



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR CDMX
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD
HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°10
“DR. GUILLERMO DÁVILA GARCÍA”**

**T E S I S
PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
(MEDICINA FAMILIAR)**

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL DURANTE
LA PANDEMIA DE COVID- 19 EN MÉDICOS FAMILIARES DEL HP/UMF N°10”**

P R E S E N T A

Edith Hernández Flores

Médica Residente de Segundo Año
Hospital de Psiquiatría con Unidad de Medicina Familiar 10 IMSS

ASESOR CLÍNICO:

Diego Arturo Oliva Reyes

Especialista en Medicina Familiar
Maestro en Educación basada en Competencias
HP/UMF No. 10. Dr. Guillermo Dávila García- Delegación Sur. CDMX. IMSS.
Hospital de Psiquiatría con Unidad de Medicina Familiar 10 IMSS

ASESOR METODOLÓGICO:

Manuel Millán Hernández

Especialista en Medicina Familiar
Maestro en Gestión Directiva en Salud
Doctorante en Alta Dirección en Establecimientos de Salud
Hospital de Psiquiatría con Unidad de Medicina Familiar 10 IMSS
Departamento de Investigación en Educación Médica
Secretaría de Educación Médica, Facultad de Medicina, UNAM.

Ciudad de México, noviembre de 2022.

Número de folio: **F-2022-3703-109**
Número de registro: **R-2023-3703-015**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL DURANTE
LA PANDEMIA DE COVID-19 EN MÉDICOS FAMILIARES DEL HP/UMF N°10”**

AUTORIZACIONES

Edith Hernández Flores

Médica Residente de Segundo Año
Especialidad en Medicina Familiar
Hospital de Psiquiatría con Unidad de Medicina Familiar 10

Diego Arturo Oliva Reyes

Especialista en Medicina Familiar
Maestro en Educación basada en Competencias
HP/UMF No. 10. Dr. Guillermo Dávila García- Delegación Sur. CDMX. IMSS.
Hospital de Psiquiatría con Unidad de Medicina Familiar 10 IMSS
ASESOR CLÍNICO

Manuel Millán Hernández

Especialista en Medicina Familiar
Maestro en Gestión Directiva en Salud
Doctorante en Alta Dirección en Establecimientos de Salud
Hospital de Psiquiatría con Unidad de Medicina Familiar 10 IMSS
Departamento de Investigación en Educación Médica
Secretaría de Educación Médica, Facultad de Medicina, UNAM.
ASESOR METODOLÓGICO

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL DURANTE
LA PANDEMIA DE COVID-19 EN MÉDICOS FAMILIARES DEL HP/UMF N°10”**

AUTORIZACIONES

Dr. Alberto Rosendo Ruíz

Director

Hospital de Psiquiatría con Unidad de Medicina Familiar 10 IMSS

Dr. Roberto Antonio Olivares Santos

Enc. Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud

Hospital de Psiquiatría con Unidad de Medicina Familiar 10 IMSS

Dr. Eric Omar Gallardo Alonso

Profesor Titular de la Especialidad en Medicina Familiar

Hospital de Psiquiatría con Unidad de Medicina Familiar 10 IMSS

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL DURANTE
LA PANDEMIA DE COVID-19 EN MÉDICOS FAMILIARES DEL HP/UMF N°10”**

AUTORIZACIONES

Dr. Javier Santacruz Varela

Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. Giovani López Ortíz

Coordinador de Investigación
Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. Isaías Hernández Torres

Coordinador de Docencia
Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **3703**.
U MED FAMILIAR NUM 21

Registro COFEPRIS **17 CI 09 017 017**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 09 CEI 003 20190403**

FECHA **Martes, 10 de enero de 2023**

Dr. DIEGO ARTURO OLIVA REYES


P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN MÉDICOS FAMILIARES DEL HP/ UMF N°10** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional
R-2023-3703-015

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

ATENTAMENTE


Dr. PAULA AVALOS MAZA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3703

[Imprimir](#)

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación **37038**.
U MED FAMILIAR NUM 21

Registro COFEPRIS **17 CI 09 017 017**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 09 CEI 003 20190403**

FECHA **Jueves, 05 de enero de 2023**

Dr. DIEGO ARTURO OLIVA REYES


P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN MÉDICOS FAMILIARES DEL HP/ UMF N°10** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional
Sin número de registro

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

ATENTAMENTE


Dra. ALYNE MENDO REYGADAS
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 37038

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

*Si ser médico es entregar la vida a la misión elegida.
Si ser médico es no cansarse nunca de estudiar y tener todos los días la humildad de aprender la nueva lección de cada día.
Si ser médico es hacer de la ambición nobleza; del interés, generosidad, del tiempo destiempo; y de la ciencia servicio al hombre que es el hijo de Dios.
Si ser médico es amor, infinito amor, a nuestro semejante...
Entonces ser médico es la divina ilusión de que el dolor, sea goce; la enfermedad, salud; y la muerte vida.*

Gregorio Marañón y Posadillo

AGRADECIMIENTOS

A mi hija Tania y a mi esposo Ulises, gracias por su apoyo, porque me dan fortaleza e inspiración para seguir adelante y me hacen gozar al ser parte de una familia.

A mis padres María de los Ángeles y Eliseo, a mis hermanos Elsa, Edgar, Erika, Edén y Eva, que gracias a sus enseñanzas y apoyo incondicional puedo estar cumpliendo esta nueva meta.

A mis maestros, que han estado presentes en cada etapa de mi vida, gracias por su confianza y por sus enseñanzas, las cuales me permiten ser una mejor médica y una mejor persona.

A mis amigos, personas entrañables, que me ayudan a superar los desafíos.

A cada uno de ustedes, les estaré infinitamente agradecida.

ÍNDICE

1. Resumen	1
2. Antecedentes	2
2.1 Marco conceptual	2
2.1.1 Definición del síndrome de desgaste ocupacional	2
2.1.2 Dimensiones del síndrome del desgaste ocupacional	3
2.1.3 Subtipos de desgaste ocupacional	4
2.1.4 Teorías de desgaste Ocupacional	4
2.1.5 Las consecuencias de agotamiento emocional	7
2.1.6 La familia funcional	7
2.1.7 Relación entre funcionalidad familiar y síndrome de desgaste ocupacional	9
2.2 Marco teórico	10
2.2.1 Maslach Burnout Inventory	10
2.2.2 Escala de evaluación de funcionamiento familiar FACES III	11
3. Justificación	15
4. Planteamiento del problema	15
5. Objetivos	15
5.1 Objetivo general	15
5.2 Objetivos específicos	15
6. Hipótesis	16
7. Material y método	16
7.1 Diseño de estudio	16
7.2 Criterios de selección	17
7.3 Control de calidad	17
8. Muestreo	18
9. Variables	18
9.1 Lista de variables	18
9.2 Operacionalización de variables	19
10. Descripción del estudio	20
11. Análisis estadístico	21
12. Consideraciones éticas	21
12.1 Internacionales	21
12.2 Nacionales	22
13. Recursos	23
14. Limitaciones y Beneficios	23
15. Cronograma	24
16. Resultados	25
17. Discusión	56
18. Conclusiones	59
19. Referencias	60
20. Anexos	62

1. RESUMEN

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL EN MÉDICOS FAMILIARES DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 DEL HP/UMF N° 10”

Edith Hernández-Flores * Roberto Olivares-Santos** Diego Arturo Oliva Reyes*** Manuel Millán-Hernández****

*Médico Residente de Segundo Año de la Especialización Médica en Medicina Familiar. HP/UMF n° 10, IMSS.

** Responsable de la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud. HP/UMF n° 10, IMSS.

*** Médico Adscrito Especialista en Medicina Familiar. HP/UMF n°10, IMSS

****Médico Adscrito a Atención Médica Continua. HP/UMF n°10 IMSS. Académico-Investigador del Departamento de Investigación en Educación Médica, Secretaría de Educación Médica. Facultad de Medicina, UNAM.

Introducción: el Síndrome de desgaste ocupacional es la respuesta al estrés laboral crónico que se desarrolla de manera progresiva y que no se ha manejado con éxito. Se caracteriza por presentar diferentes niveles de agotamiento emocional, despersonalización, y falta de realización personal. Estos factores afectan de forma activa en la manera en que el médico realiza su trabajo diario, y la atención que brinda a sus pacientes y compañeros de trabajo. La funcionalidad familiar se alcanza al cumplir de manera plena con los objetivos y funciones básicas familiares, con equilibrio y comunicación entre cada miembro. El grado de funcionalidad familiar se determina por la forma en que ésta reacciona ante los cambios, internos como externos, mediante diferentes mecanismos, como son la adaptabilidad y cohesión familiar.

Objetivo: relacionar la funcionalidad familiar y el síndrome de desgaste ocupacional durante la pandemia de COVID-19 en médicos familiares del HP/ UMF N°10

Método: estudio prospectivo, transversal, descriptivo, comparativo, observacional. Universo de estudio conformado por 63 médicos familiares. Se utilizó hoja de recolección e instrumentos Maslach Burnout Inventory y FACES III. Se realizó análisis estadístico.

Resultados: edad de 31 a 40 años (43.6%), mujeres (67.3%), turno de trabajo matutino (60%), un trabajo (69.1%), 11 a 15 años de antigüedad (32.7%), médicos de base (90.9%), solteros (43.6%), ningún hijo (36.4%), sin enfermedades crónicas (67.3%), 16 a 30 minutos de transporte (36.4%). Familias relacionadas (41.8%), familias caóticas (52.7%), familias caóticamente relacionadas (20%), familias caóticamente aglutinadas (20%), familias balanceadas (47.3%). Agotamiento emocional leve (52.7%), despersonalización (69.1%), realización personal alta (41.8%), con desgaste ocupacional moderado/grave (70.9%).

Conclusiones: **No existe relación** entre la **funcionalidad familiar** y el **desgaste ocupacional entre los médicos familiares del HP/UMF n° 10**. Tampoco se observó la existencia de asociación estadísticamente significativa entre el **tipo de familia** y el **desgaste ocupacional**. Al asociar las variables **edad, sexo, turno de trabajo, número de trabajos, antigüedad, categoría, número de hijos y enfermedades crónicas** y el **desgaste ocupacional** no existe asociación estadísticamente significativa. Mientras que, **sí** existe asociación estadísticamente significativa para **estado civil** y **tiempo de transporte**.

Palabras clave: Funcionalidad familiar, desgaste ocupacional, médicos familiares.

2. ANTECEDENTES

2.1 Marco conceptual

El Síndrome de desgaste ocupacional (antes denominado Burnout) es la respuesta al estrés laboral crónico que se desarrolla de manera progresiva. Dicho término fue utilizado por primera vez por Graham Greene en su novela "A Burnt-Out Case" al describir la historia de un arquitecto que no encontraba sentido a su profesión ni placer en la vida. Fue retomado e introducido en el ámbito psicológico a principios de la década de 1970 por el psicoanalista Freudenberger, quien describió el burnout como "un estado de agotamiento, fatiga y frustración debido a una actividad profesional que no produce expectativas esperadas" (1).

Poco después, el término agotamiento es introducido a la literatura científica por Maslach siendo definido como: un proceso gradual de fatiga, cinismo y compromiso reducido entre los profesionales de la asistencia social. Después de algunos años, tras la realización de varios estudios Maslach y Jackson reformularon el concepto, creando una definición más rigurosa y operativa del burnout, considerándolo como un síndrome psicológico caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y disminución del sentido de eficacia profesional que puede aparecer en los cuidadores.

2.1.1. Definición del síndrome de desgaste ocupacional

El síndrome de desgaste ocupacional es definido como un estado de estrés psicológico, emocional y físico que se produce debido a períodos prolongados de exposición a factores estresantes ocupacionales crónicos (2).

La CIE-11 a partir del año 2019 lo cataloga con la clave QD85, y lo denomina como: Síndrome de desgaste ocupacional (3), definiéndolo de la siguiente manera: "Un síndrome conceptualizado como resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito. Se caracteriza por tres dimensiones: 1) sentimientos de falta de energía o agotamiento; 2) aumento de la distancia mental con respecto al trabajo, o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo; 3) una sensación de ineficacia y falta de realización. El síndrome de desgaste ocupacional se refiere específicamente a los fenómenos en el contexto laboral y no debe aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida". Sin embargo, como se desarrolla más adelante existen varias teorías que explican desde diversos enfoques el origen y la evolución hacia esta condición emocional, que afecta el rendimiento laboral.

Dicha clasificación excluye los siguientes trastornos:

- Trastorno de adaptación (6B43)
- Trastornos específicamente asociados al estrés (6B40-6B4Z)
- Trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo (6B00-6B0Z)
- Trastornos del estado de ánimo (6A60-6A8Z)

Los cuales son importantes para evitar el diagnóstico erróneo del síndrome, y más adelante se toman como criterios de exclusión.

2.1.2. Dimensiones del síndrome de desgaste ocupacional

Como se comenta anteriormente el síndrome de desgaste ocupacional se manifiesta en tres dimensiones, a continuación, se explica de manera breve la forma de manifestarse de cada una:

El agotamiento emocional se manifiesta en sentimientos y sensación de agotamiento por el esfuerzo psicológico realizado en el trabajo. Así como: fatiga, cansancio, debilitamiento, dificultad para adaptarse al ambiente laboral, por la carencia de la energía emocional para afrontar las tareas laborales.

El cinismo o despersonalización es el componente interpersonal del síndrome de desgaste ocupacional, se define como una respuesta de desapego, indiferencia y despreocupación hacia el trabajo que se realiza hacia las personas que lo reciben. Se traduce en actitudes y comportamientos negativos o inadecuados, irritabilidad, pérdida del idealismo y evitación interpersonal hacia los usuarios del servicio, pacientes y/o clientes.

La reducción del logro personal se refleja en una autoevaluación profesional negativa y dudas sobre la capacidad para desempeñar el trabajo con eficacia, y tendencia a evaluar negativamente los resultados. También se traduce en la disminución de la productividad y capacidades, tendencia a la desmoralización, así como, a menores habilidades de afrontamiento.

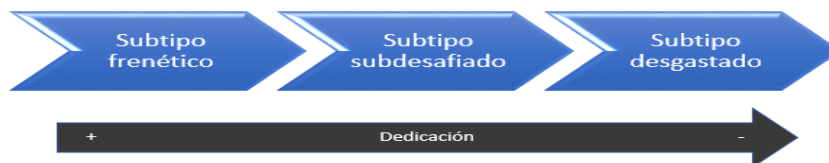
Cada una de estas dimensiones no son independientes completamente. La diferencia entre cada una de ellas radica en cuál es la primera dimensión que aparece ante el estrés laboral (agotamiento emocional o despersonalización), diferentes estudios han indicado que los altos niveles de agotamiento emocional conducen a altos niveles de cinismo o despersonalización. Así como, el agotamiento y la despersonalización constituyen el núcleo o dimensiones clave del síndrome de desgaste ocupacional, mientras que la falta de realización profesional es considerada antecedente o consecuencia del síndrome de desgaste ocupacional.

Montero- Marín (5) plantea que este síndrome no siempre se desarrolla de la misma manera y que puede haber tres variantes dependientes de la dedicación de los trabajadores a su trabajo o actividad. Estos subtipos pueden entenderse como etapas en las que se produce un deterioro progresivo de los niveles de compromiso del trabajador con su puesto de trabajo y repercuten a la hora de elegir la intervención a aplicar. Considerando al burnout una condición en desarrollo, con una reducción progresiva en los niveles de compromiso, evolucionando del entusiasmo a la apatía. Dentro de sus factores de riesgo puede observarse que las mujeres son más vulnerables a padecer desgaste ocupacional que los hombres, así como la presencia de estresores relacionados a las demandas laborales como el control, entorno físico, tipo de puesto y desempeño, organización, inseguridad, relaciones interpersonales (6).

2.1.3. Subtipos de desgaste ocupacional

Se consideran tres subtipos (1):

- Subtipo frenético: presente en ambientes laborales sobrecargados con personas que trabajan intensamente hasta agotarse. En éste los trabajadores se esfuerzan en mantener el puesto, mostrando más dedicación y necesidad de obtener logros importantes, a expensas de emplear un mayor número de horas de trabajo a la semana o se involucran en diferentes trabajos al mismo tiempo. Por lo que este subtipo se asocia a niveles elevados de desgaste y sensación de abandono de la vida personal y de la salud del trabajo.
- Subtipo subdesafiado: presente en profesiones monótonas y poco estimulantes, con tareas repetitivas, mecánicas y rutinarias, siendo trabajos poco gratificantes, monótonos, poco satisfactorios, por lo que éstos muestran indiferencia, aburrimiento y falta de desarrollo personal junto con el deseo de cambiar de trabajo. Este subtipo de síndrome de desgaste ocupacional se relaciona a altos niveles de cinismo, por falta de identificación con las tareas laborales, y se asocia a un estilo de afrontamiento escapista, que se basa en la distracción o evitación.
- Subtipo desgastado: presentes en trabajos cuyos resultados generan desesperanza y falta de control, sin reconocimiento al esfuerzo invertido, generando en el trabajador falta de atención y abandono como respuesta a las dificultades. Este tipo se asocia a la percepción de ineficacia, al afrontamiento pasivo del estrés, basado principalmente en la desconexión conductual, generando sentimientos de incompetencia y culpa.



2.1.4. Teorías de Desgaste Ocupacional

Existen diferentes teorías que intentan responder a la pregunta de cómo aparece el burnout y cómo se desarrolla, y las cuales aportan una visión más global de este síndrome.

1. Teoría cognitiva social
2. Teoría del intercambio social
3. Teoría organizacional
4. Teoría estructura
5. Teoría de las demandas laborales y los recursos

6. Teoría del contagio emocional.

A continuación, se describen cada una de las teorías:

1. **Teoría Sociocognitiva:** esta teoría se centra en variables individuales como la autoeficacia, la autoconfianza y el auto-concepto en el desarrollo y evolución del burnout. Presentándose en el trabajador al tener dudas sobre su eficacia o la de su grupo de trabajo al cumplir con los objetivos profesionales. Existen antecedentes que facilitan el desarrollo de crisis de eficacia como son (7): a) Tener experiencias negativas de fracaso en el pasado; b) Falta de modelos que impidan la comparación de las capacidades propias y las capacidades de los integrantes del grupo, con relación a sus logros, así como observar que otros integrantes similares en cuanto a capacidad tienen experiencias de fracaso; c) falta de refuerzo o persuasión social; falta de retroalimentación sobre el trabajo realizado, recepción de críticas negativas o castigos; d) presencia de estados emocionales y somáticos negativos, como nerviosismo, ansiedad, y otros que pueden ser muestra de debilidad e interpretarse como falta de capacidad. Esta crisis de eficacia puede conducir a una baja realización profesional, que, de mantenerse con el tiempo, generaría desgaste emocional que conduciría a cinismo y/o despersonalización como forma de afrontamiento del estrés.



2. **Teoría del intercambio social:** esta teoría toma como factor para desencadenar Burnout la falta de equidad entre los esfuerzos y trabajo realizados y los resultados obtenidos en el trabajo, la cual puede ocurrir con los pacientes, colegas, supervisores y organizaciones, consumiendo los recursos emocionales de los profesionales, y generando desgaste emocional que puede llegar a ser crónico. Dicho agotamiento puede ser provocado por las demandas interpersonales involucradas en el trato con los pacientes que se vuelven emocionalmente demandantes. Así, para evitar el contacto con la fuente del malestar, se utiliza la despersonalización o el cinismo como estrategia para afrontar el estrés, lo que puede llegar a conducir a una baja realización personal.
3. **Teoría Organizacional:** esta teoría considera que el agotamiento es consecuencia de factores estresantes organizacionales y laborales que se combinan con estrategias de afrontamiento individualizadas inadecuadas. Esta teoría se basa en dos modelos alternativos, para explicar las relaciones entre las dimensiones del síndrome de desgaste ocupacional. El agotamiento se inicia por la existencia de estresores organizacionales o factores de riesgo, que llevan a algunos individuos a usar con estrategia de afrontamiento una disminución en el compromiso organizacional, parecido al cinismo y la despersonalización (8). Lo que llevará al individuo a experimentar baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional. La propuesta alternativa refiere que el agotamiento emocional provocado por soportar estresores laborales es la manera en que inicia el síndrome. La despersonalización es considerada una estrategia

de afrontamiento ante el agotamiento emocional, resultando una baja realización personal.



4. **Teoría de las demandas y los recursos:** esta teoría postula que el burnout se produce al existir un desequilibrio entre las demandas y los recursos derivados del trabajo, las demandas laborales son los factores que requieren un esfuerzo físico o mental sostenido, como sobrecarga de trabajo, trabajo emocional, presión de tiempo, conflictos interpersonales, asociados a costos fisiológicos debido a la activación del eje hipotálamo-pituitario- suprarrenal y costos psicológicos como la fatiga subjetiva, déficit de atención y redefinición de los recursos de la tarea. Al no ser suficiente o adecuada la recuperación ante las exigencias, se desencadena un estado de agotamiento físico y psíquico. Los recursos laborales se refieren a los aspectos físicos, psicológicos, organizacionales o sociales del trabajo que ayudan a reducir las demandas de trabajo y los costos fisiológicos y psicológicos asociados y que son decisivos para lograr los objetivos laborales. Cuando las demandas son mayores que los recursos, se produce fatiga, el cual, al mantenerse en el tiempo se vuelve crónica, originando el síndrome de desgaste ocupacional. Por lo tanto, las exigencias laborales tienen relación directa y positiva con el burnout, en especial con el agotamiento emocional, mientras que la existencia de recursos laborales influye inversamente en la despersonalización al reducir o minimizar su uso como estrategia de afrontamiento.
5. **Teoría estructural:** esta sostiene que el agotamiento es una respuesta al estrés laboral crónico que aparece al fallar las estrategias de afrontamiento empleadas por el individuo para manejar los factores estresantes laborales. De forma inicial, el estrés laboral provocará la creación de estrategias de afrontamiento, las cuales, al no tener éxito, conducen al fracaso profesional y al desarrollo de sentimientos de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional, desarrollando actitudes de despersonalización como forma de afrontamiento. El agotamiento generado repercutirá de manera adversa en la salud personal así como en la salud de las organizaciones.
6. **Teoría del contagio emocional:** en esta teoría se considera que el burnout se desarrolla en equipos de trabajo, debido a tendencia a imitar y sincronizar automáticamente las expresiones faciales, vocalizaciones, posturas y movimientos con los de otras personas y converger emocionalmente con ellos. Este tipo de burnout se ha evidenciado en personal docente y sanitario, así como en cónyuges (fuera del trabajo).

2.1.5. Las consecuencias del agotamiento emocional.

El síndrome de desgaste ocupacional acarrea una serie de consecuencias adversas tanto para las personas que lo padecen como para las organizaciones en las que trabajan, las cuales pueden ser psicológicas, durante un lapso de tiempo, que producen efectos adversos sobre la salud física y el comportamiento de los trabajadores, lo que generará consecuencias organizacionales indeseables.

Las consecuencias psicológicas que genera el síndrome de desgaste ocupacional se dan tanto a nivel cognitivo como emocional. Algunos estudios asocian este síndrome con problemas de concentración y memoria, dificultad para la toma de decisiones, disminución de la capacidad de afrontamiento, depresión, ansiedad, insatisfacción ante la vida, baja autoestima, insomnio, irritabilidad y aumento del consumo de alcohol y tabaco, así como puede suponer un riesgo de suicidio.

El presente protocolo de investigación pretende conocer la manera en que las relaciones familiares, la flexibilidad, cohesión y adaptabilidad a las nuevas circunstancias de la familia de los individuos estudiados influyen o desencadenan la presencia del síndrome de desgaste ocupacional. A continuación, se define el papel de la familia.

2.1.6. La familia funcional

La palabra “familia” proviene de la palabra latina *famulus*, asignada a los sirvientes o esclavos domésticos. La cual en sus inicios agrupaba a los esclavos y criados que eran propiedad de un solo hombre. En la estructura de la familia romana, ésta era regida por el *pater*, quien tenía todo el poder y regía sobre sus esclavos, sirvientes e hijos. (9)

Actualmente el concepto de familia de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud se define como: “un grupo de personas emparentadas entre sí, hasta un grado determinado ya sea por sangre, adopción o matrimonio” (9).

Actualmente se denomina familia, al grupo de personas que se relacionan o se tienen un parentesco mediante el matrimonio, o bien, por la existencia de redes de interacción interpersonal, que llevan al individuo a sentirse cómodo y seguro.

Antropológicamente se conceptualiza a la familia como: “el grupo primario de la sociedad cuyos miembros comparten riesgos de salud, reproducen y consumen la ideología social” (9) y de acuerdo a su estructura y funcionalidad son determinantes en el grado de desarrollo social. La sociedad influye en la organización y estructura familiar. De acuerdo a este factor, la familia nunca permanece estática, y sus cambios son resultados de la evolución de la sociedad.

Mientras que, Bertalanffy y Waltzlavik (10), consideran a la familia como un sistema abierto, teniendo interrelación con su entorno sociocultural, continuando su evolución dentro de su ciclo vital, funcionando como un sistema, en donde cada miembro está relacionado, y cada cambio que sufre uno de sus

miembros afecta a los demás, afectando por consiguiente a la familia. La familia como sistema es mayor que la suma de cada una de sus partes o características de sus miembros. Por lo tanto, un mismo origen puede llegar a resultados diferentes, mientras que, el mismo resultado puede resultar de diferente origen, implicando que no son los eventos los que determinan el funcionamiento de la familia, sino que, las características propias de organización e interacción las que condicionan la forma en que cada familia enfrente cada situación.

“Las reglas familiares implícitas y explícitas organizan las funciones y la interacción familiar para fortalecer la estabilidad como sistema, dichas reglas encarnan las expectativas acerca de los roles, acciones y consecuencias que guían la vida familiar” (10). Por lo que dentro de la familia las normas se delimitan y refuerzan, contribuyendo cada miembro al balance homeostático, mediante conductas complementarias o recíprocas que ayudan a la retroalimentación familiar. Al mismo tiempo, la familia necesita flexibilidad para adaptarse a los cambios internos y externos, debe reorganizarse de acuerdo a las demandas de desarrollo de su ciclo vital, garantizando su continuidad.

Se define funcional a la utilidad de un patrón organizacional o conductual para lograr un objetivo. Así como, se define normativo a los rangos de conducta permitidos: cada familia establece sus propias reglas y patrones, los cuales le sirven de normas para regular su propia conducta. Estos patrones familiares están influidos por expectativas o escalas de valores que presenta la sociedad, comunidad o cultura determinada, la cual define lo que debe ser, lo que no debe ser, o lo que se espera, y se rigen por leyes y costumbres. Es necesario conocer la cultura a la cual pertenece la familia para poder entenderla, debido a que los juicios de salud o normal, de enfermedad o anormal, funcional o normativo, dependen de la forma de vida de cultura, a la cual la familia está insertada.

La funcionalidad familiar se alcanza cuando los objetivos familiares o funciones básicas se cumplen de manera adecuada y plena, con equilibrio entre sus miembros, mediante una comunicación plena y respetando las relaciones intrafamiliares.

La funcionalidad familiar se determina por los procesos de cambio que facilitan o promueven la adaptación de la familia a una situación determinada. La familia es un sistema activo en el cual repercute la tensión originada tanto dentro de la familia como en el medio externo. Frente a estos cambios se requiere un proceso de adaptación, llevando a cabo una transformación constante de las interacciones y de las reglas familiares, capaces de mantener la continuidad de la familia y el crecimiento de cada miembro. Este fenómeno se lleva a cabo mediante mecanismos de retroalimentación con el objetivo de mantener la homeostasis (retroalimentación negativa) o para efectuar un cambio (retroalimentación positiva). La flexibilidad es necesaria para garantizar el cambio y desarrollo en situaciones de crecimiento, envejecimiento, condiciones ambientales cambiantes. La estabilidad es necesaria para lograr un espacio familiar bien definido con reglas aceptadas que proporcionan un marco de orientación afectivo y cognitivo.

La familia también es el entorno donde cada individuo encuentra los recursos para solucionar problemas, por medio del apoyo social y formas de afrontamiento. Siendo el proceso de afrontamiento

una manera de evaluar el peligro y las consecuencias que puede generar la acción de afrontarlo. (11)

Existen otras teorías sobre el funcionamiento familiar, entre ellas la teoría explicativa del funcionamiento familiar, la cual se explicará a continuación:

Esta teoría de basa en las posibilidades familiares, en su capacidad adaptativa y los recursos que han ido adquiriendo a lo largo de su ciclo evolutivo, por lo que la familia se puede encontrar en cuatro estadios dinámicos diferentes.

- **La familia normofuncional:** este tipo de familia tiene un equilibrio estable, sus normas regulan las relaciones entre sus miembros, elabora respuestas adaptativas ante los estímulos del medio externo y modificaciones del medio interno, con las transiciones de las diferentes etapas del ciclo vital de la familia.
- **La familia en crisis familiar:** el sistema familiar tiene que usar sus recursos internos y externos para producir una respuesta adaptativa ante una situación “fisiológica”, para la evolución familiar o de uno de sus miembros.
- **La familia con disfunción familiar:** en este sistema familiar las tensiones que general los conflictos producen manifestaciones patológicas en los miembros, el sistema aporta los recursos que se requieren para adaptarse, lo que muchas veces no es posible.
- **La familia en equilibrio patológico:** en este tipo familiar se desarrollan mecanismos adaptativos patológicos “mecanismos de defensa”, que son incorporados al funcionamiento familiar a pesar de no ser adecuados al acontecimiento vital estresante, y que permiten alcanzar el equilibrio del sistema familiar.

Aunado a las condiciones normales de cada familia, debido a la condición de pandemia de COVID 19 que se vive desde diciembre de 2019, las familias han sufrido meses más caóticos, ocasionado por el miedo a lo desconocido y a la enfermedad, el cierre de las actividades laborales, económicas y recreativas, el periodo de reapertura, la presencia de los picos en la curva de contagio y número de defunciones, así como, el cambio en las medidas sanitarias, por lo que la funcionalidad familiar ha sido una pieza clave en la supervivencia durante la pandemia. Se ha observado un proceso de evolución durante los meses transcurridos, pasando por etapas de mayor nivel de conflictos, sobrecarga y tensión, hasta llegar a una reorganización más funcional que permita adaptarse a la pandemia (12).

2.1.7 Relación entre funcionalidad familiar y síndrome de desgaste ocupacional

El nivel de desgaste de los trabajadores puede influir de manera negativa tanto a nivel profesional, así como a nivel familiar y personal, debido al grado de frustración que se genera en el empleado, tras rehusarse a renunciar, originando algún tipo de violencia hacia el mismo y hacia su entorno familiar, ocasionando aparición en vicios, aumento en la tasa de divorcios, y desapego hacia los hijos (6).

Por tal motivo es importante conocer sobre los procesos de adversidad y protección del sistema familiar, mediante medidas de promoción, prevención secundaria, dirigida a fortalecer el funcionamiento de aquellas familias que necesitan apoyo para satisfacer las necesidades de sus integrantes (13).

2.2 Marco teórico

En este protocolo de investigación se pretende usar dos tipos de instrumentos: FACES III, así como Maslach Burnout Inventory (MBI), los cuales se explican a continuación:

2.2.1. Maslach Burnout Inventory

El cuestionario Maslach Burnout Inventory (14) está conformado por 22 ítems en manera de afirmación, los cuales tratan sobre los sentimientos, actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes. Permitiendo medir los 3 aspectos del síndrome de Burnout por medio de subescalas que miden las tres dimensiones del síndrome (15):

Agotamiento o cansancio emocional

- Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas de trabajo
- Consta de 9 preguntas (1,2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20)
- La puntuación máxima es de 54 puntos
- La puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome, entre mayor sea la puntuación mayor es el agotamiento emocional y el nivel de Burnout

Despersonalización

- Valora el grado de frialdad y distanciamiento en las actitudes del trabajador.
- Consta de 5 preguntas (5, 10, 11, 15, 22)
- La puntuación máxima es de 30 puntos
- La puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome, entre mayor sea la puntuación mayor es la despersonalización y el nivel de Burnout

Realización personal

- Evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo
- Consta de 8 preguntas (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21)
- La puntuación máxima es de 48 puntos.
- La puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome, entre menor sea la puntuación menor es la realización personal y más afectado está el sujeto.

Las puntuaciones se obtienen sumando los valores de cada pregunta, lo cual da por resultado un nivel de síndrome de desgaste los cuales pueden ser, bajo, medio o alto. Las puntuaciones de cada escala se suman por separado y no se combinan para obtener una puntuación total.

Los grados de síndrome de desgaste ocupacional son los siguientes:

- Leve: al obtener un agotamiento emocional bajo, una baja despersonalización y una alta realización personal
- Moderado/ Grave: al cumplir con uno o dos criterios graves
- Severo: al cumplir 3 criterios, un alto agotamiento emocional, una alta despersonalización y un grado bajo de realización personal (0-33 puntos).

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

Tomado de: Frutos-Llanes R, Jlmenez-Blanco S, Blanco-Montagut L. Síndrome de desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Ávila. *Semergen*. [Internet] 2014;40(7):357-365. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.02.008>

Las puntuaciones de cada escala se computan por separado y no se combinan ni se obtiene una puntuación total del MBI.

A continuación, se detalla el instrumento que fue usado para la evaluación del funcionamiento familiar en esta investigación:

2.2.2. Escala de evaluación de Funcionamiento Familiar FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scala).

Este instrumento forma parte del modelo circunflejo marital y sistémico familiar, el cual mide la adaptabilidad, la cohesión y la comunicación, se elaboró a finales de la década de 1960.

La escala de evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) de Olson, Porter y Lavee evalúan la cohesión y la adaptabilidad familiar (16).

Este instrumento ha sido probado y validado por su utilidad clínica y diagnóstica, en diferentes países de Iberoamérica, incluyendo México (9).

Es eficaz para discriminar familias clínicamente moderadas, en cohesión y adaptabilidad, y familias no clínicas, convirtiéndolo en un instrumento de excelente perspectiva de aplicación tanto en la práctica clínica como en la investigación (9).

La Cohesión (17) se refiere al grado de unión emocional percibido entre cada uno de los miembros de la familia, en otras palabras, los lazos familiares, considerando la unión emocional, y las relaciones entre cada miembro de la familia entre ellas, la implicación familiar, las coaliciones padres-hijos, y las fronteras internas y externas de la familia. Sus indicadores específicos incluyen: la cercanía emocional, las fronteras, los límites, coaliciones, el tiempo, espacio, amistades, la toma de decisiones, intereses y recreación. (18). Para lograr la cohesión familiar, es importante que las familias creen algún tipo de vinculación emocional que sea confortable y funcional, para crear lazos y una identidad familiar que logre un ambiente seguro para afrontar las dificultades (12). Existen 4 niveles de cohesión, identificándose las familias desligadas o disgregadas, separadas o semirelacionadas, conectadas o relacionadas y enmarañadas o aglutinadas. Se expone cada tipo de familia más adelante.

La adaptabilidad es el grado de plasticidad o flexibilidad, que cada miembro de la familia considera que posee su familia para adecuarse a condiciones de estrés interna y externa, es la calidad y expresión del liderazgo, organización, cambio de roles, toma de decisiones, cambio de reglas y negociaciones existentes en la familia, por lo que, sus indicadores específicos vinculados son: el liderazgo, la disciplina, la asertividad, el control, los estilos de negociación, los roles y las reglas. La adaptabilidad interviene en los lazos de solidaridad y desarrollo de las relaciones entre los miembros de la familia (12). Existen 4 niveles de flexibilidad familiar, identificándose las familias rígidas, estructuradas, flexibles

y caóticas. (18)

Un punto importante en la funcionalidad familiar, es la comunicación familiar, ya que, entre mejor comunicación familiar, existe un mejor funcionamiento familiar. Siendo conceptos importantes en esta dimensión: la empatía, la libertad de expresión, la escucha activa por parte del receptor, las habilidades del emisor, el respeto y la consideración.(19)

Este instrumento determina a la cohesión y adaptabilidad familiar, de acuerdo a 20 ítems (20), donde 10 preguntas evalúan la cohesión familiar y 10 preguntas evalúan la adaptabilidad familiar, dichas preguntas son distribuidas de forma alterna en reactivos numerados en pares y nones, el valor de puntuación es de 1 a 5 (nunca, 1; casi nunca,2; algunas veces, 3; casi siempre, 4 y siempre,5).

Esta escala (15) determina la funcionalidad o disfuncionalidad familiar de acuerdo a si sus puntuaciones son balanceadas o extremas en cada una de las dos variables, siendo sensible a los cambios que la familia atraviesa a través de los ciclos vitales.

La obtención de los puntajes del Faces III se realiza mediante algunos pasos (21).:

1. Se realiza la suma de los valores de las respuestas de los ítems impares, que fueron escogidas por el sujeto de estudio, dicha suma dan por resultado el tipo de la variable cohesión.

Cohesión	Puntaje
Disgregada	10 a 34
Semirelacionada	35 a 40
Relacionada	41 a 45
Aglutinada	46 a 50

2. Se realiza la suma de los valores de las respuestas de los ítems pares, que fueron elegidas por el sujeto de estudio, esta suma da por resultado el tipo de adaptabilidad.

Adaptabilidad	Puntaje
Rígida	10 a 19
Estructurada	20 a 24
Flexible	25 a 29
Caótica	30 a 50

3. Al identificar los valores de cohesión y adaptabilidad estos de deben ubicar en el diagrama del modelo de Olson, el lugar donde se intersectan ambos puntajes dan por resultado el tipo de familia. La intersección de los posibles puntajes nos permiten obtener 16 posibles tipos de familias.

		Cohesión			
		Disgregada 10 a 34	Semirelacionada 35 a 40	Relacionada 41 a 45	Aglutinada 46 a 50
Adaptabilidad	Caótica 29 a 50	Caóticamente disgregada	Caóticamente semirelacionada	Caóticamente relacionada	Caóticamente aglutinada
	Flexible 25 a 28	Flexiblemente disgregada	Flexiblemente semirelacionada	Flexiblemente relacionada	Flexiblemente aglutinada
	Estructurada 20 a 24	Estructuradamente disgregada	Estructuradamente semirelacionada	Estructuradamente relacionada	Estructuradamente aglutinada
	Rígida 10 a 19	Rígidamente disgregada	Rígidamente semirelacionada	Rígidamente relacionada	Rígidamente aglutinada

Tomado de: Espíritu G. Perfil demográfico y familiar en pacientes con brucelosis en la UMF 57 del IMSS" [master's thesis]. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2020. 61 p.

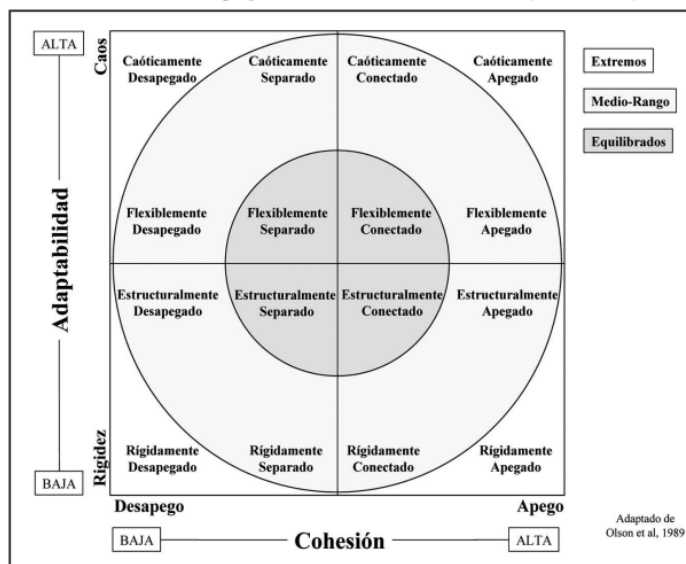
4. Para obtener el tipo de familia más general se debe considerar el número de la izquierda en negrita, para cada una de las dimensiones, se suma el puntaje obtenido de la variable cohesión y adaptabilidad y se divide entre dos, dando por resultado el tipo de familia. El puntaje se ubica en la columna del tipo de familia, indicándonos cualquiera de las tres categorías familiares (balanceada o equilibrada, rango medio y extrema).

Cohesión			Adaptabilidad			Tipo de familia	
8	50	Enredada o aglutinada	8	50	Caótica	8	Extrema
	48			41			
7	47		7	40		7	
	46			30			
6	45	Unida o relacionada	6	29	Flexible	6	Balanceada o equilibrada
	43			27			
5	42		5	26		5	
	41			25			
4	40	Separada o semirrelacionada	4	24	Estructurada	4	Rango medio
	38			23			
3	37		3	22		3	
	35			20			
2	34	Desligada o disgregada	2	19	Rígida	2	Extrema
	25			15			
1	24		1	14		1	
	10			10			

Tomado de Teoría según Olson, en (Singuenza, 2015)

Estas categorías implican áreas saludables (balanceadas) y áreas problemáticas que van a los extremos, los cuales, son menos funcionales que las balanceadas.

Modelo Circumplejo de funcionamiento familiar. (Olson 1989).



Tomado de Martínez-Pampliega A, Iraurgi I, Sanz M. Validez estructural del FACES-20 Esp: Versión española de 20 ítems de la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación [Internet] 2010.

Tipos de familia según Olson (22).

De acuerdo a este investigador, se establecen 4 tipos de familia de acuerdo al puntaje de cohesión y 4 tipos de familia de acuerdo al puntaje de adaptabilidad.

Tipos de familia de acuerdo a la variable cohesión:

1. Desligada, desunida o disgregada. En ella existen límites rígidos, siendo cada miembro de la familia un subsistema, sin interacción entre ellos, en los que no existe poco o nada en común, y no comparten tiempo ni intereses.
2. Separada o semirelacionada. En este tipo existen límites internos y externos semiabiertos, cada miembro de la familia es un subsistema, existen límites generacionales claros, y los integrantes pueden tomar decisiones familiares cuando se requiere.
3. Unida o relacionada. En este tipo familiar con límites intergeneracionales claros, en los que cada miembro tiene su espacio para su desarrollo personal, y los límites externos semiabiertos.
4. Enredada o aglutinada. En esta existen límites difusos, en los que es difícil identificar el rol de cada integrante de la familia.

De acuerdo a la variable adaptabilidad se determinan los siguientes tipos de familia:

- I. Caótica o muy flexible. Tipo de familia caracterizada por la ausencia de liderazgo, disciplina cambiante o ausente, cambio de roles.
- II. Flexible. En este tipo familiar existe una disciplina democrática, liderazgo y roles compartidos, y los cuales se pueden modificar cada que sea necesario.
- III. Estructurada. En este tipo de familia existe una disciplina democrática, en la que los miembros de la familia comparten el liderazgo y los roles en algunas ocasiones cuando los integrantes los solicitan.
- IV. Rígida. En este tipo familiar el liderazgo es autoritario, disciplina rígida y los roles son fijos.

3. JUSTIFICACIÓN

Razón

Con el presente estudio se busca analizar la relación entre funcionalidad familiar y síndrome de desgaste ocupacional en médicos familiares y el impacto directo que esto tiene en su enfermedad, previniendo así estrés, falta de desarrollo personal y deficiencia en el desarrollo laboral.

Finalidad

Al realizar esta investigación y de acuerdo con los resultados obtenidos se tendrán los primeros datos para concientizar a los médicos familiares del HP/UMF10 sobre la importancia que tienen la funcionalidad familiar y síndrome de desgaste ocupacional, buscando que gocen de mejor salud, que impacte en su calidad de vida.

Meta

Conocer el grado de cohesión y adaptabilidad familiar en los médicos familiares y relacionarla con los diferentes aspectos y grados que comprenden el síndrome de desgaste ocupacional. Los médicos familiares podrán comprender la importancia de este problema emocional o laboral, así mismo se informará al SPPSTIMSS donde se implementarán terapias para subsanar cada una de las variantes del padecimiento estudiado.

Acción

Se seleccionó a los médicos familiares de forma aleatoria, de cumplir con criterios de inclusión, y no contar con criterios de exclusión, se procedió a realizar la captura de datos con las respuestas obtenidas de la hoja de recolección y escalas (Maslach Burnout Inventory, FACES III). Se cuidó el cumplimiento de los criterios de eliminación. Finalmente se realizó el análisis estadístico pertinente de la información obtenida.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo se relaciona la funcionalidad familiar y el desgaste ocupacional durante la pandemia de COVID19 en médicos familiares del HP/UMF n°10?

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Relacionar la funcionalidad familiar y el síndrome de desgaste ocupacional durante la pandemia de COVID-19 en médicos familiares del HP/ UMF N°10

5.2 Objetivos específicos

1. Evaluar los datos sociodemográficos (edad, sexo, turno de trabajo, número de trabajos, antigüedad, categoría, estado civil, número de hijos, enfermedades crónicas, tiempo de transporte) en médicos familiares del HP/UMF10
2. Medir la funcionalidad familiar en médicos familiares del HP/UMF10
3. Medir el desgaste ocupacional en médicos familiares del HP/UMF10

6. HIPÓTESIS

Una investigación exploratoria generalmente antecede a otro tipo de investigaciones, ayuda a examinar un tema del cual se tiene muchas dudas o no se ha abordado antes, se utiliza en problemas poco estudiados para preparar el terreno a nuevos estudios con alcances diferentes.

El alcance de los estudios exploratorios condiciona el no requerir de formulación de hipótesis debido a que no buscan explicaciones aparentes de la relación entre variables. Sin embargo, con fines académicos para cubrir los resultados de aprendizaje esperados, se formulan como guía las siguientes hipótesis:

-Hipótesis Alternativa (H1):

Sí existe relación entre la funcionalidad familiar y el desgaste ocupacional entre los médicos familiares del HP/UMF n° 10

-Hipótesis Nula (H0):

No hay relación entre la funcionalidad familiar y el desgaste ocupacional entre los médicos familiares del HP/UMF n° 10

7. MATERIAL Y MÉTODO

Universo de trabajo

El desarrollo de esta investigación se llevará a cabo en las instalaciones del HP/UMF10, de acuerdo a la base de datos del SPPSTIMSS del periodo 2021-2022 **Unidad de análisis**

La unidad médica familiar cuenta con un universo de 74 médicos familiares, El tamaño de muestra 63 médicos familiares

7.1 Diseño de estudio

El diseño de este protocolo de investigación tiene las siguientes **cinco** condicionantes.

A) DIRECCIÓN DEL TIEMPO

Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: prospectivo

B) NÚMERO DE MEDICIONES

Según el número de mediciones una misma variable o el periodo de secuencia del estudio: transversal

C) ALCANCE

Según el control de las variables y el análisis de los datos: descriptivo

D) INTENCIÓN

Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: no comparativo

E) INTERFERENCIA

Según la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: observacional

7.2 Criterios de selección

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Trabajador IMSS con categoría Médico familiar adscritos al HP/UMF10
2. Médicos familiares hombres y mujeres
3. Médicos familiares que pertenezcan a una familia
4. Médicos familiares de cualquier edad

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Médicos familiares que no deseen participar en el estudio
2. Médicos familiares que no firmen el consentimiento informado
3. Médicos familiares con dificultad para comprender las preguntas de la hoja de recolección
4. Médicos familiares con dificultad para comprender las preguntas de las escalas (FACES III y Maslach Burnout Inventory)
5. Médicos familiares que al momento de realizar el estudio se encuentren en periodo vacacional.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. Que el médico familiar decida retirarse del estudio en cualquier momento
2. Hoja de recolección incompleta
3. Escala (FACES III y Maslach Burnout Inventory) incompleta
4. Médicos familiares que durante el estudio se encuentren bajo tratamiento psiquiátrico.
5. Médicos familiares que hayan realizado cambio de unidad de adscripción

7.3 Control de calidad

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

Los estudios observacionales cuentan con tipos de sesgos comunes.

En este tipo de estudio, los sesgos de selección cuentan con una probabilidad media de ocurrir, por lo que la maniobra para evitarlo o controlarlo será: **cumplir los criterios de selección y la revisión la información obtenida, así como la anulación de información de los individuos que no cumplan con dichos criterios.**

En este tipo de estudio, los sesgos de memoria cuentan con una probabilidad alta de ocurrir, por lo que la maniobra para evitarlo o controlarlo será: respetar los criterios de selección, la aplicación del cuestionario estructurado y la anulación de la información ambigua.

En este tipo de estudio, los sesgos de confusión cuentan con una probabilidad media de ocurrir, por lo que la maniobra para evitarlo o controlarlo será: aclarar las dudas que surjan a los médicos participantes en este estudio, así como, cumplir con criterios de selección y **la anulación de la información ambigua.**

En este tipo de estudio, los sesgos de tiempo necesarios cuentan con una probabilidad media de ocurrir, por lo que la maniobra para evitarlo o controlarlo será: respetar los seis meses del periodo de realización del estudio, así como el tiempo destinado para la respuesta de los instrumentos de medición (10 minutos) y **la anulación de la información que no cumpla con los criterios de selección.**

En este tipo de estudio, los sesgos de coste cuentan con una probabilidad media de ocurrir, por lo que la maniobra para evitarlo o controlarlo será: de acuerdo a los costos y material del investigador

PRUEBA PILOTO

Se realizó prueba piloto a la población de forma aleatoria a personas que cumplieron con los criterios de selección, aplicando la hoja de recolección de datos hasta completar homogeneidad en los tiempos de aplicación, buscando alcanzar el 5 a 10% del total de la muestra, para una adecuada validación de esta: 3 a 6 sujetos. La prueba se realizó dentro de las instalaciones del HP/ UMF No 10.

8. MUESTREO

Se realizó mediante la Fórmula para población finita:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{[e^2 \cdot (N-1)] + [Z^2 \cdot p \cdot q]}$$

Donde:

n= muestra

N= Población (74 médicos familiares)

Z= Nivel de confianza o seguridad (95%) (1.96)

e= error (0.05%)

p= prevalencia de la enfermedad (0.5)

q= complemento de p (0.5)

Por lo que al sustituir los valores obtenemos lo siguiente: 63 sujetos.

9. VARIABLES

9.1 Lista de variables

1. Edad,
2. Sexo,
3. Turno de trabajo,
4. Número de trabajos,
5. antigüedad,
6. Categoría,
7. Estado civil,
8. Número de hijos,
9. Enfermedades crónicas,
10. Tiempo de transporte

9.2 Operacionalización de variables

Número	Nombre	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo	Escala	Indicador
1	Edad.	Es el tiempo que ha vivido una persona al día de realizar el estudio.	El número de años cumplidos según fecha de nacimiento.	Cuantitativa.	Discreta.	Años.
2	Sexo.	Es la condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	Es la identificación que hace cada sujeto de estudio sobre su sexo.	Cualitativa.	Nominal.	1. Mujer. 2. Hombre.
3	Turno de trabajo.	Es el horario que dedica un sujeto de estudio para realizar su trabajo dentro de las instalaciones del HP/UMF10.	Es el periodo de tiempo laboral que debe cumplir el sujeto de estudio dentro de las instalaciones del HP/UMF10.	Cualitativa	Nominal	1. Matutino, 2. Vespertino, 3. Nocturno, 4. Jornada Acumulada
4	Número de trabajos.	Es el número de empleos remunerados que el sujeto de estudio tiene.	Es el número de actividades económicas con la que cuenta el sujeto de estudio.	Cuantitativa.	Discreta.	Número.
5	Antigüedad.	Es el tiempo que ha laborado una persona como trabajador del IMSS al momento de realizar el estudio.	El número de años cumplidos desde el inicio de labores dentro del IMSS.	Cuantitativa.	Discreta.	Años.
6	Categoría.	Es el grupo profesional específico al que pertenece un empleado de acuerdo a la actividad o puesto de trabajo que desempeña, atendiendo a criterios establecidos en el convenio colectivo de aplicación de la empresa.	Es el tipo de contrato en el que una persona desempeña su trabajo.	Cualitativa.	Nominal.	1. Base. 2. Temporal. 3. Otro.
7	Estado civil.	Condición de una persona en relación con su nacimiento nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el Registro Civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales. Conjunto de cualidades que pertenecen a una persona y determinan su identificación y su capacidad de actuación en el mundo de las relaciones jurídicas.	Situación de convivencia administrativamente reconocida de las personas en el momento en que es recogida la información	Cualitativa.	Nominal.	1. Casado. 2. Soltero. 3. Unión libre. 4. Viudo.
8	Número de hijos.	Número de descendientes de cada individuo de estudio.	Número descendientes de cada individuo de estudio.	Cuantitativa.	Discreta.	Número.
9	Enfermedades crónicas.	Posibles padecimientos que tiene cada sujeto de estudio.	Enfermedades padecidas por el sujeto de estudio.	Cualitativa.	Nominal.	0. No 1. Sí
10	Tiempo de transporte.	Tiempo que necesita cada persona para transportarse a su área laboral.	Tiempo necesario para trasladarse de un punto de origen hacia su lugar de trabajo.	Cuantitativa.	Discreta.	_____ minutos
11	Funcionalidad familiar.	Se define cuando se alcanzan objetivos familiares o funciones básicas se cumplen plenamente y cuando se obtiene la finalidad de generar nuevos individuos a la sociedad en una homeostasis sin tensión, mediante la comunicación apropiada y basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares.	Criterios en la forma de medición de los indicadores del vínculo familiar, por medio de la escala FACES III, se evaluará la cohesión y adaptabilidad familiar.	Cualitativa.	Nominal.	1. Cohesión: Disgregada o desunida, semirelacionada, relacionada y aglutinada 2. Adaptabilidad: caótica, flexible, estructurada, rígida. 3. Tipo de familia extrema, rango medio y balanceada.
12	Desgaste ocupacional.	Síndrome que resulta del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito.	Respuesta al estrés laboral crónico que se desarrolla de manera progresiva.	Cualitativa.	Nominal.	1. Cansancio emocional: Leve, Moderado, Alto 2. Despersonalización: Leve, Moderado, Alto 3. Realización personal: Leve, Moderado, Alto 4. Desgaste ocupacional, leve moderado/grave, severo.

10. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN MÉDICOS FAMILIARES DEL HP/UMF N°10

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cómo se relaciona el funcionamiento familiar y el desgaste ocupacional durante la pandemia de COVID-19 en médicos familiares del HP/UMF n°10?

HIPOTESIS

-Hipótesis Alterna (H1):

Si existe relación entre el funcionamiento familiar y el desgaste laboral entre los médicos familiares del HP/UMF n° 10

-Hipótesis Nula (H0):

No hay relación entre el funcionamiento familiar y el desgaste laboral entre los médicos familiares del HP/UMF n° 10

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Trabajador IMSS con categoría Médico familiar adscritos al HP/UMF10
- Médicos familiares hombres y mujeres
- Médicos familiares que pertenezcan a una familia
- Médicos familiares de cualquier edad

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Médicos familiares que no deseen participar en el estudio
- Médicos familiares que no firmen el consentimiento informado
- Médicos familiares con dificultad para comprender las preguntas de la hoja de recolección
- Médicos familiares con dificultad para comprender las preguntas de las escalas (FACES III y Maslach Burnout Inventory)
- Médicos familiares que al momento de realizar el estudio se encuentren en periodo vacacional.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Que el médico familiar decida retirarse del estudio en cualquier momento
- Hoja de recolección incompleta
- Escala (FACES III y Maslach Burnout Inventory) incompleta
- Médicos familiares que se encuentren bajo tratamiento psiquiátrico.
- Médicos familiares que hayan realizado cambio de unidad de adscripción

OBJETIVOS

Objetivo general

Relacionar la funcionalidad familiar y el síndrome de desgaste ocupacional durante la pandemia de COVID-19 en médicos familiares del HP/UMF N°10

Objetivos específicos

1. Evaluar los datos sociodemográficos (edad, sexo, turno de trabajo, número de trabajos, antigüedad, categoría, estado civil, número de hijos, enfermedades crónicas, tiempo de transporte) en médicos familiares del HP/UMF10
2. Medir la funcionalidad familiar en médicos familiares del HP/UMF10
3. Medir el desgaste ocupacional en médicos familiares del HP/UMF10

DISEÑO DE ESTUDIO

Prospectivo
Transversal
Descriptivo
No comparativo
Observacional

VARIABLES

1. Edad,
2. Sexo,
3. Turno de trabajo,
4. Número de trabajos,
5. Antigüedad,
6. Categoría,
7. Estado civil,
8. Número de hijos,
9. Enfermedades crónicas,
10. Tiempo de transporte,
11. Funcionalidad familiar,
12. Desgaste ocupacional

MUESTRA

63

11. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizaron las siguientes etapas del método estadístico:

La **recolección** de los datos fue guiada por la hoja de recolección (ver formato en anexos) así como la escala FACES III y Maslach Burnout Inventory (ver formato en anexos).

El **recuento** de los datos fue guiado por una hoja de cálculo (versión compatible con Windows, macOS, Android e iOS) que representó la matriz de datos a estudiar.

La **presentación** de los datos fue guiada por la elaboración de tablas y gráficas correspondientes que permitieron una inspección precisa y rápida de los datos.

La **síntesis** de la información fue guiada por premisas generales que permitieron expresar de forma sintética propiedades principales de agrupamiento de datos de acuerdo a los objetivos específicos y objetivo general: la medición de **intensidad** de variables cualitativas (edad, sexo, turno de trabajo, número de trabajos, antigüedad, categoría, estado civil, número de hijos, enfermedades crónicas, tiempo de transporte) mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes. Se realizó el análisis con χ^2 de Pearson para relacionar la funcionalidad familiar, y el desgaste ocupacional, y así, determinar el grado de asociación estadística.

El **análisis** fue guiado por premisas generales que permitieron la comparación de las medidas de resumen previamente calculadas mediante el uso de dos condicionantes: fórmulas estadísticas apropiadas y tablas específicas.

12. CONSIDERACIONES ÉTICAS

12.1 Internacionales

Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS)

En el presente protocolo se aplicaron los principios éticos con base a la atención en la investigación acorde al entorno de los escasos recursos, a través del respeto por las personas, la justicia y la beneficencia de los sujetos que participan en dicha investigación. Así mismo tomando en cuenta el valor científico y social; respetando los derechos de los sujetos que participan en este estudio, con la finalidad de generar conocimientos, siempre protegiendo y promoviendo la salud. Finalmente, a base del resultado de la investigación se logra tomar decisiones en base a la salud de la población y de manera particular, a través de escasos recursos.

Declaración de Helsinki

En el presente protocolo de investigación con título "**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN MÉDICOS FAMILIARES DEL HP/ UMF N°10**", no desobedece y se llevó a cabo en base a la declaración de Helsinki con fundamento en los principios éticos para la investigación médica en seres humanos. Respetando la confidencialidad de cada uno de los sujetos que participó en la investigación, a través del acceso restringido a dicha información con la finalidad de poder ver la evolución de la enfermedad, buscando mejorar la prevención, tratamiento y diagnóstico.

Informe de Belmont

Informe creado para que se preserven y respeten los principios éticos y pautas para la protección de los sujetos humanos en la investigación biomédica. En dicho informe se exponen principios éticos fundamentales para emplear sujetos humanos en la investigación los cuales son: respeto, investigación y beneficencia, mismos que serán respetados en el presente protocolo.

Código de Núremberg

Se origina a partir de los antecedentes de la Segunda Guerra Mundial donde se realizaron experimentos médicos criminales, por lo cual la realización de este estudio de investigación será realizado bajo: El consentimiento voluntario del sujeto humano, la investigación dará resultados benéficos para la sociedad, se evitará todo sufrimiento físico o mental innecesario, no se realizarán mediciones o

experimentos que causen la muerte al paciente, el estudio estará dispuesto a ser finalizado en caso de que pueda resultar en lesión, incapacidad o muerte.

12.2 Nacionales

De los aspectos éticos de investigación en seres humanos, tomando en cuenta el:

Artículo 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 17.-El presente trabajo se clasificó como categoría II, que lo clasifica como investigación con riesgo mínimo.

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.

Artículo 21.-Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o en su caso su representante legal, deberá recibir una explicación clara y completa de tal forma que pueda comprender, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

I.-La justificación y los objetivos de la investigación.

II.-Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.

III.-Las molestias o los riesgos esperados.

IV.-Los beneficios que puedan observarse.

V.-Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.

VI.-La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.

Código de bioética en Medicina Familiar

Basándonos en la Junta directiva 2001-2003 del consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, AC, en dicha investigación por normativa se investigó bajo la calidad de su actuación profesional. El médico familiar se compromete a cumplir con sus deberes y responsabilidades con el individuo sano o enfermo, con la familia y la sociedad, así atender de manera integral el trinomio individuo-familia- comunidad, atender con la misma diligencia y solicitud a todos los individuos, sin discriminación de filiación política, clase social, credo, etnia, edad, género, etc. Tomando en consideración los 5 capítulos establecidos en el deber moral del Médico Familiar (Capítulo 1. Deberes y responsabilidades del médico familiar para con las personas, la familia y la sociedad, Capítulo 2. Deberes y responsabilidades para con los demás profesionales de la salud, Capítulo 3. Deberes y responsabilidades para la formación de recursos humanos en medicina familiar, Capítulo 4. Deberes y responsabilidades para el desarrollo del conocimiento en Medicina Familiar (investigación), Capítulo 5. Deberes y responsabilidades de carácter administrativo).

BIOSEGURIDAD

Se pretende tener conocimiento de todas las medidas de bioseguridad vigentes al momento del estudio, y de esta forma respetar todas y cada una de ellas.

CONFLICTO DE INTERÉS

No se recibirá apoyo económico ni de ningún tipo para la realización del presente estudio, por lo que declaramos que no se presentará ningún conflicto de interés al momento de realizar el presente estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El estudio será realizado bajo previo consentimiento informado por escrito de los pacientes, mismo que puede ser localizado en la sección de Anexos.

13. RECURSOS

Humanos

Médica Residente de Medicina Familiar
Asesor Clínico
Asesor Metodológico

Materiales

Lap Top
Tabletas
Celulares
Lápices
Plumas
Hojas
Impresora con tinta negra y de color
Fotocopiadora
Usb para almacenar datos
Instrumento de recolección de datos
Consentimiento informado

Económicos

El presente trabajo no tiene financiamiento Institucional ni extra institucional, la unidad cuenta con las instalaciones donde se puede llevar a cabo la entrevista al médico familiar. Todos los gastos para la realización de este estudio serán financiados por el investigador.

14. LIMITACIONES Y BENEFICIOS

Debilidades

Que los médicos familiares pueden dar información falsa al contestar las encuestas por temor a sus respuestas.

Amenazas

El desinterés de los médicos especialistas en medicina familiar del HP/ UMF 10 a cooperar con este estudio debido a que ya han contestado dicha información en SPPSTIMSS.

La carga de trabajo del personal de salud del HP/UMF 10 puede ser desfavorable para contestar los cuestionarios.

Fortalezas

El instrumento utilizado en el presente estudio es autoaplicable y se realiza en pocos minutos
Los objetos de estudios están relacionados con responder este tipo de instrumentos autoaplicables.

Oportunidades

Identificar si existe un problema de depresión en el personal de salud del HP/ UMF 10 y dar tratamiento oportuno.

15. CRONOGRAMA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR CDMX
HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 10
“DR GUILLERMO DÁVILA GARCÍA”
COORDINACION CLINICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

Título del proyecto:

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN MÉDICOS FAMILIARES DEL HP/ UMF N°10”

2022-2023

FECHA	MA R 202 2	AB R 202 2	MA Y 202 2	JUN 202 2	JUL 202 2	AG O 202 2	SEP 202 2	OC T 202 2	NO V 202 2	DIC 202 2	ENE 2022	FEB 2023
TÍTULO	X											
ANTECEDENTES	X	X	X									
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA			X									
OBJETIVOS			X									
HIPÓTESIS			X									
PROPÓSITOS			X									
DISEÑO METODOLÓGICO				X								
ANÁLISIS ESTADÍSTICO				X	X							
CONSIDERACIONES ÉTICAS					X							
RECURSOS					X							
BIBLIOGRAFÍA						X						
ASPECTOS GENERALES						X						
ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN POR CLIS							+	+				
PRUEBA PILOTO									+	+		
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO									+	+		
RECOLECCIÓN DE DATOS									+	+		
ALMACENAMIENTO DE DATOS									+	+		
ANÁLISIS DE DATOS									+	+		
DESCRIPCIÓN DE DATOS									+	+		
DISCUSIÓN DE DATOS									+	+		
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO									+	+		
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL											+	
REPORTE FINAL											+	
AUTORIZACIONES												+
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												+
PUBLICACIÓN												+

(PENDIENTE + /APROBADO X)

16. RESULTADOS

De acuerdo a la plantilla otorgada por SPPTIMSS, en donde existía un total de 74 médicos familiares en el HP/UMF10, se calculó realizar el estudio a una muestra de 63 sujetos. Se verificó que dichos sujetos cumplieran con los criterios de inclusión obteniendo un total de 55 sujetos de estudio.

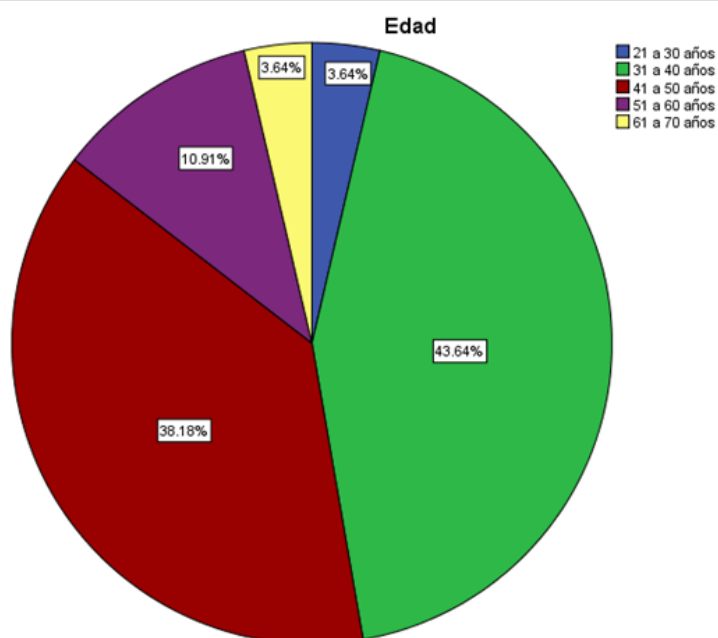
Se lleva a cabo el análisis de los resultados obtenidos de acuerdo a los objetivos que orientaron a esta investigación. Exponiéndose a continuación dichos resultados:

De acuerdo con el objetivo específico 1: evaluar los datos sociodemográficos (**edad, sexo, turno, número de trabajos, antigüedad, categoría, estado civil, número de hijos, enfermedades crónicas, tiempo de transporte**) en médicos familiares de HPUMF10, se lleva a cabo un análisis univariado debido a que se refiere a variables cualitativas, obteniendo frecuencias y porcentajes.

De acuerdo con la variable **edad**, se integraron 5 grupos de edad, los cuales consisten en un rango de edad que va de 21 a 30 años para el primer grupo, obteniendo una frecuencia de 2 y un porcentaje de 3.6%, el segundo grupo con un rango de edad que va de 31 a 40 años de edad con una frecuencia de 24 y un porcentaje de 43.6%, el tercer grupo con un rango de edad de 41 a 50 años con una frecuencia de 21 y un porcentaje de 38.2 %, el cuarto grupo con un rango de edad que va de 51 a 60 años de edad con una frecuencia de 6 y un porcentaje de 10.9%, y por último el quinto grupo con un rango de 61 a 70 años de edad con una frecuencia de 2 y un porcentaje de 3.6%. De acuerdo a lo anterior, el mayor número de médicos familiares que fueron encuestados pertenecen al grupo de edad de 31 a 40 años, siguiendo el rango de edad que va de 41 a 50 años de edad. **Ver tabla 1 y gráfica 1.**

Tabla 1 y gráfico 1. Frecuencia y porcentaje por edad

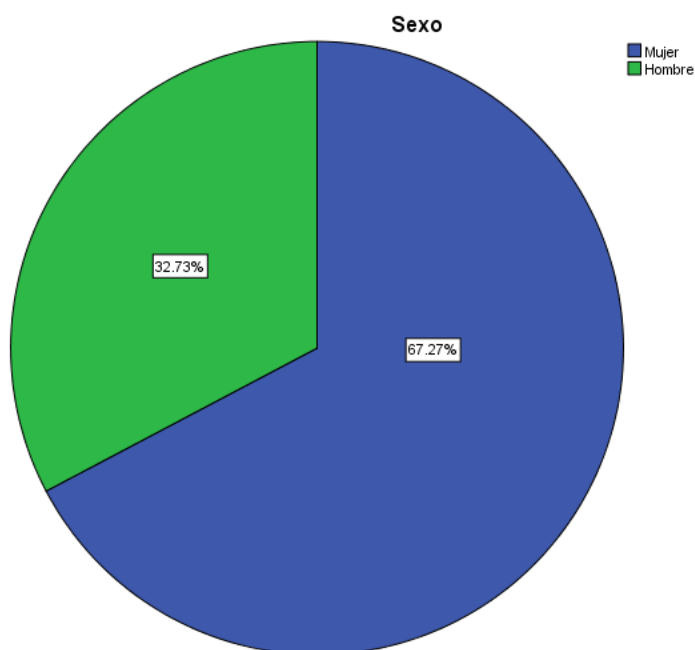
		Edad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	21 a 30 años	2	3.6	3.6	3.6
	31 a 40 años	24	43.6	43.6	47.3
	41 a 50 años	21	38.2	38.2	85.5
	51 a 60 años	6	10.9	10.9	96.4
	61 a 70 años	2	3.6	3.6	100.0
Total		55	100.0	100.0	



Para la variable **sexo** se integran dos grupos el primero categorizado como **mujer** con una frecuencia de 37 mujeres, y un porcentaje de 67.3%, el segundo categorizado como **hombre** con una frecuencia de 18 hombres y un porcentaje de 32.7%. De acuerdo a dicho resultados, en la población de médicos familiares del HP/UMF10 existe un mayor número de mujeres que de hombres. **Tabla 2 y gráfica 2.**

Tabla 2 y gráfico 2. Frecuencia y porcentaje por sexo

		Sexo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mujer	37	67.3	67.3	67.3
	Hombre	18	32.7	32.7	100.0
	Total	55	100.0	100.0	



Para la variable **turno de trabajo** se identifican tres turnos, el primer turno se categoriza como **matutino**, obteniendo una frecuencia de 33 individuos que laboran en dicho turno resultando en un porcentaje de 60%, el segundo turno se identifica como **vespertino** con una frecuencia de 21 y un porcentaje de 38.2%, y como último turno de identifica como turno **nocturno** con una frecuencia de 1 y un porcentaje de 1.8%. de acuerdo con estos resultados podemos suponer una mayor población de médicos familiares que labora en el turno matutino. **Ver tabla 3 y gráfica 3.**

Tabla 3 gráfico 3. Frecuencia y porcentaje por turno de trabajo

		Turno de trabajo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Matutino	33	60.0	60.0	60.0
	Vespertino	21	38.2	38.2	98.2
	Nocturno	1	1.8	1.8	100.0
	Total	55	100.0	100.0	

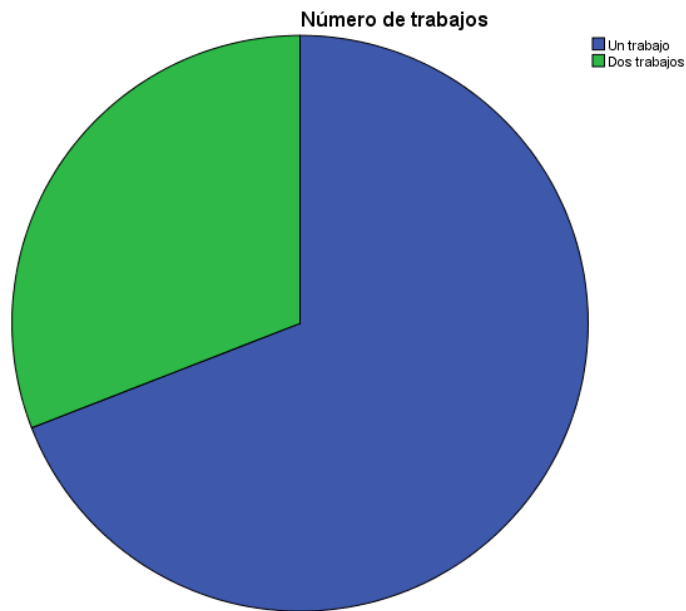


Para la variable **número de trabajos** se integran dos grupos, el primer grupo con **un trabajo**, el cual presenta una frecuencia de 38 y un porcentaje de 69.1%, el segundo grupo con **dos trabajos** con una frecuencia de 17 y un porcentaje de 30.9%. Lo cual nos indica que la mayor parte de los médicos familiares laboran en solo un trabajo. **Ver tabla 4 y gráfica 4.**

Tabla 4. Frecuencia y porcentaje por número de trabajos

		Número de trabajos			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Un trabajo	38	69.1	69.1	69.1
	Dos trabajos	17	30.9	30.9	100.0
	Total	55	100.0	100.0	

Gráfico 4. Frecuencia y porcentaje por número de trabajos

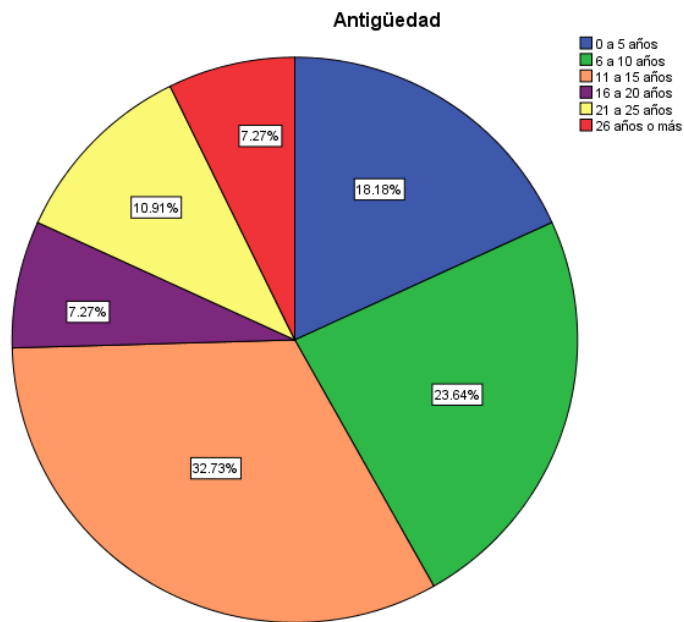


Para la variable **antigüedad** se organizan 6 grupos con un rango de 5 años cada uno, con el primer grupo con un rango de antigüedad de 0 a 5 años de antigüedad obteniendo una frecuencia de 10 y un porcentaje de 18.2%, el segundo grupo de antigüedad con un rango de 6 a 10 años obteniendo una frecuencia de 13 y un porcentaje de 23.6%, el tercer grupo con una antigüedad de 11 a 15 años con una frecuencia de 18 y un porcentaje de 32.7%, el cuarto grupo con una antigüedad de 16 a 20 años, con una frecuencia de 4 y un porcentaje de 7.3%, el quinto grupo con un rango de antigüedad de 21 a 25 años presenta una frecuencia de 6 y un porcentaje de 10.9 %, el último grupo con un rango de antigüedad de 26 años o más con una frecuencia de 4 y un porcentaje de 7.3%. De acuerdo a los resultados anteriores se determina que la antigüedad que tienen los médicos familiares es de 11 a 15 años, seguida del rango de antigüedad de 6 a 11 años. **Ver tabla 5 y gráfica 5.**

Tabla 5. Frecuencia y porcentaje por antigüedad

		Antigüedad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0 a 5 años	10	18.2	18.2	18.2
	6 a 10 años	13	23.6	23.6	41.8
	11 a 15 años	18	32.7	32.7	74.5
	16 a 20 años	4	7.3	7.3	81.8
	21 a 25 años	6	10.9	10.9	92.7
	26 años o más	4	7.3	7.3	100.0
	Total	55	100.0	100.0	

Gráfico 5. Frecuencia y porcentaje por antigüedad

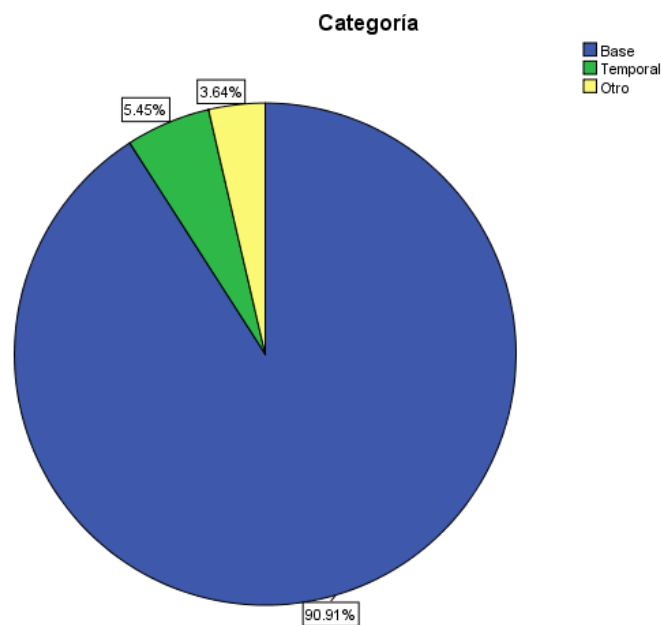


Para la variable **categoría** el porcentaje mayor lo obtuvo el grupo de médicos familiares que cuentan con base, el cual es de 90.9% y una frecuencia de 50, seguido por el grupo de médicos de categoría temporal con una frecuencia de 3 y un porcentaje de 5.5% y otra categoría con un porcentaje de 3.6% y una frecuencia de 2. **Ver tabla 6 y gráfica 6.**

Tabla 6 y gráfico 6. Frecuencia y porcentaje por categoría.

Categoría

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Base	50	90.9	90.9	90.9
	Temporal	3	5.5	5.5	96.4
	Otro	2	3.6	3.6	100.0
	Total	55	100.0	100.0	

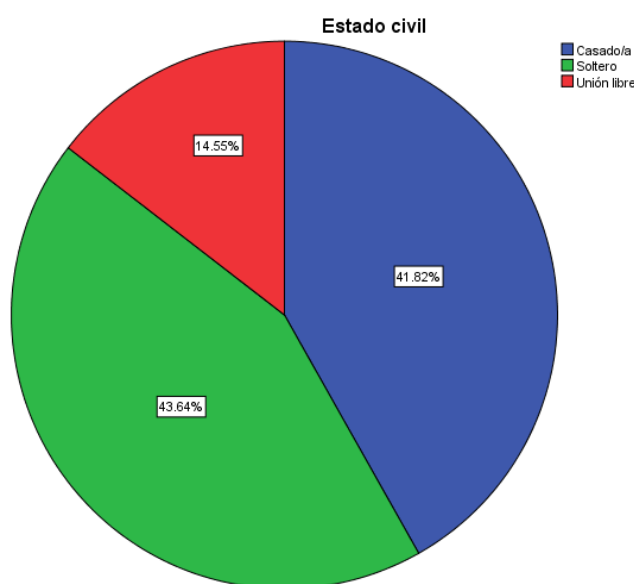


Con respecto a la variable **estado civil**, se establece que 23 médicos familiares se encuentran casados, correspondiente a 41.8 %, 24 médicos familiares son solteros con un porcentaje de 43.6 %, y 8 médicos familiares se encuentran en unión libre. **Ver tabla 7 y gráfica 7.**

Tabla 7. Frecuencia y porcentaje por estado civil

		Estado civil			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Casado/a	23	41.8	41.8	41.8
	Soltero	24	43.6	43.6	85.5
	Unión libre	8	14.5	14.5	100.0
	Total	55	100.0	100.0	

Gráfico 7. Frecuencia y porcentaje por estado civil

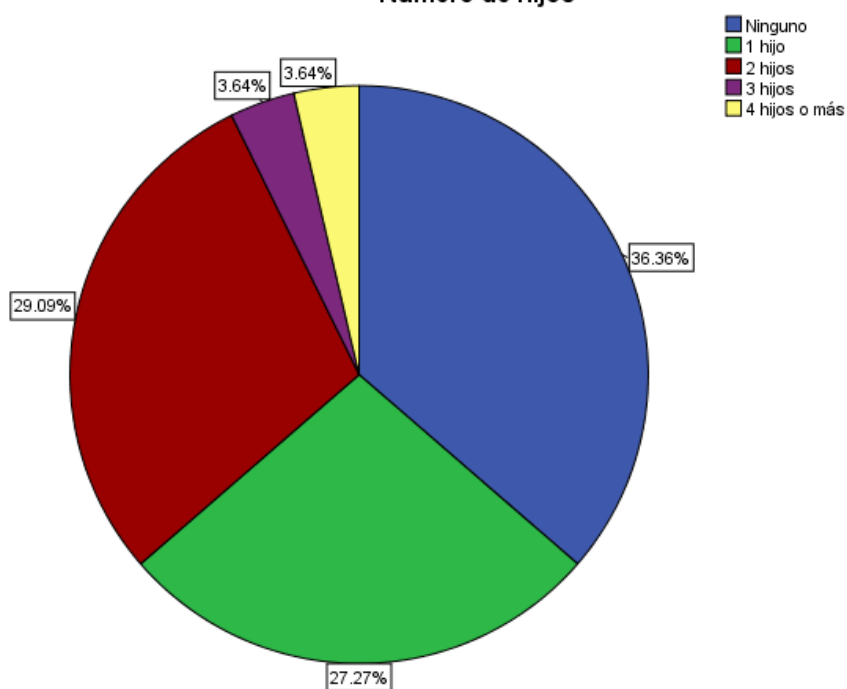


En cuanto a la variable **número de hijos**, se observa que 20 de los médicos encuestados no tienen ningún hijo, teniendo un porcentaje del 36.4%, 16 médicos cuentan con 2 hijos, representando el 29.1%, 15 médicos cuentan con 1 hijo que corresponde al 27.3%, mientras que son 2 los médicos con 3 y 4 hijos respectivamente, representando cada uno el 3.6%. **Ver tabla 8 y gráfica 8.**

Tabla 8 y gráfico 8. Frecuencia y porcentaje por número de hijos

		Número de hijos			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguno	20	36.4	36.4	36.4
	1 hijo	15	27.3	27.3	63.6
	2 hijos	16	29.1	29.1	92.7
	3 hijos	2	3.6	3.6	96.4
	4 hijos o más	2	3.6	3.6	100.0
	Total	55	100.0	100.0	

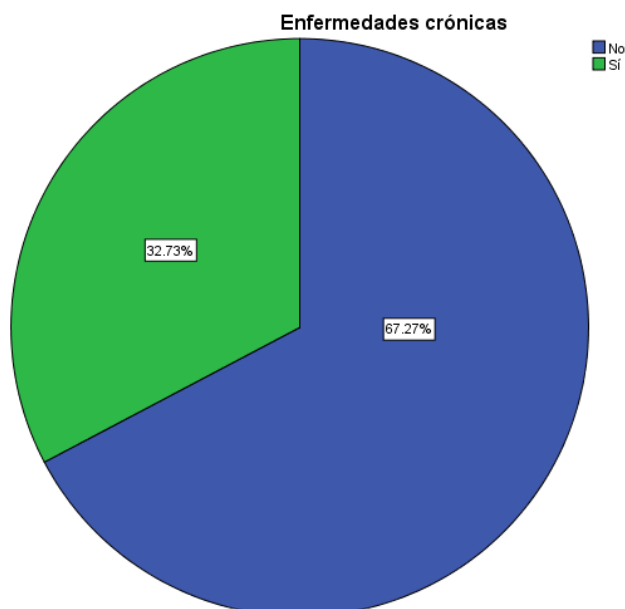
Gráfico 8. Frecuencia y porcentaje por número de hijos
Número de hijos



En la variable **enfermedades crónicas**, 37 médicos familiares **no** padecen enfermedades crónicas, lo cual corresponde a un porcentaje de 67.3 %, mientras que 18 médicos familiares **sí** padecen al menos una, correspondiente a 32.7%. **Ver tabla 9 y gráfica 9.**

Tabla 9 y gráfica 9. Frecuencia y porcentaje por enfermedades crónicas

Enfermedades crónicas					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	37	67.3	67.3	67.3
	Sí	18	32.7	32.7	100.0
	Total	55	100.0	100.0	



En la variable **tiempo de transporte**, se estima que 18 médicos familiares viajan de 0 a 15 minutos para llegar a su centro de trabajo, lo que corresponde a un 32.7%, mientras que 20 de los médicos familiares viajan de 16 a 30 minutos, lo cual corresponde al 36.4 %, 9 de los médicos viajan de 31 a 60 minutos correspondiente a 16.4 %, mientras que 6 de los médicos viajan de una hora a dos horas con 10.9% y 2 de ellos viajan por más de dos horas para llegar a su centro de trabajo. **Ver tabla 10 y gráfica 10.**

Tabla 10 y gráfico 10. Frecuencia y porcentaje por tiempo de transporte

		Tiempo de transporte			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0 a 15 minutos	18	32.7	32.7	32.7
	16 a 30 minutos	20	36.4	36.4	69.1
	31 a 60 minutos	9	16.4	16.4	85.5
	>1 a 2 horas	6	10.9	10.9	96.4
	>2 horas	2	3.6	3.6	100.0
	Total	55	100.0	100.0	

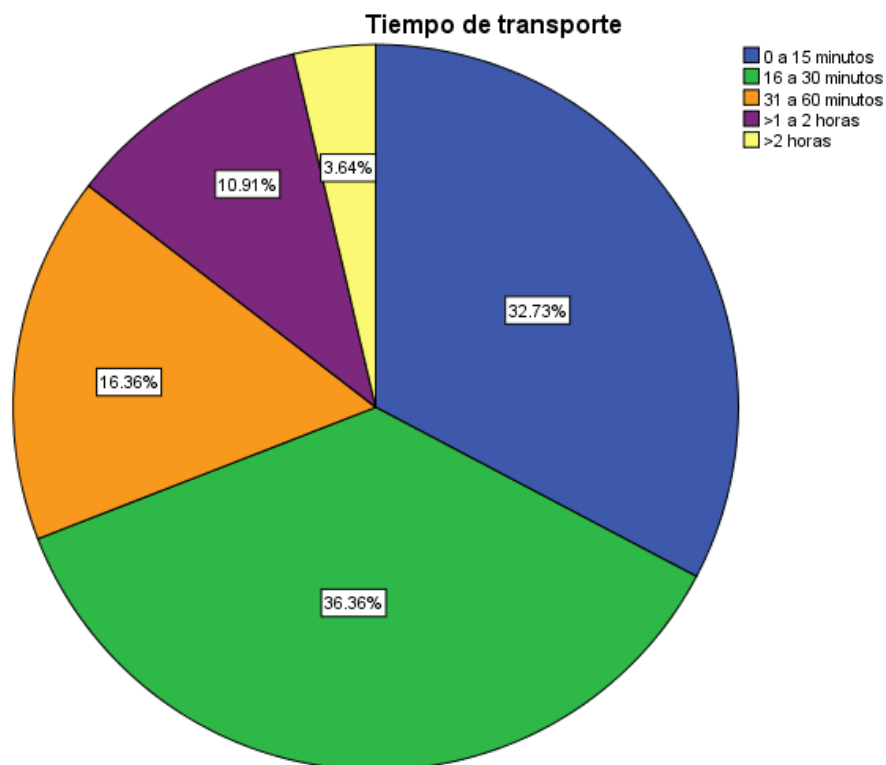


Tabla resumen 1. Frecuencia y porcentajes de datos sociodemográficos.

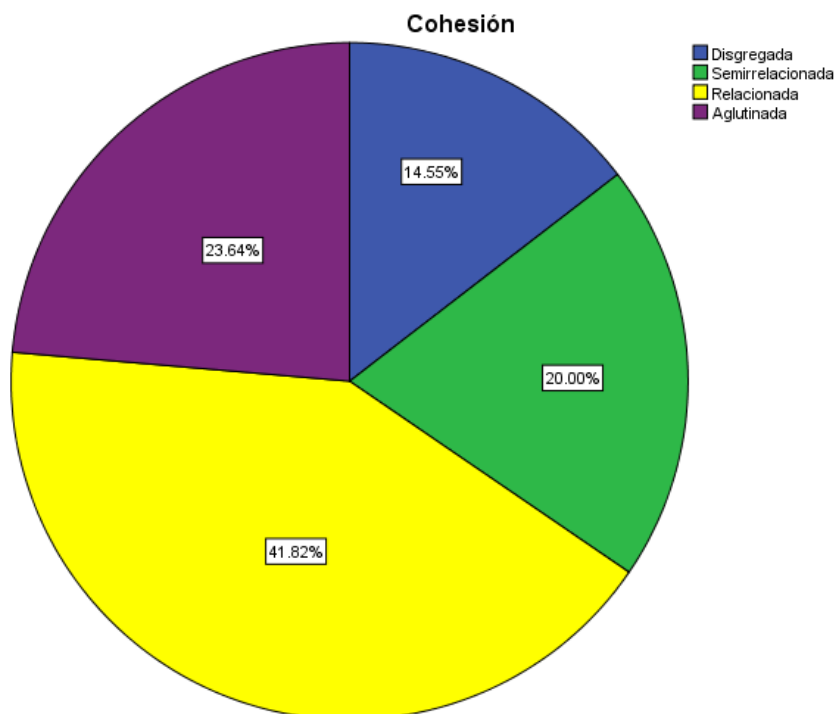
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)	
EDAD	21 A 30 años	2	3.6
	31 a 40 años	24	43.6
	41 a 50 años	21	38.2
	51 a 60 años	6	10.9
	61 a 70 años	2	3.6
SEXO	Mujer	37	67.3
	Hombre	18	32.7
TURNO DE TRABAJO	Matutino	33	60.0
	Vespertino	21	38.2
	Nocturno	1	1.8
NÚMERO DE TRABAJOS	Un trabajo	38	69.1
	Dos trabajos	17	30.9
ANTIGÜEDAD	0 a 5 años	10	18.2
	6 a 10 años	13	23.6
	11 a 15 años	18	32.7
	16 a 20 años	4	7.3
	21 a 25 años	6	10.9
	26 años o más	4	7.3
CATEGORÍA	Base	50	90.9
	Temporal	3	5.5
	Otro	2	3.6
ESTADO CIVIL	Casado/a	23	41.8
	Soltero/a	24	43.6
	Unión libre	8	14.5
NÚMERO DE HIJOS	Ninguno	20	36.4
	1 hijo	15	27.3
	2 hijos	16	29.1
	3 hijos	2	3.6
	4 o más	2	3.6
ENFERMEDADES CRÓNICAS	No	37	67.3
	Sí	18	32.7
TIEMPO DE TRANSPORTE	0 a 15 minutos	18	32.7
	16 a 30 minutos	20	36.4
	31 a 60 minutos	9	16.4
	>1 a 2 horas	6	10.9
	>2 horas	2	3.6

De acuerdo con el **objetivo específico 2**: medir la **funcionalidad familiar** en médicos familiares del HP/UMF10, se obtuvieron los siguientes resultados.

Por medio de la escala FACES III se determinó la cohesión y adaptabilidad familiar, en donde se encontró diferentes niveles de **cohesión familiar**: 8 familias cuya unión familiar se encuentra disgregada, correspondiente a un porcentaje de 14.5%, 11 de las familias con unión familiar semirelacionada con un porcentaje del 20%, así como 23 de las familias de los médicos con una unión familiar relacionada equivalente al 41.8%, mientras que 13 de las familias tienen una unión familiar aglutinada, equivalente a 23%. **Ver tabla 11 y gráfica 11.**

Tabla 11 y gráfico 11. Frecuencia y porcentaje por nivel de cohesión familiar

		Cohesión			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Disgregada	8	14.5	14.5	14.5
	Semirrelacionada	11	20.0	20.0	34.5
	Relacionada	23	41.8	41.8	76.4
	Aglutinada	13	23.6	23.6	100.0
	Total	55	100.0	100.0	

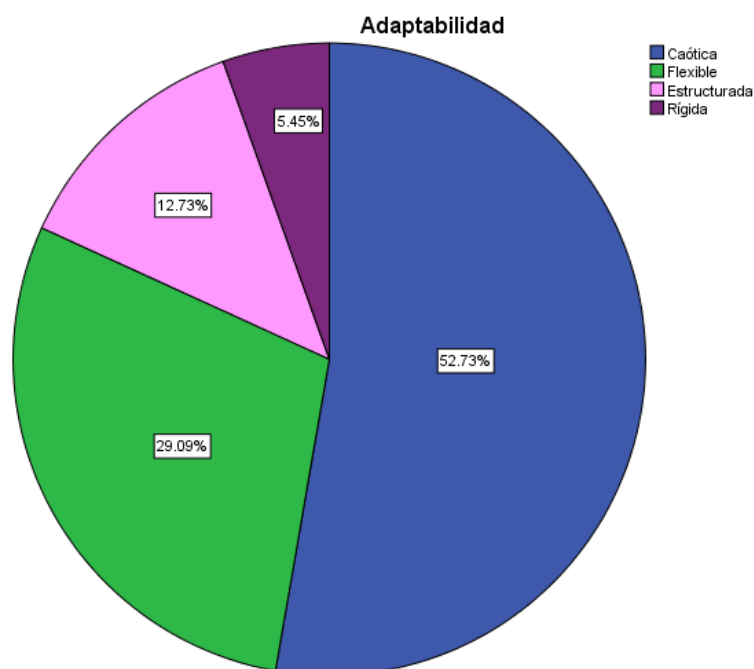


El nivel de **adaptabilidad familiar** obtuvo los siguientes resultados: 29 familias caóticas para el cambio de roles y reglas, así como para el liderazgo con una frecuencia que corresponde a un porcentaje de 52.7%, mientras que 16 familias con flexibilidad para el cambio de roles, reglas y el liderazgo equivalente al 29.1%, 7 familias con cambio de roles, reglas y liderazgo estructurado, correspondiente a 12.7%, y por último 3 familias de médicos con reglas y roles rígidos. **Ver tabla 12 y gráfica 12.**

Tabla 12. Frecuencia y porcentaje por nivel de adaptabilidad familiar

		Adaptabilidad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Caótica	29	52.7	52.7	52.7
	Flexible	16	29.1	29.1	81.8
	Estructurada	7	12.7	12.7	94.5
	Rígida	3	5.5	5.5	100.0
	Total	55	100.0	100.0	

Gráfico 12. Frecuencia y porcentaje por nivel de adaptabilidad familiar



Integrando ambos aspectos se estructuran diferentes niveles del sistema familiar, presentando 12 tipos de sistemas familiares en el grupo de 55 médicos familiares de la unidad en quienes se realizó el cuestionario. 2 familias equivalente a 3.6% corresponden al sistema **caóticamente disgregado** en las cuales es nula la unión familiar, así como nula la existencia de roles, reglas, y liderazgo familiar. 5 familias corresponden al sistema familiar **caóticamente semirelacionado** con un porcentaje del 9.1%, en el cual es poca la unión familiar y nula la existencia de roles, reglas y liderazgo. 11 de las familias corresponden al sistema **caóticamente relacionado** equivalente a un porcentaje de 20.0%, en donde las familias tienen una unión familiar normal, pero sin presencia de roles, reglas ni liderazgo, 11 de las familias con un sistema familiar **caóticamente aglutinado**, que representa el 20.0%, donde la unión familiar es muy fuerte, pero sin presencia de reglas, roles ni liderazgo. 2 de las familias con sistema **flexiblemente disgregado**, el cual corresponde al 3.6%, en donde la unión familiar es baja y en donde hay flexibilidad para el cumplimiento de reglas, roles y liderazgo. 4 de las familias presentan un sistema familiar **flexiblemente semirelacionado** equivalente al 7.3%, con poca unión familiar y flexible para cumplimiento de reglas, roles y liderazgo. 10 familias **flexiblemente relacionadas** correspondiente con el 18.2%, con una unión familiar normal, y flexible para la reestructuración de reglas, cambio de roles y el liderazgo familiar. 1 familia **estructuradamente disgregada** con un 1.8% en donde no hay unión familiar pero existe una estructura poco modificable en las reglas, cambio de roles y liderazgo. 2 familias con sistema **estructuradamente semirelacionada** equivalente al 3.6%, en donde hay poca unión familiar y una estructura poco modificable en las reglas, cambios de roles y liderazgo. 2 familias **estructuradamente relacionadas** con el 3.6%, en donde la unión familiar es normal y el sistema de reglas, cambios de roles y liderazgo se encuentran bien estructurados. El sistema **estructuradamente aglutinado** está presente en 2 familias, con el 3.6%, en donde la unión familiar es muy fuerte, y el sistema de reglas, cambio de roles y liderazgo está bien estructurado. Y por último 3 familias viven con el sistema **rígidamente disgregadas**, equivalente al 5.5%, donde la unión familiar es poca o nula y las reglas y cambio de roles son rígidos y el liderazgo es inmutable. **Ver tabla 13 y gráfica 13.**

Tabla 13 y gráfico 13. Frecuencia y porcentaje por nivel de funcionalidad familiar

		Funcionalidad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Caóticamente disgregada	2	3.6	3.6	3.6
	Caóticamente semirrelacionada	5	9.1	9.1	12.7
	Caóticamente relacionada	11	20.0	20.0	32.7
	Caóticamente aglutinada	11	20.0	20.0	52.7
	Flexiblemente disgregada	2	3.6	3.6	56.4
	Flexiblemente semirrelacionada	4	7.3	7.3	63.6
	Flexiblemente relacionada	10	18.2	18.2	81.8
	Estructuradamente disgregada	1	1.8	1.8	83.6
	Estructuradamente semirrelacionada	2	3.6	3.6	87.3
	Estructuradamente relacionada	2	3.6	3.6	90.9
	Estructuradamente aglutinada	2	3.6	3.6	94.5
	Rígidamente disgregada	3	5.5	5.5	100.0
	Total	55	100.0	100.0	

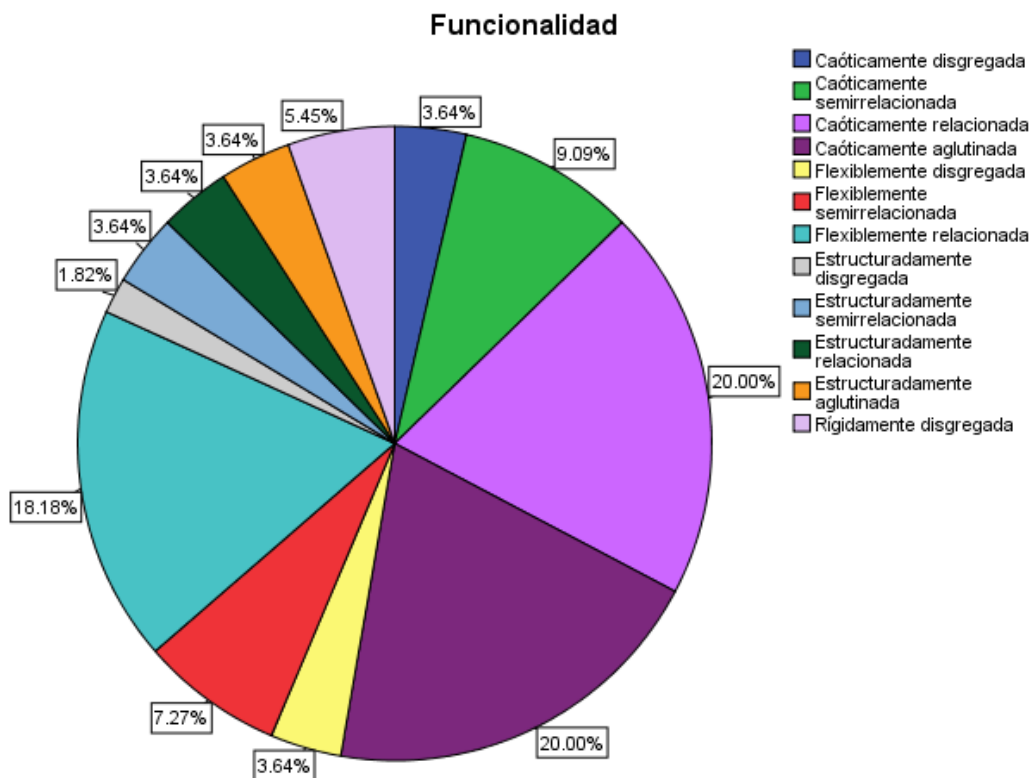


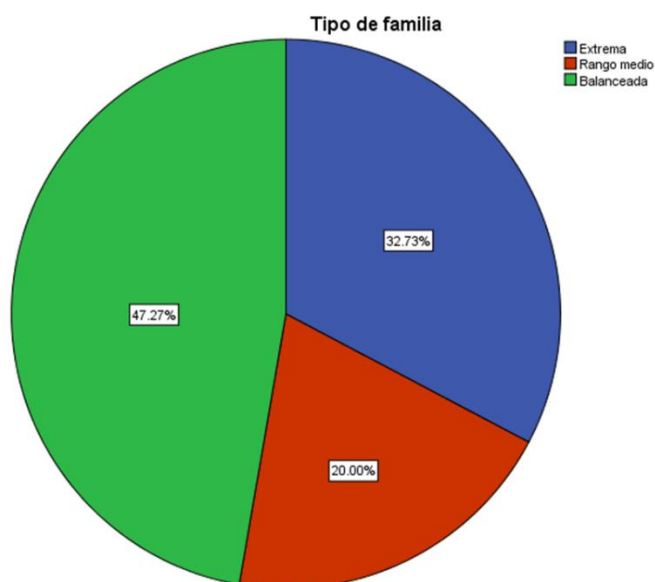
Tabla resumen 2. Frecuencia y porcentajes de funcionalidad familiar.

		Cohesión			
		Disgregada 10 a 34	Semirelacionada 35 a 40	Relacionada 41 a 45	Aglutinada 46 a 50
Alta Adaptabilidad Caos	Caótica 29 a 50	Caóticamente disgregada 2 (3.6%)	Caóticamente semirelacionada 5 (9.1%)	Caóticamente relacionada 11 (20.0%)	Caóticamente aglutinada 11 (20.0%)
	Flexible 25 a 28	Flexiblemente disgregada 2 (3.6%)	Flexiblemente semirelacionada 4 (7.3%)	Flexiblemente relacionada 10 (18.2%)	Flexiblemente aglutinada 0 (0%)
	Estructurada 20 a 24	Estructuradamente disgregada 1 (1.8%)	Estructuradamente semirelacionada 2 (3.6%)	Estructuradamente relacionada 2 (3.6%)	Estructuradamente aglutinada 2 (3.6%)
	Rígida 10 a 19	Rígidamente disgregada 3 (5.5%)	Rígidamente semirelacionada 0 (0%)	Rígidamente relacionada 0 (0%)	Rígidamente aglutinada 0 (0%)
Baja Rigidez		Desunión/ desapego	Cohesión	Unión/apego	

Así mismo, se analizan de acuerdo a los resultados anteriores el tipo de familia de los médicos familiares del HP/UMF10 obteniendo las siguientes frecuencias y porcentajes: 18 tipos de familias **extremas** (32.7%), que indican áreas problemáticas, 11 familias de **rango medio** equivalente a 20%, y 26 familias **balanceadas o equilibradas** equivalente a 47.3%, las cuales son más funcionales que el resto. Ver tabla 14 y gráfica 14.

Tabla 14 y gráfico 14. Frecuencia y porcentaje por tipo de familia

		Tipo de familia			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Extrema	18	32.7	32.7	32.7
	Rango medio	11	20.0	20.0	52.7
	Balanceada	26	47.3	47.3	100.0
	Total	55	100.0	100.0	



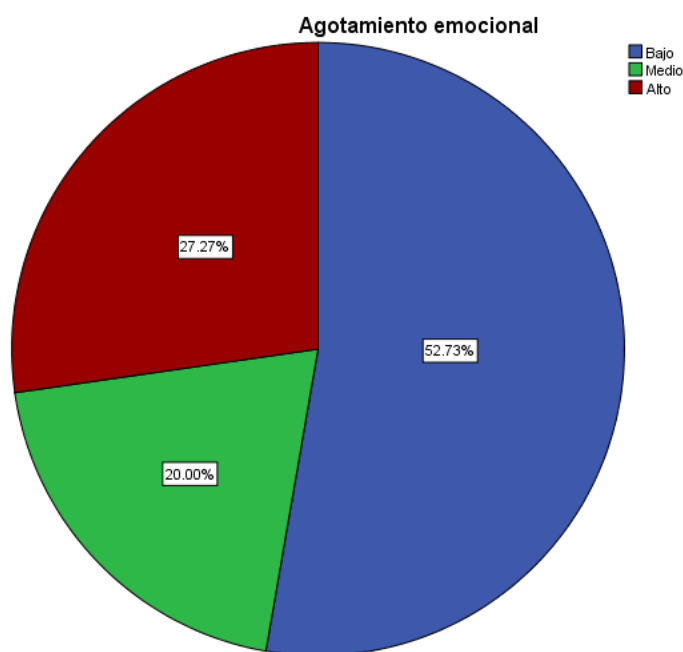
De acuerdo al **objetivo específico 3**: Medir el **desgaste ocupacional** en médicos familiares del HP/UMF10.

Debido a que el desgaste ocupacional se compone de tres parámetros, los cuales son: agotamiento emocional, despersonalización y realización familiar, a continuación se exponen cada uno de dichos parámetros.

En cuanto al **agotamiento emocional** se encontró que 29 médicos, correspondiente al 52.7% presentan agotamiento **leve**. 11 médicos (20.0%) presentan agotamiento **medio**. mientras que 15 médicos presentan **alto** nivel de agotamiento. **Ver tabla 15 y gráfica 15.**

Tabla 15 y gráfico 15. Frecuencia y porcentaje por nivel de agotamiento emocional

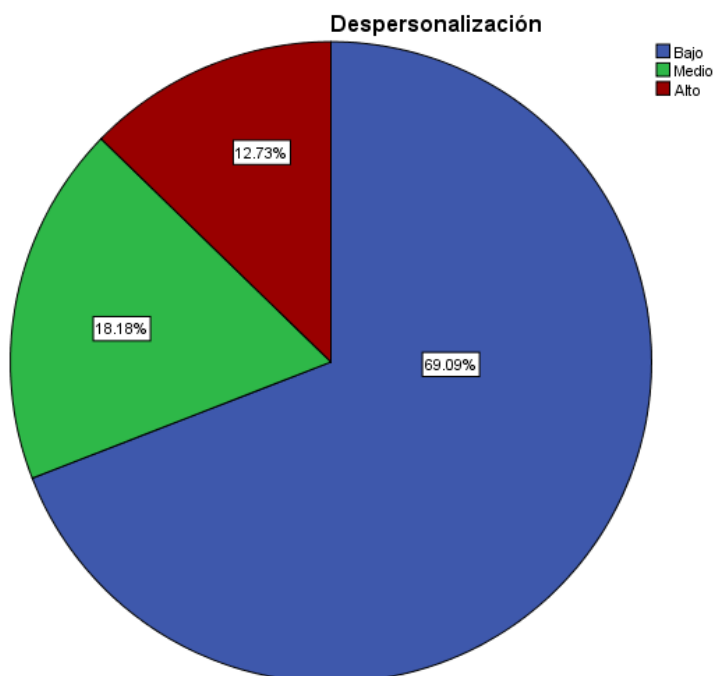
Agotamiento emocional					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	29	52.7	52.7	52.7
	Medio	11	20.0	20.0	72.7
	Alto	15	27.3	27.3	100.0
	Total	55	100.0	100.0	



En cuanto al nivel de **despersonalización**, 38 médicos familiares, correspondiente al 69.1%, presentan un nivel **bajo** de despersonalización. 10 médicos (18.2%), presentan un nivel **medio** de despersonalización. Y por último 7 de los médicos, equivalente al 12.7%, presentan un nivel **alto** de despersonalización. **Ver tabla 16 y gráfica 16.**

Tabla 16 y gráfico 16. Frecuencia y porcentaje por nivel de despersonalización.

		Despersonalización			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	38	69.1	69.1	69.1
	Medio	10	18.2	18.2	87.3
	Alto	7	12.7	12.7	100.0
	Total	55	100.0	100.0	

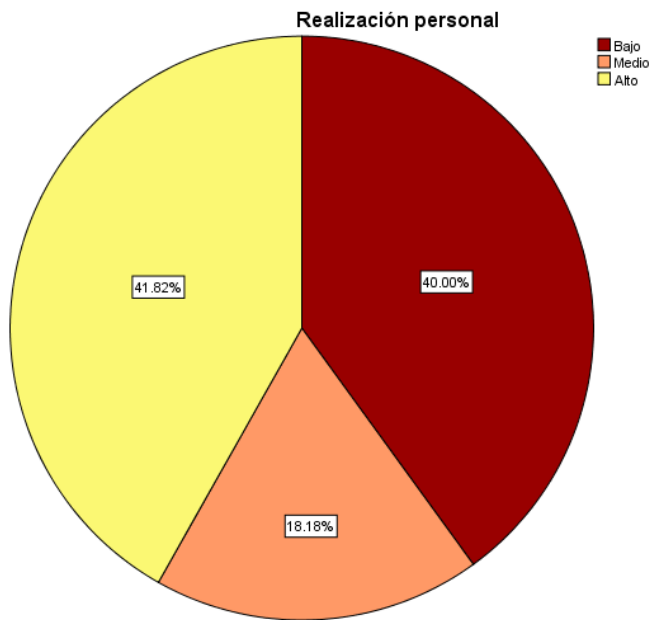


El nivel de **realización personal** es el siguiente: se determina un nivel **bajo** en 22 médicos familiares, equivalente al 40.0%, en 10 médicos (18.2%) se determina un nivel **medio**, mientras en 23 médicos (41.8%) se determina un nivel **alto** de realización personal. **Ver tabla 17 y gráfica 17.**

Tabla 17. Frecuencia y porcentaje por nivel de realización personal.

		Realización personal			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	22	40.0	40.0	40.0
	Medio	10	18.2	18.2	58.2
	Alto	23	41.8	41.8	100.0
	Total	55	100.0	100.0	

Gráfico 17. Frecuencia y porcentaje por nivel de realización personal.



La integración de los anteriores parámetros da por resultado tres niveles de desgaste ocupacional. Los resultados se muestran a continuación:

Se encuentran 13 médicos familiares con nivel de desgaste ocupacional **leve**, equivalente al 23.6%. Mientras que 39 médicos se estadifican con desgaste ocupacional **moderado/grave**, representando el 70.9%. Por último, se estadifica a 3 médicos familiares con desgaste ocupacional **severo**. Ver **tabla 18 y gráfica 18**.

Tabla 18 y gráfico 18. Frecuencia y porcentaje por nivel de desgaste ocupacional.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Leve	13	23.6	23.6	23.6
	Moderado/ Grave	39	70.9	70.9	94.5
	Severo	3	5.5	5.5	100.0
	Total	55	100.0	100.0	

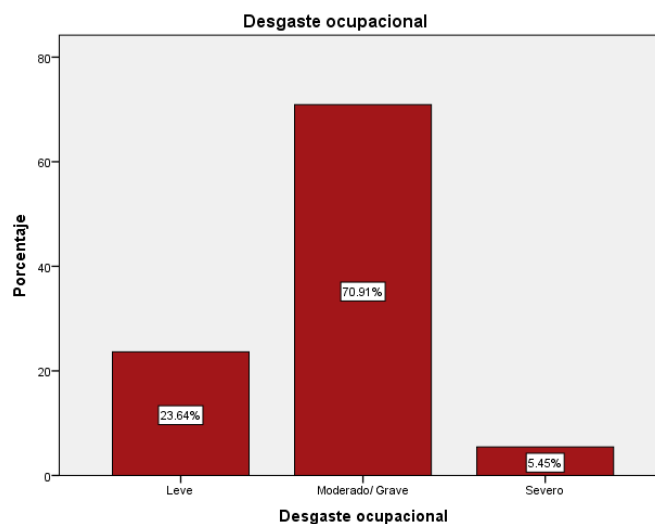


Tabla resumen 3. Frecuencia y porcentajes de desgaste ocupacional.

		Frecuencia	Porcentaje (%)
Agotamiento emocional	Bajo	29	52.7
	Medio	11	20
	Alto	15	27.3
Despersonalización	Bajo	38	69.1
	Medio	10	18.2
	Alto	7	12.7
Realización personal	Bajo	22	40
	Medio	10	18.2
	Alto	23	41.8
Desgaste ocupacional	Leve	13	23.6
	Moderado/ grave	39	70.9
	Severo	3	5.5

De acuerdo con el objetivo general: relacionar la **funcionalidad familiar** y el **síndrome de desgaste ocupacional** durante la pandemia de COVID-19 en médicos familiares del HP/UMF10.

Se lleva a cabo la relación **funcionalidad familiar** y **síndrome de desgaste ocupacional** mediante χ^2 de Pearson y de acuerdo a los grados de libertad no se supera el punto crítico a un nivel de significancia de 0.05 (33.92), por lo que, no existe asociación estadísticamente significativa, por lo cual se llevan a cabo Prueba exacta de Fisher, sin hallar asociación estadísticamente significativa. **Ver tabla 19 y gráfica 19.**

Tablas 19. Relación entre función familiar y desgaste ocupacional por χ^2 de Pearson

Funcionalidad*Desgaste ocupacional tabulación cruzada

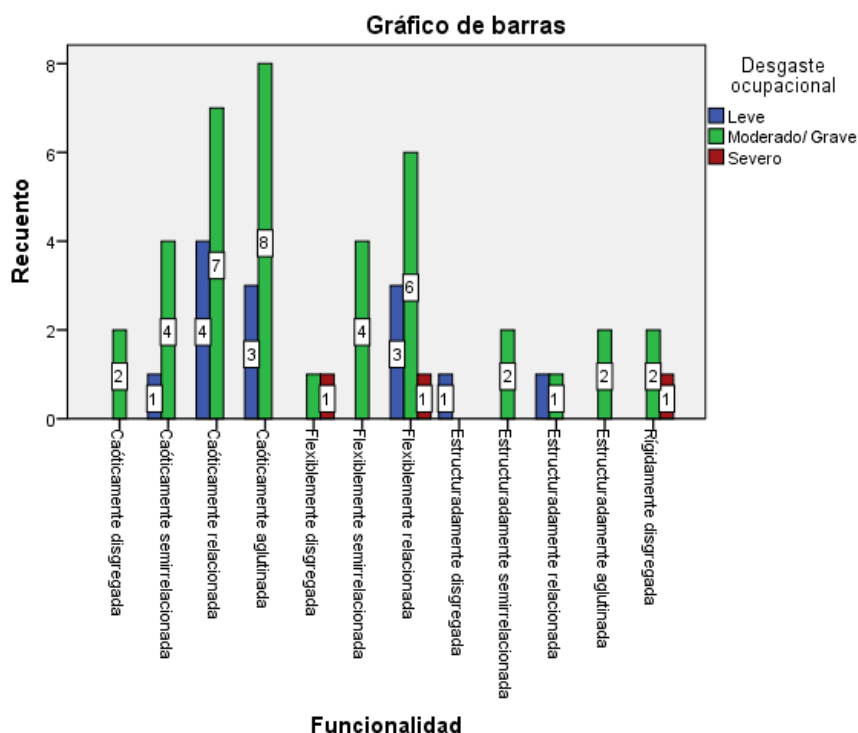
Recuento		Desgaste ocupacional			Total
		Leve	Moderado/ Grave	Severo	
Funcionalidad	Caóticamente disgregada	0	2	0	2
	Caóticamente semirrelacionada	1	4	0	5
	Caóticamente relacionada	4	7	0	11
	Caóticamente aglutinada	3	8	0	11
	Flexiblemente disgregada	0	1	1	2
	Flexiblemente semirrelacionada	0	4	0	4
	Flexiblemente relacionada	3	6	1	10
	Estructuradamente disgregada	1	0	0	1
	Estructuradamente semirrelacionada	0	2	0	2
	Estructuradamente relacionada	1	1	0	2
	Estructuradamente aglutinada	0	2	0	2
	Rígidamente disgregada	0	2	1	3
	Total	13	39	3	55

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	24.197 ^a	22	.337
Razón de verosimilitud	22.130	22	.452
Asociación lineal por lineal	1.348	1	.246
N de casos válidos	55		

a. 33 casillas (91.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .05.

Gráfico 19. Relación entre función familiar y desgaste ocupacional por χ^2 de Pearson



Por último, se lleva a cabo el análisis con el coeficiente de correlación de Kendall, por el tipo de variables estudiadas, sin hallar asociación estadísticamente significativa, por lo cual podemos considerar que no importa el grado de unión familiar, ni el nivel de flexibilidad para el intercambio de roles, reglas y liderazgo familiar, demostrando que todos los médicos familiares del HP/UMF10 son susceptibles a padecer síndrome de desgaste ocupacional. **Ver tabla 20.**

Tabla 20 . Relación entre función familiar y desgaste ocupacional por coeficiente de correlación de Kendall

Medidas simétricas

	Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal Tau-c de Kendall	.095	.102	.935	.350
N de casos válidos	55			

a. No se supone la hipótesis nula.

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

En cuanto a la relación de acuerdo al tipo de familia y desgaste ocupacional, se lleva a cabo el análisis por medio de χ^2 de Pearson y de acuerdo a los grados de libertad a un nivel de significancia de 0.05 (5.99), encontrando que no existe asociación estadísticamente significativa. **Ver tabla 21 y gráfico 21.**

Tabla 21 y gráfico 21. Relación entre tipo de familia y desgaste ocupacional

Tipo de familia*Desgaste ocupacional tabulación cruzada

Recuento

		Desgaste ocupacional		Total
		No	Sí	
Tipo de familia	Extrema	5	13	18
	Rango medio	2	9	11
	Balanceada	6	20	26
Total		13	42	55

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	.357 ^a	2	.837
Razón de verosimilitud	.362	2	.835
Asociación lineal por lineal	.101	1	.751
N de casos válidos	55		

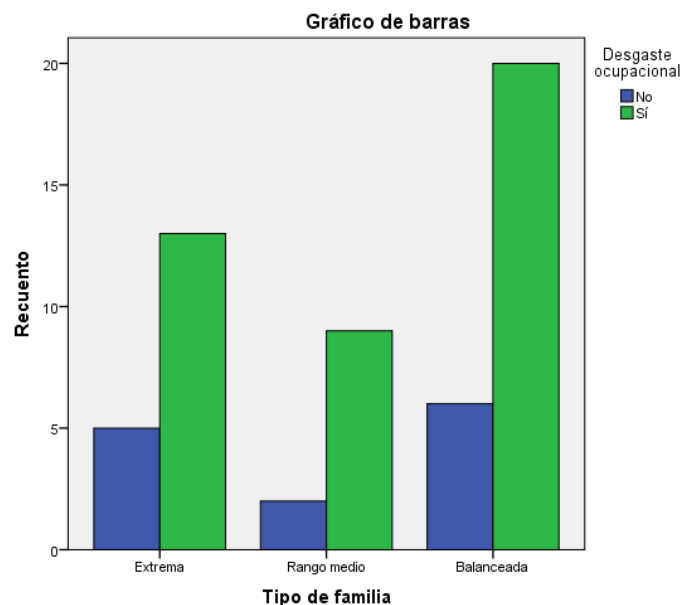
a. 2 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2.60.

Medidas simétricas

		Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	.036	.125	.285	.776
N de casos válidos		55			

a. No se supone la hipótesis nula.

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



Sin embargo, se busca la relación entre cada uno de los datos sociodemográficos (**edad, sexo, turno de trabajo, número de trabajos, antigüedad, categoría, estado civil, número de hijos, enfermedades crónicas, tiempo de transporte**) y el **síndrome de desgaste ocupacional**, encontrando los siguientes resultados:

Se realiza χ^2 de Pearson para determinar cómo se asocia la **edad** con el **síndrome de desgaste ocupacional**, encontrando que, de acuerdo a los grados de libertad a un nivel de significancia de 0.05 (15.51), no existe asociación estadísticamente significativa. Así como, se realiza prueba exacta de Fisher, debido a que se encuentran casillas con recuento menor que 5, reiterando la ausencia de asociación estadísticamente significativa. Lo cual nos indica que los médicos familiares del HP/UMF10 de cualquier edad son susceptibles de padecer síndrome de desgaste ocupacional. **Ver tabla 22 y gráfica 22.**

Tabla 22 y gráfico 22. Relación entre edad y desgaste ocupacional

Edad*Desgaste ocupacional tabulación cruzada

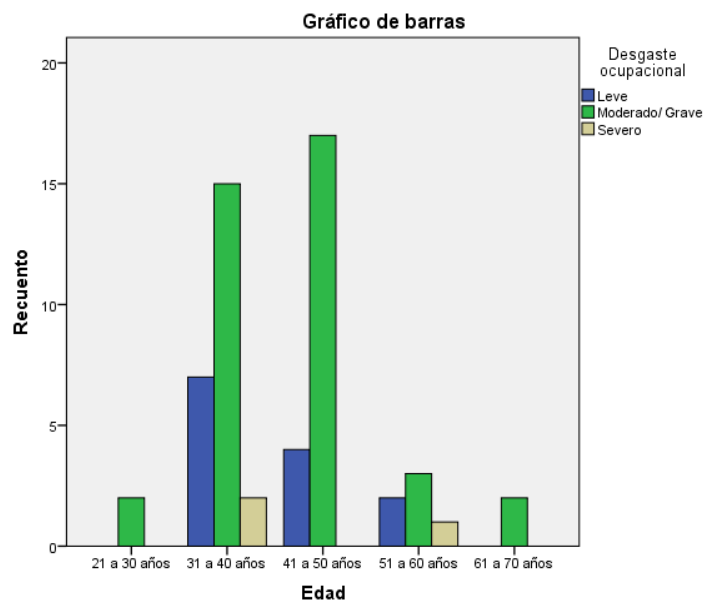
Recuento

		Desgaste ocupacional			Total
		Leve	Moderado/ Grave	Severo	
Edad	21 a 30 años	0	2	0	2
	31 a 40 años	7	15	2	24
	41 a 50 años	4	17	0	21
	51 a 60 años	2	3	1	6
	61 a 70 años	0	2	0	2
Total		13	39	3	55

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	6.178 ^a	8	.627
Razón de verosimilitud	7.892	8	.444
Asociación lineal por lineal	.050	1	.823
N de casos válidos	55		

a. 12 casillas (80.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .11.



Por lo que se refiere a si existe asociación entre las variables **sexo** y **desgaste ocupacional**, se aplica χ^2 de Pearson encontrando que, de acuerdo a los grados de libertad a un nivel de significancia de 0.05 (5.99), no existe asociación estadísticamente significativa. Lo cual nos indica que los médicos familiares del HP/UMF10 de cualquier sexo son susceptibles de padecer síndrome de desgaste ocupacional. **Ver tabla 23 y gráfica 23.**

Tabla 23 y gráfico 23. Relación entre sexo y desgaste ocupacional.

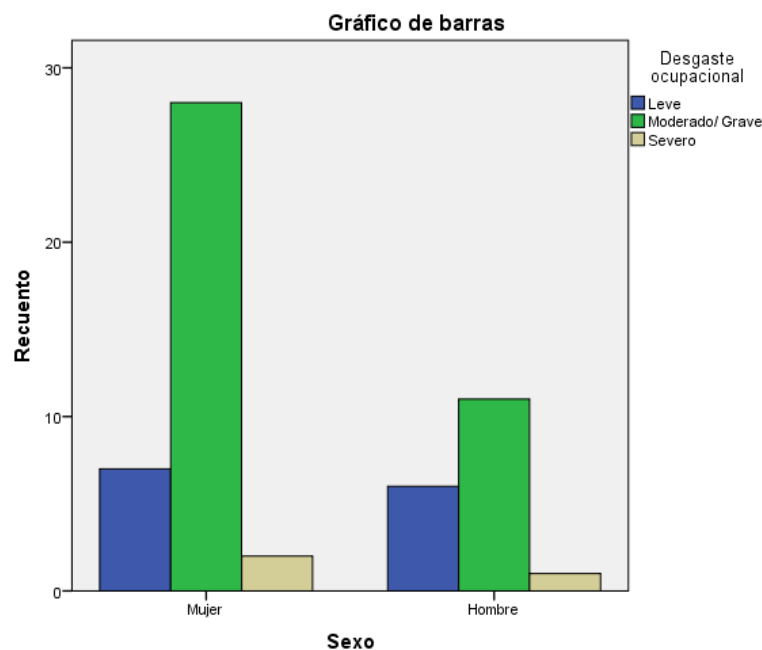
Sexo*Desgaste ocupacional tabulación cruzada

Recuento		Desgaste ocupacional			Total
		Leve	Moderado/ Grave	Severo	
Sexo	Mujer	7	28	2	37
	Hombre	6	11	1	18
Total		13	39	3	55

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1.427 ^a	2	.490
Razón de verosimilitud	1.381	2	.501
Asociación lineal por lineal	.938	1	.333
N de casos válidos	55		

a. 3 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .98.



Con respecto a la asociación entre las variables: **turno de trabajo** y **desgaste ocupacional**, se calcula χ^2 de Pearson, determinando que no existe asociación estadísticamente significativa. Lo que se puede interpretar como que todos los médicos familiares del HP/UMF10, son susceptibles de padecer

síndrome de desgaste ocupacional, no importa el turno de trabajo que tengan. **Ver tabla 24 y gráfica 24.**

Tabla 24 y gráfico 24. Relación entre turno de trabajo y desgaste ocupacional

Turno de trabajo*Desgaste ocupacional tabulación cruzada

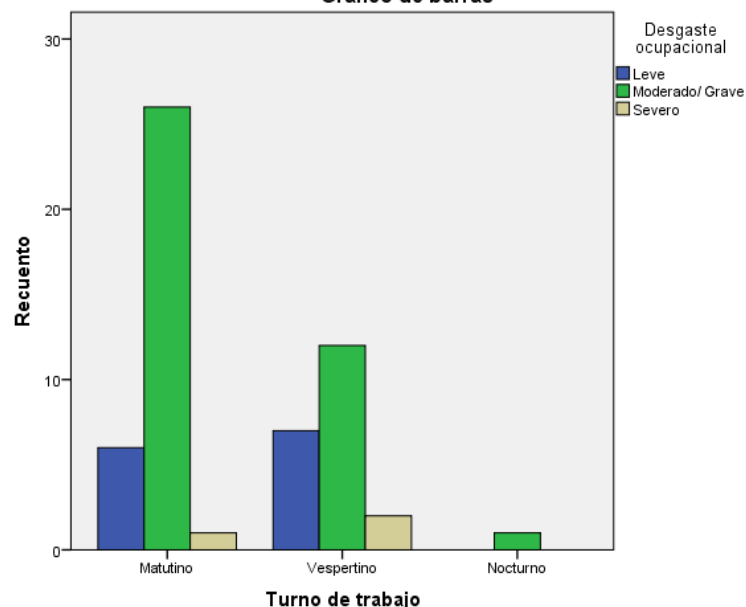
Recuento		Desgaste ocupacional			Total
		Leve	Moderado/ Grave	Severo	
Turno de trabajo	Matutino	6	26	1	33
	Vespertino	7	12	2	21
	Nocturno	0	1	0	1
Total		13	39	3	55

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	3.504 ^a	4	.477
Razón de verosimilitud	3.704	4	.448
Asociación lineal por lineal	.166	1	.684
N de casos válidos	55		

a. 6 casillas (66.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .05.

Gráfico de barras



Se realiza χ^2 de Pearson para hallar la asociación entre **número de trabajos** y **desgaste ocupacional**, se estima que no existe asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, por lo que se deduce que los médicos familiares del HP/UMF10, son susceptibles a padecer síndrome de desgaste ocupacional, sin importar el número de trabajos que tengan. **Ver tabla 25 y gráfica 25.**

Tabla 25 y gráfico 25. Relación entre número de trabajos y desgaste ocupacional

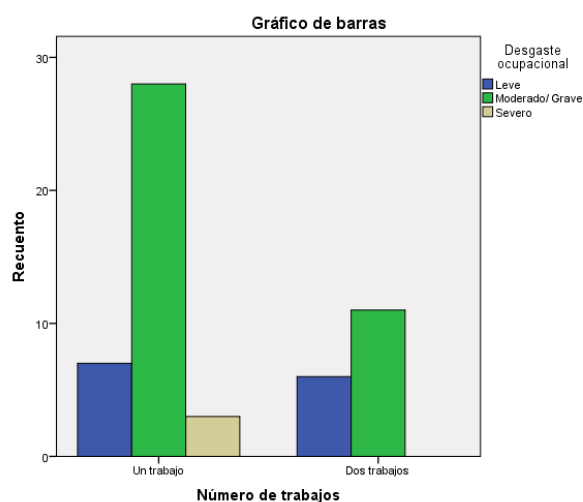
Número de trabajos*Desgaste ocupacional tabulación cruzada

Recuento		Desgaste ocupacional			Total
		Leve	Moderado/ Grave	Severo	
Número de trabajos	Un trabajo	7	28	3	38
	Dos trabajos	6	11	0	17
Total		13	39	3	55

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2.890 ^a	2	.236
Razón de verosimilitud	3.675	2	.159
Asociación lineal por lineal	2.744	1	.098
N de casos válidos	55		

a. 3 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .93.



De la misma manera se realiza χ^2 de Pearson para hallar la asociación entre **antigüedad** y **desgaste ocupacional**, estimando que no existe asociación estadísticamente significativa entre dichas variables, por lo que deducimos que los médicos familiares del HP/UMF10 son susceptibles de padecer desgaste ocupacional sin importar los años de antigüedad que posean. **Ver tabla 26 y gráfica 26.**

Tabla 26 y gráfico 26. Relación entre antigüedad y desgaste ocupacional

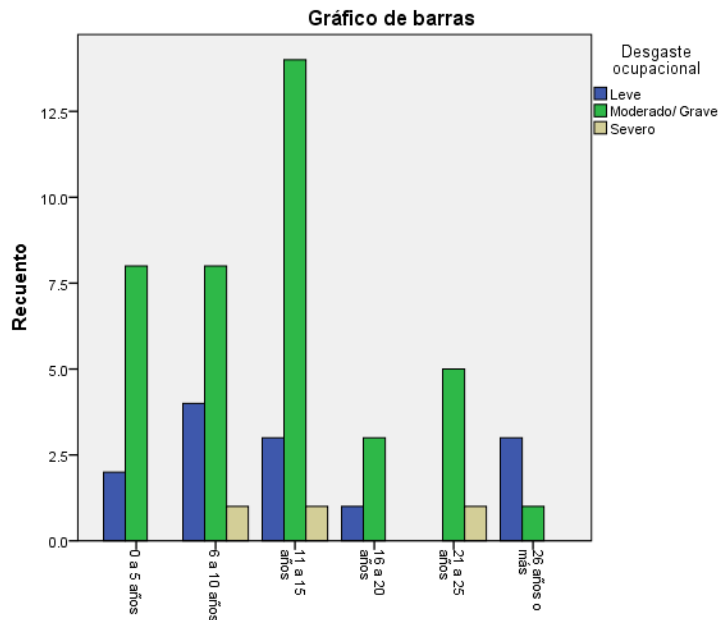
Antigüedad*Desgaste ocupacional tabulación cruzada

Recuento		Desgaste ocupacional			Total
		Leve	Moderado/ Grave	Severo	
Antigüedad	0 a 5 años	2	8	0	10
	6 a 10 años	4	8	1	13
	11 a 15 años	3	14	1	18
	16 a 20 años	1	3	0	4
	21 a 25 años	0	5	1	6
	26 años o más	3	1	0	4
Total		13	39	3	55

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	10.802 ^a	10	.373
Razón de verosimilitud	11.461	10	.323
Asociación lineal por lineal	.119	1	.730
N de casos válidos	55		

a. 15 casillas (83.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .22.



Se lleva a cabo prueba χ^2 de Pearson para hallar la asociación entre **categoría** y **desgaste ocupacional**, encontrando que no existe asociación estadísticamente significativa entre dichas variables. Por lo que deducimos que los médicos familiares de la unidad son susceptibles de padecer algún nivel de desgaste ocupacional sin importar si cuentan con base o no. **Ver tabla 27 y gráfica 27.**

Tabla 27 y gráfico 27. Relación entre categoría y desgaste ocupacional.

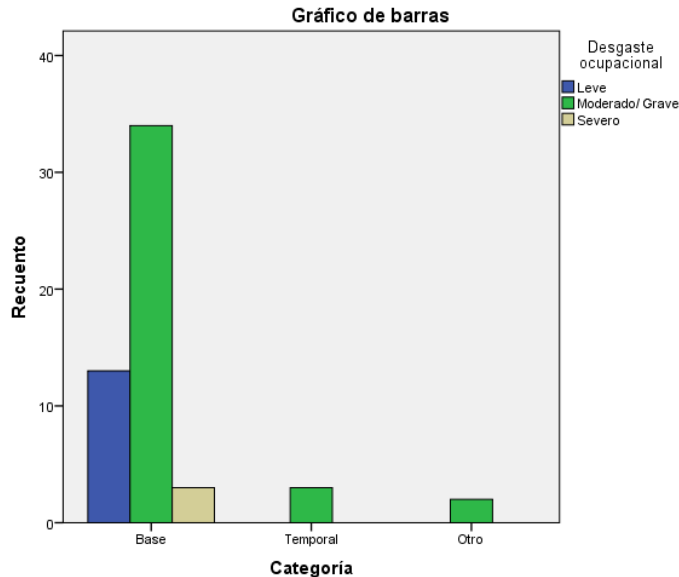
Categoría*Desgaste ocupacional tabulación cruzada

Recuento		Desgaste ocupacional			Total
		Leve	Moderado/ Grave	Severo	
Categoría	Base	13	34	3	50
	Temporal	0	3	0	3
	Otro	0	2	0	2
Total		13	39	3	55

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2.256 ^a	4	.689
Razón de verosimilitud	3.639	4	.457
Asociación lineal por lineal	.610	1	.435
N de casos válidos	55		

a. 7 casillas (77.8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .11.



A pesar de los resultados anteriores, se calcula la asociación de las variables **estado civil** y **desgaste ocupacional**, por medio de χ^2 de Pearson, encontrando, de acuerdo a los grados de libertad que se supera el valor crítico esperado correspondiente a 2 grados de libertad, con un nivel de significancia de 0.05 (5.99), por lo que comprobamos que existe una asociación estadísticamente significativa, atribuyendo un mayor desgaste ocupacional a los médicos familiares que son solteros. Como medida para corroborar lo anterior, agrupamos a la población que tiene pareja, y a la que no tiene pareja, encontrando que existe asociación estadísticamente significativa, ya que supera el valor crítico esperado para el grado 1 de libertad (3.84) **Ver tabla 28 y gráfica 28.**

Tabla 28 y gráfico 28. Relación entre estado civil y desgaste ocupacional

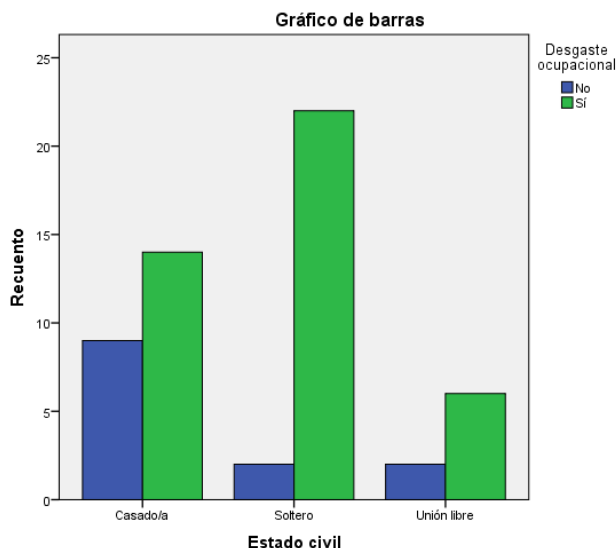
Estado civil*Desgaste ocupacional tabulación cruzada

Recuento		Desgaste ocupacional		Total
		No	Sí	
Estado civil	Casado/a	9	14	23
	Soltero	2	22	24
	Unión libre	2	6	8
Total		13	42	55

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	6.181 ^a	2	.045
Razón de verosimilitud	6.599	2	.037
Asociación lineal por lineal	2.412	1	.120
N de casos válidos	55		

a. 1 casillas (16.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.89.



Con Pareja*Desgaste ocupacional tabulación cruzada

Recuento

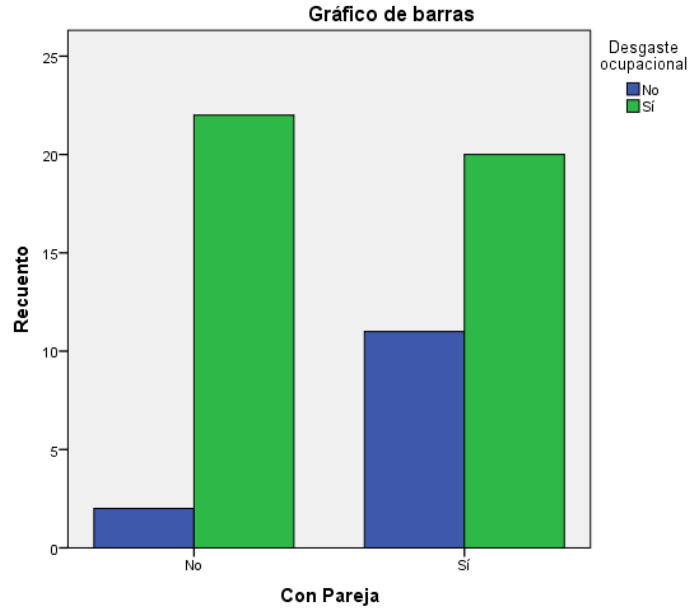
		Desgaste ocupacional		Total
		No	Sí	
Con Pareja	No	2	22	24
	Sí	11	20	31
Total		13	42	55

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	5.525 ^a	1	.019		
Corrección de continuidad ^b	4.123	1	.042		
Razón de verosimilitud	6.061	1	.014		
Prueba exacta de Fisher				.026	.019
Asociación lineal por lineal	5.424	1	.020		
N de casos válidos	55				

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5.67.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2



Sin embargo, al aplicar χ^2 de Pearson para determinar la asociación entre la variable sociodemográfica **número de hijos** y el **desgaste ocupacional**, se encuentra que no existe asociación estadísticamente significativa, por lo que se prueba que los médicos familiares de la unidad médica son susceptibles a padecer desgaste ocupacional sin importar el número de hijos con los que cuenten. **Ver tabla 29 y gráfica 29.**

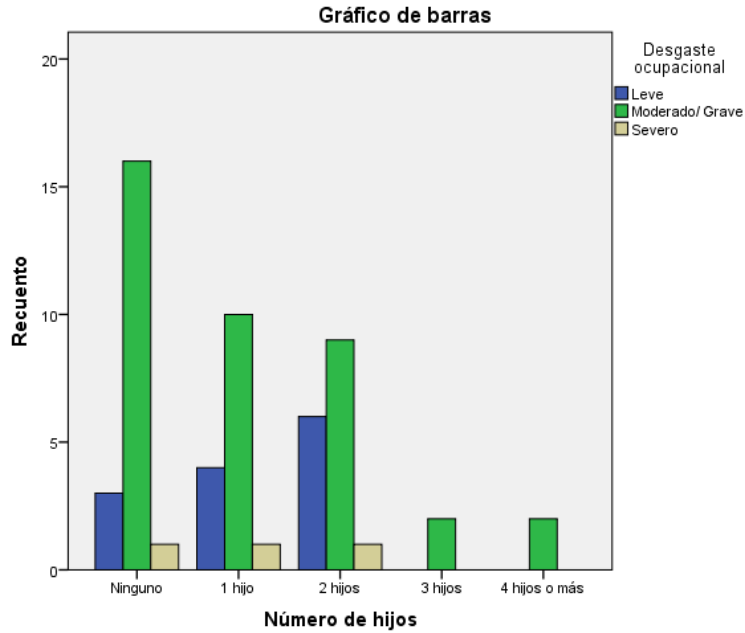
Tabla 29 y gráfico 29. Relación entre número de hijos y desgaste ocupacional
Número de hijos*Desgaste ocupacional tabulación cruzada

Recuento		Desgaste ocupacional			Total
		Leve	Moderado/ Grave	Severo	
Número de hijos	Ninguno	3	16	1	20
	1 hijo	4	10	1	15
	2 hijos	6	9	1	16
	3 hijos	0	2	0	2
	4 hijos o más	0	2	0	2
Total		13	39	3	55

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	4.454 ^a	8	.814
Razón de verosimilitud	5.483	8	.705
Asociación lineal por lineal	.226	1	.634
N de casos válidos	55		

a. 12 casillas (80.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .11.



Se aplica χ^2 de Pearson para determinar si existe asociación entre las variables **enfermedades crónicas** y **desgaste ocupacional**, sin encontrar asociación estadísticamente significativa, por lo que se deduce que los médicos del HP/UMF 10 son susceptibles de padecer desgaste ocupacional sin importar si padecen o no enfermedades crónicas. **Ver tabla 30 y gráfica 30.**

Tabla 30 y gráfico 30. Relación entre enfermedades crónicas y desgaste ocupacional

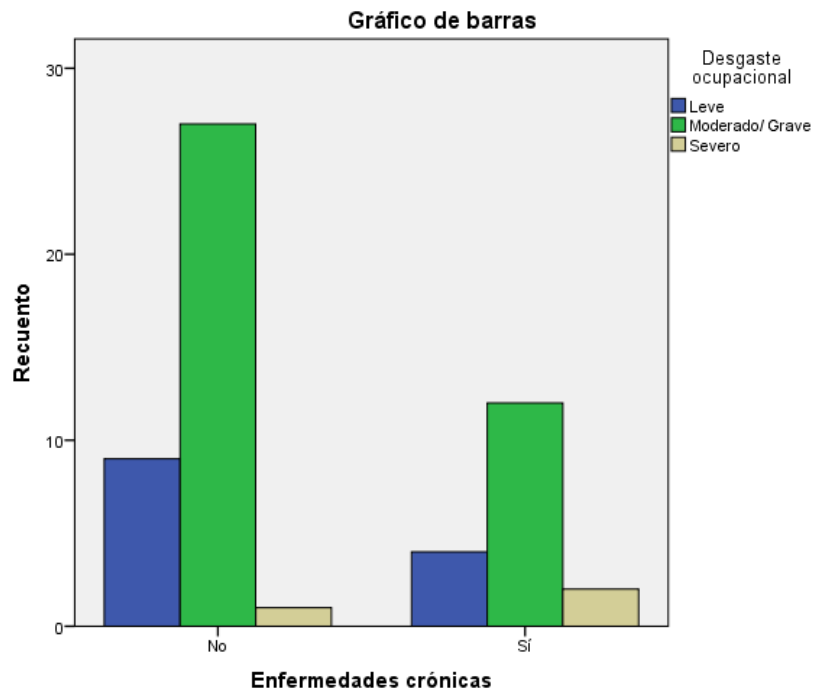
Enfermedades crónicas*Desgaste ocupacional tabulación cruzada

Recuento		Desgaste ocupacional			Total
		Leve	Moderado/ Grave	Severo	
Enfermedades crónicas	No	9	27	1	37
	Sí	4	12	2	18
Total		13	39	3	55

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1.660 ^a	2	.436
Razón de verosimilitud	1.533	2	.465
Asociación lineal por lineal	.509	1	.475
N de casos válidos	55		

a. 3 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .98.



No obstante, se aplica χ^2 de Pearson para determinar si existe asociación entre **tiempo de transporte** y **desgaste ocupacional**, encontrando asociación estadísticamente significativa, atribuyendo un mayor desgaste ocupacional en médicos cuyo tiempo de transporte a su lugar laboral es menor. **Ver tabla 31 y gráfica 31.**

Tabla 31 y gráfico 31. Relación entre tiempo de transporte y desgaste ocupacional

Tiempo de transporte*Desgaste ocupacional tabulación cruzada

Recuento		Desgaste ocupacional			Total
		Leve	Moderado/ Grave	Severo	
Tiempo de transporte	0 a 15 minutos	3	15	0	18
	16 a 30 minutos	10	9	1	20
	31 a 60 minutos	0	8	1	9
	>1 a 2 horas	0	5	1	6
	>2 horas	0	2	0	2
Total		13	39	3	55

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	16.343 ^a	8	.038
Razón de verosimilitud	19.635	8	.012
Asociación lineal por lineal	3.288	1	.070
N de casos válidos	55		

a. 12 casillas (80.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .11.

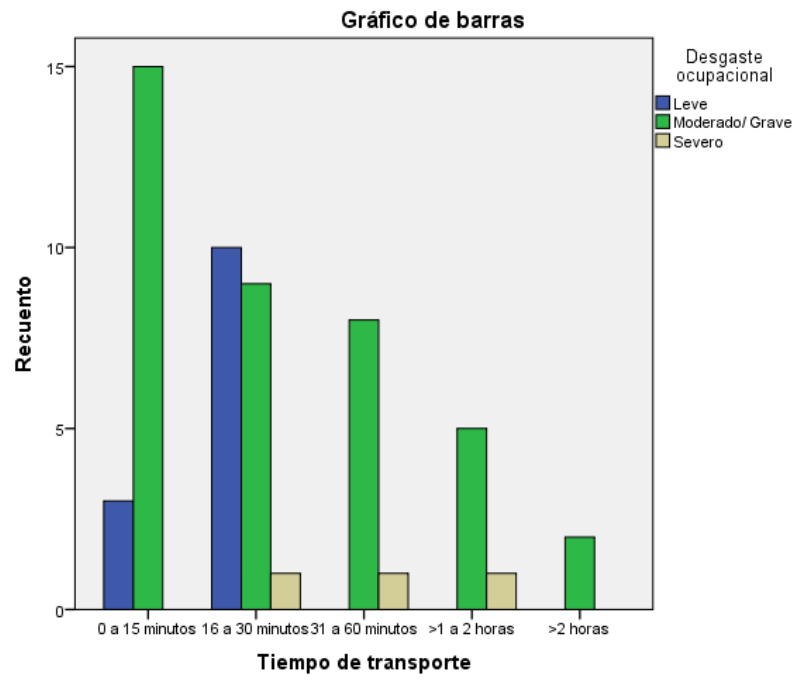


Tabla resumen 4. Relación de variables con desgaste ocupacional

Variable	Rangos	p<0.05
Funcionalidad	Caóticamente disgregada Caóticamente semirelacionada Caóticamente relacionada Caóticamente aglutinada Flexiblemente disgregada Flexiblemente semirelacionada Flexiblemente relacionada Estructuralmente disgregada Estructuralmente semirelacionada Estructuralmente relacionada Estructuralmente aglutinada Rígidamente disgregada	χ^2 de Pearson: 24.197 g.l.: 22 Punto crítico: 33.92 Coeficiente de correlación de Kendall: 0.95
Tipo de familia	Extrema Rango medio Balanceada	χ^2 de Pearson: 0.357 g.l.: 2 Punto crítico: 5.99 Coeficiente de correlación de Kendall: 0.036
Edad	21 a 30 años 31 a 40 años 41 a 50 años 51 a 60 años 61 a 70 años	χ^2 de Pearson: 6.178 g.l.: 8 Punto crítico: 15.51
Sexo	Mujer Hombre	χ^2 de Pearson: 1.427 g.l.: 2 Punto crítico: 5.99
Turno de trabajo	Matutino Vespertino Nocturno	χ^2 de Pearson: 3.504 g.l.: 4 Punto crítico: 9.49
Número de trabajos	Uno Dos	χ^2 de Pearson: 2.890 g.l.: 2 Punto crítico: 5.99
Antigüedad	0 a 5 años 6 a 10 años 11 a 15 años 16 a 20 años 21 a 25 años 26 años o más	χ^2 de Pearson: 10.802 g.l.: 10 Punto crítico: 18.31
Categoría	Base Temporal Otro	χ^2 de Pearson: 2.256 g.l.: 4 Punto crítico: 9.49
Estado civil	Casado/a Soltero/a Unión libre	χ^2 de Pearson: 6.181* g.l.: 2 Punto crítico: 5.99
Número de hijos	Ningún hijo 1 hijo 2 hijos 3 hijos 4 o más hijos	χ^2 de Pearson: 4.454 g.l.: 8 Punto crítico: 15.51
Enfermedades crónicas	No Sí	χ^2 de Pearson: 1.660 g.l.: 2 Punto crítico: 5.99
Tiempo de transporte	0 a 15 minutos 16 a 30 minutos 31 a 60 minutos 1 a 2 horas > 2 horas	χ^2 de Pearson: 16.343* g.l.: 8 Punto crítico: 15.51

*Estadísticamente significativo

17. DISCUSIÓN

Objetivo específico 1

Se encontró que los médicos familiares de **31 a 40 años** tiene la frecuencia predominante de **edad**, en comparación con el estudio realizado por Contreras-Palacios (2013), donde se encuentra que el grupo de mayor predominio es de 22- 32 años de edad. Esto puede ser debido a que nuestro estudio fue realizado en la Ciudad de México, mientras que el estudio realizado por Contreras-Palacios (2013), fue realizado en el sur del país.

Así como, en nuestro estudio se encuentra que hay un mayor número de **mujeres** (67.3%), obteniéndose el mismo resultado en el estudio realizado por Contreras-Palacios (2013), lo anterior puede ser debido a la mayor cantidad en mujeres que existe en la población mexicana.

En cuanto al turno de trabajo en nuestro estudio encontramos un mayor número de médicos que pertenecen al turno matutino (60%). No hemos encontrado otro estudio en el que se considere esta variable sociodemográfica, quizás porque no se ha considerado que posea algún valor.

En nuestro estudio se encontró un mayor número de médicos que tienen un trabajo (69.1%), mientras que Contreras-Palacios (2013) encontró una mayor frecuencia en el personal que posee dos trabajos. Lo cual puede ser debido a que las condiciones laborales existentes actualmente en la Ciudad de México, debido a que hay un cambio importante en el salario mínimo desde el estudio de Contreras-Palacios realizado en 2013, al salario mínimo que rige actualmente el país. Lo cual influye en la calidad de vida obtenida con un salario actual.

En tanto que en nuestro estudio hay un predominio de antigüedad que va de 11 a 15 años (32.7%), en el estudio de Contreras-Palacios (2013), se determinó que el grupo de 1- 5 años de antigüedad era el más representativo. Esto puede ser debido a las condiciones laborales que existen en cada zona, ya que en la Ciudad de México existe una mayor población y las plazas para laborar son más cotizadas, mientras que en el sur del país puede haber peores condiciones laborales, y en muchas ocasiones, se usan las plazas del interior de la República como “trampolín” para obtener una plaza en la Ciudad de México.

Así mismo en nuestro estudio se determinó que los médicos de base (90.9%) era el grupo con mayor predominio, resultado que también obtiene el estudio de Contreras-Palacios (2013), lo cual puede ser debido a las condiciones laborales que ofrece el IMSS a los médicos familiares, donde otorga una base después de acabar la especialidad.

En cuanto al estado civil, en esta unidad hay una mayor frecuencia de solteros (43.6%), mientras que en el estudio llevado a cabo por Contreras-Palacios (2013) encuentra predominio en el personal que

tiene pareja. Lo cual puede ser debido al tipo de población en cada una de las diferentes zonas del país.

Así como en nuestro estudio se encontró una mayor frecuencia en médicos que no tenían ningún hijo (36.4%), mientras que Contreras-Palacios (2013) encontró una mayor frecuencia en la población con dos hijos, lo cual puede ser debido a las condiciones sociales diferentes en la Ciudad de México, en donde las condiciones de desarrollo, no permiten pensar en tener hijos, mientras que en el interior de la República es mejor visto contar con hijos.

En tanto que en nuestro estudio los médicos familiares sin enfermedades crónicas (67.3%), tienen un mayor predominio, al igual que el estudio de Contreras-Palacios (2013), en donde las causas de incapacidad eran originadas por enfermedades agudas. Esto puede ser debido a que existe un mayor cuidado en la alimentación y factores predisponentes para Diabetes mellitus, hipertensión arterial y otras enfermedades crónicas.

Así mismo determinamos que existe un mayor predominio en el tiempo de transporte de 16 a 30 minutos (36.4%). No hemos encontrado otro tipo de estudios en el que exista esta variable sociodemográfica, quizás porque no se ha considerado que posea algún valor.

Objetivo específico 2

Encontramos que en la población de médicos familiares del HP/UMF10, predominan las familias caóticamente relacionadas y caóticamente aglutinadas con un 20% cada una, que de acuerdo al modelo de funcionamiento familiar de Olson se consideran de rango medio y extremo, respectivamente, lo que indica un grado de disfuncionalidad familiar importante. En comparación con el estudio realizado por Oliva (2015) en donde fue usado como instrumento el test FF-SIL, obteniendo un mayor número de familias funcionales dentro de los trabajadores de la salud. Esta diferencia en los resultados puede ser debida al tipo de instrumento utilizado, además de las condiciones sociales en el Estado de México, donde se realizó dicho estudio.

Objetivo específico 3

En nuestro estudio se encontró un desgaste ocupacional moderado/grave 70.9% en los médicos familiares de la Unidad Médica, mientras que en el estudio de Oliva (2015), hubo un mayor porcentaje de médicos (66.7 %) con desgaste alto (grave), lo cual puede deberse al uso de la mismo instrumento y al mismo número de muestra, por lo que se arrojó un porcentaje parecido en ambos estudios, la pequeña diferencia puede ser debido a que nuestro estudio es realizado en un Hospital de Psiquiatría con Unidad de Medicina Familiar, mientras que el estudio realizado por Oliva se realizó en una Unidad de Medicina Familiar, que maneja un tipo diferente de pacientes. .

Objetivo general

En nuestro estudio, no existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de **funcionalidad familiar** y el **desgaste ocupacional**, mientras que, en el estudio realizado por Oliva (2015) determina que si hay asociación estadísticamente significativa, así como en el estudio realizado por Alvarón (2021), ambos resultados pueden ser dados por el tipo de instrumento utilizado para medir la funcionalidad familiar, ya que Oliva (2015) usa como instrumento FF-SIL, mientras que Alvarón (2021) usa como instrumentos APGAR familiar.

Además, nuestro estudio agrega el análisis de las variables **estado civil** y **tiempo de transporte** encontrando que existe asociación estadísticamente significativa. El estudio realizado por Díaz (2018) encuentra una relación inversamente proporcional entre el desgaste ocupacional y las personas con redes de apoyo, que pueden ser consideradas como personas con pareja. Esto puede ser debido a que existe un mayor grado de resiliencia en los médicos familiares que tienen el apoyo de su pareja.

Objetivo	VARIABLES	Resultados	
Específico 1	Edad (años)	31 a 40	Contreras-Palacios (2013) 22 a 32
	Sexo	Mujeres (67.3%)	Contreras-Palacios (2013) Mujeres
	Turno	Matutino (60%)	
	Número de trabajos	1 trabajo (69.1%)	Contreras-Palacios (2013) 2 trabajos
	Antigüedad (años)	11 a 15 (32.7%)	Contreras-Palacios (2013) 1 a 5
	Categoría	Base (90.9)	Contreras-Palacios (2013) Base
	Estado civil	Solteros (43.6 %)	Contreras-Palacios (2013) Con pareja
	Número de hijos	Ninguno (36.4%)	Contreras-Palacios (2013) Dos hijos
	Enfermedades crónicas	No (67.3%)	Contreras-Palacios (2013) No
	Tiempo de transporte	16 a 30 minutos (36.4%)	
Específico 2	Funcionalidad	FACES III Rango medio (20%) Extremo (20%)	Contreras-Palacios (2013) FF-SIL Familias funcionales
Específico 3	Desgaste ocupacional	Moderado/grave (70.9%)	Oliva (2015) Alto (grave) (66.7%)
General	Relación entre funcionalidad familiar y desgaste ocupacional	No existe asociación estadísticamente significativa	Oliva (2015) Si existe asociación estadísticamente significativa (FF-SIL) Alvarón (2021) Si existe asociación estadísticamente significativa (APGAR familiar)
Hallazgos	Relación estado civil y desgaste ocupacional	Existe asociación estadísticamente significativa. Mayor desgaste en personas solteras	Díaz (2018) Existe una relación inversamente proporcional entre el desgaste ocupacional y las personas con redes de apoyo (pareja)

18. CONCLUSIONES

Con respecto al **objetivo específico 1** de esta investigación, los datos encontrados en cuanto al perfil sociodemográfico son los siguientes: el grupo con rango de edad de 31 a 40 años (43.6%), mujeres (67.3%), turno de trabajo matutino (60%), un trabajo (69.1%), 11 a 15 años de antigüedad (32.7%), médicos de base (90.9%), solteros (43.6%), sin ningún hijo (36.4%), sin enfermedades crónicas (67.3%), tiempo de transporte de 16 a 30 minutos (36.4%).

De acuerdo al **objetivo específico 2**: el 41.8% de las familias son **relacionadas**, 52.7% son **caóticas**, de acuerdo al nivel de funcionalidad 20% de las familias son **caóticamente relacionadas**, al igual que, familias **caóticamente aglutinadas** 20%, mientras que, el tipo de familia predominante es la **balanceada o equilibrada** con el 47.3%.

De acuerdo al **objetivo específico 3** se encontró: agotamiento emocional leve 52.7%, despersonalización 69.1%, realización personal alta 41.8%, con desgaste ocupacional moderado/grave 70.9%.

Concerniente al **objetivo general**, se encuentra mediante el análisis por medio de χ^2 de Pearson y el **coeficiente de correlación de Kendall** que no existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de **funcionalidad familiar** y el **desgaste ocupacional**. Así como, no existe asociación estadísticamente significativa entre el **tipo de familia** y el **desgaste ocupacional**.

Sin embargo, se busca la relación entre las **variables sociodemográficas** y el **desgaste ocupacional** encontrando los siguientes resultados: para las variables **edad, sexo, turno de trabajo, número de trabajos, antigüedad, categoría, número de hijos y enfermedades crónicas**, no se encuentra asociación estadísticamente significativa. Mientras que para las variables **estado civil** y **tiempo de transporte** se encuentran que existe asociación estadísticamente significativa, encontrando que los médicos que son solteros son susceptibles a padecer desgaste ocupacional.

Finalmente en respuesta a la pregunta de investigación: ¿Cómo se relaciona la funcionalidad familiar y el desgaste ocupacional durante la pandemia de COVID19 en médicos familiares de HP/UMF n°10?

Se elige la hipótesis nula (H0): No hay relación entre la funcionalidad familiar y el desgaste ocupacional entre los médicos familiares del HP/UMF n°10.


19. REFERENCIAS

1. Edú-Valsania S, Laguía A, Moriano JA. Burnout: A Review of Theory and Measurement. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 Feb 4;19(3):1780. Available from: <http://doi:10.3390/ijerph19031780>.
2. Elghazally SA, Alkarn AF, Elkhayat H, Ibrahim AK, Elkhayat MR. Burnout Impact of COVID-19 Pandemic on Health-Care Professionals at Assiut University Hospitals, 2020. *Int J Environ Res Public Health*[Internet]. 2021 May 18;18(10):5368. Available from: <http://doi:10.3390/ijerph18105368>.
3. CIE-11 Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión. Estandarización mundial de la información de diagnóstico en el ámbito de la salud, 1 de enero del 2022
4. Aust F, Beneke T, Peifer C, Wekenborg M. The Relationship between Flow Experience and Burnout Symptoms: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 Mar 24;19(7):3865. Available from: <http://doi:10.3390/ijerph19073865>.
5. Montero-Marin J. El síndrome de Burnout y sus diferentes manifestaciones clínicas: una Propuesta para la intervención. *Anest Analg Reanim* [Internet]. 2016;29(1). Available from:<http://www.scielo.edu.uy/pdf/aar/v29n1/v29n1a05.pdf>
6. Oliva DA. El síndrome de burnout y la relación en la dinámica familiar en trabajadores de la salud en la Unidad de Medicina Familiar 75 Nezahualcotl [master's thesis]. México: Universidad Autónoma del Estado de México; 2015.75 p.
7. Llorens S, Salanova M. Burnout: un problema psicológico y social. *Riesgo Laboral* [Internet]. 2011 Sep. Available from: <http://www.riesgolaboral.org>
8. Golembiewski RT, Munzenrider R, Carter D. Phases of progressive burnout and their work site covariants: critical issues in OD research and praxis. *J Appl Behav Sci*. 1983;19(4):461-81. Available from: <http://doi:10.1177/002188638301900408>.
9. Anzures RL, Chávez V, García MC. Medicina familiar. *Corporativo Intermedica*. 2008. Pp206-207, 229- 278.
10. Tueros RV. Cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con el rendimiento académico [master's thesis]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos;2004. 63p.
11. Macias M, Madariaga C, Valle M, Zambrano J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicol. caribe* [Internet]. 2013, vol.30, n.1 [cited 2022-09-19], pp.123-145. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2013000100007&lng=en&nrm=iso.
12. Pérez BA, López DI, De León DM. Funcionamiento familiar y estilos de afrontamiento ante el confinamiento en casa por COVID 19: un abordaje psicosocial en fenómenos de la salud. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México* [Internet]. 2022; 11(23): 90-114. Available from: <https://revistapsicologia.uaemex.mx/article/view/18061>
13. Jiménez L, LorenceB, Hidalgo V. Análisis factorial de las escalas FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) con familias en situación de riesgo psicosocial. *Universitas Psychologica* [Internet] 2017;16(2). Available from: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16->

2.afef

14. Muñoz L, Montañó M. Síndrome de Burnout en Trabajadores de Dos Clínicas de Assbasalud E,S,E. Universidad Cooperativa de Colombia.2019 Dic 14. Available from: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/15954/1/2019_s%C3%ADndrome_burnout_trabajadores.pdf
15. Frutos-Llanes R, Jlmenez-Blanco S, Blanco-Montagut L. Síndrome de desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Ávila. Semergen.[Internet] 2014;40(7):357-365. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.02.008>
16. Schmidt Vanina, Barreyro Juan Pablo, Maglio Ana Laura. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores?. Escritos de Psicología [Internet]. 2010 Abr [citado 2022 Sep 28] ; 3(2): 30-36. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092010000100004&lng=es.
17. Del Valle G. Uso de la escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar (FACES III) en población clínica de un equipo de intervención en crisis. XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. [Internet]. 2006. Available from: <https://www.aacademica.org/000-039/549.pdf>
18. Costa D., Del Luján M, Masjuan N. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES IV. Ciencias psicológicas. 2009. III(I): 43-56. Disponible en: https://pdfs.semanticscholar.org/81bf/a674c804d581a3d78de52d139311864aed46.pdf?_ga=2.118909517.596454572.1674449646-1867636489.1674449646
19. Martínez-Pampliega A, Iraurgi I, Sanz M. Validez estructural del FACES-20 Esp: Versión española de 20 ítems de la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación [Internet] 2010. 1(29): 147-165. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645441009.pdf>
20. Ponce E, Gómez F, Terán M. Irigoyen A, Landgrave S. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). Aten Primaria [Internet] 2002 Dic. 30(10):624-630. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/82221609.pdf>
21. Espíritu G. Perfil demográfico y familiar en pacientes con brucelosis en la UMF 57 del IMSS [master's thesis]. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2020. 61 p.
22. Sigüenza WG. Funcionamiento familiar según el modelo circunplejo de Olson [Master's thesis]. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2015. 74 p.
23. Contreras-Palacios SC, Ávalos-García MI. síndrome de Burnout, funcionalidad familiar y factores relacionados en personal médico y de enfermería de un hospital de Villahermosa, Tabasco, México (México). Horizonte Sanitario [Internet] 2013. 12(2): 45-57. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/4578/457845144001.pdf>
24. Alvarón YE. Síndrome de burnout y funcionalidad familiar en el personal de salud. Hospital Regional Docente de Trujillo, 2021. [dissertation]. Perú: Universidad César Vallejo; 2021. 40p.
25. Díaz DE. Resiliencia y estrategias de afrontamiento como factores protectores de Burnout en Residentes de HPFBA [master's thesis]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2018. 99p.

20. ANEXOS

 <p>IMSS</p>	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR CDMX HOSPITAL DE PSIQUIATRIA UMF 10</p> <p>“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL FRANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN MÉDICOS FAMILIARES DEL HP/ UMF 10”</p>
--	--

HOJA RECOLECCIÓN

Edith Hernández Flores , Roberto A. Olivares Santos, Diego Arturo Oliva Reyes, Manuel Millán-Hernández

FOLIO: _____

NOMBRE (OPCIONAL): _____

INICIALES: _____

1	Edad	_____ años
2	Sexo	1. Mujer () 2.Hombre ()
3	Turno de trabajo	1. Matutino () 2. Vespertino () 3. Nocturno () 4. Jornada acumulada ()
4	Número de trabajos	
5	Antigüedad	----- años
6	Categoría	1. Base () 2. Temporal () 3. Otro ()
7	Estado civil	1. Casado/a () 2. Soltero/a () 3. Unión libre () 4. Viudo/a ()
8	Número de hijos	
9	Enfermedades crónicas	0. No () 1. Si ()
10	Tiempo de transporte de casa (o lugar de procedencia) a trabajo	_____ minutos

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

INSTRUMENTO MASLACH BURNOUT INVENTORY HUMAN SERVICES SURVEY (MBI-HSS)

A cada una de las siguientes frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, poniendo una equis en la casilla correspondiente y número que considere más adecuado, según la intensidad del sentimiento. La escala de valoración es la siguiente:

	Evaluaciones / preguntas	Nunca	Alguna vez al año o menos	Un vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Un vez a la semana	Varia veces a la semana	Diariamente
1	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2	Al final de la jornada me siento agotado.							
	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4	Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes y mis compañeros.							
5	Creo que trato a algunos pacientes/compañeros como si fueran objetos.							
6	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8	Me siento "quemado" por el trabajo.							
9	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	Me encuentro con mucha vitalidad.							
13	Me siento frustrado por mi trabajo.							
14	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes/compañeros.							
16	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes/compañeros.							
19	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.							
22	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

FACES III

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

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

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

Nombre del estudio: " **FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN MÉDICOS FAMILIARES DEL HP/ UMF N°10** "

Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ciudad de México, HP / UMF 01 Septiembre 2022
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	El investigador me ha informado que el presente estudio es necesario para identificar si la manera en que funciona mi familia afecta e protege en la presencia de síntomas de desgaste que pudiera presentar en mi trabajo
Procedimientos:	Se me ha explicado que se me realizarán dos cuestionarios, uno de ellos llamado FACES III que consta de 20 preguntas que obtienen información acerca de la relación existente en mi familia y otro cuestionario llamado Maslach Burnout Inventory Human Services Survey de 22 preguntas que obtiene información acerca de mis sentimientos al realizar mi trabajo, los cuales responderé según corresponda, el tiempo aproximado para llevarlos a cabo es de 5 a 10 minutos.
Posibles riesgos y molestias:	Se me ha explicado que puedo presentar sensación de molestia o incomodidad al contestar alguna pregunta que pueda afectar mis sentimientos ya que se tratan de preguntas personales
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se me explicó que esta investigación me beneficiará en saber si padezco desgaste ocupacional
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El presente estudio dará a conocer mis resultados de manera personal y se me aconsejará acerca de la atención y tratamiento oportuno y en caso de presentar algún tipo de desgaste se me canalizará con el personal de psicología de SPPSTIMSS para recibir atención.
Participación o retiro:	Sé que mi participación es voluntaria y podré retirarme en el momento que yo lo desee, sin que esto afecte la atención que recibo por parte del Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Mis datos personales serán del conocimiento de los investigadores con total confidencialidad sin ningún otro fin de su uso que no sea para esta investigación

Declaración de consentimiento:

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

- | | |
|--|--|
| | No acepto participar en el estudio |
| | Si acepto participar y que se tome el resultado de la muestra solo para este estudio. |
| | Si acepto participar y que se tome el resultado de la muestra para este estudios y estudios futuros. |

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

Investigadora o Investigador Responsable: **Diego Arturo Oliva** . Matrícula: 98158748. Médico Especialista en Medicina Familiar HP/ UMF 10
Teléfono:5543384969 Fax: No Fax Correo:diego.olivareyes@gmail.com

Colaboradores: **Edith Hernández Flores** Matrícula: 97389757. Médica residente de 2 año de Medicina Familiar de la HP/UMF
Teléfono: 5517201614. Fax: No Fax. Correo: lydet777@gmail.com

Roberto Olivares Santos Matrícula 9062181 Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud. HP/UMF N°. 10, IMSS
Teléfono: 55 2699 0502 Fax: No Fax. Correo: dr_rosti@hotmail.com

Manuel Millán Hernández. Matrícula: 98374576. Médico Especialista en Medicina Familiar HP/ UMF 10
Teléfono: 5559063959 Fax: No Fax Correo: drmanuelmillan@gmail.com

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

<p>_____</p> <p>Nombre y firma del sujeto</p>	<p>_____</p> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>
<p>_____</p> <p>Testigo 1</p>	<p>_____</p> <p>Testigo 2</p>
<p>_____</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>_____</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>

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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA SUR CDMX
HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA CON UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR N° 10
DR. GUILLERMO DÁVILA GARCÍA
COORDINACION CLINICA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD**



**COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD (CLIS 3701)
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR CDMX**

ASUNTO: CARTA DE NO INCONVENIENTE.

Por medio de la presente le informo a usted que no existe inconveniente para que los investigadores: **Edith Hernández Flores** con Matrícula **97389757**, **Dr. Roberto Antonio Olivares Santos** con Matrícula **9062181**, **Dr. Diego Arturo Oliva** con Matrícula **98158748**, **Dr. Manuel Millán Hernández** con Matrícula **98374576**; realicen la investigación titulada: **“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN MÉDICOS FAMILIARES DEL HP/ UMF N°10”**, dicha investigación pretende llevarse a cabo en el HP/UMF n° 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Sur CDMX, en la cual me desempeñé como Director. La presente investigación será llevada a cabo en el período comprendido del **1° de septiembre de 2022 al 28 de febrero de 2023**. El procedimiento que se llevará a cabo será entrevistas para aplicación de hoja de recolección, de los cuales se recabarán datos correspondientes a variables sociodemográficas y variables de causalidad.

Por lo que no tengo ningún inconveniente en otorgar las facilidades a los investigadores, para que realicen la recolección de información, así como la interpretación de resultados para su posterior análisis.

Sin más por el momento me despido de usted con un cordial saludo.

Ciudad de México a 01 de Septiembre de 2022



**DR. ALBERTO ROSENDO RUIZ
DIRECTOR**