



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

POSGRADO

**POSGRADO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA TERCERA COHORTE**

**MODALIDAD DE TITULACIÓN: PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN**

**Tema: “SÍNDROME DE BURNOUT EN AMAS DE CASA Y SU
RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR”**

Requisito Previo Para Optar Por El Título De Especialización En
Medicina Familiar Y Comunitaria

Autora: Médica. María Victoria Peñaherrera Calvopiña

Director: Médico. Especialista. William Rubén Mayorga Ortiz

Ambato – Ecuador

2022

APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud.

El Tribunal receptor de la Defensa del Trabajo de Titulación precedido por la Lcda. Magíster Elsa Verónica Troya Ortiz, integrado por las señoras: Dra. Esp. Silvia Rosana Defaz Taipe y la Dra. Esp. Ana Abigaíl López Guerrero. Designados por la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor el trabajo de titulación con el tema: “Síndrome de Burnout en Amas de Casa y su relación con la Funcionalidad Familiar”, colaborado y presentado por la Médica María Victoria Peñaherrera Calvopiña, para optar por el Grado Académico de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Tercera cohorte; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Titulación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la Universidad Técnica de Ambato.

Lcda. Magíster Elsa Verónica Troya Ortiz
Presidente y Miembro del Tribunal de Defensa

Dra. Esp. Silvia Rosana Defaz Taipe
Miembro del Tribunal de Defensa

Dra. Esp. Ana Abigaíl López Guerrero
Miembro del Tribunal de Defensa

Marzo, 2022

AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el presente Trabajo de Titulación con el tema: “SÍNDROME DE BURNOUT EN AMAS DE CASA Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR”, le corresponde a la: Médica María Victoria Peñaherrera Calvopiña, Autora. Bajo la Dirección del Doctor, William Rubén Mayorga Ortiz Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, director del Trabajo de Investigación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.

Md. María Victoria Peñaherrera Calvopiña

0503061376

AUTORA

Md. Esp. William Rubén Mayorga Ortiz

1802729465

DIRECTOR DE TESIS

Marzo, 2022

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el presente Trabajo de Titulación, sirva como un documento disponible para lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los derechos sobre mi trabajo de titulación, con el propósito de divulgación pública, también doy mi consentimiento para su reproducción, en el marco de la normativa de la Universidad Técnica de Ambato.

Md. María Victoria Peñaherrera Calvopiña

0503061376

AUTORA

Marzo, 2022

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSGRADO
**POSGRADO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA TERCERA COHORTE**

INFORMACIÓN GENERAL

Tema: “SÍNDROME DE BURNOUT EN AMAS DE CASA Y SU RELACIÓN
CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR”

AUTORA: María Victoria Peñaherrera Calvopiña

Grado académico: Médica

Correo electrónico: mpenaherrera1376@uta.edu.ec

DIRECTOR: William Rubén Mayorga Ortiz

Grado académico: Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Correo electrónico: wmayorga9465@uta.edu.ec

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: Promoción de salud, prevención de
enfermedades.**

Marzo, 2022

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Técnica de Ambato y al Ministerio de Salud Pública por permitirme cristalizar el sueño de ser Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. A los docentes y tutores de mi querida facultad; Aida, Lisbeth, Sixto y Carmina, por brindarme sus conocimientos de manera desinteresada y en este último año de manera especial a los doctores William y Diego Mayorga, quienes, con su apoyo y dedicación, a pesar de los ajustes extraordinarios de cronograma pusieron todo de su parte para sacar este proyecto a flote.

Marzo, 2022

DEDICATORIA

Esta tesis va dedicada con todo mi afecto a mis padres Marlon, Maru y Carmi, quienes han moldeado con esfuerzo y cariño la persona que hoy soy; a mi esposo, Toño por su esfuerzo, paciencia y por creer en mí siempre; a mis hermanas, Mony y Andre, porque con sus palabras de aliento siempre me impulsaron a seguir y a mis hijos David, Toñito y Rafaela quienes con su amor incondicional, me han dado la fuerza necesaria para culminar con este reto, todos ustedes son mi razón de vivir y luchar todos los días.

Marzo, 2022

ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
AGRADECIMIENTO	vi
DEDICATORIA	vii
ÍNDICE DE TABLAS	xiii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiv
RESUMEN EJECUTIVO	xv
ABSTRACT.....	xiii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	2
1.1. Tema.....	2
1.2. Planteamiento del problema	2
1.3. Contextualización.....	3
1.4. Análisis crítico.....	5
1.5. Prognosis	6
1.5.1. Formulación del problema.....	7
1.5.2. Interrogantes	7
1.5.3. Delimitación del objetivo de investigación.....	7
1.6. Justificación.....	8

1.7. Objetivos	9
1.7.1. Objetivo general	9
1.7.2. Objetivos específicos	9
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	10
2.1. Antecedentes investigativos	10
2.2. Fundamentación filosófica	11
2.3. Fundamentación legal.....	12
2.4. Categorías fundamentales.....	14
2.5. Fundamentación teórica	14
Síndrome de Burnout	19
Historia.....	19
Definición	20
Dimensiones.....	21
Factores de riesgo.....	24
Neurofisiología	26
Sintomatología	27
Diagnóstico	28
MBI.....	28
Consecuencias.....	30
Tratamiento.....	31
Familia	33

Ciclo vital familiar	34
Familia como sistema.....	35
Funciones de la familia	36
Crisis familiares	37
Funcionalidad familiar	37
2.6. Hipótesis.....	38
2.7. Señalamiento de variables	39
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO.....	40
3.1. Enfoque de la Investigación	40
3.2. Modalidad básica de la investigación.....	40
3.3. Tipo de investigación	40
3.4. Población y Muestra.....	41
3.4.1. Población.....	41
3.4.2. Muestra.....	41
3.4.3. Criterios de inclusión.....	43
3.4.4. Criterios de exclusión.....	44
3.5. Operacionalización de las variables	45
3.5.1. Operacionalización de la variable independiente	45
3.5.2. Operacionalización de la variable dependiente	46
3.6. Recolección de la información	47
3.7. Instrumentos.....	47

3.7.1.	Cuestionario de Burnout para ama de casa.....	48
3.7.2.	FF-SIL.....	50
3.8.	Plan de recolección de la información.....	51
3.9.	Plan de recolección y procesamiento de información	51
3.10.	Recursos	52
3.10.1.	Institucionales	52
3.10.2.	Humanos	52
3.10.3.	Materiales.....	53
3.11.	Aspectos éticos.....	53
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....		55
4.1.	Características sociodemográficas de la muestra	55
4.1.1.	Edad	55
4.1.2.	Autoidentificación étnica	55
4.1.3.	Estado civil.....	57
4.1.4.	Escolaridad.....	57
4.1.5.	Cargas familiares.....	57
4.2.1.	Riesgo de padecer Síndrome de Burnout en amas de casa.....	58
4.2.1.1.	Riesgo de padecer Síndrome de Burnout y grupos de edad.....	59
4.2.1.2.	Riesgo de padecer Síndrome de Burnout y estado civil	59
4.2.1.3.	Riesgo de padecer Síndrome de Burnout y cargas familiares	60
Hipótesis nula.....		62

Hipótesis alternativa.....	62
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	65
5.1. Conclusiones	65
5.2. Recomendaciones.....	65
CAPÍTULO VI. PROPUESTA	67
6.1. Datos informativos	67
6.2. Antecedentes de la propuesta	67
6.3. Justificación.....	67
6.4. Objetivos.....	68
6.5. Análisis de factibilidad	69
6.6. Fundamentación	69
6.7. Modelo operativo	72
6.8. Administración.....	76
6.9. Previsión de la evaluación.....	76
REFERENCIAS.....	77
ANEXOS	85
Anexo 1 CUBAC	85
Anexo 2 Consentimiento informado	86
Anexo 3 FF-SIL	88
Anexo 4 Lista de tareas.....	89
Anexo 5 Lista de cotejo	89

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Valores de referencia MBI.....	30
Tabla 2. Proporciones Z y e según nivel de confianza (NC).....	42
Tabla 3. Operacionalización variable independiente. Síndrome de Burnout.....	45
Tabla 4. Operacionalización variable dependiente. Funcionalidad familiar	46
Tabla 5. Valores de referencia para riesgo de Síndrome de Burnout.....	50
Tabla 6. Recursos Económicos	53
Tabla 7. Características socioeconómicas de la muestra.....	56
Tabla 8. Tabla de correspondencia. Cruce de variables para Chi-cuadrado	62
Tabla 9. Chi-cuadrado de Pearson	63
Tabla 10. Plan operativo de intervención familiar basada en la solución de problemas (IFBSP)	73

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Categorías Fundamentales.....	14
Gráfico 2. Riesgo de padecer Síndrome de Burnout en amas de casa.....	58
Gráfico 3. Riesgo de padecer Síndrome de Burnout y grupos de edad.....	59
Gráfico 4. Riesgo de padecer Síndrome de Burnout y estado civil.....	59
Gráfico 5. Riesgo de padecer Síndrome de burnout y cargas familiares.....	60
Gráfico 6. Funcionalidad familiar en las amas de casa.....	61
Gráfico 7. Plan administrativo para la intervención familiar.....	76

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
TEMA: SÍNDROME DE BURNOUT EN AMAS DE CASA Y SU RELACIÓN
CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

AUTORA: Md. María Victoria Peñaherrera Calvopiña

DIRECTOR: Md. Esp. William Rubén Mayorga Ortiz

FECHA: 09 de Marzo de 2022

RESUMEN EJECUTIVO

El síndrome de Burnout representa hoy en día un problema de salud importante, especialmente para los profesionales donde se produce el contacto de persona a persona. Durante muchos años, esta patología se ha estudiado en profesionales de la salud, la educación y el servicio al cliente. Sin embargo, esto puede suceder en muchas áreas, como las amas de casa, donde la gran cantidad de horas de trabajo y el estrés representan un peligro para la salud de la mujer y el funcionamiento normal de la familia. El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre la presencia de síndrome de burnout en amas de casa y el funcionamiento familiar en el nivel de atención primaria. Se trata de un estudio descriptivo, transversal y no experimental que incluyó a 137 amas de casa residentes en la parroquia Juan Montalvo que acuden al centro de salud de San Buenaventura en la provincia de Cotopaxi, entre agosto de 2020 y noviembre de 2021. La edad promedio de la muestra es 33 años, se tomó en consideración para el estudio la etnia, el estado civil y las responsabilidades familiares. Se aplicaron dos encuestas estilo LinkedIn con consentimiento previo, CUBAC (Cuestionario de Burnout para Amas de Casa) y FFSIL (Prueba de Percepción de Actividad Familiar). Los resultados fueron: Riesgo de padecer síndrome de burnout: 58,9% de las mujeres encuestadas presentaron riesgo alto de padecer el síndrome;

40,1% riesgo medio y 1,5% riesgo bajo. Por otro lado, el tests de funcionalidad familiar reflejó que el 41,6% son moderadamente funcional; 30,7% son familias disfuncionales; 20,4% son funcionales y solo un 7,3% son severamente disfuncionales. La hipótesis alternativa se comprobó mediante la prueba estadística del Chi², donde el valor de p fue de 0.001; con IC 95% y 6 grados de libertad. Se concluyó que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables del estudio, es decir que el riesgo de padecer Síndrome de Burnout es alto en amas de casa y existe una relación directa con familias disfuncionales.

Palabras claves: síndrome de Burnout, amas de casa, funcionalidad familiar.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
THEME. BURNOUT SYNDROME IN HOUSEWIVES AND FAMILY
FUNCTION RELATIONSHIP

AUTHOR: Md. María Victoria Peñaherrera Calvopiña

DIRECTOR: Md. Esp. William Rubén Mayorga Ortiz

DATE: March 09, 2022

ABSTRACT

Burnout syndrome today represents a major health problem, especially for professionals where person-to-person contact occurs. For many years, this pathology has been studied in health, education, and customer service professionals. However, this can happen in many areas, such as housewives, where the long hours of work and stress pose a danger to women's health and the normal functioning of the family. The objective of this study was to determine the relationship between the presence of burnout syndrome in housewives and family functioning at the primary care level. This is a descriptive, cross-sectional, and non-experimental study that included 137 housewives residing in the Juan Montalvo parish who attend the San Buenaventura health center in the province of Cotopaxi, between August 2020 and November 2021. Age The average age of the sample is 33 years old. Ethnicity, marital status, and family responsibilities were taken into consideration for the study. Two LinkedIn-style surveys were applied with prior consent, CUBAC (Burnout Questionnaire for Housewives) and FFSIL (Family Activity Perception Test). The results were: Risk of suffering from burnout syndrome: 58.9% of the women surveyed presented a high risk of suffering from the syndrome, 40.1% medium risk and 1.5% low risk. On the other hand, the family functionality tests showed that 41.6% are moderately functional; 30.7% are dysfunctional families; 20.4% are

functional and only 7.3% are severely dysfunctional. The alternative hypothesis was verified using the Chi2 statistical test, where the p value was 0.001; with 95% CI and 6 degrees of freedom. It was concluded that there is a statistically significant relationship between the study variables, that is, the risk of suffering from Burnout Syndrome is high in housewives and there is a direct relationship with dysfunctional families.

Key words: Burnout syndrome, housewives, family function.

INTRODUCCIÓN

Cualquier tipo de actividad laboral demanda esfuerzo, dedicación y esmero, provoca satisfacción cuando se realiza, pero en ocasiones las extenuantes horas de trabajo, la carga laboral y la presión, pueden generar estrés, que con el tiempo llega a afectar la salud, dando lugar a un conjunto de síntomas como agotamiento físico, mental y emocional, cansancio, desmotivación, desinterés, ansiedad y ocasionalmente depresión, conocido como Síndrome de burnout. (1)

Varios estudios demuestran que esta condición es frecuente en trabajadores de la salud y educación. (2) Sin embargo, las tareas del hogar son por mucho, actividades extenuantes, intensas y que demandan gran cantidad de esfuerzo para quien la realiza. El ama de casa es por excelencia la encargada de las tareas del hogar, permanece la mayor parte del tiempo dedicada a suplir las necesidades del grupo familiar, dejando de lado sus actividades personales, entre ellas la actividad laboral.

Porque no detenerse a pensar un poco en las mujeres amas de casa, quienes cumplen con largas horas de trabajo en el hogar, se encargan del arreglo y limpieza del hogar, del cuidado de niños y ancianos, de pagos y compras de víveres desde las primeras horas de la mañana hasta entrada la noche, sin descanso y sin remuneración. Todo esto podría generar síntomas propios del burnout y desencadenar una reacción negativa en el contexto familiar.

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA

1.1. Tema

Síndrome de Burnout en amas de casa y su relación con la funcionalidad familiar.

1.2. Planteamiento del problema

El síndrome de Burnout se clasifica como una respuesta de estrés acumulativo crónico a largo plazo en el lugar de trabajo, con consecuencias negativas a nivel individual y organizacional. (3) En 2020, se estima que en Ecuador habrá una población de alrededor de 17.000.000 de personas, de las cuales 50,4% son mujeres. (4)

Según la Encuesta Nacional de Empleo, Subempleo y Desempleo (ENENDU) del año 2018, la Población Económicamente Inactiva (PEI), se refiere; "...a todas aquellas personas de 15 años y más que no están empleadas, tampoco buscan trabajo y no estaban disponibles para trabajar. Típicamente las categorías de inactividad son: rentista, jubilados, estudiantes, amas de casa, entre otros." (5)

El trabajo doméstico comprende "aquellas tareas que se ejecutan dentro del hogar", han sido asignadas culturalmente a la mujer como su papel social fundamental, consecuentemente como ama de casa, mamá y esposa. El trabajo doméstico por lo general es no remunerado. En Ecuador las amas de casa dedican en promedio 31:49 horas semanales en actividades como aseo del hogar, preparación de alimentos, cuidado de niños, aseo de prendas de vestir, entre otros. (6) Ha sido considerado a través del tiempo por hombres y mujeres como algo rutinario y que no permite adquirir a quien lo realiza nuevas destrezas, algunos datos demuestran que las amas de casa con presencia de estrés y problemas somáticos son las que están menos satisfechas con su rol. (7)

Resulta entonces interesante analizar aquellas mujeres que dedican su tiempo a tareas del hogar y que no perciben remuneración económica por ello. Ahí, la razón principal de este estudio, que es evaluar el riesgo de padecer Burnout y como esto afecta a la funcionalidad de la familia, sobre todo a uno de sus elementos formativos como es la mujer.

Para finalizar este planteamiento es importante recordar la misión de la Universidad Técnica de Ambato; desarrollar la investigación científica y tecnológica como un aporte en la solución de los problemas de la sociedad. Por ello realizar trabajos investigativos es de vital importancia no solo para el proceso de titulación, sino porque aportan a la comunidad científica y enriquecen el saber humano.

Esta investigación se enmarca en los lineamientos de la Universidad Técnica de Ambato y del Ministerio de Salud Pública de la República del Ecuador, dentro del área de promoción de salud, parte esencial de la Atención Primaria integral de Salud, por medio de la cual se podrá generar intervenciones para incentivar conductas saludables, en el individuo, la familia y la comunidad, además de generar prácticas de autocuidado y protección de la salud.

1.3. Contextualización

El burnout es un fenómeno que acarrea costes muy altos para las organizaciones, usuarios, empleados y empleador, está cada vez más extendido entre los profesionales de todo el mundo, actualmente el Síndrome de Burnout se utiliza para hacer referencia a un tipo de estrés laboral crónico, generado en profesionales que mantienen contacto directo con personas, especialmente en relaciones de ayuda. Por esto, el colectivo más afectado es el formado por el personal sanitario (médicos/as, enfermeros/as, psicólogos/as, psiquiatras, entre otros.) (8)

A nivel mundial la prevalencia del síndrome no está bien establecida, pues por muchos años el síndrome no fue considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una patología, inclusive nunca figuro dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), sin embargo “El desgaste profesional, conocido como "burnout", fue incorporado en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, que se utiliza para establecer tendencias y estadísticas sanitarias. Tarik Jasarevic, periodista portavoz de la OMS anunció que "Es la primera vez" que el desgaste profesional entra en la clasificación. (9) (10)

En países europeos como España, la prevalencia del síndrome es alta, alrededor del 20% del personal sanitario español padece Burnout, de acuerdo con el informe de la Fundación Prevent; en Barcelona se presenta en un 17.83% en enfermeras y un 71.4% en médicos. (11)

En América Central en el año 2012, más del 10% de los encuestados reportaron haberse sentido constantemente bajo estrés o tensión, tristes o deprimidos, o con pérdida de sueño debido a sus preocupaciones por las condiciones de trabajo. (12)

En América del Sur, es un problema significativo; Chile registra tasa de prevalencia de hasta el 8%, sobre todo en mujeres médicas, mientras que, en Perú el síndrome se presenta mucho más en médicos varones y en enfermeras mujeres. Por otro lado, Argentina reporta un 14.4% de prevalencia en residentes médicos y un 7.9% en Uruguay (12)

En cuanto al síndrome de burnout son escasos los estudios encontrados en nuestro país, a pesar de ser una entidad presente en toda la población, principalmente en el personal de salud. En este contexto el estudio realizado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca en el 2013 determinó que la prevalencia del síndrome de

Burnout es de 2,38% en la provincia de Azuay, siendo los médicos que tienen jornadas laborales de 8 horas los que tienen una mayor tendencia a padecer el síndrome. (13)

Según, Marina del Rocío Ramírez, docente investigadora de la Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL) del Departamento de Psicología, la prevalencia del Síndrome de Burnout en los profesionales de la Salud está alrededor del 30%. (14)

En 2018, un estudio similar, analizó los niveles de desgaste laboral en profesionales de la salud, concluyendo que aquellos profesionales que están en contacto con paciente por largos periodos y al enfrentarse al dolor crónico y la muerte son más propensos a sufrirlo. (15)

1.4. Análisis crítico

El término "burnout" adoptado por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger, en su libro "Burnout: The High Cost of High Achievement" fue descrito como una consecuencia del estrés laboral crónico, y se caracteriza por una actitud distante frente al trabajo, agotamiento emocional, acompañado de una sensación de ineficacia y pérdida de habilidades para la comunicación (16).

Basándonos en el hecho que esta patología es consecuencia del estrés laboral crónico, podemos pensar que el síndrome puede presentarse en amas de casa, debido a que las tareas del hogar son tareas diarias, extenuantes y poco retribuidas.

Este estudio tendrá como grupo focal aquellas mujeres amas de casa únicamente, pero puede ser una pauta para estudios posteriores en amas de casa que realizan una doble función, siendo amas de casa y empleada pública, privada o en su propio negocio.

1.5. Prognosis

La mujer, desde el principio de la humanidad, ha tenido recorrer un camino lleno de obstáculos para poder ir más allá de su condición de madre y ser un ente activo en la sociedad. La vida de la mujer se limitó durante mucho tiempo al cuidado de los hijos, las tareas domésticas y los trabajos manuales artesanales. (9)

Hoy muchas mujeres trabajan y ocupan altos cargos administrativos y laborales. Pero esta igualdad de género en nuestros lugares de trabajo no se ve reflejada en los hogares, porque muchas mujeres deben mantener un hogar, cumpliendo de este modo la tarea de proveedora y ama de casa.

Por otro lado, está el ama de casa que, a pesar de haber culminado sus estudios, de estar preparada y lista para trabajar no puede hacerlo, permanece largas horas del día cumpliendo actividades como cuidado de niños y ancianos, cuidado del hogar, limpieza y organización de ropa, y otras actividades por las cuales no recibe remuneración económica alguna, aquella mujer extenuada por largas horas de tareas en el hogar, con hora de inicio mas no de fin.

Aun cuando el estudio del Síndrome de Burnout (SB), ocurre principalmente en el marco laboral de las profesiones de asistencia (médicos, enfermeras, psicólogos, profesores, entre otros), estudiarlo en amas de casa se considera importante, pues el nivel de exigencia y responsabilidad es equivalente al de un área laboral cualquiera. El ama de casa esta, sujeta a situaciones altamente estresantes y con manifestaciones psicológicas y somáticas similares.

Conociendo el concepto del SB como no pensar que estas mujeres pueden desarrollar estrés por su labor diaria. Labor que, a más de agotarla físicamente, puede desencadenar una actitud distante, cínica propia del agotamiento emocional, además

de una sensación de ineficacia y de no hacer adecuadamente las tareas.

1.5.1. Formulación del problema

¿Cómo se relaciona el Síndrome de Burnout en amas de casa y la funcionalidad familiar?

1.5.2. Interrogantes

¿Con que frecuencia se manifiesta el Síndrome de Burnout en amas de casa en el primer nivel de atención?

¿Cuál es la funcionalidad familiar de las amas de casa en el primer nivel de atención?

¿Cuáles son las estrategias para abordar a las amas de casa con riesgo de padecer Síndrome de Burnout en el primer nivel de atención?

1.5.3. Delimitación del objetivo de investigación

Campo: Medicina Familiar y Comunitaria

Área: Salud de la mujer (ama de casa)

Aspecto: Estrés laboral

Delimitación espacial: La investigación se desarrolla en el EU 14 del Centro de Salud tipo B de San Buenaventura, ubicado en la Parroquia Juan Montalvo, del cantón Latacunga, provincia de Cotopaxi.

Delimitación temporal: Se ejecuta desde agosto de 2020 hasta noviembre de 2021.

Línea de investigación: Promoción de salud, prevención de enfermedades.

1.6. Justificación

El síndrome de Burnout fue declarado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000 como un factor de riesgo laboral, debido a que puede afectar la calidad de vida, salud mental e incluso poner en riesgo la vida. (17)

El Síndrome de Burnout, conocido también como síndrome de desgaste profesional, de sobrecarga emocional, síndrome del quemado o síndrome de fatiga del trabajo fue definido, acertadamente por C. Maslach como la forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, los rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño laboral. (18)

Otro autor P. Gil-Monte lo define como “una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes o sentimientos negativos hacia las personas con las que trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse agotado” (19) por lo anterior descrito se plantea la necesidad de determinar si este síndrome puede estar presente en amas de casa, siendo la mujer ama de casa, aquellas que se dedican a las tareas domésticas sin remuneración por más de 40 horas a la semana.

En países en vías de desarrollo este síndrome se encuentra poco estudiado, más aún en amas de casa, por ello la importancia de este estudio, el cual nos permitirá entender el fenómeno y proporcionará información importante, para determinar el riesgo de padecerlo, prevenirlo y disminuir con ello su incidencia. Permitirá también conceptualizar o determinar aquellos factores de riesgo desencadenantes y será un estudio de referencia para estudios investigativos posteriores en el tema.

Es importante poder estudiar el síndrome de burnout y los factores de riesgo relacionados con el mismo, no solo en el ámbito laboral sino también en el contexto de la mujer como ama de casa y verificar como el síndrome se relaciona con la

funcionalidad de las familias. La metodología para utilizar será descriptiva transversal, mediante el uso de un instrumento validado y probado en nuestro medio, con preguntas sencillas y precisas, corto y fácil de interpretar, tanto por el encuestado como por el investigador.

El propósito fundamental de esta investigación, en el ámbito de Medicina Familiar es generar conocimientos propios de la situación actual que viven las mujeres amas de casa y que padecen burnout, estos conocimientos nos permitirán contribuir a la mejor comprensión de la patología y utilizar las herramientas y recursos propios, para influir significativamente en el entorno psicológico, biológico, y social de la mujer y la familia, relacionado el fenómeno salud-enfermedad de los individuos, familias y la comunidad.

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivo general

Determinar si el síndrome de burnout en amas de casa se relaciona con la funcionalidad familiar.

1.7.2. Objetivos específicos

- Identificar la presencia del síndrome de burnout en amas de casa.
- Establecer la funcionalidad familiar en las amas de casa.
- Establecer estrategias para el abordaje de amas de casa con Síndrome de Burnout en primer nivel de atención.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes investigativos

A través del tiempo, en todo el mundo se han hecho investigaciones acerca del Síndrome de Burnout, sobre todo en el personal sanitario, es decir médicos, enfermeras, personal de atención al cliente, así como también en docentes y personal administrativo, citare los siguientes:

Grau y colaboradores en su estudio: Influencia de los factores personales, profesionales y transnacionales en el SB en el personal sanitario de países de habla hispana, habla sobre la prevalencia del síndrome en cada país. Los resultados fueron que el índice de prevalencia del SB en países como México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador fue entre 2.5% y 5.9%, mientras que en Argentina fue del 14.4%, seguido por Uruguay con un 7.9% y en España fue de 14.9%; se determinó que profesionales como odontólogos, psicólogos y nutricionistas tuvieron cifras menores al 6%. (20)

En el año 2017, Jonathan Jirón estudia al SB en profesionales de la salud y su relación con los rasgos de personalidad en una institución pública, el objetivo fue identificar la relación entre el Síndrome de Burnout y de sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal) con los rasgos de personalidad de una muestra de 50 participantes, utilizó una metodología tipo cuantitativa, no experimental, transversal, exploratoria, descriptiva y correlacional. Los resultados obtenidos indican prevalencia del síndrome en médicos/as del 4%. Presentaron 40% de agotamiento emocional, 20% de despersonalización y 60% de baja realización personal. (14)

Tatiana Mansanillas (2018), realizó un estudio para obtener su título de Magister en terapia Familiar, estudió la prevalencia del SB y la funcionalidad familiar del personal de salud de una institución privada. El objetivo principal fue identificar el nivel de prevalencia del SB y la funcionalidad en el entorno familiar en los médicos, enfermeras/auxiliares de una institución privada, el diseño fue cuantitativo, con alcance descriptivo y de tipo correlacional, con una muestra de 30 profesionales, obteniendo los siguientes resultados en relación con las dimensiones del SB: 31.3% agotamiento, 12,5% despersonalización y 18.8% baja realización profesional. (17)

Por otra parte, José Moral, Mónica Teresa González y René Landero (2011) investigaron el Estrés percibido, Ira y Burnout en amas de casa mexicanas, cuyo objetivo fue establecer la relación entre el síndrome de burnout en amas de casa, el estrés percibido y la expresión de la ira. El resultado mostró que las quejas de falta de apoyo incrementan estrés y llevan a cansancio, el estrés aumenta la ira e incrementa el cansancio, y que la ira contribuye a quejas de falta de apoyo. (18)

Rocío Soria Trujano y Nancy Lara de Jesús, de la Universidad Autónoma de Nuevo México (2017) analizaron el estrés y apoyo social, su objetivo fue evaluar el estrés y apoyo social en amas de casa y empleadas domésticas, así como detectar diferencias según su lugar de residencia, la muestra fue de 200 mujeres amas de casa y 200 empleadas domésticas, utilizaron el Perfil de Estrés de Kenneth Nowack y los resultados fueron: predominio de niveles moderados de estrés y apoyo social. Se reportó además problemas económicos, sociales, ambientales, entre otros por realizar trabajo doméstico. (21)

2.2. Fundamentación filosófica

Esta investigación se enmarca dentro del paradigma crítico propositivo; crítico al analizar y describir la problemática de la presencia de factores determinantes del síndrome de burnout en amas de casa y como esto afecta a la funcionalidad del núcleo

familiar; propositivo porque mediante este estudio se desea elaborar una guía anticipatoria para establecer un acercamiento y manejo adecuado a esta clase de pacientes, lo que permitirá determinar los factores de riesgo y canalizar la prevención de la enfermedad.

Desde la teoría del aprendizaje social, que considera que las personas desarrollan estrés al interpretar los acontecimientos, puesto que no responden al hecho, sino a los pensamientos realizados del suceso. Es decir, las personas construyen la realidad a su manera, porque son seres que perciben, piensan y actúan de acuerdo con sus creencias. (22) (23)

2.3. Fundamentación legal

La Constitución de la República del Ecuador, Sección séptima. Salud, dispone (24):

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Capítulo sexto. Derechos de libertad. (24)

Art. 70.- El Estado formulará y ejecutará políticas para alcanzar la igualdad entre mujeres y hombres, a través del mecanismo especializado de acuerdo con la ley, e

incorporará el enfoque de género en planes y programas, y brindará asistencia técnica para su obligatoria aplicación en el sector público.

RÉGIMEN DEL BUEN VIVIR. Sección segunda. Salud (24)

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad. (24)

Art. 363.- El Estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.
2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.

3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas desalud... (24)

2.4. Categorías fundamentales

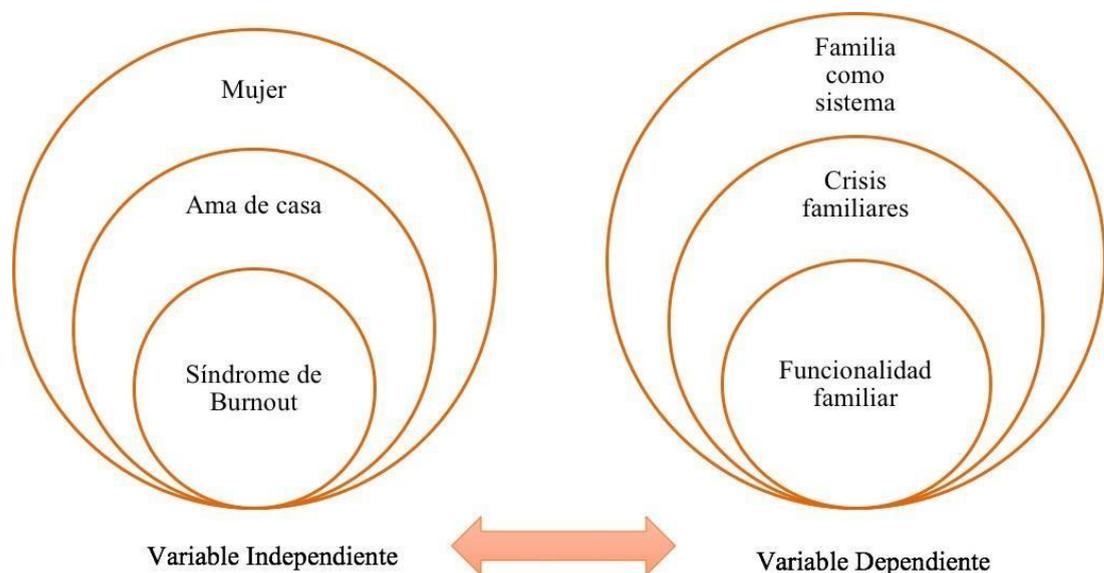


Gráfico 1. Categorías fundamentales Elaborado por: Peñaherrera María (2021)

2.5. Fundamentación teórica

La palabra Mujer proviene del latín *Mulier*, que significa persona del sexo femenino. Pero, más allá de la femineidad que la distingue, es la fortaleza con que la mujer ha enfrentado a lo largo de la historia los diferentes roles que se le ha asignado. El hecho de ser mujer implica un peso simbólico y físico, establecido por procesos históricos, sociales, económicos y culturales, que son parte de la vida cotidiana y que se han interiorizado en la mujer desde niña, a partir de la educación que recibe en su entornofamiliar. (4)

Los procesos de socialización y los estilos en la educación familiar son diferentes para niños y niñas, así como la influencia de padres, maestros y compañeros en el comportamiento de las niñas desde la infancia, durante sus primeros cinco años de vida, se les enseña a expresar su estrés de forma diferente a los niños. A ellas se les induce a expresarlo con matices de ansiedad y depresión, como síntomas de internalización, mientras que a los niños se les promueve a manifestarse con conductas agresivas, como síntomas de externalización. (25)

Durante siglos, la sociedad designaba a la mujer el rol de madre, esposa y trabajo doméstico. Actualmente, muchas mujeres se desempeñan en diferentes profesiones y varias han logrado ocupar cargos destacados, sin embargo, aún no se ha alcanzado la igualdad de género que merecen.

Según el INEC las mujeres representan un 36.9% de la población económicamente activa. El nivel de participación de la mujer en el mercado laboral, fundamentalmente, se ha centrado en determinados sectores como sanidad, educación y actividades comerciales, mientras que los hombres ocupan la mayoría de los puestos de alta dirección en dichos sectores, ésta marcada desigualdad de género influye en la diferencia de salarios, en el reparto de responsabilidades familiares y actividades domésticas. (4)

Por otra parte, se determinó que alrededor de 28.7% de mujeres son ahora jefas de hogar, comprendiendo que la jefatura del hogar es aquella persona que siendo residente habitual es reconocida como jefe por los demás miembros del hogar, ya sea por una mayor responsabilidad en las decisiones, por prestigio, ancianidad y razones económicas, o tradiciones sociales y culturales. (4)

Enfatizaremos en los estudios realizados por el departamento de Género, Mujer y

Salud (2004) de la Organización Mundial de la Salud plantean que las investigaciones de género deben ser interdisciplinarias con componentes epidemiológicos, biológicos y sociales que permitan comprender las cuestiones de género en salud ocupacional, siendo fundamental incluir sistemáticamente los datos de trabajo de la economía informal y la esfera doméstica. Se impone, por tanto, realizar acciones que permita mejorar las condiciones de trabajo y la salud ocupacional de las mujeres. (26)

Ahora bien, la mujer “ama de casa” mantiene una jornada laboral diaria, desempeñando roles en el entorno familiar como: aseo del hogar, compra de productos de primera necesidad, lavado de ropa, cuidado de sus hijos/as o nietos/as, y/o de familiares ancianos, lo que le impide tener el tiempo suficiente para dedicarse a sí misma.

Esta actividad, poco valorada socialmente, sin remuneración, hace que el desempeño del trabajo dentro del entorno familiar sea un componente para favorecer el desarrollo de estrés. Perennemente se espera que la mujer, ama de casa se encuentre en plenitud física y emocional para poder así satisfacer las necesidades de los integrantes de la familia, sin tener la oportunidad de enfocarse en ella misma. El reconocimiento de su trabajo se vuelve cada vez escaso, sin obtener agradecimiento o gestos que la gratifiquen. (27)

Adicionalmente, Juvel menciona que el acto de cuidar es estresante en menor o mayor medida, dependiendo de la actitud del cuidador, si lo vive como una carga o si lo percibe como una manera de estrechar relaciones familiares entre padres e hijos. Enfrentar ese difícil reto les fortalece. (28)

En el mercado laboral la intervención de la mujer ha ido creciendo, la mayoría de las mujeres realizan doble jornada laboral, se desempeñan como empleadas públicas o

privadas para luego desempeñar las funciones de ama de casa en el entorno familiar. Situación que se complica cuando la mujer además tiene que cuidar de adultos mayores o niños con capacidades especiales, es frecuente encontrar también mujeres de la tercera edad es decir mayores de 65 años al cuidado de sus nietos o de otro adulto mayor sin salario ni beneficios sociales. (29)

Es común ver que muchas mujeres ejecutan el rol de amas de casa a pesar de tener la posibilidad de trabajar, esto trae consigo el hecho de permanecer solo en casa y desarrollar situaciones de estrés, que pueden ser manifestadas con problemas físicos y psicosomáticos. Muchas refieren sentirse frustradas, no se encuentran conformes con la actividad que realizan en casa y quisieran ser más útiles. (29)

Por muchos años el papel de la mujer ha sido realizar las tareas del hogar sin remuneración alguna, tan solo con la satisfacción moral del deber cumplido. Martínez, López y García obtuvieron datos que permiten observar que las mujeres, a pesar de tener un nivel educativo medio alto y que se desempeñaban como profesionales, también realizaban actividades en el hogar. Encontraron que estas mujeres dedican días de sus vacaciones y horas asignadas para su descanso a realizar tareas del hogar, estas mujeres reportaron padecer trastornos del sueño, ansiedad, fatiga, estrés, trastornos musculoesqueléticos y dolor de cabeza. (30)

Otros autores como Montesó, sostienen que la percepción de la salud es peor en las mujeres que incluyen entre sus actividades domésticas el cuidado de algún miembro de la familia enfermo o dependiente. (7) La sobrecarga de trabajo puede afectar la salud de las mujeres, porque sienten un nivel alto de estrés. (30)

Moreno y colaboradores llevaron a cabo un estudio sobre síndrome de burnout en hombres y mujeres, estableciendo que las mujeres presentaron menor satisfacción

laboral y más agotamiento, ellas dedican su tiempo libre a el aseo del hogar, el cuidado de los niños, a preparar alimentos y a realizar compras de primera necesidad, todo lo cual provoca una difícil conciliación entre trabajo remunerado y trabajo familiar, viviendo en constante estrés. (31)

El ama de casa es la mujer que realiza trabajo doméstico, no remunerado, entendiendo que al trabajo doméstico como “...el conjunto de actividades que se realizan en la esfera doméstica y que están destinadas a la satisfacción de necesidades de primer orden de los miembros de la unidad familiar, lo que le asigna el carácter de obligatorio y gratuito. La función central del trabajo doméstico es atender al consumo individual, asegurando con su satisfacción el mantenimiento, la reproducción y la reposición de la fuerza de trabajo. Y, también, la dignificación de la calidad de vida de los sujetos” (32)

Desde sus inicios la mujer es quien realizaba el trabajo doméstico, pues se creía que el hombre es quien debía llevar el sustento económico al hogar, y la mujer debía encargarse de las tareas domésticas. Esto se puede mencionar como conductas machistas, lo cual es parte del modo de ser de muchos hogares y de carácter popular.

A todo esto, se suma que las amas de casa son más propensas a estresarse, por las tareas adicionales relacionadas al cuidado del hogar como: la mediación en conflictos familiares, la administración de la economía familiar, el cuidado de enfermos y ancianos entre otras, haciendo del trabajo doméstico una fuente de reacciones depresivas en mujeres sobre todo por la monotonía o el poco reconocimiento social. (33)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al Síndrome de Burnout como un estado de agotamiento físico, emocional o motivacional que está caracterizado por

deterioro de la productividad del trabajo, cansancio, insomnio y aumento de la susceptibilidad a las enfermedades somáticas. (15)

Vale la pena recalcar que “El síndrome de Burnout o síndrome de estar quemado figurará dentro de los problemas asociados al empleo o al desempleo de la onceava edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la OMS, que entrará en vigor en 2022. Este trastorno figuraba en la edición anterior (1990), en un epígrafe inconcreto, dentro de los problemas relacionados con la dificultad de control de la vida. Con este cambio, expertos opinan que dará más visibilidad a esta dolencia, vinculándola con el riesgo laboral y del trabajo”. (34)

Síndrome de Burnout

Se define al síndrome como un grupo de signos y síntomas que suelen aparecer juntos y son identificables, pero que no tienen una entidad tan claramente definida como trastornos o enfermedad. (35) Comenzaremos por comprender la historia de esta enfermedad para así entender mejor su concepto y evolución.

Historia

En la literatura se reporta el primer caso síndrome de desgaste profesional en 1961, fue Graham Greens en su artículo “a burnout case”. Posteriormente, el psiquiatra germano estadounidense Herbert J. Freudenberger en 1974, conceptualizó por primera vez el síndrome, lo hizo mediante las observaciones que realizó mientras laboraba en una clínica para toxicómanos en New York, notó que muchos de sus compañeros que llevaban más de 10 años laborando en dicha institución, comenzaban a sufrir pérdida de energía, empatía e idealismo con los pacientes, además presentaron ansiedad, depresión agotamiento y desmotivación. (36)

La psicóloga Cristina Maslach y el psicólogo Michael P. Leiter en 1982, crearon el cuestionario denominado Maslach Burnout Inventory (MBI) que desde 1986 es el más importante instrumento para el diagnóstico de esta patología. Maslach, limitó la patología a los profesionales que interactúan con personas en su quehacer laboral. Finalmente, Pines y Aronson en 1988, cruzaron las fronteras establecidas por la psicóloga, planteando que cualquier tipo de profesional puede padecerlo. (1)

por su parte, Gil-Monte en el 2007, traduce al español el término Síndrome de Burnout como el Síndrome de quemarse por el trabajo. Define además al síndrome como una respuesta psicológica al estrés laboral, de carácter emocional e interpersonal, caracterizada por un deterioro afectivo determinado principalmente por cansancio emocional y actitudes poco aceptables hacia los clientes y deterioro cognitivo caracterizado por desilusión profesional y pérdida de deseo de trabajar. (19)

Definición

Maslach y Jackson definen al síndrome de burnout como: "...desgaste que se caracteriza, por un estado de agotamiento intenso y persistente, pérdida de energía, baja motivación y extrema irritabilidad, ira a veces agresión y desmoralización, provocada por problemas en el trabajo o en el hogar..." (37)

Es común encontrar en quienes padecen del síndrome un deterioro en las relaciones familiares y sociales. Precisamente el síndrome de burnout se configura como una respuesta al estrés crónico, compuesto por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que trabaja y hacia el propio rol profesional, así como la experiencia de agotamiento emocional. (36)

Sintetizando, el síndrome de Burnout es el deterioro ocasionado por una excesiva demanda en los recursos físicos y emocionales del individuo en su ámbito laboral.

Clínicamente es el estado que presenta el individuo a consecuencia de situaciones de estrés en el ámbito laboral que ocasiona, agotamiento, decepción y pérdidas de interés por la actividad que realiza diariamente. Desde la perspectiva psicosocial es una respuesta inadecuada, que genera tensión crónica emocional. (38)

Dimensiones

Christina Maslach y Susan Jackson, consideraron que el Síndrome de Burnout está constituido por las siguientes dimensiones:

1. Agotamiento emocional
2. Despersonalización
3. Falta de realización personal (37)

Agotamiento emocional

Se entiende por agotamiento emocional a la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Es una situación de falta de energía o de recursos emocionales propios, una sensación de estar emocionalmente agotado incluye además sentimientos de falta de adecuación de los propios recursos emocionales para enfrentarse al trabajo, impotencia, inutilidad y falta de entusiasmo. (19)

Despersonalización

Es el desarrollo de sentimientos y actitudes negativas hacia las personas que reciben el trabajo. Incluye actitudes como irritabilidad, cinismo, ironía, desmotivación, deshumanización, automatismo, victimización y distanciamiento personal por endurecimiento emocional. (37)

Falta de realización personal

Es cuando las demandas son superiores a las capacidades de cumplir en la atención de calidad, es la percepción disminuida de la competencia de uno mismo, baja autoestima profesional, bajos logros profesionales, tendencia a evaluarse negativamente en las habilidades laborales e insatisfacción con el rol profesional. Esto conduce a sentimientos de baja autoestima, fracaso profesional e insatisfacción laboral. (19)

Gil-monte por su parte identificó 4 dimensiones:

1. Ilusión por el trabajo

Comprende el deseo de la persona de lograr metas en relación con su trabajo, el cual lo acepta y percibe como algo atractivo y que le proporciona satisfacción.

2. Desgaste psíquico

Comprende agotamiento físico y emocional relacionado con el contacto diario con personas que presentan problemas.

3. Indolencia

Es la actitud de cinismo e indiferencia hacia las personas que necesitan su servicio.

4. Culpa

Es el sentimiento de responsabilidad ante un evento, síntoma característico de SB.(19)

Sintetizando; a través de los años, varios autores analizan las tendencias clínicas o psicosociales asociadas al síndrome de burnout de diferentes maneras, tales como:

- Confirman la tridimensionalidad del burnout.
- El síndrome de burnout es un proceso progresivo de interacción intensa por un periodo de tiempo, entre el proveedor (profesor, enfermera, abogado y otros), y

quienes reciben (alumno, paciente, cliente y otros).

- Coinciden en que lo más característico del burnout es el desgaste emocional en el proveedor.

El burnout, afecta principalmente a trabajadores encargados del cuidado y a personal de servicios humanos, encargados de un amplio rango de ocupaciones y en diferentes contextos, entre ellos directivos, entrenadores, deportistas, amas de casa, entre otros. (39)

Este síndrome se desarrolla de manera paulatina, es el resultado del estrés laboral, cuando falla la capacidad de afrontamiento. Comprendiendo que el estrés es el mecanismo general por el cual el organismo mantiene el equilibrio interno, adaptándose a las exigencias, influencias y presiones a las que está expuesto en su entorno (40)

El estrés laboral es la reacción del individuo frente a las presiones y exigencias laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, con pocas oportunidades para tomar decisiones o ejercer control poniendo a prueba la capacidad para afrontar la situación, pudiendo tener consecuencias negativas. (41)

Este síndrome puede afectar a cualquier profesional que se encuentre al servicio de otras personas, pero se ha visto con mayor frecuencia en profesionales ocupados del cuidado y servicios humanos como médicos, enfermeras, personal sanitario, atención al cliente, entre otros. Consideramos al síndrome entonces como un proceso, cuya esencia hace que se correlacionen variables emocionales, cognitivas y actitudinales, que se modulan entre sí concordando antecedentes es decir factores de riesgo y consecuencias. La peculiaridad del síndrome como refiere Gil-Monte es que el síndrome es una respuesta al estrés, concebida como estado del individuo. (19)

Factores de riesgo

Para el desarrollo del síndrome se presentan varios factores, los cuales se ha clasificado como individuales y sociales. Así:

Factores individuales

- Edad.

El síndrome fue identificado inicialmente en adultos jóvenes, por ello se establece que la edad en la cual podemos encontrar el síndrome es entre los 15y 65 años. Rango establecido por la población económicamente activa. En cuanto a la edad también se reconoce que los profesionales susceptibles a presentar esta dolencia son aquellos que cursan los primeros años de carrera profesional, debido a que se encuentran expuestos un periodo donde se produce la transición de las expectativas del ámbito laboral hacia la práctica cotidiana, experimentando en ese tiempo que las recompensas personales, profesionales y económicas no son las prometidas ni esperadas. (42)

- Género.

Se reconoce que el grupo más vulnerable para generar esta condición sindrómica son las mujeres, relacionado probablemente por la carga de trabajo que genera la práctica profesional y la tarea familiar. (11)

- Estado civil

Se determinó que las personas solteras están más expuestas a agotamiento emocional, menor realización personal y despersonalización. (43)

- Personalidad

Las estrategias de afrontamiento, el nivel de implicación del sujeto, el balance de afectos son características propias de la personalidad que son necesarios para enfrentar el estrés. Dentro de los factores individuales debemos mencionar, que el síndrome se desarrolla por que los individuos desean ayudar a mejorar la vida de las

otras personas, exaltando su sentimiento de poder y al no realizarlo se ven frustrados. (44)

Los elementos que aumentan la probabilidad de desarrollar un BS son: mayor entusiasmo al iniciar un trabajo, remuneración económica que no está asociada al nivel jerárquico que ocupan, ni a su nivel educativo, falta de apoyo institucional, uso inadecuado de recursos y empleo juvenil. Además, excesivo conocimiento teórico, poca formación en actividades prácticas y falta de técnicas de aprendizaje para el autocontrol emocional. (44)

Factores sociales

Dentro de los factores sociales he enmarcado: factores laborales o profesionales, determinado por el medio físico (lugar de trabajo), entorno humano, organización laboral, bajos salarios, horarios de trabajo, sobrecarga de trabajo y trabajo en equipo. Es determinante que un ambiente laboral inadecuado favorece a la aparición de síntomas de estrés laboral. Situaciones como la necesidad de ser un profesional prestigioso para tener un alto nivel económico, social y familiar también son desencadenantes. La vinculación social sea dentro o fuera del lugar de trabajo puede considerarse un agente amortiguador o desencadenante de estrés. (45)

Dentro de la variable familiar, se enmarca la armonía y estabilidad familiar, la cual permite conservar el equilibrio necesario para enfrentar situaciones laborales o profesionales extremas. Factores ambientales como cambios significativos de la vida del individuo como crisis normativas y paranormativas como: muerte de familiar, matrimonio, divorcio, nacimiento de los hijos, entre otros. Presentes en la transición de cada etapa del ciclo familiar son también factores de riesgo. Los nexos entre familiares y/o amigos son importantes porque el individuo se siente querido, valorado y cuidado. El apoyo familiar atenúa los efectos del estrés de la vida diaria. (45)

Neurofisiología

El proceso fisiopatológico del estrés, sobre todo del estrés crónico, se define como una reacción de alarma, agresiva o no, antes un estímulo que amenaza la homeostasis del organismo. El estrés activa una serie de reacciones fisiológicas (metabólicas, neurológicas y neuroendocrinas) que permiten que el organismo reaccione ante el estímulo estresor de la manera más adecuada. (46)

El proceso inicia en el tálamo, con el análisis del estresor. Luego, en la corteza prefrontal se programa la reacción al estrés es decir toma de decisiones, atención, memoria y sistema límbico que realiza una comparación entre la situación actual y los recuerdos. Finalmente, se activa el eje hipotálamo – hipófisis - suprarrenal, estimulando la producción de catecolaminas. (46)

Fases

1. La primera fase es la alerta. La activación del eje hipotálamo – hipófisis – suprarrenal, hace que la parte medular de la glándula suprarrenal secrete adrenalina, esta suministrara energía inmediata al cuerpo en caso de urgencia. Da lugar a ciertas reacciones en el cuerpo como incremento de la frecuencia cardiaca, vasodilatación y aumento de la vigilia. (46)
2. Segunda fase o defensa. Se activa si el estrés se mantiene, la corteza de las glándulas suprarrenales secreta cortisol, cuyo papel es mantener constante el nivel de glucosa en la sangre para de nutrir los músculos, el corazón y el cerebro. (46)
3. Tercera fase o agotamiento, se da cuando la situación estresante persiste se acompaña de alteraciones hormonales crónicas con consecuencias orgánicas y psiquiátricas. En esta tercera fase es posible que el organismo se encuentre

agotado, poco a poco las hormonas secretadas en las fases anteriores pierden su eficacia y comienzan a acumularse en la circulación, dando como resultado un impacto negativo sobre la salud del individuo. (46)

Manteniéndose la fase de agotamiento el estrés llega a ser crónico, lo que genera una hipercortisolemia persistente, esta podría ser neurotóxica para las estructuras cerebrales provocando atrofia de las neuronas piramidales a nivel del hipocampo, lo que llevaría a larga data a disminución de volumen del hipocampo que se correlaciona con casos de Cushing, duración e intensidad de la depresión y estrés postraumático. (46)

En lo relacionado al estrés y género mencionaremos que la activación de diferentes estructuras cerebrales es decisiva el momento de reacción al estrés. En el hombre la activación de la corteza prefrontal favorece al comportamiento de fuga o combate, mientras que, en la mujer, el estrés pone en marcha al sistema límbico que activa la empatía generando acciones de ayuda y protección. (46)

Sintomatología

Se considera síntomas a aquellos datos obtenidos por medio de la anamnesis, que no pueden ser medidos u observados de manera directa, pero que son descritos subjetivamente por el individuo, como por ejemplo desgano, sensaciones de vacío, entre otras.

En el síndrome de Burnout se puede encontrar una serie de síntomas, que los agruparemos en tres grandes grupos:

- **Síntomas psíquicos**

Incluyen sensación de desesperanza, apatía, irritación, desilusión, pesimismo, falta de tolerancia, hostilidad y supresión de sentimientos. Se incluye en este grupo síntomas

cognitivos – conductuales, como: pérdida de valores, desaparición de expectativas, pérdida de significado, modificación de auto conceptos, pérdida de autoestima, desorientación cognitiva, distancia, cinismo, pérdida de creatividad, evitar responsabilidades, desvalorización, autosabotaje, entre otros. Síntomas sociales como: aislamiento y sentimientos de fracaso, evitación de contactos, conflictos interpersonales, malhumor, entre otras. (36)

- Síntomas físicos

Incluye dolencias como: dolores osteo musculares, sobre todo del área dorsal, cefaleas, pérdida de apetito que altera el peso corporal, problemas al conciliar el sueño o mantenerlo, disfunciones sexuales, fatiga crónica, problemas cardiovasculares, alteraciones gastrointestinales y aumento de ciertos valores como colesterol, triglicéridos, glucosa, ácido úrico, entre otros. (36)

Diagnóstico

La prueba más utilizada para el diagnóstico del síndrome es el Maslach Burnout Inventory (MBI), el cual cuenta con 22 enunciados sobre los sentimientos y pensamientos relacionados con el trabajo. Se valoran dependiendo de la frecuencia con la que experimenta el individuo cada una de las situaciones en un rango de 6 adjetivos que van desde “nunca” a “diariamente”. Los ítems se agrupan en tres subescalas, una para agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, se califica mediante un sistema de percentiles y se recomienda mantener siempre por separado las subescalas pues nos permite determinar en qué área el paciente tiene mayor grado de afección (37)

MBI

El MBI es un cuestionario autoadministrado, que recoge respuestas relacionadas con sentimientos, emociones, comportamientos y pensamientos en el trabajo, se realiza en un período de 10 a 15 minutos y mide las dimensiones del SB, de la siguiente manera.

Se divide estratégicamente en tres subescalas que representan cada dimensión:

- Subescala de *agotamiento emocional*. Consta de 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20), por medio de los cuales se evalúa la vivencia de estar exhausto emocionalmente, es decir proporciona información sobre la intensidad del síndrome, la puntuación máxima es de 54 puntos, cuanto mayor es la puntuación, mayor es el agotamiento.
- Subescala de *despersonalización*. Cuenta con 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22), que valoran las actitudes de frialdad y distanciamiento, puntuación máxima 30; cuanto mayor es la puntuación, mayor es la despersonalización.
- Subescala de *realización personal*, que consta de 8 ítems (4,7, 9, 12, 17, 18, 19, 21), que evalúan los sentimientos de realización y autoeficacia, en este caso la puntuación es inversamente proporcional, es decir que a menor puntuación la realización personal está más afectada, puntuación máxima 48 puntos. (37)

Cada pregunta se mide según estos rangos:

0 = Nunca

1 = Pocas veces

2 = Una vez al mes o menos

3 = Pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

Aunque aún no se ha establecido puntos de cohorte bien definidos para determinar la existencia o no del síndrome, se establece que las puntuaciones altas de agotamiento y despersonalización más puntuaciones bajas en la realización personal definen el síndrome. (37)

Tabla 1. Valores de referencia MBI.

Dimensiones	Riesgo bajo	Riesgo medio	Riesgo alto
Agotamiento emocional	0 – 18	19 - 26	27 - 54
Despersonalización	0 - 5	6 – 9	10 - 30
Realización personal	0 – 33	34 - 39	40 - 56

Fuente: Tomado de Maslach Burnout Inventory. (37)

Elaborado por: Peñaherrera María (2021)

Consecuencias

Con el pasar de los años y las investigaciones realizadas, se ha establecido que el apareamiento del síndrome de burnout trae consigo consecuencias, coincidiendo con Gil-Monte se han agrupado estas en dos grandes grupos:

- **Consecuencias individuales**

Incluyen alteraciones psicósomáticas permanentes como cefalea persistente, que no cede a analgésicos, dolores musculares posicionales, insomnio, depresión, ansiedad y baja autoestima, problemas gastrointestinales como colon irritable e incluso problemas de hipertensión arterial. Dentro de este grupo incluiremos al deterioro de las relaciones interpersonales, no solo en el ámbito laboral sino también en el ámbito familiar. (17)

- **Consecuencias organizacionales**

A nivel organizacional el síndrome de burnout pone en riesgo a la institución, situaciones como la insatisfacción laboral, producida por la preferencia del trabajador por el empleo que realiza, respecto a otro que anhela. Abandono de la

organización, disminución de la calidad de los servicios y absentismo laboral.

Estos parámetros repercuten directamente en las finanzas y organización de la institución, da lugar a aumento en gastos con respecto a la contratación y capacitación de nuevo personal. (17)

Tratamiento

Recogiendo la información obtenida a través de los tiempos por múltiples autores, se estableció que el Síndrome de Burnout se produce a causa del estrés crónico, relacionado con la situación laboral asociado a factores individuales y sociales; sin duda eliminar las posibles causas que lo generan es la base del tratamiento. Ahora bien, el tratamiento será orientado en tres áreas fundamentales:

1. Personal

Las estrategias de intervención personal son esenciales, fortalecer estrategias de afrontamiento activo que permitan mejorar sentimientos de realización personal son fundamentales para crear un plan de acción, que se ejecutará en base a los objetivos planteados para cada etapa de intervención, incluye:

- a. Autovaloración y autoobservación
- b. Promoción de estilos de vida saludables
- c. Manejo didáctico del estrés
- d. Entrenamiento en la solución de problemas
- e. Incremento de recursos personales
- f. Realización de técnicas cognitivas

- g. Entrenamiento de asertividad
- h. Distanciamiento mental del trabajo, sobre todo en horario no laboral
- i. Realización de ejercicio físico (47)

2. Interpersonal o grupal

Son las redes de apoyo social, el individuo afectado por el síndrome de burnout al percibir un adecuado apoyo social eleva su nivel de realización personal, decrece su nivel de agotamiento emocional y se transforman de manera positiva sus actitudes y conductas. (18)

3. Organizacional

Los programas de intervención organizacional permiten modificar políticas de dirección personal, clima organizacional y elementos individuales que puedan facilitar el funcionamiento en equipo. Cada organización debe adaptar los programas de intervención, incluyendo estrategias, como:

- a. La sociabilización de los aspectos positivos y negativos de su labor, para adecuar sus expectativas de la realidad.
- b. Plantear los objetivos grupales, lo que implica, definir claramente las responsabilidades de cada individuo, determinar expectativas en base a su desempeño laboral, esto mejora la autoconfianza y disminuye la rutina.
- c. Fomentar las habilidades individuales, que promuevan la productividad.
- d. Pulir los niveles de calidad en el trabajo.
- e. Proveer horarios flexibles.
- f. Estimular la toma de decisiones por parte de los profesionales.

- g. Crear planes de carrera, garantizando retribuciones a la eficiencia y esfuerzo.
- h. Redefinir tareas que disminuyan la sobrecarga laboral, el conflicto y la tergiversación.
- i. Mejorar la comunicación de la organización.
- j. Instaurar límites de autoridad.
- k. Ampliar los estímulos a trabajadores.
- l. Instaurar periódicamente reuniones multidisciplinarias. (47)

Familia

El concepto de familia ha evolucionado a lo largo de la historia, la OMS la define como "...los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio, el grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial..." (48).

En cuanto a la familia, el Papa Francisco en la encíclica "Alabado sea" menciona que la familia es "el lugar donde se construye una cultura de vida común y respeto por lo que nos rodea". (49)

Desde el punto de vista sanitario, la familia se define básicamente como un grupo social, constituido por individuos de diferente género y edad; unidos por lazos de consanguinidad o no, relacionados o no genéticamente pero que los demás consideran allegados. Para el médico familiar y comunitario interesa además el hecho de que este grupo de personas compartan el espacio físico denominado hogar y existan relaciones dinámicas entre ellos. (50)

En consecuencia, la familia a pesar de los cambios que ha sufrido en su estructura y funcionamiento continúa siendo la unidad básica de la sociedad y en lo referente a salud, tiene un papel fundamental, para el desarrollo, mantenimiento y recuperación de esta. (50)

Ciclo vital familiar

Se define al ciclo vital familiar como la secuencia de etapas que atraviesa la familia desde su formación hasta su disolución, individualmente cada miembro de la familia atraviesa por etapas; que van desde el nacimiento hasta la muerte, pasando por la infancia, la edad escolar, la adolescencia, adultez y la vejez. (50)

Existen diferentes clasificaciones que componen las etapas del ciclo familiar, desde una visión sanitaria es la clasificación de Friedman (1998) la más idónea, en cada etapa las necesidades, recursos y retos son diferentes, así:

- Familia inicial. Desde el inicio de la convivencia hasta el nacimiento del primer hijo.
- Familia de primera crianza. Desde que nace el primer hijo hasta que cumple 2 años y medio.
- Familia con niño preescolar. Desde los 2 años y medio hasta los 6 años.
- Familia con niño escolar. Desde los 6 años hasta los 13 años.
- Familia con adolescentes. Desde los 13 años hasta los 20 años.
- Familia con hijos en fase de salida. Marcha de casa del primer hijo.
- Familia en edad intermedia. Desde la partida del último hijo hasta la jubilación.
- Familia de envejecimiento. Desde la jubilación hasta el deceso del primer cónyuge. (51)

Las familias se desarrollan y evolucionan de diferentes maneras influenciadas por los estímulos del medio ambiente, la naturaleza de los procesos vitales individuales y la interacción entre sus miembros. Es así como, cada uno de los integrantes del grupo familiar se verá influenciado por los demás, sepan y quieran o no; es decir cada miembro influye en la naturaleza de todo el sistema familiar y a la vez es influido por él. (50)

Familia como sistema

Al referirnos a la familia como sistema, diremos que la familia es un conjunto independiente y organizado de personas en constante interacción, con funciones dinámicas entre sí y el exterior, es decir la familia está compuesta por partes que interactúan entre sí, se organizan en subsistemas y se relacionan con su entorno. Los principales subsistemas son: el subsistema conyugal, el fraternal y el parental, los cuales pueden establecerse por interés, género o generaciones. (52)

La dinámica de estos subsistemas se basa en la retroalimentación, que es de dos tipos: por un lado, la retroalimentación positiva, en la cual se favorece la expansión del sistema, que facilita y acelera la información y la transformación, y por otro lado la retroalimentación negativa que conduce hacia un comportamiento adaptativo del sistema. (50)

Concluiremos que la familia es una organización, que se rige por un orden y estructura, es esta estructura familiar la que ha ido cambiando a través del tiempo, para lograr seguir funcionando, para entender esta evolución se debe poner atención a los cambios conductuales del ser humano, sin embargo, es importante establecer una tipificación familiar, por ello hemos tomado como referencia los tipos de familia según Minuchín y H. Charles Fishman (53):

- Familia nuclear. Constituida por una pareja con hijos o sin ellos.

- Familia extensa. En ella conviven más de dos generaciones. Ejemplo: padres con hijos casados, con hijos o sin ellos.
- Familia ampliada. Cualquiera de las denominaciones anteriores cuando se le suma al núcleo familiar personas sin parentesco o con lazos de consanguinidad más lejanos. Por ejemplo, familia extensa que recibe a una tía abuela a vivir con ellos.
- Personas sin familia. Incluye a adultos solteros que viven solos, divorciados o viudos que viven solos; ancianos viviendo solos.
- Equivalentes familiares. Individuos que conviven en un mismo lugar sin constituir un núcleo familiar. Por ejemplo: grupo de individuos que viven bajo el mismo techo y realizan una actividad en común, comunidades religiosas, amigos que viven juntos comparten comida y espacio físico por bienestar económico. (53)

Funciones de la familia

El objetivo principal del conglomerado humano denominado familia es perpetuar la especie, es decir crear nuevos individuos para la sociedad. Para lograr este objetivo la familia debe cumplir con ciertos objetivos mediatos como:

- Brindar seguridad afectiva a cada uno de los miembros.
- Establecer seguridad económica para cada integrante de la familia.
- Proveer a la pareja goce pleno de sus funciones sexuales, dar a los hijos la noción firme y vivenciada del modelo sexual, que les permita identificaciones claras y adecuadas.
- Dar respuestas adaptativas a sus miembros para la interacción social. (53)

Crisis familiares

Una de las misiones de la familia, es preparar a cada uno de sus integrantes para afrontar y superar cambios que pone en peligro la homeostasia personal y familiar. Cuando la familia no consigue adaptarse a estos cambios y mantener o recuperar su equilibrio se conoce como crisis familiar, las crisis pueden ser inducidas por cualquier suceso, ya sea positivo o negativo y requiera modificaciones en el estatus familiar, se clasifican como: normativas o paranormativas. (50)

Las crisis normativas son las dificultades presentes en la transición de una etapa a otra, como, por ejemplo: casarse, un embarazo, nacimiento de los hijos, hijos que inician su vida escolar, jubilación, entre otros. Las crisis paranormativas son los acontecimientos vitales estresantes como malas relaciones familiares, separación, desempleo, problemas económicos, relacionados con la salud como enfermedad, muerte súbita, hospitalización, entre otros. (50)

Funcionalidad familiar

El concepto de funcionalidad, parte de la teoría general de los sistemas, propuesta por Ludwig Von Bertalanffy en 1968, cuya característica principal es el desarrollo de los sistemas abiertos. (54)

Un sistema abierto se destaca por permitir la entrada y salida de energías o sustancias para mantener la homeostasis. Con este antecedente, diremos que se entiende por "sistema funcional", al sistema en donde se alcanza los objetivos familiares de cada miembro y las funciones se cumplen favorablemente, además existe comunicación óptima. Por otro lado, el "sistema disfuncional", es cuando no puede existir un intercambio adecuado de información lo que se conoce como comunicación alterada, y las funciones de los miembros no se cumplen adecuadamente, en estas familias se pueden identificar factores de riesgo como; violencia, conflictos, padres autoritarios, dificultad para marcar límites, confusión de roles, dependencia, depresión, entre otros. (54)

Entonces, la familia desde el enfoque sistémico es definitivamente un sistema abierto, dinámico, en constante cambio, que envía y recibe información desde el medio que lo rodea, para acomodarse a las redes sociales que influyen de manera significativa sobre cada uno de los miembros que integran el grupo familiar, sin embargo; el funcionamiento familiar no es un estado permanente, sino más bien variable a través del tiempo, por el hecho de ser permeable permite estar expuesto a desequilibrios. (55)

Por lo tanto, la funcionalidad familiar "...es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren una identidad propia; es la capacidad que tiene cada uno de los miembros de la familia para enfrentar y superar cada una de las etapas y crisis por las que tienen que atravesar..." (56)

Consecuentemente, una familia funcional será aquella capaz de generar entornos que faciliten el desarrollo individual de cada uno de sus miembros. La funcionalidad se asocia a diferentes dimensiones o características, como: comunicación, cohesión, flexibilidad, conflictos, estrés, vínculos, emociones, entre otros. Estas características pueden ser valoradas mediante diferentes instrumentos cuantitativos y cualitativos (Beavers y Hampson, 1995; Moos, Moos y Trickett, 1989; Olson, 1991). De esta manera, la familia funcional es la que responde en mayor o menor medida a las exigencias que cada miembro del sistema posee. Sin embargo, es importante señalar que en la actualidad existen diversos tipos de ser y hacer familia, lo que lleva a que se generen estructuras diversas y por lo tanto diversos estilos de funcionamiento familiar. (57)

2.6. Hipótesis

Hipótesis nula (H_0)

La presencia del síndrome de burnout en amas de casa no afecta a la funcionalidad familiar.

Hipótesis alternativa (H_1)

La presencia del síndrome de burnout en amas de casa afecta a la funcionalidad familiar.

2.7. Señalamiento de variables

Variable independiente: Síndrome de Burnout

Variable dependiente: Funcionalidad familiar

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Enfoque de la Investigación

El presente trabajo fue diseñado bajo el planteamiento metodológico del enfoque cuantitativo, puesto que este es el que mejor se adapta a las necesidades de la investigación. Hernández Sampieri menciona que “El enfoque cuantitativo utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (58)

Este enfoque se vale de un instrumento para recolectar datos, por medio de los cuales se intentó probar una hipótesis y establecer pautas de manejo, basadas en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

3.2. Modalidad básica de la investigación

Condionalmente el objeto de estudio fue relacionar el Síndrome de Burnout en amas de casa y la funcionalidad familiar, por lo que se recurrió al diseño no experimental, debido a que la investigación se realiza sin manipular deliberadamente variables (58), fue aplicado de manera transversal, pues los datos se recolectarán en un momento único y su intención fue describir variables, analizar incidencia y correlación en un momento dado. Es como “tomar una fotografía” de lo que sucede. (58)

3.3. Tipo de investigación

Considerando que del tema de estudio no existe gran sustento bibliográfico local, se realizó una investigación descriptiva, para conocer a detalle la forma como el Síndrome de Burnout afecta a las amas de casa y su relación con la Funcionalidad

Familiar.

Sampieri recalca que para que una investigación sea descriptiva, debe incluir dos factores principales: por una parte, el conocimiento actual del tema de investigación y por otra la perspectiva que el investigador pretenda dar a su estudio. El mismo autor señala que "los estudios descriptivos intentan especificar propiedades y características importantes de cada fenómeno analizado y describir tendencias en un grupo o población". (58)

3.4. Población y Muestra

3.4.1. Población

El universo de estudio estuvo constituido por la población femenina de entre 15 a 65 años, amas de casa, residentes en las parroquias San Buenaventura y Juan Montalvo, que acuden al Centro de Salud de San Buenaventura, que pertenecen a la parroquia con el mismo nombre del cantón Latacunga. Con una población total de 212 mujeres.

3.4.2. Muestra

En este estudio se utilizó un muestreo de tipo probabilístico, una vez establecido la población (212 mujeres) se calculará la muestra mediante la siguiente fórmula estadística:

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

Donde:

n = Tamaño de muestra buscado N = Población

Z = Parámetro estadístico que depende del nivel de confianza establecido por el investigador

e = Error de estimación máximo aceptado

p = Probabilidad de que ocurra el evento estudiado (éxito)

q = Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado (fracaso)

La fórmula utilizada nos permite encontrar una muestra que sea representativa del universo o población con cierta posibilidad de error y nivel de confianza, así como probabilidad.

Para estimar Z se usa una tabla de proporciones, establecidas de acuerdo con el nivel de confianza del examinador, así:

TABLA 2. Proporciones Z y e según nivel de confianza (NC)

Nivel de Confianza	Z alfa	e
95%	1,96	0,05
94%	1,88	0,06
93%	1,81	0,07
92%	1,75	0,08
91%	1,69	0,09
90%	1,65	0,10
80%	1,28	0,20

Fuente: Rodríguez, S. Tamaño de una Muestra aplicada a la investigación Archivística. (59)

Elaborado por: Peñaherrera María (2021)

El nivel de confianza establecido por el investigador, en este caso fue del 95% nos proporcionó un valor de Z de 1,96. El error máximo aceptado es de 0.05 y la

probabilidad de que ocurra el evento es decir la probabilidad de éxito es de 0.5 al igual que la probabilidad de fracaso 0.05 (59)

Con estos datos podemos entonces sustituir valores y obtener la muestra para nuestro estudio, de la siguiente manera:

$$n = \frac{212 * (1,96)^2 * 0,5 * 0,5}{212 * (0,05)^2 + (1,96)^2 * 0,5 * 0,5}$$

$$n = \frac{212 * 3,84 * 0,5 * 0,5}{212 * 0,0025 + 3,84 * 0,5 * 0,5}$$

$$n = \frac{203,52}{0,53 + 0,96}$$

$$n = 136,59 = 137$$

3.4.3. Criterios de inclusión

En el presente estudio se incluyó a mujeres entre 15 a 65 años, rango considerado tomando en cuenta la edad de la población económicamente activa, (5) en nuestro país, de acuerdo con el último censo realizado en el 2010, publicado por el INEC el 65,9% de las mujeres se dedican a trabajos del hogar no remunerado (6) por lo tanto, las mujeres del presente estudio deberán dedicarse únicamente a las tareas del hogar, sin recibir remuneración alguna por ello. En el mismo apartado menciona que el tiempo promedio de participación en las actividades del hogar es de 47 horas a la semana, se tomara entonces como referencia en el estudio que las mujeres amas de casa, realicen como mínimo 40 horas a la semana de actividades que incluyen tareas como: cocinar, limpieza del hogar, cuidado de niños, lavado de ropa,

planchado de ropa, adquisición de productos de primera necesidad, tramites fuera del hogar, entre otros. Las mujeres podrán ser de cualquier nacionalidad, estado civil o etnia, que sepa leer y escribir, residente en la zona urbana o rural perteneciente al Centro de Salud de San Buenaventura.

3.4.4. Criterios de exclusión

Por el contrario, se excluirán de este estudio mujeres menores de 15 años y mayores de 65 años, mujeres con discapacidad, analfabetas, transgénero y aquellas que no deseen participar en el estudio.

3.5. Operacionalización de las variables

3.5.1. Operacionalización de la variable independiente

Tabla 3. Operacionalización variable independiente. Síndrome de Burnout

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
SINDROME DE BURNOUT	Se refiere al desgaste profesional, que se caracteriza tanto en el medio familiar como en el laboral por un estado de agotamiento intenso y persistente, perdido de energía, baja motivación y extrema irritabilidad causada por problemas en el trabajo o en el hogar. (15) (18) (61)	Riesgo alto de padecer Burnout	Agotamiento emocional	1, 3, 5, 7, 11, 12, 15, 18, 19
		Riesgo medio de padecer Burnout	Despersonalización	2, 4, 6, 8, 9, 10, 14, 16, 20
		Riesgo bajo de padecer Burnout	Realización personal (37)	13, 17, 21

Elaborado por: Peñaherrera María (2021)

3.5.2. Operacionalización de la variable dependiente

Tabla 4. Operacionalización variable dependiente. Funcionalidad familiar

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Capacidad que tiene la familia de mantener la congruencia y estabilidad ante la presencia de cambios o eventos que la desestabilizan y que pueden ser generadores de enfermedad en los miembros del sistema. (17) (38) (57) (56)	Familia Funcional	Cohesión	1 y 8
		Familia Moderadamente Funcional	Armonía	2 y 13
			Comunicación	5 y 11
		Familia Disfuncional Severamente Disfuncional	Permeabilidad	7 y 12
			Afectividad	4 y 14
			Roles	3 y 9
		Adaptabilidad (57)	6 y 10	

Elaborado por: Peñaherrera María (2021)

3.6. Recolección de la información

Múltiples tipos de instrumentos son útiles en la investigación cuantitativa para medir una variable, los más utilizados son los cuestionarios que se aplican regularmente como entrevista o encuesta. En este estudio se utilizó la encuesta como herramienta de recolección de la información, aquí, las preguntas están diseñadas y concebidas para las amas de casa, con el objetivo de conocer la opinión de las personas integrantes de la muestra, sobre determinadas cuestiones, las preguntas utilizadas serán concretas y fáciles de entender, de tipo cerradas con cinco opciones de respuesta, lo que se conoce como respuestas tipo LinkedIn, que son más fáciles de codificar y analizar desde el punto de vista estadístico. (58)

3.7. Instrumentos

En el presente estudio se utilizó dos tipos de cuestionarios aplicados como encuesta, el cuestionario de Burnout para amas de casa y el cuestionario FF-SIL para evaluar a las amas de casa y la funcionalidad de las familias respectivamente. Los cuestionarios están adaptados para nuestro medio y sufrieron un proceso de validación, así como una prueba piloto. Adicional a esto y condicionados con la realidad mundial de la pandemia por SARS CoV 2, los cuestionarios han sido elaborados en Google forms. Esta es una herramienta de Google Works pace, por medio de la cual se puede hacer preguntas y recopilar todo tipo de información. además, un formulario de Google puede conectarse a una hoja de cálculo de manera automática o mediante el resumen de respuestas se puede obtener a información recopilada fácilmente. Google Formas permite múltiples usuarios al mismo tiempo, es fácil de acceder y no necesita ninguna aplicación para ingresar los datos. Los instrumentos elaborados se pueden acceder mediante el siguiente enlace: <http://forms.gle/kHosGmf1vD5yZsAx7>

3.7.1. Cuestionario de Burnout para ama de casa

El Cuestionario de Burnout para Amas de Casa, está basado en el Cuestionario de Burnout de amas de casa (CUBAC) de Mónica Teresa Ramírez (2009) (62), en primera instancia, para realizar la validación lingüística y poder aplicar el cuestionario, se solicitó autorización a la Dra. Mónica Teresa Ramírez vía correo electrónico, para adaptar el CUBAC al dialecto (jerga) ecuatoriano.

Se armonizó la terminología del CUBAC a la lengua castellana de uso en nuestro medio, este proceso lo hizo la investigadora apoyada por médicos, técnicos de atención primaria y enfermeras residentes en zonas aledañas al sector que se pretende estudiar.

Luego de realizada la revisión pericial, por las doctoras: Lisbeth Reales, especialista en Medicina Interna y Aída Aguilar, epidemióloga, junto con la investigadora principal, María Victoria Peñaherrera Calvopiña, identificaron algunas palabras que podrían resultar confusas en nuestro entorno, sustituyéndolas por otras comprensible para nuestro grupo de enfoque, y finalmente realizar una prueba piloto a una muestra pequeña de las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión antes mencionados.

Una vez realizada la prueba piloto, previo consentimiento informado, se les solicitó a las mujeres encuestadas, hablar acerca del instrumento. Se entrevistó a cada una, para saber el nivel de comprensión del instrumento y se les solicitó observaciones y cambios. Para la mayoría de las mujeres el cuestionario fue fácil de entender, cada palabra fue interpretada adecuadamente. Solo una de las mujeres menciona no entender adecuadamente las preguntas relacionadas a la realización personal, cabe destacar que la mujer que presentó dificultad no había terminado la primaria, al entrevistarla se le realizó las mismas preguntas del cuestionario y su comprensión, así como sus respuestas fueron más claras y precisas.

Se pudo concluir entonces que el instrumento “Cuestionario de Burnout para Amas de Casa” modificado por la Md. María Victoria Peñaherrera Calvopiña, estudiante de la tercera cohorte de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Técnica de Ambato, es un instrumento válido, completamente comprensible, fácil de aplicar y conciso, que puede ser aplicado por el personal sanitario e incluso auto administrado por la paciente, en un lapso mínimo de 15 minutos. Cabe señalar que, para ser aplicado, la persona encuestada deberá saber leer y escribir, la interpretación del cuestionario deberá ser realizado por un médico o psicólogo, basado en los puntos de cohorte establecidos por el cuestionario MBI, en el cual se basó la doctora Teresa González para realizar el cuestionario base. (Anexo 1)

Para el diagnóstico del síndrome, se debe tomar en cuenta las tres dimensiones: Agotamiento emocional (ítems: 1,3,5,7,11,12,15,18,19), Despersonalización (ítems: 2,4,6,8,9,10,14,16,20) y Realización personal (ítems: 13,17,21). El ama de casa será diagnosticada con burnout cuando: presente valores altos de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. (37)

El cuestionario de Burnout para amas de casa está constituido por 3 secciones que evalúan: Agotamiento emocional, ítems 1,3,5,7,11,12,15,18,19; Despersonalización ítems 2,4,6,8,9,10,14,16,20; Realización personal, ítems 13,17,21. La calificación se realiza adjudicando puntos según la opción seleccionada: casi nunca vale 1 punto, rara vez vale 2 puntos, algunas veces vale 3 puntos, frecuentemente vale 4 puntos y siempre vale 5 puntos, luego se suman los puntos y se determina. Agotamiento emocional: de 0 – 18 Bajo agotamiento emocional; de 19 – 26 moderado agotamiento emocional; de 27 – 54 alto agotamiento emocional. Despersonalización: de 0 – 18 Baja despersonalización; 19 – 26 moderada despersonalización; de 27 – 54 alta despersonalización. Realización personal: de 0 a 3 alta realización personal; de 4 – 9 moderada realización personal y de 10 – 15 baja realización personal. El síndrome será positivo si las pacientes agrupan alto grado de cansancio emocional, alta despersonalización y bajo grado de realización personal.

Tabla 5. Valores de referencia para riesgo de Síndrome de burnout

Dimensiones	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	0 – 18	19 – 26	27 - 54
Despersonalización	0 - 18	19 – 26	27 - 54
Realización personal	0 – 3	– 9	10 - 15

Fuente: Maslach Burnout Inventory. (37)Elaborado por: Peñaherrera María (2021)

Riesgo bajo de padecer SB = 0 - 39 Riesgo medio de padecer SB = 40 - 61 Riesgo alto de padecer SB = 62 – 123

3.7.2. FF-SIL

El núcleo familiar constituye el espacio para el desarrollo óptimo de sus integrantes, la funcionalidad familiar se refiere a la forma de interacción de los integrantes de la familia, comprende relaciones interpersonales que le dan identidad propia. La prueba FF - SIL fue diseñada en 1999 por Ortega y colaboradores fue concebida como un instrumento sencillo para evaluar las relaciones intrafamiliares, de fácil aplicación y calificación. Evalúa siete procesos implicados en las relaciones intrafamiliares: cohesión, roles, armonía, comunicación, afectividad, permeabilidad y adaptabilidad. (63)

El cuestionario está compuesto por 14 preguntas Likert con 5 opciones como alternativas de respuesta, la calificación se realiza adjudicando puntos según la opción seleccionada en la escala, así: casi nunca vale 1 punto, pocas veces vale 2 puntos, a veces vale 3 puntos, muchas veces vale 4 puntos y casi siempre vale 5 puntos. Los puntos se suman y a esa puntuación total le corresponde un diagnóstico de funcionamiento familiar, de la siguiente manera: de 70 a 57 puntos, la familia es considerada Funcional; de 56 a 43 puntos, la Familia es considerada moderadamente funcional; de 42 a 28 puntos, la familia es considerada disfuncional y de 27 a 14

puntos, la familia es considerada severamente disfuncional. (63) (57) (Anexo 2)

3.8. Plan de recolección de la información

Previo a la recolección de la información se elaboró una base de datos, mediante el programa Microsoft Excel, que consta de las familias que viven en el sector de influencia asignadas a las posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud de San Buenaventura, lugar donde se va a realizar la presente investigación, a través de esta base de datos se pudo identificar a las amas de casa que cumplen con los criterios de inclusión para esta investigación, la base de datos nos proporciona nombres completos, dirección y número telefónico.

En función de la realidad sanitaria actual, luego de verificar la posibilidad en la población de estudio, de ejecutar la entrevista mediante medios electrónicos y elaborados los instrumentos en Google forms, se pretende encuestar a las amas de casa del sector, de manera virtual, utilizando un ordenador que cuente con un sistema operativo tipo Windows 7 o un móvil con acceso a internet, mediante el link <http://forms.gle/kHosGmf1vD5yZsAx7>, se ingresa directamente al consentimiento informado del estudio, una vez que registre el correo electrónico y acepte participar en la investigación, se despliega la sección de datos personales, se debe llenar la información personal y continuar con las encuestas, primeramente aparecerá el Cuestionario de Burnout para amas de casa y luego el FF-SIL para determinar la funcionalidad familiar, todos los datos son obligatorios y el sistema acepta únicamente 1 respuesta por cada pregunta, solo deberá seleccionar la respuesta que más se acerque a su realidad. Una vez seleccionadas todas las respuestas se envía el cuestionario.

3.9. Plan de recolección y procesamiento de información

La tecnología avanza a pasos agigantados, más aún en época de pandemia, donde

gracias a los medios electrónicos y el acceso a internet, se puede mantener una comunicación constante y fácil con cualquier individuo en todo el mundo. Por la emergencia sanitaria y para mantener las medidas de prevención de Covid-19, hemos utilizado la modalidad virtual para la aplicación de las encuestas mediante Google forms, todas las respuestas que van ingresando los usuarios quedan almacenadas y pueden ser visualizadas de manera individual o grupal, adicionalmente se puede conectar el formulario con una hoja de cálculo de Google Sheets para después usar esa información y generar estadísticas.

Una vez obtenida todos los datos de la encuesta, la información obtenida será procesada mediante el programa SPSS 22.0

3.10. Recursos

3.10.1. Institucionales

- Las instituciones que van a brindar apoyo administrativo son:
- Centro de Salud Tipo “B” de San Buenaventura de la provincia de Cotopaxi, cantón Latacunga, parroquia Juan Montalvo.
- Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina, Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria
- Universidad Técnica de Ambato
- Secretaria de educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (Senescyt)

3.10.2. Humanos

- Un presidente de tesis de la Carrera de Medicina.
- Dos miembros de tesis de la Carrera de Medicina
- Un estudiante Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria

- Amas de casa residentes en el sector EU 14 perteneciente al Centro de Salud de San Buenaventura.
- Técnicos de atención primaria en salud del Centro de Salud de San Buenaventura.
- Directiva del comité local de salud del Centro de Salud de San Buenaventura.

3.10.3. Materiales

Para la realización de este trabajo de investigación se requiere:

- Suministro y materiales de oficina: hojas de papel A4, esferográficos, lápices, borrador, corrector, tijeras, block de notas, resaltador, folders, separadores.
- Ordenador
- Impresora

3.10.4. Económico **Tabla 6.** Recursos Económicos

Número	Descripción	Cantidad	Valor unitario	Valor total
1	Suministros y materiales	1	150	150
2	Impresión y empastado	3	40	120
3	Trasporte	18	4	72
4	Fotocopias	120	0.02	2,40
5	Internet	18	25	450
6	Servicios básicos	18	10	180
7	Imprevistos	1	50	50
	Total			1024,4

Elaborado por: Peñaherrera María (2021)

3.11. Aspectos éticos

La ética médica surge tras la necesidad del individuo de reflexionar sobre la conducta del personal sanitario ante los cambios tecnológicos que han revolucionado la

medicina, los cuatro principios bioéticos: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, son universales y se encuentran vinculados directamente con la ética aplicada. En el campo de la investigación científica, con el objetivo de salvaguardar la integridad de los sujetos de estudio, se han elaborado diversos documentos tales como: el Código de Núremberg (1946), cuyo principal aporte fue en el eje de autonomía, la implementación del consentimiento informado, el cual se define como la adhesión libre y voluntaria del sujeto a un procedimiento de investigación, ya sea: diagnóstico, pronóstico, terapéutico o experimental, incluye información, competencia, entendimiento racional y libertad. (55)

Del mismo modo, la declaración de Helsinki (1964), establece que la prioridad es el bienestar del sujeto, en el informe de Belmont (1979), se diserta sobre las pautas para la Protección de Sujetos Humanos en Investigaciones Biomédicas y de la Conducta, los del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas CIOMS hasta 2002 y el de las Recomendaciones Internacionales para la Revisión Ética de los Estudios Epidemiológicos, publicadas en 1991, donde se establecen y fortalecen pautas para la investigación con seres humanos. (55)

El consentimiento informado ha evolucionado, concediéndole cada vez mayor decisión al sujeto de estudio y ratificando la beneficencia y justicia sobre todo interés heurístico. (55)

La epidemiología clínica estudia la distribución de situaciones o sucesos relacionados con la salud y sus determinantes, la investigación epidemiológica que se pretende realizar por medio de este estudio, tiene por objeto la obtención de conocimiento, el cual será aplicable a la sociedad, esto le confiere connotaciones bioéticas específicas, porque el beneficiario de la investigación es la sociedad e indudablemente la comunidad científica de la Universidad Técnica de Ambato.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La presente investigación incluyó 137 amas de casa residentes en el sector EU14 pertenecientes al Centro de Salud de San Buenaventura de la Provincia de Cotopaxi, en el periodo de agosto 2020 - noviembre 2021. Se recolectó los datos de la muestra mediante Google forms, como estrategia por la emergencia sanitaria mundial que atravesamos. Se aplicó dos encuestas tipo LinkedIn previo consentimiento informado y teniendo en consideración los objetivos del estudio se encontró los siguientes resultados.

4.1. Características sociodemográficas de la muestra

4.1.1. Edad

Analizando las frecuencias expuestas en la tabla N°7, se evidenció que el 69,3% de las participantes pertenecen al grupo de adulto emergente, edad en la cual la mayoría de los individuos son económicamente activos y productivos, las amas de casa de este grupo ocasionalmente dejan relegada su actividad económica para dedicarse al hogar, lo que se ve plasmado en la muestra. Un pequeño porcentaje está representado por adolescentes con un 5,1%, edades en las que otras actividades como la educación son prioritarias.

4.1.2. Autoidentificación étnica

El último informe censal emitido por el INEC en el año 2010 señala que en el Ecuador el 71,9% (4) se autoidentifican como mestizos, información que guarda similitud con los datos obtenidos en el estudio, donde el 92% se autoidentifican como mestizas y tan solo un 4,4% como indígenas.

Tabla 7. Características socioeconómicas de la muestra

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Grupos de edad		
Adolescentes	7	5,1%
Adulto emergente	95	69,3%
Adulto medio	35	25,5%
Autoidentificación étnica		
Mestiza	126	92,0%
Indígena	6	4,4%
Blanca	3	2,2%
Mulata	2	1,5%
Estado civil		
Casada	59	43,1%
Soltera	39	28,5%
Unida	29	21,2%
Separada	4	2,9%
Divorciada	4	2,9%
Escolaridad		
Preescolar	12	8,8%
Educación básica	34	24,8%
Bachillerato	46	33,6%
Tecnologado	9	6,6%
Superior	30	21,9%
Posgrado	6	4,4%
Cargas familiares		
Hijos	107	78,1%
Ninguna	20	14,6%
Adulto mayor	8	5,8%
Discapacitado	2	1,5%

Fuente: Base de datos Síndrome de Burnout en amas de casa y funcionalidad familiar SPSS 22.0

Elaborado por: Peñaherrera María (2021)

4.1.3. Estado civil

En la tabla N°7 se observa que más de la mitad de la muestra tienen algún tipo de relación formal, se encuentran casadas 43,1% o unidas 28.5% y un porcentaje se encuentran separadas 4% o divorciadas 4%.

4.1.4. Escolaridad

En la muestra del estudio se observó que el 33,6% con bachillerato y el 4.4% cursaron posgrado. Llama la atención, un alto porcentaje de mujeres amas de casa con instrucción superior, representando el 21.9% del total de la muestra, lo que nos lleva a pensar en otros factores como la inestabilidad laboral y la pandemia, que obligaron a muchas mujeres a permanecer en el hogar.

4.1.5. Cargas familiares

Del total de encuestadas que participaron en el estudio 78,1% tienen a su cargo hijos, y 14,6% ninguna carga familiar, dato que nos demuestra que el cuidado de los niños es un acto completamente ligado al ama de casa.

4.2. Objetivo 1. Identificar la presencia del Síndrome de Burnout en amas de casa.

4.2.1. Riesgo de padecer Síndrome de Burnout en amas de casa

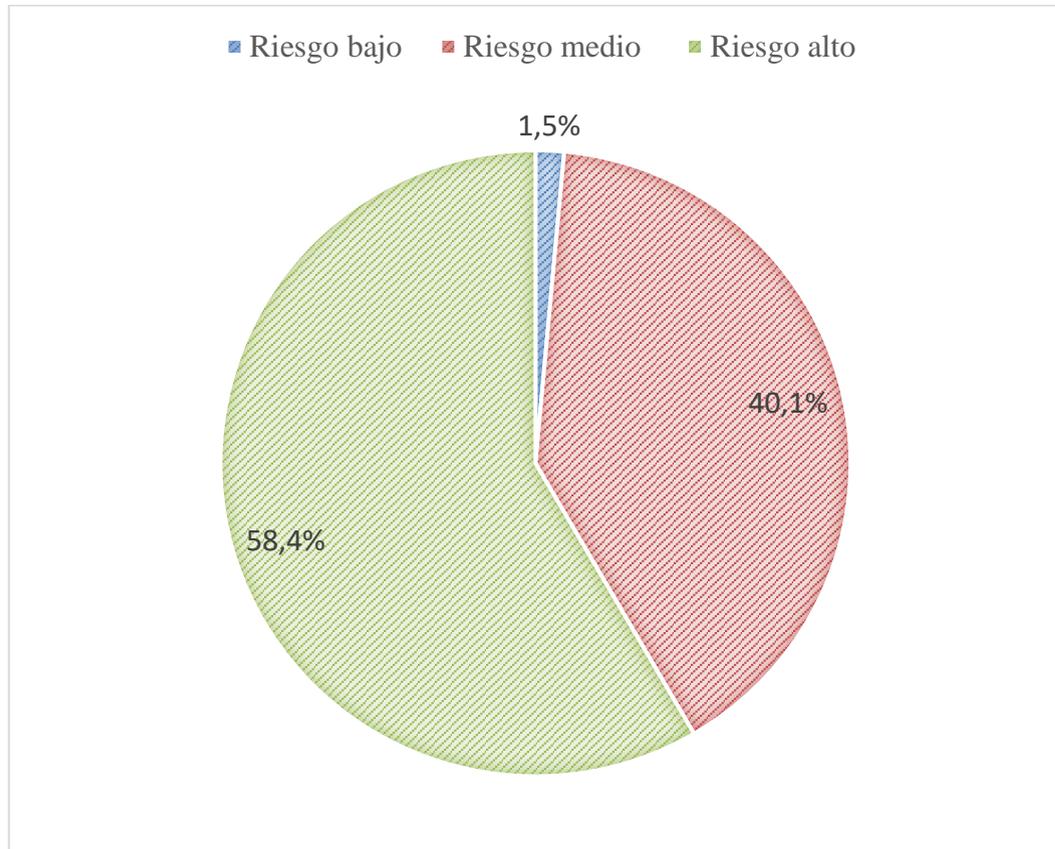


Gráfico 2. Riesgo de padecer Síndrome de Burnout en amas de casa

Fuente: Base de datos Síndrome de Burnout en amas de casa y funcionalidad familiar SPSS 22.0Elaborado por: Peñaherrera María (2021)

En el gráfico N°2, se representa el total de amas de casa incluidas en el estudio y los principales resultados en lo relacionado al riesgo de padecer Síndrome de Burnout. El 58,4% del total de la muestra presentaron un riesgo alto de padecer burnout, el 40,1% riesgo medio y el 1,5% riesgo bajo de padecerlo. Con estos datos tan llamativos, se realizó un análisis del riesgo de padecer el Síndrome de Burnout y algunas características sociodemográficas específicas, detalladas a continuación.

4.2.1.1. Riesgo de padecer Síndrome de Burnout y grupos de edad

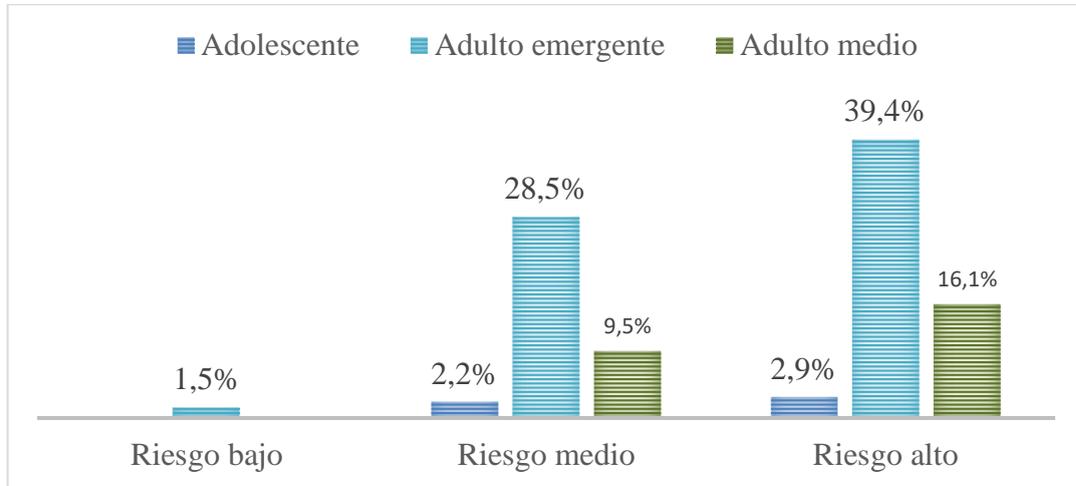


Gráfico 3. Riesgo de padecer Síndrome de Burnout y grupos de edad

Fuente: Base de datos Síndrome de Burnout en amas de casa y funcionalidad familiar SPSS 22.0Elaborado por: Peñaherrera María (2021)

Esta grafica nos demuestra que el riesgo de padecer síndrome de burnout en el adulto emergente es alto con un 39,4% y medio con un 28,5%, todo lo contrario, ocurre con el adolescente que tiene un riesgo alto de 2,2% y medio de 2,9% de padecer esta clase de síndrome.

4.2.1.2. Riesgo de padecer Síndrome de Burnout y estado civil

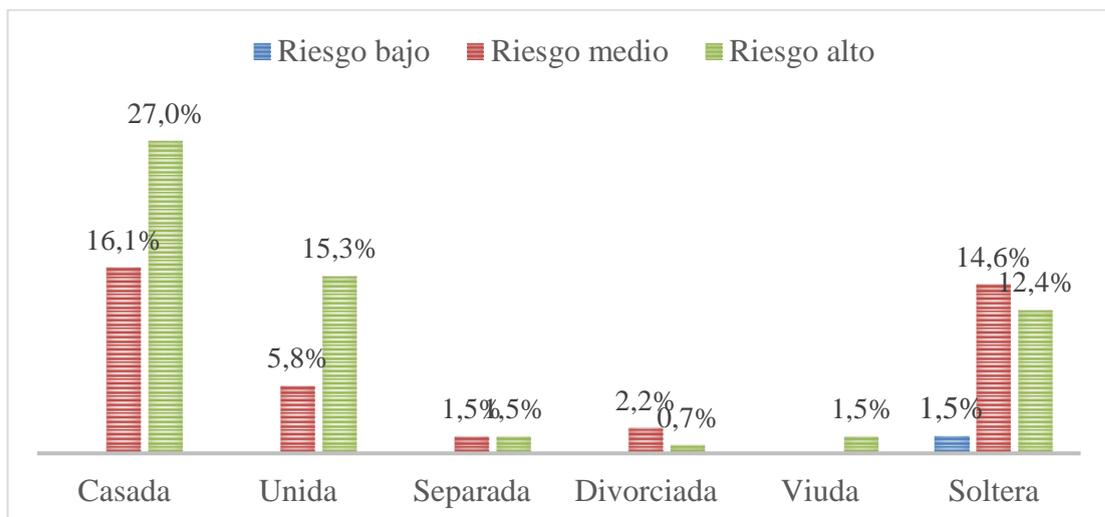


Gráfico 4. Riesgo de padecer Síndrome de Burnout y estado civil

Fuente: Base de datos Síndrome de Burnout en amas de casa y funcionalidad familiar SPSS 22.0Elaborado por: Peñaherrera María (2021)

Al relacionar es estado civil con el riesgo de padecer síndrome de burnout se observa que las mujeres con mayor riesgo mantienen una relación formal ya sea casadas con un 27% o unidas 15,3%. Por otro lado, las mujeres que negaron tener una pareja estable presentan menor riesgo con un total de 2,2% del total de la población de estudio.

4.2.1.3. Riesgo de padecer Síndrome de Burnout y cargas familiares

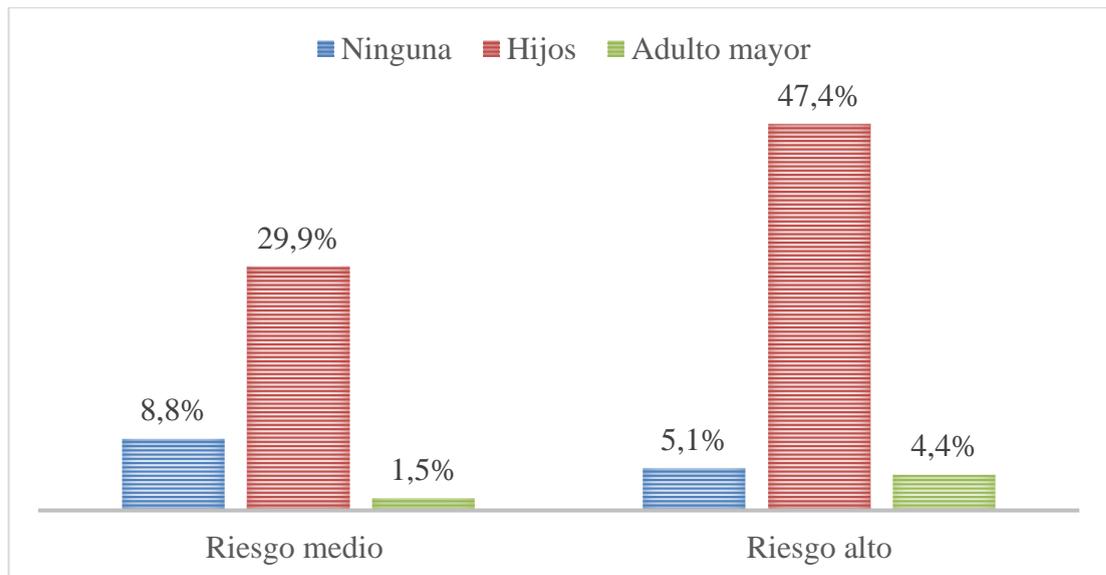


Gráfico 5. Riesgo de padecer Síndrome de Burnout y cargas familiares

Fuente: Base de datos Síndrome de Burnout en amas de casa y funcionalidad familiar SPSS 22.0Elaborado por: Peñaherrera María (2021)

Al analizar el riesgo de padecer síndrome de burnout y cargas familiares encontramos que las mujeres con riesgo alto tienen a su cargo algún familiar, ya sea hijos con un 47,4% o adulto mayor 4,4%.

4.3. Objetivo 2. Establecer la funcionalidad familiar en las amas de casa.

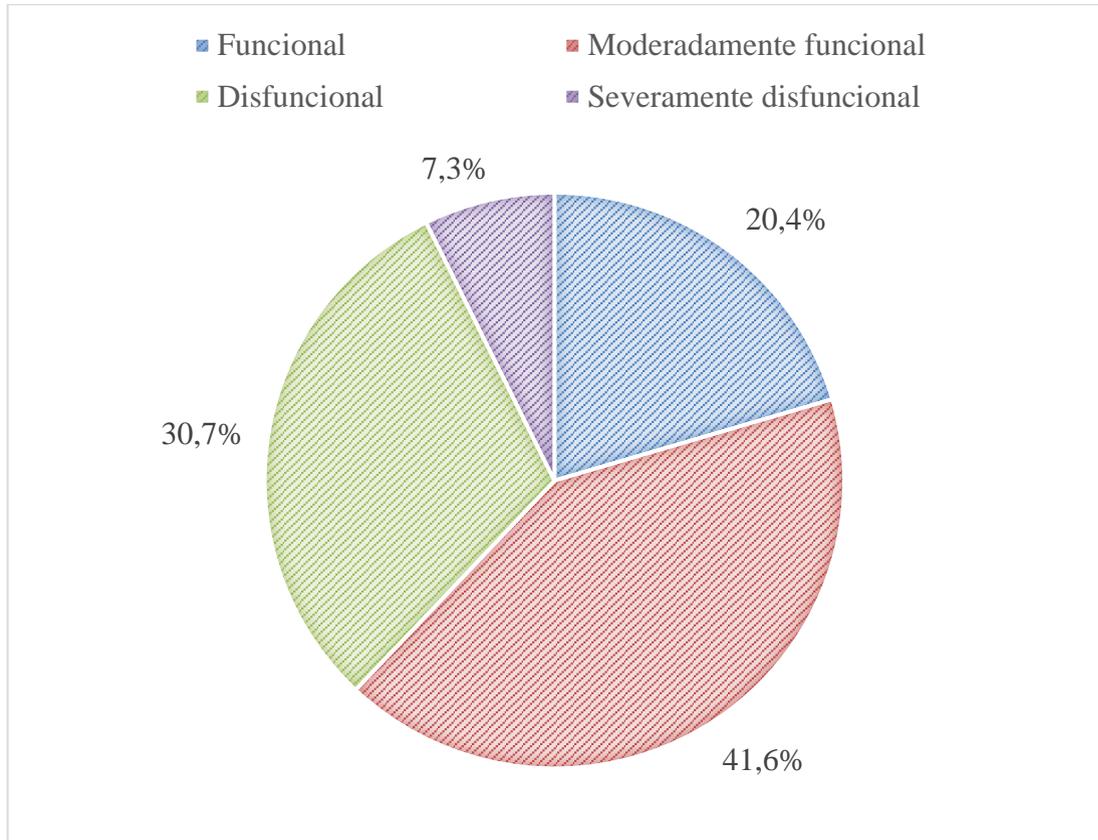


Gráfico 6. Funcionalidad familiar en las amas de casa

Fuente: Base de datos Síndrome de Burnout en amas de casa y funcionalidad familiar SPSS 22.0Elaborado por: Peñaherrera María (2021)

La figura 5 refleja la funcionalidad familiar del total de la muestra, se evidencia que el 20,4% se encuentra dentro del grupo considerado como funcional, el 41,6% como moderadamente funcional, el 30,7% como disfuncional y el 7,3% como severamente disfuncional.

4.4. Verificación de la hipótesis

Antes de verificar la hipótesis es necesario plantear la hipótesis nula (H0) y la hipótesis alterna (H1).

Hipótesis nula H0

La presencia del síndrome de burnout en amas de casa no afecta a la funcionalidad familiar.

Hipótesis alternativa H1

La presencia del síndrome de burnout en amas de casa afecta a la funcionalidad familiar.

Para el proceso de verificación de la hipótesis se escogió la prueba de Chi Cuadrado, porque es la prueba estadística que más se ajusta a las necesidades del estudio, por medio de esta prueba se pretende determinar la relación entre las variables de estudio.

Tabla 8. Tabla de correspondencia. Cruce de variables para Chi-cuadrado

Riesgo de padecer Síndrome de Burnout en amas de casa

		Bajo	Medio	Alto	Total
Funcionalidad familiar	Funcional	5	15	9	29
	Moderadamente funcional	1	25	27	53
	Disfuncional	0	13	28	41
	Severamente disfuncional	0	3	11	14
	Total	6	56	75	137

Fuente: Base de datos Síndrome de Burnout en amas de casa y funcionalidad familiar

SPSS 22.0

Elaborado por: Peñaherrera María (2021)

$$\text{Formula Chi cuadrado} = \frac{\sum [(fo - fe)^2]}{fe}$$

Donde:

fo = frecuencia observada

fe = frecuencia esperada

Σ = sumatoria

Grados de libertad(gl) = (c-1) (f-1)

gl = (4-1) (3-1)

gl = (3)(2) = 6

Nivel de confianza = 95%

Tabla 9. Chi-cuadrado de Pearson

	Valor	Grados de libertad	Significancia asintótica (2 caras) p
Chi-cuadrado de Pearson	23,546a	6	,001
Razón de verosimilitud	21,993	6	,001
Asociación lineal por lineal	17,194	1	,000
N de casos validados	137		

Fuente: Base de datos Síndrome de Burnout en amas de casa y funcionalidad familiar SPSS 22.0Elaborado por: Peñaherrera María (2021)

Chi² calculado = 23,546

Chi² critico = 12,5916

Se acepta la hipótesis nula si el valor de Chi² calculado es igual o menor al Chi² crítico,

de lo contrario se acepta la hipótesis alternativa si el valor de Chi^2 calculado es mayor que el Chi^2 crítico. Por lo tanto, en este estudio ya que el valor del Chi^2 calculado es superior al Chi^2 crítico se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, determinando así que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables riesgo de padecer Síndrome de Burnout y Funcionalidad familiar en amas de casa.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Dentro de las características sociodemográficas de la muestra, la edad promedio del estudio fue de 33 años, con una mínima de 16 y máxima de 65 años, siete de cada diez mujeres encuestadas pertenecen al grupo de adulto emergente, la mayoría se autoidentifican como mestizas y tres de cada diez con instrucción secundaria
- En el riesgo de padecer síndrome de burnout relacionado a las características sociodemográficas, resalta que el mayor porcentaje de mujeres con riesgo alto de padecer el síndrome se encuentran aquellas que tienen una relación formal y niños como cargas familiares.
- El riesgo alto de padecer burnout se presentó en el 58,4% del total de la población estudiada.
- En lo referente a la funcionalidad familiar, se pudo evidenciar un alto índice de disfuncionalidad, relacionado con la presencia del síndrome de burnout en la mujer ama de casa, que es pilar en el normal funcionamiento de la familia.
- La relación entre el síndrome de burnout y la funcionalidad familiar se evidenció que los resultados fueron estadísticamente significativos.

5.2. Recomendaciones

- Establecer un tamizaje adecuado y oportuno en el primer nivel de atención, con la finalidad de identificar factores de riesgo que conlleven a padecer burnout en amas de casa.
- Planificar intervenciones educativas sobre factores de riesgo del síndrome de Burnout en amas de casa para el personal de salud en primer nivel de atención.
- Planificar intervenciones educativas en las familias, por medio de un equipo multidisciplinario, sobre el síndrome de burnout como factor de riesgo para la

disfuncionalidad familiar.

- Tras obtener resultados relevantes en lo referentes a las cargas familiares y el Síndrome de Burnout, se recomienda realizar estudios a futuro.

CAPÍTULO VI. PROPUESTA

6.1. Datos informativos

Intervención educativa sobre factores de riesgo del Síndrome de Burnout en amas de casa, para las familias que acuden al Centro de Salud tipo B San Buenaventura.

Autora: Md. María Victoria Peñaherrera Calvopiña CI: 0503061376

Dirección: Provincia Cotopaxi - Parroquia Ignacio Flores - Sector Tiobamba - Conjunto Terranova, Casa 33.

Teléfono: 0992715619

Correo electrónico: mpenaherrera1376@uta.edu.ec Director: Md. Esp. William Rubén Mayorga Ortiz

6.2. Antecedentes de la propuesta

En la investigación denominada “Síndrome de Burnout en Amas de Casa y su relación con la Funcionalidad Familiar” se buscó determinar si existe una relación importante entre la presencia del síndrome en amas de casa y la funcionalidad familiar, concluyendo mediante la utilización de la prueba estadística del Chi², que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables. Es decir, muchas de las mujeres que presentaron riesgo alto y moderado de padecer Síndrome de Burnout, presentaron algún grado de alteración de la funcionalidad familiar.

6.3. Justificación

Tras los resultados obtenidos en el estudio, que demuestran que existe una relación significativa entre la presencia del síndrome de burnout y la funcionalidad familiar. Se evidenció que el 58,4% de las amas de casa, presentaron riesgo alto de padecer Síndrome de Burnout y en lo referente a la funcionalidad familiar, 41,6% fueron consideradas como moderadamente funcionales y 30,7% como disfuncionales. La

familia es la base de la sociedad, su normal funcionamiento determina una sociedad sólida, fundamentada en los valores. En consecuencia, se propone aportar a la familia con esta intervención educativa, para identificar factores de riesgo del Síndrome de Burnout.

Indudablemente, la mujer ama de casa, es un pilar fundamental para el desarrollo normal de la familia, poder identificar los factores de riesgo de esta clase de condición fortalece a la familia y mejora la salud de la mujer y su entorno.

En la literatura, se puede encontrar estudios descriptivos sobre el síndrome de burnout, sin embargo, existe una escasez en cuanto a estrategias de prevención e intervención para reducir el riesgo de padecer Síndrome de Burnout. Uno de los programas pioneros en intervención es el programa IRIS, método de intervención psicológica grupal, basado en el control del estrés mediante técnicas de autocontrol, comunicación, desarrollo personal y apoyo social. (64)

Esta propuesta de intervención está basada en la metodología activa, creativa y reflexiva, donde cada integrante de la familia es protagonista y la interacción familiar permite la solución de problemas basados en la teoría del aprendizaje social.

6.4. Objetivos

General

Elaborar un programa de intervención educativa familiar por un equipo multidisciplinario en familias con amas de casa con riesgo de padecer Síndrome de Burnout.

Específicos

- Identificar los factores de riesgo del síndrome de burnout en amas de casa.
- Incentivar a la familia en la promoción y prevención de salud, como principal estrategia para prevenir enfermedades.

- Medir el impacto inicial de la intervención a corto plazo mediante el cuestionario FF-SIL.

6.5. Análisis de factibilidad

Esta propuesta es factible, puesto que la presencia de factores de riesgo del síndrome de burnout en amas de casa y la identificación oportuna de los mismos, permitirán prevenir el desarrollo de la patología. Con ello, se promueve y previene enfermedades desde el núcleo familiar. Además, las familias que acuden al Centro de Salud de San Buenaventura son muy colaboradoras y preocupadas por la salud de cada uno de sus integrantes, lo que favorece a la implementación de esta propuesta.

6.6. Fundamentación

Síndrome de Burnout

El síndrome de burnout se ha descrito como una respuesta prolongada a factores estresantes relacionados con el trabajo, se caracteriza por una serie de síntomas entre los que figuran: agotamiento emocional, físico y mental, actitud distante al trabajo, ineficacia, desmotivación, desinterés, ansiedad e incluso depresión. (15) (34)

Christina Maslach y Susan Jackson, mencionan las 3 dimensiones por las cuales está constituido el síndrome:

1. Agotamiento emocional. Situación de falta de energía, donde hay falta de adecuación de los recursos emocionales. Sentimiento de no poder dar más de sí mismos.
2. Despersonalización. Sentimientos y actitudes negativas como: desmotivación, ironía, automatismo, victimización, entre otras.
3. Falta de realización personal. Demandas superan las capacidades, disminución de las competencias que llevan a baja autoestima. (37)

Factores de riesgo

Individuales

- Edad. Mas prevalente en adultos jóvenes
- Genero. Las más vulnerables son las mujeres.
- Estado civil. Las personas más expuestas son las solteras.
- Personalidad. Es más común en sujetos muy implicados en su trabajo.

Sociales

- Factores laborales o sociales. Determinado por el entorno y lugar de trabajo, organización laboral, entre otros.
- Marco familiar. La falta de armonía y estabilidad familiar. (45)

Diagnóstico

Para determinar el riesgo de padecer burnout se usa el test MBI, desde hace varios años, hoy en día existen una serie de instrumentos que se basan en el cuestionario elaborado por Maslach C, Jackson S en el año 1986. Para el síndrome de burnout en las amas de casa se ha utilizado como instrumento el CUBAC (cuestionario de burnout para amas de casa), en el cual se toma en cuenta las tres dimensiones antes señaladas. Agotamiento emocional; Despersonalización y Realización personal. La calificación se hace mediante según la opción seleccionada: casi nunca 1 punto, rara vez 2 puntos, algunas veces 3 puntos, frecuentemente 4 puntos y siempre 5 puntos, luego se suman los puntos y se determina. Agotamiento emocional: de 0 – 18 Bajo agotamiento emocional; de 19 – 26 moderado agotamiento emocional; de 27 – 54 alto agotamiento emocional. Despersonalización: de 0 – 18 Baja despersonalización; 19 – 26 moderada despersonalización; de 27 – 54 alta despersonalización. Realización personal: de 0 a 3 alta realización personal; de 4 – 9 moderada realización personal y de 10 – 15 baja realización personal. El síndrome será positivo si las pacientes agrupan alto grado de cansancio emocional, alta despersonalización y baja

realización personal. (62)

El síndrome de burnout se asocia a una serie de síntomas ligados al estrés laboral, las intervenciones van encaminadas a enfrentar de manera eficaz y diligente las fuentes de estrés.

Las estrategias de intervención van dirigidas a 3 esferas:

Esfera individual. Objetivo es fortalecer a la persona que padece el síndrome para afrontar de modo eficiente su fuente de estrés. Incluye: técnicas cognitivas para que el sujeto reestructure la manera de ver la situación problemática y la afronte con mayor eficacia.

- a. Técnica de desactivación fisiológica. Consta de técnicas de relajación que se enseñan para controlar la ansiedad provocada por los estresores.
- b. Técnica de inoculación al estrés. Se expone de manera gradual a estresores de diferente magnitud para conseguir habituación.
- c. Técnica de vida saludable. Actividades como ejercicio, dieta adecuada, sueño reparador, entre otros. (47)

Área interpersonal. Objetivo es fortalecer las estrategias sociales para la búsqueda de apoyo social, entre ellas la comunicación para que el individuo sea capaz de pedir ayuda y de decir “No” cuando la situación amerite. Permite captar redes sociales de apoyo para hacer frente a los problemas de manera más eficiente y oportuna. (47)

Área laboral. Tiene como objetivo reducir el impacto negativo de los estresores en el trabajo, es una actividad de tipo organizacional, que compromete a los líderes institucionales para redistribuir tareas, reorganizar horarios, mejorar condiciones laborales, prevención de riesgos en el trabajo, entre otros. (47)

Intervención familiar basada en la solución de problemas (IFBSP)

Las técnicas de intervención familiar basadas en la solución de problemas se fundamentan en el aprendizaje social, sabiendo que cada individuo reacciona de manera diferente a las situaciones del diario vivir y del mismo modo maneja su vida. Las terapias de solución de problemas son estrategias terapéuticas que han sido ampliamente utilizadas en primer nivel de atención, mediante un equipo multidisciplinario que cuenta con un médico familiar, un psicólogo, una enfermera y una trabajadora social. El equipo planifica su actividad previamente, para mínimo 4 sesiones, una por cada etapa de la intervención, con una duración de entre 30 a 60 minutos, en las cuales se plantean objetivos claros y precisos, para ser alcanzados en cada sesión. Se pueden ir alterando el número de sesiones dependiendo de las necesidades de la familia. (65)

Las etapas de la IFBSP

- Primera etapa. Selección del caso y explicación del método terapéutico.
- Segunda etapa. Definir y clasificar el problema.
- Tercera etapa. Generar y elegir soluciones.
- Cuarta etapa. Evaluación. (65)

6.7. Modelo operativo

Tabla 10. Plan operativo de intervención familiar basada en la solución de problemas (IFBSP)

Etapas	Objetivos	Actividades	Tiempo	Lugar	Responsable	Resultados
Primera	Analizar conceptos y el método terapéutico	Presentación del equipo de salud y explicación de estrategia de intervención. Obtención del consentimiento informado. Explique de manera clara y sin términos técnicos que es el síndrome burnout, como afecta a la familia y como vamos a trabajar.	30	Domicilio	Equipo de salud e Integrantes de la familia	La familia entiende sobre el síndrome burnout, la estrategia de intervención familiar y el consentimiento informado para realizar la intervención.
	Identificar a las mujeres amas de casa con síntomas de burnout y factores de riesgo.	Escriba en una hoja todos los eventos estresantes que haya presentado los últimos 3 meses.	10	Domicilio	Integrantes de la familia	La familia es capaz de identificar sus problemas. El equipo de salud a identificado el caso índice.
Segunda	Analizar los problemas	Analice lo escrito por cada integrante de la familia, elabore una lista los eventos o problemas identificados. Defina con claridad el problema. Solicite un relato de lugar y las personas implicadas en los eventos.	10	Unidad de salud	Equipo de salud Integrantes de la familia	El equipo de salud analiza los problemas expuestos por la familia, así como de otros problemas relacionados o no.
	Analizar genograma	Elabore e interprete el genograma y ecomapa de la familia. Identifique los problemas y las redes de apoyo	10	Domicilio	Equipo de salud	El equipo de salud elabora e interpreta el genograma y ecomapa de la familia que se va a intervenir, identificando sobre todo a quien

	Identificar los problemas	Redacte definitivamente los problemas (elija aquellos que se puedan resolver)	10	Domicilio	Equipo de salud e Integrantes de la familia	afecta el problema y las redes de apoyo que pueden ser de utilidad para solucionar los problemas. El equipo de salud elabora una lista definitiva de problemas
	Plantear soluciones	Escriba todas las soluciones que se le ocurra a cada integrante de la familia para resolverlo.	10	Domicilio	Equipo de salud e Integrantes de la familia	La familia plantea soluciones acordes a su realidad.
		Determine dos soluciones extremas.	10	Domicilio	Equipo de salud	El equipo de salud establece dos soluciones extremas al problema.
Tercera	Analizar soluciones	Analice y discuta las propuestas de cada integrante de la familia, aclare las dudas. comente y elimine las soluciones extremas. elija las soluciones más idóneas.	15	Domicilio	Equipo de salud e Integrantes de la familia	La familia guía por el equipo de salud analiza cada solución propuesta, determina pro y contras de cada una. Elimina las soluciones más extremas y elige las más adecuadas.
	Utilizar el genograma para la solución de problemas	Determine pros y contras de cada solución. Analice las dimensiones de las redes de apoyo para dar solución a los problemas	10	Domicilio	Equipo de salud e Integrantes de la familia	El equipo de salud identifica las redes sociales de apoyo y la fuerza de cada una
	Elegir solución más idónea	Elimine las soluciones extremas o irreales. Analice las consecuencias que las soluciones pueden causar en la familia y redes sociales de apoyo.	10	Domicilio	Equipo de salud e Integrantes de la familia	El equipo y la familia eligen las soluciones más adecuadas y determinan como estas afectan a la familia.

	Escribir acuerdos	Escribe las tareas para cada integrante de la familia, así como un compromiso. Anexo 4	10	Domicilio	Equipo de salud e Integrantes de la familia	Cada integrante de la familia establece una actividad específica y se compromete a realizarla. El TAPS será quien vele por el cumplimiento de los compromisos adoptados por cada integrante de la familia.
Cuarta	Evaluar resultados	Luego de un mes, evalúe el cumplimiento del plan terapéutico. Es necesario saber el nivel de cumplimiento o incumplimiento de las tareas, así como el grado o tipo de dificultad que presentaron, si las hubo. Use lista de cotejo Anexo 5	20	Domicilio	Equipo de salud e Integrantes de la familia	La familia determina si ha cumplido o no con las tareas propuestas. Si alguno de los integrantes de la familia, no ha cumplido con los compromisos propuestos, es el psicólogo quien intervendrá con ellos.
		Determine éxito o fracaso de la intervención. Use FF-SIL	10	Domicilio	Equipo de salud e Integrantes de la familia	Equipo de salud aplica el test FF-SIL, para determinar funcionamiento familiar

Fuente: Intervención familiar basada en la solución de problemas (IFBSP) (65)

Elaborado por: Peñaherrera María (2021)

6.8. Administración

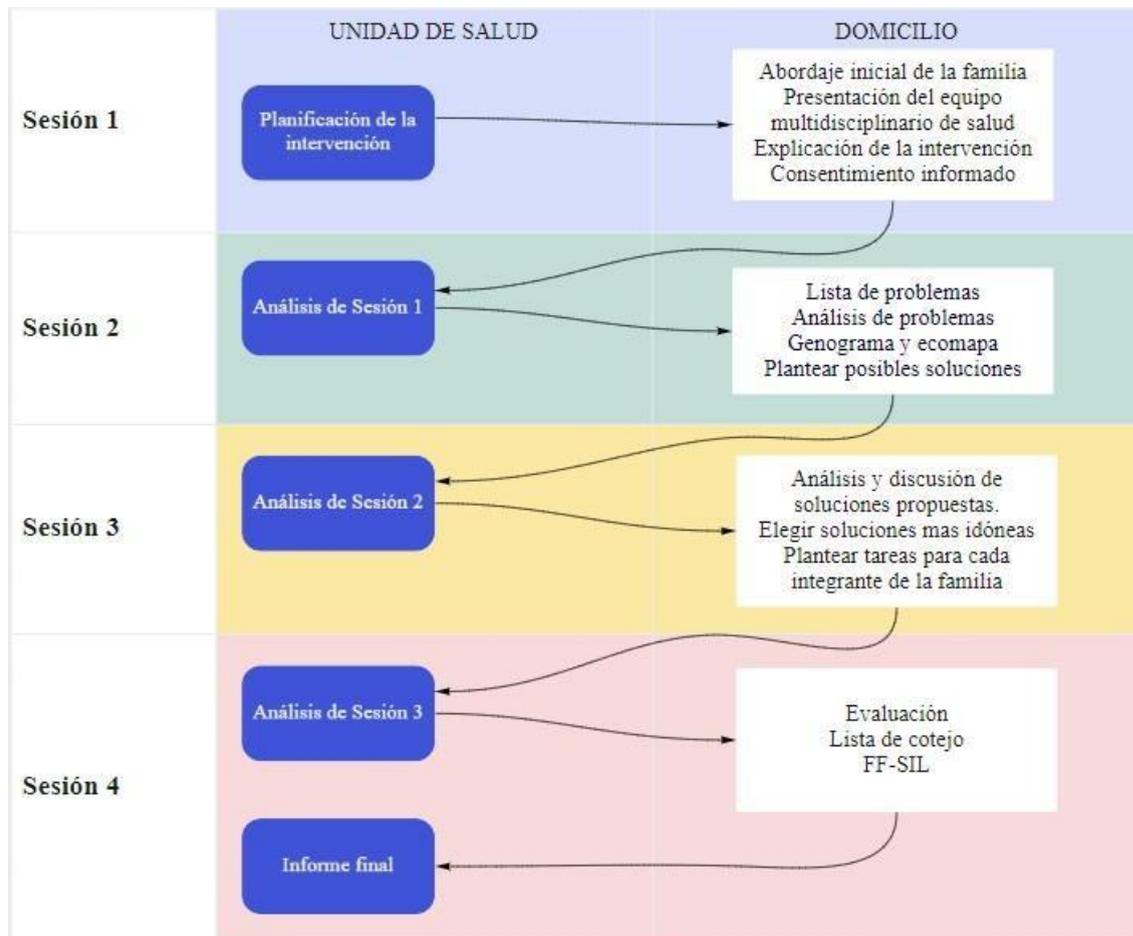


Gráfico 7. Plan administrativo para la intervención familiar

Fuente: Intervención familiar basada en la solución de problemas (IFBSP) (65)
Elaborado por: Peñaherrera María (2021)

6.9. Previsión de la evaluación

El monitoreo y evaluación de esta propuesta se realizará mediante el análisis de los informes finales, elaborados tras la intervención en cada una de las familias que acuden al centro de salud tipo B de San Buenaventura y que cuentan con factores de riesgo de síndrome de burnout en amas de casa. Además, se aplicará el test FF-SIL después de la intervención para compararlo con los test obtenidos previos al estudio que sirvió de antecedente para la propuesta.

REFERENCIAS

1. Saborío L, Hidalgo L. Síndrome de Burnout. *Medicina Legal Costa Rica*. 2015;32(1):291–5.
2. Riofrio E. Burnout: ...más que estrés laboral [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 11]. Available from: <https://noticias.utpl.edu.ec/burnout-mas-que-estres-laboral-0>
3. Martínez Pérez A. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Acad*. 2010;0(112):42.
4. Valle C. Atlas de Género. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) [Internet]. Vol. 2. 2018. p. 360. Available from: https://www.ecuadorencifras.gon.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Libros/Atlas_de_Genero_Final.pdf
5. INEC. ENEMDU - Documento Metodológico. Ecuador [Internet].2018;3–53. Available from: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/EMPLEO/2018/Septiembre-2018/ENEMDU_Metodologia Encuesta Nacional de Empleo Desempleo y Subempleo %2826-12-2018%29.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/EMPLEO/2018/Septiembre-2018/ENEMDU_Metodologia_Encuesta_Nacional_de_Empleo_Desempleo_y_Subempleo_%2826-12-2018%29.pdf)
6. Ferreira C, García K, Macías L, Pérez A, Tosich C. *Mujeres y hombres del Ecuador*. Quito-Ecuador; 2009.
7. Montesó-Curto P. La construcción de los roles de género y su relación con el estrés crónico y la depresión en las mujeres. *Comunitaria Rev. Intr. Trabajo Social y Ciencias Soc*. 2014;8(8):106–26.
8. Morse G, Salyers MP, Rollins AL, Monroe-DeVita M, Pfahler C. Alghamdi et al. 2015_mat supp_Marta. *Adm Policy Ment Heal*. 2012;39(5):341–52.
9. Acosta M, Aldrete M, Alvarado C, Aranda C, Arrellano G, Bermúdez R, et al. Factores psicosociales y salud mental en el trabajo [Internet]. *Salud Mental*. 2006. 1–255 p. Available from: http://www.rialnetportal.org/documentos/rial/sso_peru/Documentos

10. 72ª Asamblea Ginebra. La OMS reconoce como enfermedad el burnout o “síndrome de estar quemado” [Internet]. Médicos y pacientes. 2019 [cited 2020 Oct 1]. Available from: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-oms-reconoce-como-enfermedad-el-burnout-o-sindrome-de-estar-quemado>
11. Rodríguez M, Rodríguez R, Riveros A, Rodríguez M, Pinzón J. Síndrome de burnout y factores asociados en personal de salud en tres instituciones de Bogotá en diciembre de 2010 [Internet]. 1. Bogotá; 2011. Available from: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/2389/52931143-1.pdf?sequence=1>
12. Farah I, Chambilla B, Dantil L, Negrete M, Dávila T. Nuevas problemáticas de género y desigualdad en América latina y el Caribe. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. 2017;178.
13. DURÁN ALEMÁN MC, GARCÍA TAPIA JV. Prevalencia Del Síndrome De Burnout En Médicos Del Ministerio De Salud Pública Del Azuay Según Jornada Laboral 2011”. 2014;1–67.
14. Jirón Jiménez JF. Síndrome de burnout en profesionales de la salud y su relación con rasgos de personalidad en una institución pública de la provincia de Loja durante el año 2017. 2017; Available from: <http://dspace.utpl.edu.ec/handle/20.500.11962/20975>
15. Coria H, García F, Gómez C, Chacón P. Síndrome de Burnout en residentes de medicina familiar. Archivos en Medicina Familiar. 2018;20(3):103–10.
16. Carlin M, Garcés E. El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. Rev. Anales de Psicología [revista en Internet] 2010 [acceso 26 de octubre de 2017]; 26(12): [169-180]. An Psicol [Internet]. 2010;26(1):169–80. Available from: http://www.um.es/analesps/v26/v26_1/20-26_1.pdf

17. Mansanillas T. Prevalencia del Síndrome de Burnout y la funcionalidad familiar del personal de salud de una institución privada ubicada al nororiente de la ciudad de Loja durante el año 2017. 2018;105.
18. Moral José MTG y RL. José Moral, Mónica Teresa González y René Landero. Estrés Percibido, Ira Y Burnout En Amas Casa Mex. 2011; 2:123–43.
19. Gil-Monte PR, Peiró JM. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo Title: A review of models and theoretical perspectives to study of professional burnout. *An Psicol.* 1999;15(2):261–8.
20. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. España personal sanitario hispanoamericano y español (2007) Más información del artículo Sistema de Información Científica Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal Y Transnacionales en el Síndrome de Burnout en Personal Rev. Española de Salud Pública [Internet]. 2009;83 N.º 2. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/170/17083206.pdf>
21. Soria R, Lara de Jesús N. Estrés y apoyo social en mujeres amas de casa y empleadas domésticas. *Altern en Psicol* [Internet]. 2018;(38):99–114. Available from: <https://www.alternativas.me/attachments/article/159/7 - Estrés y apoyo social en mujeres amas de casa y empleadas domésticas.pdf>
22. González R. Prevenir el Síndrome de Burnout: una propuesta cognitiva. *Mesa Redon.* 2015;30(26):42–120.
23. Izquierdo Martínez A, Izquierdo Dopf A. Psicología del desarrollo de la edad adulta: teorías y contextos. *Rev. Complutense Educación.* 2005;16(2):601–19.
24. ASAMBLEA NACIONAL. Constitución del Ecuador. Regist Of [Internet]. 2008;449(Principios de la participación Art.):67. Available from:

http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf

25. Keenan K, Shaw D. Developmental and social influences on young girls' early problem behavior. *Psychol Bull.* 1997;121(1):95–113.
26. Organización Panamericana de la Salud. Género y salud. Una guía práctica para la incorporación de la perspectiva de género en salud. *Organ Panam la Salud.* 2007;134.
27. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, Begiristáin JM, Valderrama MJ, Arregi B. [Impact of informal caregiving on caregivers' health and quality of life: analysis of gender inequalities]. *Gac Sanit [Internet].* 2008;22(5):443–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19000525>
28. Julve M. Dependencia y cuidado: implicaciones y repercusiones en la mujer cuidadora. *Acciones e investigaciones sociales.* Valencia; 2006.
29. Peñaherrera M. Diagnóstico de la Situación de Salud. Latacunga- Ecuador; 2019.
30. Martínez Alcántara S, López Barón F, García Contreras OA. TiempoLibre y Trabajo Doméstico en Su Relación con Daños Psicosociales en Docentes de una Universidad Pública Mexicana. *Cien Trab.* 2013;15(48):165–72.
31. Moreno P, Ríos L, Canto J, San Martín J, Perles F. Satisfacción Laboral y Burnout en Trabajos Poco Cualificados: Diferencias entre Sexos en Población Inmigrante. *Rev. Psicol del Trab y las Organ.* 2010;26(3):255–65.
32. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Promoviendo la igualdad de género. *Convenios De La OIT Y Los Derechos Laborales De Las Mujeres [Internet].* Primera. Chile; 2006. 77 p. Available from: www.oitchile.cl

33. Instituto Vasco de la Mujer. Incidencia del estrés en la salud de las mujeres. EMAKUNDE, editor. España; 1995. 264 p.
34. CONVERSIA. El “burnout” entre los problemas asociados al empleo o desempleo [Internet]. Jul 9, 2019. Available from: <https://www.conversia.org/prl/burnout-problemas-asociados-empleo/>
35. Martín J. Los diagnósticos y el DSM-IV. Fund foro [Internet]. 2006;1–32. Available from: <http://fundacionforo.com/pdfs/archivo15.pdf>
<http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo15.pdf>
36. Barillas F. Presencia de Síndrome de burnout en mujeres amas de casa, que asisten a la escuela Gian Carlos Noris, San Pedro Yepocapa Chimaltenango. Vol. 1. 2019.
37. Cañadas-De La Fuente GA, Luis CS, Lozano LM, Vargas C, García I, De La Fuente EI. Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. Rev. Latinoam Psicol [Internet]. 2014;46(1):44–52. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0120-0534\(14\)70005-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0120-0534(14)70005-6)
38. Marecos-Bogado S, Moreno M. Asociación entre Síndrome de Burnout y funcionalidad familiar en médicos residentes. Med Clínica y Soc. 2018;2(2):54–64.
39. Campos Puente A de las M. Burnout en amas de casa: El cuidado de familiares enfermos de Alzheimer. 2016;389. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=48633&orden=1&info=link%5Cnhttps://dialnet.unirioja.es/servlet/exttes?codigo=48633>
40. Lovo J. Síndrome de burnout: Un problema moderno. Entorno. 2020;(70):110–20.

41. Stavroula L, Griffiths A, Cox T. La organización del trabajo y el estrés. Estrategias sistemáticas de solución de problemas. Causas estrés Labor [Internet]. 2004;33. Available from: <http://www.greenecclipse.com/eashw.htm%0AOIT>
42. Ortega M. Síndrome de Burnout en Internos de Medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. 1. Lima-Perú; 2018.
43. Brito JP, Cabrera HR, Cedillo JP. Prevalencia y factores influyentes del síndrome de burnout en internos y residentes de los hospitales Vicente Corral y José Carrasco, Cuenca-Ecuador, 2011. 2012;1-73.
44. Montero-Marín J, García-Campayo J. A newer and broader definition of burnout: Validation of the. BMC Public Health [Internet]. 2010;10(1):302. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-10-302.pdf>
45. Romani M, Ashkar K. Burnout among physicians. Libyan J Med. 2014;9(1):1-7.
46. Grado TF De, Temático C. Neurobiología del estrés. 2015;
47. Schaufeli W. Intervenciones sobre el síndrome de burnout [Internet]. Utrecht-Holanda; 2016. Available from: <https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/255.pdf>
48. OMS. Índices Estadísticos de la Salud de la Familia [Internet]. Vol. 587, Informe Técnico OMS. 1976. p. 3-97. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40938/1/WHO_TRS_587_spa.pdf%0Ahttp://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_587_spa.pdf
49. Bergoglio J. Pequeños gestos [Internet]. Pontificium Consilium pro-Familia. 2015 [cited 2020 Oct 12]. p. 1. Available from: http://www.familiam.org/famiglia_esp/iglesia/00011039_Pequeños_gestos.ht ml

50. Zurro M, Cano J, Gené J. Atención Primaria. Séptima. Zurro M, Cano J, Gené J, editors. Vol. 3, Analisis Standar Pelayanan Minimal Pada Instalasi Rawat Jalan di RSUD Kota Semarang. Barcelona-España: ELSEVIER; 2015. 103–111 p.
51. Friedemann M-L. Nursing the Spirit: The Framework of Systemic Organization. :1–23.
52. Valladares A. The family: an approach from psychological studies. *Medisur*. 2008;6(1):4–13.
53. Minuchin S, Fishman HC. Técnicas de terapia familiar. Paidós. 2004.288.
54. Arnold F, Osorio M. Introducción a los conceptos básicos de la teoría general de sistemas. Cinta de Moebio [Internet]. 1998; 3:12. Available from: <https://cutt.ly/hnOTqN1>
55. Olivero R, Domínguez A, Malpica CC. Principios bioéticos aplicados a la investigación epidemiológica. *Acta Bioeth*. 2008;14(1):90–6.
56. Beltrán M, Játiva K. Alteración en la Funcionalidad Familiar y su Asociación con la presencia de conductas de riesgo y la disminución en la calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes. Vol. 1. Quito- Ecuador; 2016.
57. Fuentes Aguilar AP, Merino Escobar JM. Validation of an Instrument of Family. *Ajayu Organo Difus Cient Dep Psicol UCBS* [Internet]. 2016;14((2)):247–83. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612016000200003&lng=es&tlng=es.
58. Sampieri R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. Sexta. McGraw Hill, editor. México; 2014. 196–267 p.
59. Rodríguez S. Cómo Determinar el Tamaño de una Muestra aplicada a la

investigación Archivística (página 2) - Monografias.com. 2003;2. Available from: <http://www.monografias.com/trabajos60/tamano-muestra-archivistica/tamano-muestra-archivistica2.shtml#xejaplicarch>

60. García L, Guerrero S, Jara A, Pellicer B. Guía de elaboración de un proyecto de investigación. *Rol Enferm.* 2016;39(1):32–6.

61. José F, Dávila A. Síndrome de agotamiento emocional en profesionales de la unidad de cuidados intensivos. *Multiciencias.* 2011;11(4):370–7.

62. González Ramírez MT, Hernández RL, de La Rubia JM. Cuestionario de Burnout para amas de casa (CUBAC): Evaluación de sus propiedades psicométricas y del modelo secuencial de Burnout. *Univ Psychol.* 2009;8(2):533–44.

63. Ortega T, De La Cuesta D, Días C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Rev. Cubana Enferm.* 1999;15(3):164–8.

64. Párraga JM. Eficacia de una intervención psicológica para reducir el síndrome de burnout en profesionales sanitarios. *Gestión práctica riesgos laborales Integral y Desarrollo la gestión la prevención [Internet].* 2006;(27):32–

41. Available from:

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1986170&info=resumen&idoma=SPA>

65. Zurro AM, Solá GJ. Intervención sobre los problemas de salud desde la perspectiva familiar. In: *Atención familiar y salud comunitaria [Internet].* First Edit. España: Elsevier España; 2018. p. 126–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-84-8086-728-3/00024-7>

66. Dirección de Educación Media Superior. Catálogo de listas de cotejo. México; 2019.

ANEXOS

Anexo 1

Cuestionario de Burnout para amas de casa					
Conteste las siguientes frases escribiendo el número que corresponda a la respuesta que considere más apropiada, todas las preguntas hacen referencia a su trabajo como ama de casa:	Nunca	Raravez	Algunas veces	Frecuente-mente	Siempre
Respecto a mi trabajo como ama de casa					
SB1. En general estoy cansada de ser ama de casa	1	2	3	4	5
SB3. Mi familia frecuentemente tiene exigencias excesivas.	1	2	3	4	5
SB5. Mi trabajo como ama de casa me ofrece escasos retos personales	1	2	3	4	5
SB7. Cuando estoy en casa me siento enojada	1	2	3	4	5
SB11. Mi familia reconoce muy poco los esfuerzos que hago por ellos	1	2	3	4	5
SB12. El interés por mi desarrollo profesional (o personal) es muy escaso	1	2	3	4	5
SB15. Estoy agotada de mi trabajo como ama de casa	1	2	3	4	5
SB18. Hago las tareas de la casa de forma mecánica, sin amor	1	2	3	4	5
SB19. El trabajo que hago está lejos de ser el que yo hubiera querido	1	2	3	4	5
Antecedentes: características de la tarea, organización y tedio					
SB2. Me siento identificada con mi trabajo de ama de casa	1	2	3	4	5
SB4. Mi familia me apoya en las decisiones que tomo como ama de casa	1	2	3	4	5
SB6. Mi trabajo como ama de casa carece de interés	1	2	3	4	5
SB8. En mi familia nos apoyamos con el trabajo del hogar	1	2	3	4	5
SB9. Las relaciones personales que establezco por ser ama de casa son gratificantes para mí	1	2	3	4	5
SB10. Mi familia no valora la importancia de mi trabajo	1	2	3	4	5
SB14. Mi trabajo es repetitivo	1	2	3	4	5
SB16. Me gusta el ambiente y el clima de mi hogar	1	2	3	4	5
SB20. Mi trabajo de ama de casa me resulta aburrido	1	2	3	4	5
Consecuentes: físicos, sociales y psicológicos					
SB13. Considero que el trabajo que realizo repercute en mi salud personal (dolor de cabeza, falta de sueño, etc.)	1	2	3	4	5
SB17. El trabajo de ama de casa está afectando mis relaciones familiares y personales	1	2	3	4	5
SB21. Los problemas de mi trabajo como ama de casa hacen que mi rendimiento sea menor	1	2	3	4	5
Fuente: CUBAC (2009) Elaborado por: Peñaherrera María (2021)					

Anexo 2



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUDDIRECCIÓN DE POSGRADOS

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio de investigación es dirigido por la médica María Victoria Peñaherrera Calvopiña, médico posgradista, estudiante de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Técnica de la Ciudad de Ambato.

El Objetivo de la presente investigación es identificar amas de casa con síndrome de burnout y su relación con la funcionalidad familiar en el periodo agosto 2020 – noviembre 2021.

Estimado Usuario, antes de iniciar su participación, Ud. Debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados:

Información del estudio

Riesgos del estudio. - La integridad de su salud estará garantizada, porque no existe algún agente que pueda afectar su estado emocional o daño físico alguno.

Beneficios. - La información obtenida, después de su participación será utilizada en beneficio de la comunidad, puesto que con los resultados obtenidos del estudio podremos determinar la presencia del síndrome de burnout en amas de casa y su relación con la funcionalidad familiar.

Confidencialidad. - La información que se recogerá será de uso personal, garantizando su integridad, guardando total confidencialidad de los datos proporcionados.

Participación. - Su participación es totalmente voluntaria por lo que Ud. estará libre de decidir si participar en el estudio o no. Además, debo manifestar que Ud. es libre de retirarse del estudio en el momento que desee, sin ningún inconveniente.

Publicaciones. - Se aspira realizar publicaciones científicas, pero no se expondrá su identidad.

Responsabilidad del Investigador. La participación en este estudio no genera responsabilidades por parte del investigador, referente a proporcionar atención médica especializada, tratamiento farmacológico, o compensaciones económicas, o de otra naturaleza al participante.

Responsabilidades del participante. - La participación en este estudio no genera responsabilidad alguna, por parte del participante, una vez leído y firmado el consentimiento informado.

Preguntas. - Si tiene alguna duda acerca de la presente investigación, favor comunicarse al 0992715619 o al correo mpenaherrera1376@uta.edu.ec, propiedad del médico posgradista María Victoria Peñaherrera Calvopiña.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

Yo, _____, con CI _____, declaro haber conocido en detalle los enlaces del presente documento, por el cual expreso mi voluntad de participar en el estudio titulado. Síndrome de Burnout en amas de casa y su relación con la funcionalidad familiar, en primer nivel de atención, en el Centro de Salud tipo B de San Buenaventura.

Autorizo a la investigadora a tomar los datos con fines académicos y de ser el caso también para la divulgación científica con la metodología declarada en este documento, respetando las normas bioéticas y protección de identidad.

FIRMA

Anexo 3

Evaluación del funcionamiento familiar según instrumento FF-SIL.

Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL). A continuación, se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente. La escala tiene diferentes valores de acuerdo con el criterio seleccionado, según se observa en el siguiente cuadro:

FF-SIL	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toma decisiones para cosas importantes en familia					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades					
4. Las manifestaciones de cariño son parte de nuestra vida cotidiana					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8. Cuando alguno de los familiares tiene un problema, los demás lo ayudan					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11. Podemos conversar de diversos temas sin temor					

12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

Elaborado por: Md. Victoria Peñaherrera C.

Fuente: Percepción del funcionamiento familiar. Validación de instrumento. Mideros, K. (2017)

Anexo 4

Lista de tareas

Nº	Integrante de la familia	Tarea
1		
2		
3		
4		
5		

Elaborado por Peñaherrera María (2021)

Anexo 5

Lista de cotejo

Nº	Tarea para evaluar	Cumplimiento		Observaciones
		Cumple	No cumple	
1				
2				
3				
4				
5				

Elaborado por Peñaherrera María (2021)

Fuente: Catálogo de listas de cotejo (66)