad, depresión irritabilidad, baja autoestima, falta de motivación, dificultades de concentración, distanciamiento emocional, sentimientos de frustración, los rasgos de personalidad, las hacen propensas a interiorizar sus experiencias estresantes, y finalmente tienen deseos de abandonar el trabajo, entre otras cosas.<sup>12,16,17.</sup>

## **Instrumentos de medición**

Existen varios instrumentos para la medición del síndrome, el más utilizado es el Maslach Burnout Inventory (MBI), que mide las tres dimensiones de agotamiento emocional Burnout (ocho ítems), despersonalización (cinco puntos) y realización personal (siete artículos). El MBI es un instrumento ampliamente utilizado para medir el Burnout. Dos ejemplos de ítems de la escala de agotamiento emocional son "Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo" y "Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tienen que hacer frente a otro día en el trabajo". Dos ejemplos de ítems de la escala de despersonalización son "Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente" y "Siento que tratar a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales". Dos ejemplos de ítems de la escala de realización personal se "He logrado muchas

cosas útiles en mi trabajo" y "Trato muy eficazmente los problemas de mis pacientes". Los productos que se califican en una escala de calificación de 7 puntos con anclajes fijos que van desde "nunca" a "todos los días". Estudios anteriores han indicado que la consistencia interna, validez factorial y la construcción del MBI son satisfactorias y estables. El alfa de Cronbach del instrumento de mercado en el presente estudio (T1) fueron satisfactorios, así: .87 para el agotamiento emocional, .73 para despersonalización y 0,77 para la realización personal. Asimetría y curtosis de las tres dimensiones del Burnout se encuentran dentro de los límites aceptables (entre -1 y 1).<sup>9</sup>

### **Medidas preventivas y terapéuticas en el Síndrome de Burnout:**

No existe un tratamiento específico para este Síndrome; debido a que se ha observado un aumento en la incidencia del mismo en personas que se dedican a la intervención social (profesionales de la salud, docentes médicos y no médicos, trabajadores sociales, etc.), y al creciente riesgo que existe por el contexto cultural social y económico en el que se desenvuelven, se han planificado mecanismos de prevención, que según House los tipos de apoyo son:

**1) Apoyo emocional:** relacionado con el afecto, confianza y preocupación que un individuo experimenta proveniente de otro.

**2) Apoyo instrumental:** que son los recursos materiales económicos o de servicio con los que cuenta el profesional.

**3) Apoyo informativo:** que la permite a un sujeto conocer una situación y poseer unos instrumentos para afrontarlo.

**4) Apoyo evaluativo:** que es un feed-back de las acciones que el profesional va emprendiendo y le permite procesar su efectividad.<sup>13,18</sup>

Otros autores mencionan que las medidas preventivas del Burnout están estrechamente ligadas a la calidad de vida física, social y laboral. En el primer rubro, es importante hacer ejercicio regularmente (ejercicio aeróbico o caminar rápidamente reduce las hormonas del estrés y mejora el ánimo), hacer ejercicios de relajación o de meditación, comer bien (incluyendo muchas frutas y vegetales) evitar el alcohol y la cafeína, dormir 7 u 8 horas regularmente. Respecto del segundo, es fundamental tener tiempo libre para sí, mantener una red de amigos y amigas con quienes compartir actividades recreativas o de simple conversación, solicitar el apoyo de familiares y amigos. A nivel laboral, las intervenciones de prevención dependen, en gran parte, del respaldo y de la decisión institucional para crear y mantener condiciones que permitan una crear y mantener ambientes de trabajo sanos es tomar conciencia de que los gastos y pérdidas económicas derivadas del agotamiento profesional: el incremento del ausentismo, la baja productividad, los accidentes profesionales, entre otros, repercuten negativamente en la rentabilidad económica de sus empresas. En el caso de las amas de casa es necesario realizar una correcta valoración y evaluación del factor o factores estresantes, sus causas, los factores condicionantes y todas aquellas situaciones, sean individuales o grupales, que inciden en el conflicto". Es necesario que las leyes que rigen la relación entre las personas que cohabitan bajo el mismo techo cubran las necesidades físicas y psicológicas de las amas de casa. Hay que entrenarlas en habilidades de comunicación, utilizar terapias a nivel cognitivo, desarrollar estrategias para enfrentar el estrés.<sup>14,15,17.</sup>

## **SÍNDROME DE BURNOUT EN AMAS DE CASA**

### **Rol de la mujer en el ámbito laboral y familiar**

A lo largo de la historia de la humanidad, ha existido el intercambio de los valores que han sido transmitidos por la cultura, la religión y las costumbres, lo que da como resultado el comportamiento que cada uno debería de asumir, según

fuera hombre o mujer.<sup>26</sup> Existiendo grandes diferencias en la manera cómo manejan la interacción entre los roles del ámbito laboral y familiar.<sup>27</sup>

En el caso de las mujeres, la Biblia acuña la versión de que la mujer es un hombre incompleto o como Platón propone que la mujer es un hombre castigado y Aristóteles que la mujer es un fallo de la naturaleza.<sup>26</sup>

En el siglo XIX, la Revolución Industrial promueve la separación de la esfera de producción doméstica y la mercantil, acontecimiento que acuña dos poderosos conceptos: actividad e inactividad; el trabajo sólo será vinculado a la producción y a la retribución económica como signo de su valor, la inactividad, al trabajo que no produce bienes de cambio y que, por tanto, no tiene un valor. La esfera doméstica queda entonces designada como el espacio de realización de tareas meramente reproductivas, y pensada para la satisfacción de las necesidades básicas de los miembros de la familia. Por lo que la mujer es socialmente definida por su adscripción al espacio doméstico.<sup>28,30</sup>

En México el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) retoma esta concepción donde se realiza la división sexual de trabajo entre hombres y mujeres manifestando que se encuentra íntimamente relacionada con los roles de género socialmente determinados. Esta división del trabajo relega a las mujeres a la esfera doméstica quienes han tenido que desarrollarlo de forma obligatoria. Particularmente, el hecho de que el trabajo doméstico no produzca bienes y servicios para el mercado, genera dificultades para el cálculo de su aporte en el Producto Bruto Interno (PBI), lo que acentúa aún más su invisibilidad y quienes se dedican a éste (trabajo doméstico), son consideradas "inactivas" socialmente hablando en los censos y estadísticas.<sup>29</sup>

Por lo tanto, toda mujer por el simple hecho de serlo es considerada un ama de casa en potencia, por lo que en ella recaerá toda la responsabilidad de la casa y la familia. Esta obligación social multiplica su jornada laboral, con graves efectos sobre su salud, como son cansancio emocional, actitud distante de la familia, irritabilidad y baja autoestima, problemas físicos como dolor de cabeza o

alteraciones gastrointestinales, que pueden presentarse en el síndrome de Burnout.<sup>25, 26.</sup>

Es importante señalar que el trabajo que realiza el ama de casa ayuda a la economía familiar del hogar, ya que en la mayoría de los casos no se contrata a una persona ajena para realizar tales actividades, y el tiempo destinado a estas actividades es prolongado sin tener horarios, días de descanso o vacaciones.<sup>25,30.</sup>

En la medida en que el trabajo de la mujer en la casa, excede las necesidades de su propia reproducción biológica y social, se convierte en trabajo subsidiario de los otros miembros de la familia, abarcando parcelas que quedan impagas por el capital, lo que hace al ama de casa más susceptible a presentar síndrome de Burnout.<sup>30</sup>

La familia es la división más pequeña de la sociedad, un grupo más íntimo al que puede pertenecer una persona. Una vez que se construye la familia, la distribución de las tareas propias de los roles familiares tiende a darse desde la línea del tradicionalismo; es en la familia en la que se presentan los cambios de rol más visibles, pues aquí donde la persona desarrolla su personalidad y comienza su proceso de socialización. Cada individuo desempeña una serie de roles o papeles, que se definen como “un conjunto de normas sociales integradas”. El rol es un vínculo que el individuo establece para cumplir con diferentes funciones, deberes y derechos en el núcleo familiar y social durante su desarrollo bio-psico-social. Para el hombre uno de sus más antiguos y tradicionales roles es el ser jefe de hogar y por ende su más alto representante y su condición se centra en ser proveedor y se reviste de la consideración de máxima autoridad en la toma de decisiones en la familia, considerando así que las tareas de atención, crianza y cuidado de los hijos y de otros miembros de la familia, proporcionan al género femenino características propias de ser mujer, como humildad, abnegación, sacrificio, que son reforzadas por el medio y además éste ejerce una fuerte influencia para que la mujer se encargue de las tareas domésticas y el padre se dedique a otras labores fuera del hogar o en aquellas acciones que no le exigen

involucrarse en lo cotidiano y que no requiere un mayor esfuerzo; de esta manera se contribuye a perpetuar la dicotomía existente entre hombres y mujeres.<sup>28, 31, 32.</sup>

Así el trabajo doméstico se ha definido como inactividad, sólo como una ayuda necesaria en la propiedad privada familiar y en el mantenimiento del sistema social, como el conjunto de actividades no remuneradas que se realizan dentro del hogar para proporcionar y proveer bienestar a los miembros de la familia garantizando higiene, alimentación, salud, equilibrio emocional y la socialización de los individuos. Al ser inactividad, al trabajo doméstico no se le reconoció como lo que es, como trabajo y las labores propias de este trabajo, al tener el carácter de privadas, individuales y concretas, se convirtieron en obligación (obligatoria y gratuita).<sup>28,30.</sup>

El tiempo destinado al trabajo doméstico varía entre hombres y mujeres. Al respecto, a continuación se presentan algunos datos de la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo, 2002. En la participación y promedio de horas a la semana destinadas a las actividades domésticas de los miembros del hogar 12 años y más, entre las mujeres, destaca por orden de importancia el trabajo y tiempo destinado a la limpieza del hogar, cocinar y preparar alimentos así como la limpieza y el cuidado de ropa y calzado. La participación masculina en este tipo de actividades es reducida, sobre todo en lo que se refiere a cocinar y preparar alimentos.<sup>31.</sup>

En México, desde 1995 el INEGI, reportaba un poco más de 17.4 millones de personas mayores de 12 años realizan exclusivamente quehaceres domésticos en su hogar; de ellas, el 6.6 por ciento corresponde a la población masculina y el 93.4 por ciento a la femenina. Esta distribución muestra el alto índice de feminización de estas actividades: mil 410 mujeres por cada 100 hombres se encuentran en tal situación. Con una prevalencia en las edades de 20-39 años.<sup>29,32..</sup>

En lo relativo al estado civil de las mujeres que realizan el trabajo doméstico en su hogar, el 73.5 por ciento son casadas, el 15.3 por ciento son

solteras y el 11.2 por ciento corresponde al grupo de mujeres divorciadas, viudas o separadas. Por otro lado, el tiempo equivalente en horas semanales que dedican las mujeres al trabajo doméstico es de 45.1 horas. Si comparamos este tiempo con el correspondiente al de quehaceres domésticos que realizan los hombres, que es de 16.8, la resultante es que las mujeres trabajan 2.7 veces más que ellos.<sup>32</sup>

Para el 2004 del total de mujeres casadas o unidas de 12 años y más, 99.1% participa en quehaceres domésticos, mientras que los hombres en ese mismo estado conyugal apenas lo hacen en 61.1% de los casos. Son los varones sin cónyuge, ya sean viudos, separados o divorciados, el grupo de población masculina que más participa en las labores del hogar (70.7%) al igual que los hombres solteros (70.3%) Y De acuerdo a las cifras de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo del INEGI (2009), para el último mes del año 2008, el 57.6% de la población de 14 años y más, es económicamente activa, mientras que 42.4% es económicamente inactiva (se dedica al hogar, estudia, está jubilado o pensionado); esta población asciende a un poco más de 31.7 millones, de los cuales, alrededor de 19 millones son mujeres dedicadas al trabajo doméstico.<sup>29</sup>

Hay un debate continuo sobre la cuestión de que si, en general, en las mujeres, se puede esperar que el riesgo de presentar Burnout sea mayor que en los hombres; y se ha observado que en las mujeres existe un agotamiento emocional más alto que en los hombres. Y que en ellos es más frecuente encontrar despersonalización.<sup>20,34</sup>

### **Características del trabajo doméstico.-**

Varios autores refieren que el trabajo doméstico se manifiesta a través ciertos elementos centrales como son:

- ❖ La no remuneración, porque quienes lo realizan, no reciben una contraprestación directa por ello, debido a que los bienes y servicios domésticos

no están destinados al intercambio mercantil y las relaciones económicas de la familia no se encuentran signadas por el mercado.

❖ La jornada interminable, puesto que no existe una regulación ni horarios establecidos, este trabajo se caracteriza por largas jornadas. La cantidad de tiempo que se le destina depende de las necesidades de la unidad familiar. Además, el trabajo doméstico no presenta variaciones en fines de semana, días festivos ni vacaciones. Éstos no representan una disminución del trabajo doméstico que realiza la mujer ama de casa, por el contrario, lo pueden incrementar.

❖ La multiplicidad de actividades. Como carece de una definición concreta de funciones, este trabajo puede implicar una variedad infinita de tareas que requieren una compleja diferenciación: administración de recursos y del consumo, cuidado y socialización de los niños, limpiar, cocinar, planchar, coser, atender a enfermos y ancianos, transportar a los miembros de la unidad familiar a recibir servicios educativos, recreativos y de salud, reparar y dar mantenimiento al espacio doméstico, cuidar la casa y hasta las mascotas.

❖ La rigidez. En una palabra, las condiciones del trabajo doméstico pueden definirse por su rigidez. El límite entre el tiempo de trabajo y el tiempo de ocio o descanso para las amas de casa es difícil de trazar porque está sujeto a las necesidades de los miembros de la familia.

❖ La escasa cualificación. Al trabajo doméstico se le ha definido como un trabajo que no requiere un aprendizaje especializado. Subyace la idea de que cualquiera lo puede hacer porque su adiestramiento se lleva a cabo en el hogar, no en una escuela ni en una fábrica. Por tanto, la persona responsable de hacerlo, parece ser sustituible por cualquier otra.

❖ El límite de la autonomía. La libertad de acción y pensamiento del ama de casa se encuentra limitada por el propio espacio doméstico y por las condiciones que las funciones le representan, sujetas a las necesidades de los otros.

❖ La indefensión. Las amas de casa que se dedican exclusivamente al trabajo doméstico, no gozan de una garantía ante situaciones adversas, tales como la enfermedad, los riesgos físicos, la vejez o el conflicto familiar, ya que no media un contrato que cubra la satisfacción de los servicios que atiendan a necesidades de este tipo.

❖ La invisibilidad. Como el hogar no es visto como un lugar de producción, entonces el trabajo realizado en esta esfera, productor de bienes y servicios, no es reconocido como trabajo, ni en las cifras macroeconómicas ni en el imaginario social. Desde esta concepción, el trabajo doméstico no es una actividad ni es productivo. Y si bien se reconoce imprescindible para el mantenimiento del espacio público, el trabajo doméstico no amerita un reconocimiento social: el trabajo que se realiza en la casa no se ve, se da por supuesto, como una obligación. Es, por tanto, invisible.

❖ La soledad. Como es un asunto individual y aislado, el trabajo doméstico se realiza en solitario.<sup>23,31.</sup>

### **Medición del Síndrome de Burnout en amas de casa**

Moreno-Jiménez, Bustos, Matallana y Miralles (1997), crearon el Cuestionario Breve de Burnout (CBB). El CBB consta de 21 ítems teóricamente organizados en tres bloques. El primero integra factores de riesgo antecedentes al síndrome: características de la tarea (no refuerzo) y la organización (falta de apoyo y excesiva exigencia), así como tedio (monotonía y repetición). El segundo integra las características nucleares del síndrome, tomadas de Maslach y Jackson (1981) que serían agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización. Finalmente, en el tercero se recogen tres consecuencias del síndrome sobre la salud, relaciones interpersonales y rendimiento laboral. El cuestionario tiene un formato aplicable a diversos contextos profesionales; no obstante, su empleo en el ámbito laboral de las amas de casa requirió adaptaciones en su

redacción, originándose el Cuestionario de Burnout para Amas de Casa (CUBAC) de González, Landero y Moral (2009), que consta de 21 ítems tipo Likert con un rango de respuesta de 1 a 5, organizados en tres escalas: características precursoras o de riesgo (9 ítems: 2, 4, 6, 8, 9, 10, 14, 16 y 20), síndrome (9 ítems: 1, 3, 5, 7, 11, 12, 15, 18 y 19) y consecuencias del síndrome (3 ítems: 13, 17 y 21). Cinco ítems están redactados en sentido inverso (2, 4, 8, 9 y 16). Proponiendo los siguientes puntos de corte (>64 para el síndrome completo, >29 para antecedentes, >25 para síndrome y >8 para consecuencias).<sup>22</sup>

Sin embargo para emplearlo en amas de casa se tuvieron que hacer adaptaciones; surgiendo así el Cuestionario de Burnout de Amas de Casa (CUBAC). Como primer paso, se solicitó autorización al Dr. Moreno vía correo electrónico, para adaptar el CBB al contexto del trabajo de ama de casa. Posteriormente, se realizó la adaptación, por parte del Dr. Moreno, los ítems 10 y 18 se replantearon totalmente, debido a que la redacción original no se adecuaba al trabajo de ama de casa. Finalmente, se realizó una prueba piloto con una muestra pequeña, antes de proceder a la aplicación en la muestra definitiva. Las participantes fueron contactadas a través de estudiantes de los grupos en que impartían clases Mónica Teresa González-Ramírez, René Landero-Hernández, José Moral de la Rubia, autores del CUBAC; a cada estudiante se le pidió que aplicara los cuestionarios a mujeres cuya actividad principal fuera desempeñarse como amas de casa; que no contaran con trabajo remunerado; el estado civil preferente era casadas, aunque se aceptaron en el estudio mujeres solteras, separadas o divorciadas con hijos. 226 personas respondieron el cuestionario; se eliminaron 3 cuestionarios debido a que había 2 o más respuestas en blanco; 5 sujetos cuyo estado civil era solteras y que no tenían hijos; y, todos aquellos casos en los que las participantes reportaron contar con algún tipo de trabajo remunerado, aunque éste consistiera en ventas por catálogo o algún trabajo ocasional. Así, se logró contar con 200 sujetos que cumplían los criterios de inclusión. Dos semanas después de la primera aplicación se logró que el 31.5% de los sujetos (n=63) respondieran nuevamente el cuestionario, con la finalidad de realizar análisis de confiabilidad testretest del CUBAC.

En el estudio de las propiedades psicométricas del CUBAC, contrastaron un modelo estructural secuencial, donde antecedentes y síndrome fueron dos variables manifiestas, la primera exógena y la segunda endógena, y las tres consecuencias se manejaron como indicadores de una variable latente endógena, obteniéndose unos índices de ajuste adecuados,  $\chi^2/gf = 2.03$ ,  $RMSEA = .07$ ,  $GFI = .98$ ,  $AGFI = .94$ . Los antecedentes explicaron el 58.4% de la varianza del síndrome y éste explicó el 85.7% de la varianza de las consecuencias. Asimismo, obtuvieron una estructura unidimensional para cada uno de los tres aspectos que componen la escala, factorizados de forma independiente, y valores de consistencia interna altos, de .77 a .81 por el coeficiente  $\alpha$ . Es un cuestionario autoaplicable que no requiere mucho tiempo para contestarlo.<sup>33</sup>

## 1.2 Planteamiento del problema

Actualmente se observa al Síndrome de Burnout como un problema de salud pública que afecta por lo general a las personas que se encuentran al cuidado de otras personas.

Las mujeres son las que con mayor frecuencia acuden a la consulta en los centros de atención primaria, ya sea para su atención o por acompañamiento de algún familiar y la mayoría de ellas son mujeres que se dedican exclusivamente al trabajo doméstico.

Las amas de casa son un grupo social que se les ha dado el rol de cuidadoras y como las actividades realizadas en el hogar no son consideradas como un trabajo, las amas de casa no han sido consideradas tampoco como un grupo de riesgo para éste problema, ya que al ser un pilar fundamental de la familia, si ellas se enferman, la familia se enferma.

Por lo tanto por tener esa característica pueden llegar a presentar el Síndrome de Burnout, siendo esto perjudicial para ellas y para la familia; por lo que parte de la prevención del síndrome de Burnout en este grupo radica en detectar a tiempo las características propias del mismo, con la finalidad de favorecer un adecuado bienestar individual y una buena integración familiar.

Es por ello que se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la frecuencia de Síndrome de Burnout en las amas de casa que acude a consulta al Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana?

### 1.3 Justificación

En México y en otros países de América Latina, todavía existe un número considerable de mujeres que se dedican exclusivamente al hogar, de acuerdo a las cifras de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo del INEGI (2009), para el último mes del año 2008, el 57.6% de la población de 14 años y más, es económicamente activa, mientras que 42.4% es económicamente inactiva (se dedica al hogar, estudia, está jubilado o pensionado); esta población asciende a un poco más de 31.7 millones, de los cuales, alrededor de 19 millones son mujeres dedicadas al trabajo doméstico.<sup>29</sup>

El burnout es un fenómeno ampliamente estudiado, las publicaciones sobre el tema se inician en profesionales de la salud; sin embargo, con el paso del tiempo, las investigaciones en torno al síndrome se han extendido a diferentes poblaciones, desde residentes y médicos, enfermeras, cuidadores, profesores y otros grupos de población que están al cuidado de otras personas. En el caso de las mujeres casadas, que solo desempeñan el rol de ama de casa, el síndrome ha sido poco estudiado; menciona la literatura que alrededor del 21% presentaba un alto nivel de burnout.<sup>33</sup>

El agotamiento y las otras manifestaciones del Burnout, pueden verse agravadas en el caso de la doble jornada de muchas mujeres, donde además del trabajo remunerado, deben realizar el rol tradicional de la mujer que implica el cuidado de los hijos y del hogar, ya que socialmente hablando, éstas son responsabilidades principalmente de las mujeres y dado que no se ha considerado un trabajo como tal, para las amas de casa no hay un horario establecido, ni vacaciones ni días de descanso, esto aunado a la multiplicidad de tareas, la no remuneración, la soledad, la invisibilidad, puede traer consecuencias como alteraciones emocionales, síntomas físicos o alteraciones conductuales que pueden ser perjudiciales para la familia.<sup>23,30</sup>

Una vez diagnosticado el síndrome de Burnout no se cuenta con un tratamiento específico para el mismo; las medidas preventivas van encaminadas a dar apoyo emocional e instrumental, informar a la persona que lo padece para que conozca la situación y poder afrontar mejor el problema antes que se presente.

El Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana” es una institución donde acude un gran número de mujeres; en donde existe un gran apoyo de las autoridades directivas y de enseñanza para poder incidir en este problema, mediante la aplicación del Cuestionario de Burnout para Amas de Casa, el cual es un cuestionario autoaplicable que no requiere de mucho tiempo para su contestación y que ayudaría bastante para determinar si las amas de casa padecen o están en riesgo de padecer el Síndrome de Burnout.

## **1.4 Hipótesis de trabajo**

No se requirió por tratarse de un estudio descriptivo.

## **1.5 Objetivos**

### **1.5.1 General.**

Identificar la frecuencia del síndrome de Burnout en las amas de casa que acuden al Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”.

### **1.5.2 Específicos.**

1. Identificar que las amas de casa padecen síndrome de Burnout.
2. Medir la frecuencia de síndrome de Burnout en un grupo de amas de casa que acuden al Centro de Salud.
3. Medir las dimensiones del síndrome de Burnout en amas de casa.
4. Identificar cuál de las dimensiones del síndrome de Burnout que estén más alteradas.
5. Analizar algunas variables sociodemográficas o familiares que se relacionen con el Síndrome de Burnout.

## 2. MATERIAL Y METODOS

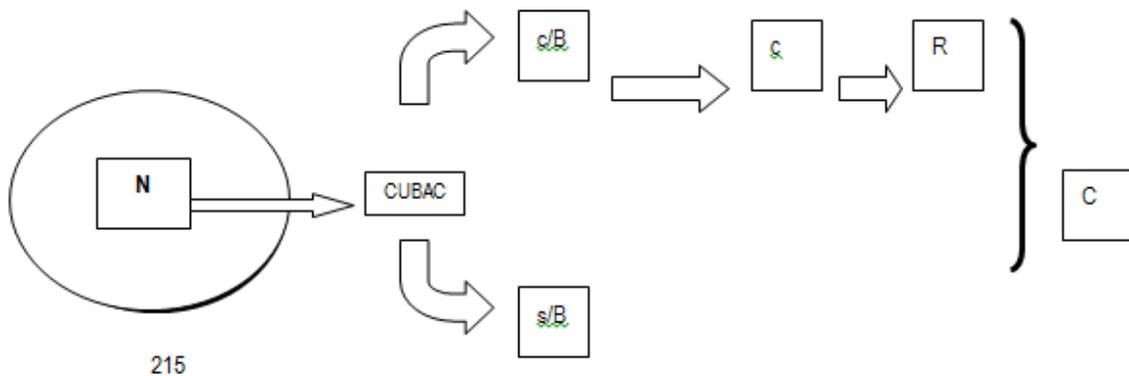
### 2.1 Tipo de estudio

Observacional

Descriptivo

Transversal

### 2.2 Diseño del estudio de investigación



**N:** 215. Amas de casa que acudieron a consulta en el Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”

**CUBAC:** Cuestionario de Burnout para amas de casa

**c/ B:** con Burnout

**s/B:** Sin Burnout

**R:** Referido

**c:** Clasificación

**C:** Conclusiones

### 2.3 Población, lugar y tiempo

Mujeres amas de casa que acudieron al centro de salud “Dr. José Castro Villagrana” durante el mes de Abril y Mayo del 2013.

## **2.4 Muestra**

**2.4.1 Tipo de muestra:** Por cuota

**2.4.2 Tamaño de la muestra:** Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula, obteniendo un resultado de 215

$$\frac{Z^2 (p \times q)}{d^2}$$

## **2.5 Criterios de selección**

### **2.5.1 Criterios de Inclusión:**

Se incluyeron a todas las mujeres amas de casa entre 20 y 60 años de edad que acudan al Centro de Salud en el mes de Abril y Mayo y acepten participar.

### **2.5.2 Criterios de no inclusión:**

Amas de casa que contaran con un trabajo remunerado.

### **2.5.3 Criterios de eliminación:**

Se eliminaron los cuestionarios incompletos o los que no se encontraron debidamente llenados.

## 2.6 Variables

### 2.6.1 Definición operativa

VARIABLE / CATEGORÍA (Índice-indicador / constructo-criterio)	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
Edad	Control	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio.	Cuantitativa continua	Años cumplidos
Escolaridad	Control	Grado máximo de estudios terminados	Cualitativa ordinal	Analfabeta Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incomp. Preparatoria comp. Preparatoria incomp. Professional comp. Profesional incomp. Otras:
Estado civil	Control	Tipo de contrato o convivencia que existe en una pareja	Cualitativa nominal	Soltera Casada Unión libre Divorciada Viuda
Años de casada	Control	Tiempo transcurrido desde la unión de la pareja ya sea por unión libre, matrimonio civil o religioso.	Cuantitativa continua	Tiempo cumplido en años 1, 2, 3, etc
Número de hijos	Control	Cantidad de hijos nacidos.	Cuantitativa continua	1, 2, 3, etc.
Número de habitantes	Control	Número de personas que cohabitan bajo el mismo techo.	Cuantitativa continua	1, 2, 3, 4, 5, etc.

Síndrome de Burnout	Dependiente	Cuadro clínico de estrés crónico manifestado en personas que se dedican al cuidado de otras.	Cuantitativa continua	CUBAC Consta de 21 ítems dividido en 3 bloques : a) Antecedentes: 9 ítems. > 29 b) Síndrome: 9 ítems. > 25 c) Consecuencias 3 ítems. > 8
Tiempo de ser amas de casa	Independiente	Tiempo en que las mujeres han estado designadas al espacio doméstico en donde se realizan de tareas meramente reproductivas, y pensada para la satisfacción de las necesidades básicas de los miembros de la familia.	Cuantitativa continua	Tiempo cumplido en años 1, 2, 3, etc.
Trabajo doméstico	Independiente	Conjunto de actividades no remuneradas que se realizan dentro del hogar para proporcionar y proveer bienestar a los miembros de la familia garantizando higiene, alimentación, salud, equilibrio emocional y la socialización de los individuos.	Cuantitativa continua	< a 23: Bajo De 23 a 30: regular >a 30: Alto o excesivo
Gratificaciones	Independiente	Compensación, regalo objeto material o inmaterial que produce agrado y bienestar a quien lo recibe.	Cuantitativa continua	< a 8: bajo De 8 a 14: regular <a 14: Alto

## 2.7 Instrumento de recolección de datos

Se realizó un cuestionario para las variables sociodemográficas y familiares (edad, estado civil, años de estado civil, escolaridad, número de hijos, número de habitantes que conviven en la misma casa). Para las variables de trabajo y gratificaciones fueron 18 ítems en donde se preguntaban actividades realizadas en el hogar, como quehaceres domésticos o apoyo a familiares y si tenían alguna actividad recreativa o salían a algún lugar como el cine, teatro o iglesia. Para la variable trabajo se tomaron los ítems 1 al 11 siendo la puntuación: < a 23: bajo, de 23 a 30: regular y > a 30: alto y para las gratificaciones los ítems 12 a 18 siendo el puntaje < a 8: bajo, de 8 a 14: regular y > a 14: alto. Se aplicó el CUBAC (Cuestionario de Burnout para amas de casa) creado por González, Landero y Moral, validado en 2009; el cual consta de 21 ítems organizados en 3 escalas: **A) Antecedentes** (Factores de riesgo antecedentes al síndrome: características de la tarea, la organización y el tedio) 9 ítems considerándose positivo una puntuación >29. **B) Síndrome:** (Características nucleares del síndrome: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal) 9 ítems considerándose positivo una puntuación >25. **C) Consecuencias:** (Sobre la salud, relaciones interpersonales y rendimiento laboral) 3 ítems considerándose positivo una puntuación >8.

## 2.8 Método para la recolección de datos

Se obtuvo autorización de las autoridades del centro de salud “Dr. José Castro Villagrana” para la aplicación de los cuestionarios a las amas de casa que acudían al mismo. Una vez calculado el tamaño de la muestra que fue de 215 amas de casa se procedió a la elección de las mismas mediante interrogatorio a todos las pacientes que se encontraron en las salas de espera del Centro de Salud; ya reunidas las amas de casa se les solicitó que acudieran al aula del Centro de Salud para explicarles en qué consistía el trabajo de investigación y pedir su autorización para participar en el mismo; a las amas de casa que

aceptaron participar se les aplicó el Cuestionario de datos y Cuestionario de Burnout para amas de casa, previa firma del consentimiento informado.

## **2.9 Procedimientos estadísticos**

### **2.9.1 Diseño y construcción de la Base de Datos**

Una vez recabada y completada la información se procedió a capturar los datos en una base creada en Excel versión 2003, Se realizó la captura de la información en la base de datos EPIINFO 2000. Se codificaron los datos obtenidos y se agruparon los resultados, para su análisis.

### **2.9.2 Análisis estadístico**

Para las variables cuantitativas:

- Medidas de resumen; frecuencias o porcentajes.

Para las variables cuantitativas:

- Medidas de tendencia central: media, mediana y moda.
- Medidas de dispersión: desviación estándar, rango y/o error estándar.

Para su presentación se utilizaron, tablas y gráficos de barras.

## 2.10 Cronograma de actividades

ACTIVIDAD / FECHA		AGO Y SEP 2011	OCT 2011 ENE 2012	FEB A DIC 2012	ENE A MAR 2013	ABR Y MAY 2013	MAY Y JUN 2013	JUNIO A DIC 2013	ENE 2014
Elección y aprobación del tema									
Recopilación bibliográfica									
PLANEACIÓN	Marco teórico								
	Registro y autorización de protocolo								
EJECUCIÓN	Recolección de datos								
	Análisis								
	Descripción de resultados								
	Discusión, Conclusiones								
	Revisión final								
	Entrega de reporte final								

## **2.11 Recursos humanos, físicos, materiales y financiamiento del estudio**

### **2.11.1 Recursos humanos**

- Investigador principal

### **2.11.2 Recursos físicos**

- Aula y salas de espera del centro de salud “Dr. José Castro Villagrana”

### **2.11.3 Recursos materiales**

- Computadora
- Cuestionarios (CUBAC, cuestionario de datos personales, trabajo doméstico y gratificaciones).
- Hojas blancas, plumas, lápices.
- Software con paquetes estadísticos
- Transporte público.

### **2.11.4 Financiamiento**

- Autofinanciado

## **2.12 Aspectos éticos y de bioseguridad**

Esta investigación se trata de un estudio transversal, observacional, descriptivo; en el cual los datos se obtendrán de la aplicación del instrumentos CUBAC, por lo tanto, de acuerdo a la “Declaración de Helsinki” de la Asociación Médica Mundial constatada en la 52ª Asamblea General Mundial de Edimburgo, Escocia en octubre del 2000, la investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un profesional médico competente en los aspectos clínicos. La responsabilidad por el ser humano debe siempre recaer sobre una persona medicamente calificada, nunca sobre el individuo sujeto a la investigación, aunque él haya otorgado su consentimiento. Siempre debe respetarse el derecho del participante en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse todas las precauciones del caso para respetar la vida privada del participante y para reducir al mínimo el impacto del estudio en la integridad física y mental del participante y en su personalidad. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los resultados. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación. En toda investigación en seres humanos, se debe dar a cada posible participante suficiente información sobre los objetivos, métodos, beneficios previstos y posibles peligros del estudio y las molestias que puede acarrear. Se le debe informar que es libre de abstenerse de participar en el estudio y que es libre de revocar en cualquier momento el consentimiento que ha otorgado para participar. La investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, el médico debe pedir el consentimiento para la recolección, análisis, almacenamiento y reutilización, por lo que se solicitará a las autoridades correspondientes de la institución donde se realizará el estudio su consentimiento para la recolección, análisis y almacenamiento de la información. Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe ser especialmente cuidadoso para darse cuenta si en el participante se ha formado una condición de dependencia con él o si consiente bajo coacción. En ese caso el consentimiento informado debe

obtenerlo un médico que no tome parte en la investigación y que tenga completa independencia de esa relación oficial. <sup>35</sup>.

La Secretaría de Salud a través de la Ley General de Salud en materia de investigación ha establecido los lineamientos y principios a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud en su Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, Fracción I, es considerada como investigación sin riesgo, ya que este tipo de estudios emplean técnicas y métodos de investigación documental y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales. Cabe señalar que se mantendrá en todo momento la confidencialidad de los datos de los participantes y en los casos que se requiera se canalizaran a la instancia correspondiente para su atención.<sup>36</sup>

### 3. RESULTADOS

Se estudiaron 232 amas de casa que acudieron al Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana” en el periodo de mayo a junio del 2013. De las 232 encuestas realizadas se eliminaron 17 porque no estaban debidamente llenadas quedando un total de 215.

El promedio de edad de la población de estudio fue de 41 años con una desviación estándar de 12 años, rango de 20 a 60 y moda de 50 años. Respecto al estado civil más de la mitad eran casadas, casi una cuarta parte vivían en unión libre, y el resto se encontraban solteras, divorciadas o viudas. (Figura 1).

El promedio de número de hijos fue de 3 con una desviación estándar de 1.5 y moda de 2; la mitad de las encuestadas tenían entre 1 a 2 hijos, la otra mitad fue de 3 a 8 hijos. Por número de integrantes de la familia el promedio fue de 4 con una desviación estándar de 1.5. (Tabla 1).

En cuanto a la escolaridad se obtuvo que casi el 70% de las amas de casa tenían estudios medios básicos y sólo una minoría de 6 encuestadas no estudiaron. (Tabla 2).

El promedio de tiempo de ser ama de casa fue de 19 años con una desviación estándar de 12 años, rango 1 a 50 años y moda de 30 años.

La frecuencia del síndrome de Burnout encontrada fue del 28.4% (n=61) de las amas de casa estudiadas y de ellas el 37.7% (n=23) tenían antecedentes positivos, no así con el rubro de las consecuencias. (Figura 2)

Al analizar algunas de las variables como factores asociados al síndrome de Burnout encontramos lo siguiente: (Tabla 3)

Con fines de análisis estadísticos se clasificó a la edad en 4 grupos por décadas; el grupo de edad con mayor frecuencia del síndrome fue el de 50 y más (32.4%); sin embargo las diferencias son muy bajas entre los grupos y la edad no se encontró relacionada con significancia estadística con la presencia del síndrome.

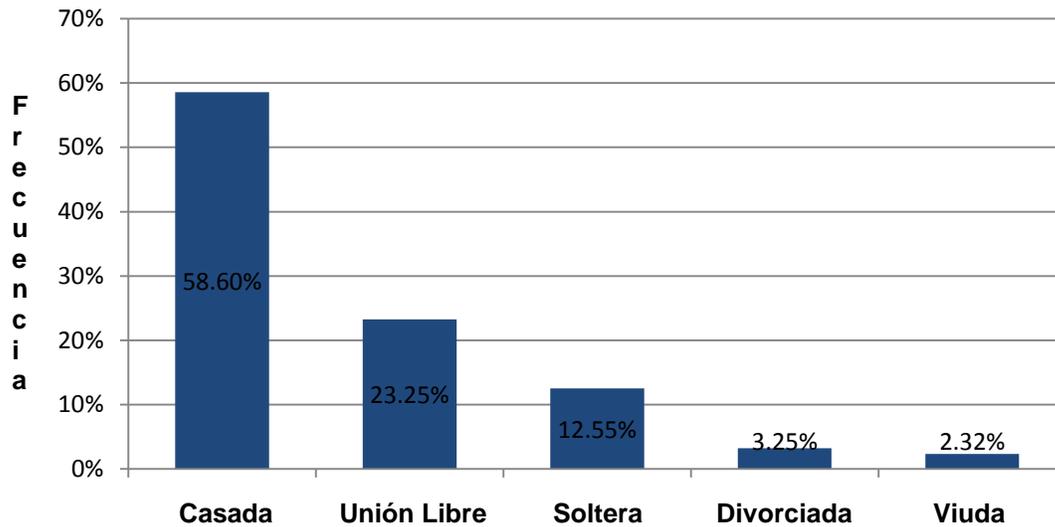
En el estado civil, la frecuencia del síndrome más alta se presentó en amas de casa que se encuentran casadas 40.9% (n=88). Sin embargo no se encontró relación con significancia estadística.

En la variable escolaridad la frecuencia más alta del síndrome fue en secundaria 21.8% (n=47), para calcular razón de momios el Odds Ratio se determinó baja escolaridad hasta secundaria, considerando a este grupo como factor de riesgo para presentar el síndrome, obteniéndose factores cercanos a la unidad, y sin relación con significancia entre esta variable y la presencia del síndrome (RM=0.95, IC=0.47-1.91, p=0.96).

Para el número de hijos, 108 de las pacientes encuestadas tenían hasta 2 hijos, presentado una frecuencia del síndrome de 14.4% (n=31), con una disminución de esta frecuencia entre más aumentaba el número de hijos, pero no se encontró relación estadísticamente significativa entre esta variable y la presencia del síndrome. El número de habitantes tampoco se encontró relacionada con la presencia del síndrome; la mayor frecuencia se presentó en amas de casa que habitaban hasta con 4 personas 18.6% (n=40).

En cuanto a las actividades relacionadas en el hogar (trabajo), el síndrome se presentó con mayor frecuencia 21.3% (n=46) en aquellas pacientes que realizan trabajo excesivo (>30) sin ser significativo a la hora de relacionarlos. Así como no se encontró ninguna relación estadística significativa entre la variable de gratificaciones y la presencia de síndrome de Burnout.

**Figura 1. Distribución de las mujeres estudiadas por estado civil**



Fuente: Encuestas

**Tabla 1. Distribución de hijos y habitantes por grupo en las amas de casa**

Número de habitantes y de hijos por grupo	Número de hijos por grupo	%	Número de habitantes por grupo	%
1-2	108	50.2%	29	13.5%
3-5	95	44.2%	138	64.2%
6 ó más	12	5.6%	48	22.3%

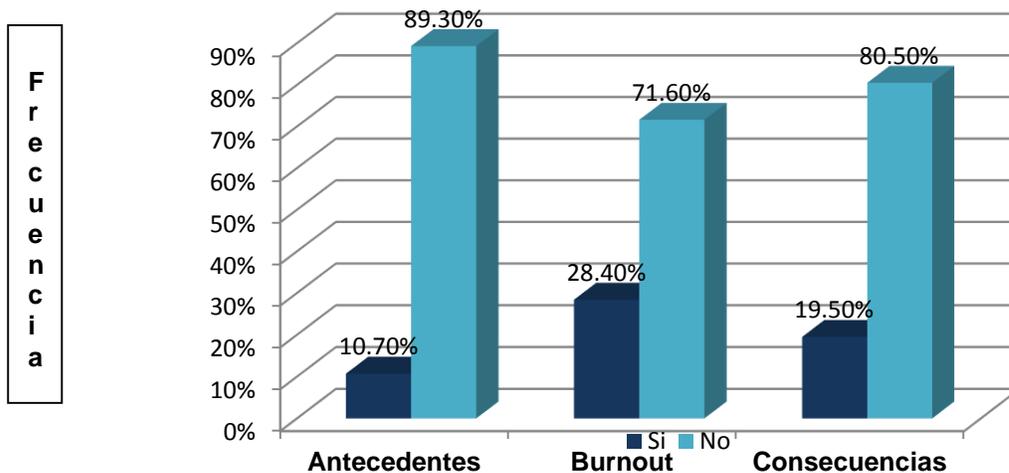
Fuente: Encuestas

**Tabla 2. Frecuencia de escolaridad de amas de casa**

Escolaridad	Encuestadas	%
No estudio	6	2.8%
Primaria incompleta	28	13%
Primaria completa	49	22.8%
Secundaria	67	31.1%
Preparatoria	43	20%
Nivel Profesional	11	5.1%
Carrera Técnica	11	5.1%
<b>Total</b>	<b>215</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuestas

Figura 2. Frecuencia del síndrome de Burnout en las amas de casa.



Fuente: Encuestas

Tabla 3. Factores asociados estudiados para el síndrome de Burnout.

Variable	Población	Presentan síndrome de Burnout	R.M.	I.C.	p
Grupo de edad (50 y más)	71	23	1.34	0.69-2.60	0.3
Estado Civil (casada)	126	38	1.24	0.65-2.38	0.4
Vive con su pareja	175	52	1.46	0.61-3.56	0.5
Número de hijos (Hasta 2)	108	31	1.03	0.55-1.95	0.9
Escolaridad baja (Hasta secundaria)	150	43	1.05	0.52-2.11	0.8
Habitantes (De 3 a 5)	138	40	1.09	0.56-2.13	0.7
Trabajo excesivo (Mayor a 30)	146	46	1.66	0.81-3.42	0.1

Fuente: Encuestas

#### 4. DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue determinar la frecuencia del Síndrome de Burnout en amas de casa, en las pacientes que acudieron al Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana” identificando los posibles factores de riesgo para la aparición del síndrome y la relación que existía entre éstos.

La muestra obtenida en este estudio es parecida a la población estudiada por González, Landero y Moral (2009)<sup>33</sup> en donde estudiaron a 200 amas de casa en dicho estudio y con la muestra de Moral et al (2011)<sup>22</sup> que fue de 226 amas de casa.

Se encontró que la frecuencia fue de 10.7% para antecedentes (23 de 215); 28.4% para síndrome (61 de 215) y 19.5% con consecuencias (42 de 215) en el CUBAC; aunque se obtuvo un puntaje de casi 10% menos para el bloque de ítems de antecedentes respetando los lineamientos establecidos para su puntuación se encontró que el 12.5% estaban a 1 o 2 puntos de presentar los antecedentes, resultando ésta frecuencia un poco mayor a la presentada para el bloque de Burnout. Lo reportado en la literatura fue similar a los resultados de este estudio, donde la frecuencia de los antecedentes del síndrome fue de 10.6%, para Burnout el 24.4% y para las consecuencias de 20.8%.<sup>22</sup> de acuerdo al estudio de Moral et al (2011).<sup>22</sup>

Como se indicó en la justificación de este trabajo la identificación del síndrome de Burnout en amas de casa es importante, pero ignorado, cuando está bien estudiado en otros sectores. Un poco más de un cuarto de la muestra presentan Burnout, que es una proporción un poco más alta que la reportada por Soares et al (2007), con un 21% remarcando la importancia de la identificación del síndrome y su atención.

Contando sólo con datos de autorreporte en el presente trabajo para la presencia de Burnout se observó que está presente cuando se realiza un trabajo excesivo en el hogar independientemente del grado de gratificaciones que tengan; existió una mayor exigencia por parte de los hijos hacia la madre cuando son 2 o menos probablemente por la gran atención que éstos demandan.

No se encontró ninguna relación estadística significativa entre las variables sociodemográficas y la presencia del síndrome de Burnout, tal vez porque el efecto de éstas sobre el síndrome no son tan consistentes y pueda haber otras variables que ejerzan cierta influencia más fuerte sobre el síndrome que las estudiadas en la presente investigación.

## 5. CONCLUSIONES

- a) La frecuencia obtenida en este estudio acerca de la presencia de Síndrome de Burnout en amas de casa es similar a la reportada en la literatura.
- b) Se encontró que no hubo relación entre el síndrome de Burnout y las variables sociodemográficas; tales resultados podrían indicar que el efecto de las variables sociodemográficas y laborales sobre el síndrome es inconsistente y que otras variables puedan estar ejerciendo cierta influencia moduladora más fuerte sobre el síndrome que las primeras.
- c) Existen en la literatura un número importante de estudios que refieran la frecuencia del síndrome, pero pocos se enfocan a las amas de casa, que todavía son muchas las mujeres que solo se dedican al hogar aquí en México.
- d) Con estos resultados se podría pensar en la importancia de desarrollar otras investigaciones relacionados posiblemente con temas como salud mental, calidad y estilos de vida para realizar una intervención preventiva para la manifestación de Burnout, contrarrestar sus causas y solucionar las consecuencias de su aparición.
- e) Las limitaciones de este estudio fueron tal vez carecer de una muestra probabilística.

#### 4. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Hernández GT, Terán VO, Navarrete ZD, et al. El síndrome de Burnout: una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y medición. [en línea] 2007;3(5):50-68. Disponible en Web: [http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/icea/IMG/pdf/4 - No.5.pdf](http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/icea/IMG/pdf/4_-_No.5.pdf)
2. Salanova M, Llorens S. Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout. Papeles del Psicólogo. 2008;29(1):59-67
3. Maslach C, Schaufeli BW, Leiter PM. JOB BURNOUT Annu. Rev. Psychol. 2001;52:397-422.
4. Carmen T. ¿Estrés o Burnout? Agenda Salud / Isis Internacional. 2004;1-8. Disponible en Web: <http://www.isis.cl/temas/salud/agenda/agenda24.htm>.
5. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. Career Development International. 2009;3(14): 204-220.
6. Blom V, Bergström G, Hallsten L, et al. Genetic susceptibility to burnout in a Swedish twin cohort. Eur J Epidemiol. 2012;27(3):225–231.
7. Cárdenas B, Trujillo V. Mobbing y Burnout: Un problema personal y laboral. Facultad de Psicología Universidad de la Sabana. 2007;1-30.
8. Houkes I, Winants Y, Twellaar M, et al. Development of burnout over time and the causal order of the three dimensions of burnout among male and female GPs. A three-wave panel study. BMC Public Health. 2011;11:240. Disponible en Web: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/240>.
9. Gil-Monte RP. Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals Rev. Saúde Pública. 2005;39(1):1-8

10. Livewire:: Internal Communications and Holiday Season Burnout. [en línea]. Disponible en Web: <http://www.livewireinc.com/index.php/2009/dialogue/planning/internal-communications-and-holiday-season-burnout/>. Feb 10, 2013;1-2.
11. Keim J, Olguin DL, Marley SC, et al. Trauma an Burnout: Counselors in Training. *Capelling Counseling Interventions*. Article 28. Pag. 293-303.
12. Pejušković B, Lecic TD, Priebe S, et al. Burnout Syndrome among physicians- the role of personality dimensions and coping strategies. *Psychiatria Danubina*. 2011; 23(4):389-395.
13. Milton G. Stress management- an integrated approach. *Official Journal of the South African Academy of Family*. 1988;2(9):500-503.
14. Nevanperä NJ, Hopsu L, Kuosma E, et al. Occupational Burnout, eating behavior, and weight among working women. *Am J Clin Nutr*. 2012;95(2):934-943.
15. Boskurt V, Aytac S, Bondy J, et al. Job satisfaction, role overload and gender in Turkey. *Journals intanbul*. 2011;44: 50-67.
16. Liselotte ND, Freischlag J, Kaups KL, et al. Work-Home Conflicts Have a Substantial Impact on Career Decisions That Affect the Adequacy of the Surgical Workforce. *Arch. Surg*. 2012;10(147):933-939.
17. Liselotte ND, Shanafelt TD, Balch CM, et al. Relationship Between Work-Home Conflicts and Burnout Among American Surgeons. A comparison by Sex. *Arch Surg*. 2011;2(146):211-217.
18. Bruin K, Yiannakis C. Self-directed learning, job demands and job resources as predictors of job satisfaction among South African women. *African Journal of Business Management*. 2012;6(27):8126-8135.

19. Maria de Franca F, Ferrari R. Burnout Syndrome and the socio-demographic aspects of nursing professionals. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(5): 743-748.
20. Norlund S, Reuterwall C, Höög J, et al. Burnout, working conditions and gender-results from the northern Sweden MONICA Study. *BMC Public Health.* 2010;10:326. Disponible en Web: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/326>.
21. Karlson B, Jönsson P, Palsson B, et al. Return to workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout-a prospective controlled study. *BMC Public Health.* 2010;10:301. Disponible en Web: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/301>.
22. Moral RJ, González RM, Landero HR. Factor Structure of STAXI-2-AX and its Relationship to Burnout in Housewives. *The Spanish Journal of psychology,* 2010;13(1): 418-430.
23. Moreno JM, Rios RL, Canto OJ, et al Satisfacción Laboral y Burnout en Trabajos Poco Cualificados: Diferencias entre Sexos en Población Inmigrante. *Revista de Psicología del Trabajo y del Organizaciones.* 2010;3(26): 255-265.
24. Montero MJ, Garcia CJ. Towards a brief definition of Burnout síndrome by subtypes: Development of the “Burnout Clinical Subtypes Questionnaire” (BCSQ-12). *Health and Quality of Life Outcomes.* 2011;9:74.
25. Kerman SF, Navidian A, Navabi RS, et al. Comparing health-related quality of life of employed women and housewives: a cross sectional study from southeast Iran. *BMC Women’s Health.* 2012;2:41. Disponible en Web: <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/12/41>.

26. Covadonga GM. Mujer y salud: Diario de una Mujer Emocionalmente Liberada. [en línea] 7mo. Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis. 2006:1-4 Disponible en Web:  
<http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/3729>.
27. Amarís M. Roles parenterales y el trabajo fuera del hogar. Psicología desde el Caribe: revista del Programa de Psicología de la Universidad del Norte. 2004;13:15-28.
28. Vega MA. Por la visibilidad de las amas de casa: rompiendo la invisibilidad del trabajo doméstico [en línea] 2007,173-193. Disponible en Web:  
<http://scielo.unam.mx/pdf/polcul/n28/n28a8.pdf>
29. Instituto Nacional De Estadística y Geografía. “Estadísticas a propósito del día Internacional del trabajo doméstico”. Aguascalientes Marzo 2013. Instituto Nacional de Estadística y Geografía Aguascalientes, Ags.
30. Torres C. El trabajo doméstico y las amas de casa: El rostro invisible de las mujeres. Revista del Departamento de Sociología 1989;4:(10):1-23.
31. Conapred, Documento informativo sobre trabajadoras del hogar en México. México 2011, p.1-26. Disponible en Web:  
<http://www.conapred.org.mx/redes/documentos.cedoc/Trabs-Hogar-DI-Accss.pdf>.
32. Pedrero NM. Trabajo doméstico no remunerado en México. Una estimación de su valor económico a través de la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo 2002. INMUJERES México 2005,1-56. Disponible en Web:  
<http://www.cedoc.inmujeres.gob.mx>.
33. González RM, Landero HR, Moral RJ. Housewife Burnout Questionnaire (CUBAC): Psychometric Properties and Sequential Model of Burnout. Univ. Psychol. Bogotá, Colombia. 2009;8(2):533-54.

34. Lindeberg SI, Rosvall M, Choi B, et al. Psychosocial working conditions and exhaustion in a working population sample of Swedish middle-aged men and women. *European Journal of Public Health*, 2010;2(21)190-196.
35. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos Oct 2008:1-5.
36. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Disponible en Web:  
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>. 4-23.

## 5. ANEXOS

## **ANEXO 1.**

### **CENTRO DE SALUD TIII “DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA” RESIDENCIA MÉDICA EN MEDICINA FAMILIAR**

#### **Consentimiento Informado para Participantes de Investigación**

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la Dra. Julia Angélica Cabrera Nava, Residente de tercer año de la Especialidad de Medicina Familiar. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es Demostrar que las amas de Casa pueden llegar a padecer Síndrome de Burnout y de ser así serán canalizadas al Centro correspondiente para su manejo y atención.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona, así mismo he sido informada que de padecer el Síndrome de Burnout seré canalizada a la Institución correspondiente para el manejo y atención del mismo. También he sido informada que mi participación en este estudio no conlleva ningún riesgo y que no recibiré ninguna remuneración económica. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la Dra. Julia Angélica Cabrera Nava al teléfono 044.55.32.63.07.24 o al correo electrónico [angy\\_mysoul@hotmail.com](mailto:angy_mysoul@hotmail.com).

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a la Dra. Julia Angélica Cabrera Nava al teléfono anteriormente mencionado.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Participante  
(en letras de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Nombre de Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Firma de Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Nombre de Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Firma del Investigador responsable:

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_.

#### **Anexo 2. Cuestionarios**

Estimada ama de casa, me permito solicitarle su colaboración para que conteste los siguientes cuestionarios, cuya información será utilizada en forma confidencial, con fines exclusivamente de investigación. Gracias por su colaboración.

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado civil:  
 Casada (cuántos años): \_\_\_\_\_, Unión libre (cuántos años): \_\_\_\_\_, Soltera: \_\_\_\_\_, Divorciada (cuántos años): \_\_\_\_\_ Viuda (cuántos años): \_\_\_\_\_. ¿vive con su pareja?  
 Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ ¿Tiene hijos? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuántos y de qué edades? \_\_\_\_\_ ¿Hasta que año estudio? Primaria completa: \_\_\_\_\_. Primaria incompleta: \_\_\_\_\_. Secundaria completa: \_\_\_\_\_, Secundaria incompleta: \_\_\_\_\_. Preparatoria completa: \_\_\_\_\_. Preparatoria incompleta: \_\_\_\_\_. Profesora completa: \_\_\_\_\_. Profesional incompleta: \_\_\_\_\_.  
 Especificar carrera: \_\_\_\_\_  
 Otras: \_\_\_\_\_ No estudio: \_\_\_\_\_.

Lea cuidadosamente cada enunciado y conteste colocando una X sobre los números de la columna del lado derecho (1, 2, 3, 4) de acuerdo a la clasificación correspondiente

De la siguiente lista de actividades marque aquellas tareas donde usted es la persona que regularmente las lleva a cabo.

1	Nunca o muy pocas veces	2	Algunas veces	3	Muchas veces	4	La mayoría de las veces
---	-------------------------	---	---------------	---	--------------	---	-------------------------

1.	Tender camas	1	2	3	4
2.	Lavar y planchar la ropa	1	2	3	4
3.	Preparar la comida	1	2	3	4
4.	Lavar los trastes y limpiar la cocina	1	2	3	4
5.	Coser, remendar, zurcir, tejer	1	2	3	4
6.	Realiza trámites relacionados con la casa (teléfono, agua, luz)	1	2	3	4
7.	Comprar alimentos, artículos de limpieza, útiles escolares	1	2	3	4
8.	Esperar el gas, la pipa del agua o camión de basura	1	2	3	4
9.	Realiza trámites relacionados con los hijos o familiares cercanos	1	2	3	4
10.	Atiende problemas emocionales de su pareja, hijos o familiares cercanos	1	2	3	4
11.	En su familia es necesario el soporte emocional que ud brinda	1	2	3	4
12.	Practica regularmente algún deporte o actividad recreativa (3 o mas veces por semana)	1	2	3	4
13.	Sale a pasear frecuentemente con algun familiar	1	2	3	4
14.	Asiste al cine, teatro u otro pasatiempo	1	2	3	4
15.	Cuando dispone de tiempo libre, ve televisión	1	2	3	4
16.	Medita, ora o asiste a misa	1	2	3	4
17.	El trabajo doméstico que ud realiza tiene que ver con su estado de salud	1	2	3	4
18.	Atención continua a su pareja, hijo (a) u otro familiar cercano por tener algún problema (emocional, salud o legal)	1	2	3	4

## CUBAC CUESTIONARIO DE BURNOUT PARA AMAS DE CASA

Contesta las siguientes frases escribiendo el número que corresponda a la respuesta que consideres más apropiada, todas las preguntas hacen referencia a tu trabajo como ama de casa:	En ninguna ocasión	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	La mayoría de las veces
<b>Respecto a mi trabajo como ama de casa</b>					
SB1. En general estoy harta de ser ama de casa	1	2	3	4	5
SB3. Mi familia frecuentemente tiene exigencias excesivas	1	2	3	4	5
SB5. Mi trabajo como ama de casa me ofrece escasos retos personales.	1	2	3	4	5
SB7. Cuando estoy en casa me siento malhumorada	1	2	3	4	5
SB11. Mi familia reconoce muy poco los esfuerzos que hago por ellos.	1	2	3	4	5
SB12. El interés por mi desarrollo profesional (o personal) es muy escaso.	1	2	3	4	5
SB.15 estoy agotada de mi trabajo como ama de casa.	1	2	3	4	5
SB18. Hago las tareas de la casa de forma mecánica, sin amor.	1	2	3	4	5
SB19. El trabajo que hago está lejos de ser el que yo hubiera querido.	1	2	3	4	5
<b>Antecedentes : características de la tarea, organización y tedio</b>					
SB2. Me siento identificada con mi trabajo de ama de casa.	1	2	3	4	5
SB4. Mi familia me apoya en las decisiones que tomo como ama de casa.	1	2	3	4	5
SB6. Mi trabajo como ama de casa carece de interés.	1	2	3	4	5
SB8. En mi familia nos apoyamos con el trabajo del hogar.	1	2	3	4	5
SB9. Las relaciones personales que establezco por ser ama de casa son gratificantes para mí.	1	2	3	4	5
SB10. Mi familia menosprecia la importancia de mi trabajo.	1	2	3	4	5
SB14. Mi trabajo es repetitivo.	1	2	3	4	5
SB16. Me gusta el ambiente y el clima de mi hogar.	1	2	3	4	5
SB20. Mi trabajo de ama de casa me resulta aburrido.	1	2	3	4	5
<b>Consecuentes: físicos, sociales y psicológicos</b>					
SB13. Considero que el trabajo que realizo repercute	1	2	3	4	5

en mi salud personal (dolor de cabeza, insomnio, etc).					
SB17. El trabajo de ama de casa está afectando mis relaciones familiares y personales.	1	2	3	4	5
SB21. Los problemas de mi trabajo como ama de casa hacen que mi rendimiento sea menor.	1	2	3	4	5

**ANEXO 3. Autorización del Director Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana**



SECRETARÍA DE SALUD  
SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL D.F.  
JURISDICCIÓN SANITARIA TLALPAN  
C.S. T-III DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA

**"2013; AÑO DE BELISARIO DOMÍNGUEZ"**

JCV/ 345 /2013

ASUNTO: Apoyo para estudios.

México, D.F., 22 de mayo 2013.

DRA. JULIA ANGÉLICA CABRERA NAVA  
MÉDICO RESIDENTE DEL 3° GRADO

En relación a su oficio donde solicita se le autorice la aplicación de cuestionarios dentro de Centro de Salud a mi cargo, de acuerdo al título "Frecuencia de Síndrome de Burnout en amas de casa", le informo que no hay ningún inconveniente por mi parte para la realización de dicha actividad.

Sin otro particular, quedo a sus órdenes.

ATENTAMENTE  
JEFE DE UNIDAD DE AT'N. MÉDICA DEL  
C.S. DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA

M.C. FERNANDO REY MONROY RAMÍREZ

smph



Coapa y Carrasco S/N • Col. Toriello Guerra • CP.14050 •  
Deleg. Tlalpan • Tels.5606-6516 / 5528 1173

df. mx  
salud.df. mx