



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE MAGISTER EN TERAPIA FAMILIAR

Prevalencia del Síndrome de *Burnout* y la funcionalidad familiar del personal de salud de una institución privada ubicada al nor-orienté de la ciudad de Loja durante el año 2017.

TRABAJO DE TITULACIÓN.

AUTORA: Mansanillas Rojas, Tatiana Cecibel.

DIRECTORA: Ramírez Zhindón, Marina del Rocío, Ph.D.

LOJA-ECUADOR

2018



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2018

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Doctora.

Marina del Rocío Ramírez Zhindón.

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación, denominado: Prevalencia del Síndrome de Burnout y la funcionalidad familiar en el personal de salud de una institución privada ubicada al nor-orienté de la ciudad de Loja durante el año 2017 realizado por Mansanillas Rojas Tatiana Cecibel, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, marzo del 2018

f).....

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo Mansanillas Rojas Tatiana Cecibel declaro ser autora del presente trabajo de titulación: Prevalencia del Síndrome de Burnout y la funcionalidad familiar en el personal de salud de una institución privada ubicada al nor-orientado de la ciudad de Loja durante el año 2017, de la Titulación de Máster en Terapia Familiar, siendo Marina del Rocío Ramírez Zhindón directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad".

f).....

Autora: Mansanillas Rojas Tatiana Cecibel

Cédula: 1104496334

DEDICATORIA

A Dios por ser el pilar fundamental de vida.

A mis padres y a mi esposo quienes con mucho amor y cariño me han apoyado y motivado en culminación de mis estudios para mi superación personal y profesional.

Tatiana Mansanillas R.

AGRADECIMIENTO

A Dios por sus infinitas bendiciones

A mis padres quienes con gran esfuerzo me apoyaron para llevar adelante mis estudios, gracias por su gran amor, dedicación, paciencia y confianza; por sus consejos, enseñanzas y por motivarme y enseñarme a luchar por mis sueños.

A mi esposo que con su inmenso amor me ha apoyado incondicionalmente en la culminación de mis estudios; gracias por ser mi ejemplo de perseverancia y superación.

A todos quienes contribuyeron en el desarrollo de la presente investigación, en especial a la PhD. Rocío Ramírez directora del presente estudio; gracias por su apoyo y acompañamiento y su generosidad de tiempo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARATULA.....	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORÍA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
RESUMEN	1
ABSTACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPITULO 1: DEFINICIÓN Y DESARROLLO DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	5
1.1 Definición del <i>burnout</i>	6
1.2 Desarrollo del síndrome de <i>burnout</i>	8
CAPITULO 2: SÍNTOMAS, SIGNOS Y CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	12
2.1. Síntomas y signos del síndrome.....	13
2.2. Consecuencias del <i>burnout</i>	15
2.2.1. En la salud.....	16
2.2.2. En el ámbito laboral.....	17
CAPITULO 3: MODELOS TEÓRICOS DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	19
3.1. Modelo elaborado desde la teoría socio cognitiva del yo.....	20
3.1.1. Modelo de competencia social de Harrison.....	21
3.2.2. Modelo de Cherniss.....	22
3.3.3. Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper.....	22
3.2. Modelo elaborado desde la teoría del intercambio social.....	23
3.2.1. Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli.....	23
3.2.2. Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Fredy.....	24
3.3. Modelo elaborado desde la teoría organizacional.....	24
3.3.1. Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter.....	24
3.3.2. Modelo de Cox, Kuk y Leiter.....	25
3.3.3. Modelo de Winnubst.....	25
3.4. Modelo elaborado desde la teoría estructural.....	26
3.4.1. Modelo de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel.....	26
CAPITULO 4: PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	27
CAPITULO 5: FAMILIA EN EL CONTEXTO LABORAL.....	32
5.1. Definición de familia.....	33

5.2. Familia y ciclo vital.....	34
5.3. Tipos de familia.....	36
5.4. Funcionalidad disfuncionalidad familiar.....	38
5.5. Familia y trabajo.....	41
5.6. Familia como factor protección en el contexto laboral.....	42
CAPITULO 6: PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	43
CAPITULO 7: METODOLOGÍA.....	47
7.1. Contexto de estudio.....	48
7.2. Diseño de la investigación.....	48
7.3. Objetivos.....	49
7.3.1. Objetivo general.....	49
7.3.2. Objetivos específicos.....	49
7.4. Preguntas de investigación.....	50
7.5. Participantes.....	50
7.6. Instrumentos.....	52
7.6.1. Cuestionario sociodemográfico y laboral AD-HOC.....	52
7.6.2. Cuestionario de Maslach burnout Inventory (MBI).....	52
7.6.3. Cuestionario de percepción del funcionamiento familiar [FF-SIL].....	53
7.6.4. Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire [GHQ-28]).....	54
7.6.5. Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE/28).....	54
7.6.6. Cuestionario de apoyo social MOS.....	54
7.6.7. Cuestionario de personalidad de Eysenck Revisado-Abreviado.....	55
7.7. Procedimiento.....	56
CAPITULO 8: RESULTADOS.....	58
8.1. Características sociodemográficas, laborales, funcionalidad familiar, malestar emocional, apoyo emocional, afrontamiento y rasgos de personalidad del personal de salud evaluado.....	61
8.2. Prevalencia del síndrome de <i>burnout</i> y cada una de sus dimensiones.....	68
8.3. Relación entre el <i>burnout</i> y funcionamiento familiar: análisis correlacional.....	69
8.4. Relación entre las dimensiones del <i>burnout</i> , el estado civil y el número de hijos: análisis correlacional.....	71
8.5. Relación entre las dimensiones del <i>burnout</i> y el malestar psicológico: análisis correlacional.....	73
CAPITULO 9: DISCUSIÓN.....	78
CONCLUSIONES.....	86

RECOMENDACIONES.....	88
PLAN DE INTERVENCIÓN.....	89
BIBLIOGRAFÍA.....	112
ANEXOS.....	129

ÍNDICE DE TABLAS

MARCO TEORICO

Tabla 1. Manifestaciones del <i>burnout</i> en el personal médico.....	14
Tabla 2. Tipologías de familia.....	36
Tabla 3. Características relacionadas a la funcionalidad familiar.....	39
Tabla 4. Características relacionadas con la disfuncionalidad familiar.....	40
Tabla 5. Niveles de prevención del <i>burnout</i>	44

RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud.....	61
Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud.....	62
Tabla 3. Dimensiones cuestionario de funcionalidad familiar (FF-SIL).....	64
Tabla 4. Percepción de funcionalidad familiar.....	64
Tabla 5. Malestar emocional de los profesionales de la salud.....	66
Tabla 6. Percepción del apoyo social de los profesionales de la salud.....	66
Tabla 7. Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud.....	67
Tabla 8. Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud.....	68
Tabla 9. Casos de <i>burnout</i> en los profesionales de la salud.....	68
Tabla 10. Dimensiones del <i>burnout</i> en los profesionales de la salud.....	69
Tabla 11. Correlaciones entre las dimensiones del <i>burnout</i> y funcionamiento familiar en el personal médico.....	69
Tabla 12. Correlaciones entre las dimensiones del <i>burnout</i> y funcionamiento familiar en el personal de enfermería/auxiliares de enfermería.....	70
Tabla 13. Correlaciones entre las dimensiones del <i>burnout</i> y el estado civil en el personal médico.....	71
Tabla 14. Correlaciones entre las dimensiones del <i>burnout</i> y el estado civil en el personal enfermería/auxiliares de enfermería.....	71
Tabla 15. Correlaciones entre las dimensiones del <i>burnout</i> y el número de hijos en el personal médico.....	72

Tabla 16. Correlaciones entre las dimensiones del <i>burnout</i> y el número de hijos en el personal enfermería/auxiliares de enfermería.....	72
Tabla 17. Correlaciones entre las dimensiones del <i>burnout</i> y los síntomas somáticos en el personal médico.....	73
Tabla 18. Correlaciones entre las dimensiones del <i>burnout</i> y ansiedad en el personal médico.....	73
Tabla 19. Correlaciones entre las dimensiones del <i>burnout</i> y disfunción social en el personal médico.....	74
Tabla 20. Correlaciones entre las dimensiones del <i>burnout</i> y depresión en el personal médico.....	74
Tabla 21. Correlaciones entre las dimensiones del <i>burnout</i> y los síntomas somáticos en el personal de enfermería/auxiliares de enfermería.....	75
Tabla 22. Correlaciones entre las dimensiones del <i>burnout</i> y ansiedad en el personal de enfermería/auxiliares de enfermería.....	75
Tabla 23. Correlaciones entre las dimensiones del <i>burnout</i> y disfunción social en el personal de enfermería/auxiliares de enfermería.....	76
Tabla 24. Correlaciones entre las dimensiones del <i>burnout</i> y depresión en el personal de enfermería/auxiliares de enfermería.....	76

ÍNDICE DE FIGURAS

MARCO TEORICO

Figura 1. Modelos teóricos del síndrome de burnout.....	20
Figura 2. Supuestos del modelo de Winnubst, 1993.....	26
Figura 3. Etapas de ciclo vital de la familia.....	35

METODOLOGÍA

Figura 1. Población y muestra de estudio.....	52
---	----

RESULTADOS

Figura 1. Histograma de funcionalidad familiar en médicos y enfermeras del personal de salud.....	65
---	----

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo identificar el nivel de prevalencia del síndrome de *burnout* y la funcionalidad en el entorno familiar en los médicos, enfermeras/auxiliares de enfermería de una institución privada ubicada al nor-orienté de la ciudad de Loja. La importancia del presente estudio fue conocer el impacto que trae consigo la presencia del síndrome en el entorno familiar.

El diseño fue cuantitativo, con alcance descriptivo y de tipo correlacional, con una muestra de 30 profesionales de salud (médicos y enfermeras/auxiliares de enfermería). En relación a las dimensiones del *burnout*, se obtuvo un 31.3% de agotamiento y 12.5% de despersonalización en niveles altos y 18.8% baja realización personal en médicos, mientras que el personal de enfermería/auxiliares de enfermería obtuvo un 14.3% de agotamiento alto, no se evidenciaron puntajes en despersonalización y baja realización personal con un 50%. Se encontró una correlación negativa significativa con la dimensión de agotamiento y el funcionamiento familiar, $r = -.592$, $p = .016$ en los médicos y con la dimensión de realización personal y funcionamiento familiar en el personal de enfermería/auxiliares de enfermería $r = .424$, $p = .017$.

Palabras clave: *burnout*, funcionalidad familiar, agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal, médicos y enfermeras/auxiliares de enfermería.

ABSTRACT

The objective of this research was to identify the prevalence level of the burnout syndrome and the functionality in the family environment in the doctors, nurses / nursing assistants of a private institution located in the north-east of the city of Loja. The importance of the present study was to know the impact that the presence of the syndrome has on the family environment.

The design was quantitative, with a descriptive and correlational scope, with a sample of 30 health professionals (doctors and nurses / nursing assistants). In relation to the dimensions of burnout, 31.3% of exhaustion and 12.5% of depersonalization were obtained in high levels and 18.8% of low personal accomplishment in physicians, while nurses / nursing assistants obtained a 14.3% of high exhaustion, not scores were shown in depersonalization and low personal achievement with 50%. A significant negative correlation was found with the exhaustion dimension and family functioning, $r = -.592$, $p = .016$ in physicians and with the dimension of personal fulfillment and family functioning in the nursing staff / nursing assistants $r = .424$, $p = .017$.

Key words: burnout, family functionality, emotional exhaustion, depersonalization, low personal fulfillment, doctors and nurses / nursing assistants.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de *Burnout* es una temática que se ha estudiado desde el inicio de los años 70. Maslach y Jackson (1981) conciben al *burnout* como un síndrome tridimensional que se caracteriza por: agotamiento emocional, que se refiere a la fatiga, pérdida progresiva de energía del individuo; la despersonalización, que involucra actitudes y sentimientos negativos sobre los clientes y que se presentan con irritabilidad y respuestas impersonales hacia las personas que prestan sus servicios, y finalmente la falta de realización personal son respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo (Maslach y Jackson, 1982, 1993).

Este síndrome es una reacción al estrés laboral habitual y constante, que se presenta en los trabajadores que laboran en instituciones de servicios que requieren el contacto con clientes o usuarios de la misma cuando existe una falla con los mecanismos de afrontamiento que normalmente utiliza la persona para controlar los estresores del entorno (Gil-Monte, 2007).

El estrés se puede presentar en cualquier tipo de profesional independientemente de su área laboral, no obstante, Chacón y Grau (1997) señalan que la presencia de este, en mayor grado va depender de ciertos trabajos que necesitan brindar cuidado, apoyo y orientación. Por este motivo, los profesionales de la salud son consideradamente una población vulnerable debido a las situaciones que debe afrontar en su diario desempeño (alta implicación emocional, exceso de estimulación aversiva, contacto con enfermos, frustración de no poder ayudar, conflicto y ambigüedad de rol) (Ruiz y Ríos, 2004). Además, las consecuencias del síndrome en los profesionales de salud son particularmente notorias, debido a que incurren en el deterioro de la calidad del servicio y el tratamiento que se presta a los pacientes (Marine, Ruotsalainen, Serra y Verbeek, 2006).

Lo dicho hasta aquí nos ayuda a comprender la importancia de estudiar y abordar esta temática en los profesionales de salud. Por lo tanto, la investigación identificará la prevalencia del síndrome de *burnout* y la funcionalidad familiar del personal de salud y simultáneamente se investigará las variables asociadas al desarrollo del mismo (funcionalidad familiar, estado civil y número de hijos), debido al incremento de casos y a la relación con ciertas variables que pueden funcionar como factores de riesgo y que puede facilitar el desarrollo del síndrome.

El presente trabajo de investigación está estructurado por cinco apartados principalmente: marco teórico, metodología, resultados, discusión y conclusiones. En el primer apartado de *marco teórico*, se abordan temas relevantes al tema de investigación: conceptualización del *burnout*, su desarrollo, síntomas, causas y consecuencias, modelos teóricos, prevalencia y prevención y la familia como factor asociado al síndrome. En el segundo apartado que

corresponde a *metodología*, se describen el tipo de contexto de evaluación, su diseño, objetivos, participantes, instrumentos y el procedimiento.

El tercer apartado de *resultados*, considera los resultados obtenidos de las variables sociodemográficas, laborales, variables clínicas, funcionamiento familiar, prevalencia del *burnout* y sus dimensiones y las diferentes variables asociadas a los mismos.

En el apartado de *discusión*, se realiza una comparación e interpretación de los resultados obtenidos en el presente estudio con los resultados de investigaciones previas sobre la temática de estudio; además, se realiza una descripción de las limitaciones del trabajo y sus implicaciones. Y finalmente, en el apartado de *conclusiones y recomendaciones* se presentan las conclusiones y recomendaciones obtenidas en el trabajo de investigación.

La importancia de este estudio radica en conocer la prevalencia que presentó el síndrome de *burnout* en personal hospitalario y el impacto del mismo en el ámbito laboral y personal de los profesionales de la salud, además de conocer cómo se encuentra afectada la dinámica funcional en el entorno familiar del personal de salud.

Con esta investigación se consiguió obtener el alcance de los objetivos propuestos mediante la fundamentación teórica, metodológica y la aplicación de diferentes instrumentos de evaluación, que permitieron identificar si existe la presencia de casos de *burnout* en el personal de salud y si el funcionamiento familiar se ve afectado o no por la presencia de *burnout* en los profesionales de salud.

La metodología empleada en este estudio tuvo un enfoque cuantitativo con un alcance descriptivo y de tipo correlacional, fue realizada a 31 profesionales de salud, 16 médicos y 14 enfermeras/auxiliares de enfermería de una casa de salud privada; con la ayuda de los instrumentos se pudo determinar la prevalencia del síndrome de *burnout* y la funcionalidad en el entorno familiar del personal de salud.

CAPÍTULO 1

DEFINICIÓN Y DESARROLLO DEL SÍNDROME DE BURNOUT.

1.1. Definición del *burnout*.

El *burnout* es uno de los temas que se ha estudiado por diversos profesionales que han trabajado el área laboral en los últimos 43 años. Desde su surgimiento se han realizado numerosas investigaciones sobre el origen y desarrollo del *burnout*, las cuales han intentado delimitar sus definiciones para generar modelos explicativos que nos permitan entender de forma clara este síndrome para su prevención e intervención.

El término *burnout* se desplegó a partir de los años 70; el psiquiatra Freudenberger 1974 fue uno de los primeros que describió los síntomas del agotamiento emocional, él utilizó este concepto para referirse al estado de salud físico y mental de los estudiantes que trabajaban voluntariamente en su Clínica en Nueva York, lo cuales después de un periodo de un año de haber iniciado su trabajo presentaban una pérdida progresiva de energía, acompañada por una desmotivación y una falta de interés por el trabajo, hasta llegar al agotamiento, junto con varios síntomas de ansiedad y de depresión (Mingote Adán, 1998; Moreno, González y Garrosa, 2001).

En 1976 Maslach acuñó el término y propuso que sólo se empleará a trabajadores insertos en el ámbito laboral que realizan su trabajo en contacto directo con personas en el seno de una organización. Así pues, Maslach y Jackson (1981) conciben al *burnout* como un síndrome psicológico de agotamiento emocional, en el que se da un aumento en el agotamiento de los propios recursos emocionales del profesional y la presencia de sentimientos de estar muy agotado psicológicamente. Los mismos autores lo entienden como un síndrome tridimensional que se caracteriza por: el cansancio emocional, que se refiere a la fatiga, pérdida progresiva de energía del individuo; la despersonalización, que involucra actitudes y sentimientos negativos sobre los clientes y que se exteriorizan con actitudes irritables y respuestas poco apropiadas hacia los individuos a quienes se proporciona el servicio, y por último, la falta de realización personal que se presenta como una fuerte insatisfacción interna en la persona y se caracteriza por respuestas pesimistas hacia sí mismo y hacia el empleo (Maslach y Jackson, 1982, 1993).

Por otro lado, Pines, Aronson y Kafry (1981) definen al *burnout* como un cansancio físico, emocional y mental causado por estar implicada una persona durante largos periodos de tiempo en situaciones que le afecten emocionalmente, algo similar lo expresó Farber en 1984 quien definió al *burnout* como las manifestaciones conductuales de agotamiento emocional y físicas derivadas de eventos situacionales estresantes, por no encontrar las estrategias de afrontamiento efectivas. Asimismo, Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991) expresan que el síndrome de "*burnout*" o "estar quemado" es una manifestación sobre un evento que ocasiona

estrés en la persona, el mismo que agota la capacidad de reacción de forma adaptativa, dando como resultado la existencia de un conflicto o desajuste entre el puesto de trabajo y el sujeto. En otras palabras, las situaciones estresantes son manifestaciones que el individuo no puede controlar y que le afectan emocionalmente provocando cansancio físico, emocional y psicológico, impidiendo un desarrollo óptimo en el ámbito laboral.

En 1980 Cherniss es uno de los autores que destaca al trabajo como antecedente para la aparición y desarrollo del síndrome, este autor define al *burnout* como los cambios que se presentan en el individuo y que se muestran con actitudes negativas que se evidencian con forme pasa el tiempo en trabajadores con actividades exigentes y frustrantes.

A partir de ese año varios autores han tratado de asociar el trabajo con el *burnout*, entre las definiciones podemos mencionar a Moreno, Oliver y Aragonese (1991) que definen al síndrome como un tipo de estrés laboral que se da especialmente en aquellas profesiones que mantienen una relación interpersonal intensa con los beneficiarios del propio trabajo. Además, el “fracaso adaptativo individual por desgaste y agotamiento de recursos psicológicos para el afrontamiento de las demandas que requiere el trabajo con personas, produce un desequilibrio prolongado en el tiempo entre exigencias laborales excesivas y limitados recursos de afrontamiento” (Mingote y Pérez, 1999, p.30). De igual manera, el *burnout* es considerado como el impacto de la percepción de estrés continuo durante años de trabajo, por una persona que se refleja en el estado emocional, despersonalizándola, agotándola y reduciendo su percepción personal (García, 2000).

Dicho brevemente, la exposición continúa a situaciones estresantes en el área laboral durante un tiempo prolongado, va a provocar en el individuo un desequilibrio emocional y físico, que va a limitar los recursos para el afrontamiento de las demandas que requieren principalmente para el trabajo con individuos.

Al respecto Zaldúa y Lodieu (2000) indican que el síndrome “se caracteriza por la fatiga emocional, la despersonalización y una sensación de bajo logro personal, que aparece como respuesta una tensión de índole crónica, originada por el deseo de lidiar exitosamente con otros seres humanos que tienen problemas” (p.157).

En el 2007 Gil-Monte traduce al español el término *burnout* como Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT). Este autor define el término como una respuesta psicológica al estrés laboral prolongado, de carácter interpersonal y emocional, que se da principalmente en profesionales que laboran en instituciones de servicios que requieren el contacto con clientes o usuarios de la misma y se caracteriza principalmente por un deterioro cognitivo que consiste en una

desilusión profesional y pérdida del deseo de trabajar, y por un deterioro en el área afectiva que se encuentra caracterizado principalmente por un cansancio emocional y por actitudes poco aceptables hacia los clientes y la empresa (Gil-Monte, 2005, 2007, 2008).

Por otro lado, Álvarez (2011) señala que este síndrome es un padecimiento que se produce como contestación a presiones prolongadas que un individuo sufre ante elementos estresantes emocionales e interpersonales relacionados con el trabajo.

Además, Carrillo-Esper, Gómez y Espinoza de los Monteros (2012) indica que “el síndrome de *burnout* es una definición multidimensional que viene acompañado de síntomas físicos y emocionales, cuyos componentes identificados son: agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización profesional” (p.579).

Finalmente, son muchas las definiciones que se han expuesto con relación al síndrome de *burnout*, pero se puede sintetizar como un síndrome en el cual se presenta una respuesta al estrés laboral crónico en el profesional, que se caracteriza por un agotamiento emocional y sentimiento y actitudes negativas hacia los clientes y el trabajo que trae consigo muchos efectos a nivel personal y laboral.

1.2. Desarrollo del síndrome de *burnout*.

Es muy importante iniciar exponiendo cómo se ha ido desarrollando el concepto de *burnout* desde su inicio hasta la actualidad. Para facilitar su explicación es necesario hablar de las definiciones más significativas.

En primer lugar, la perspectiva clínica considera al *burnout* como una etapa en la que llega el individuo como resultado del estrés laboral, en esta dirección se encaminaron algunos científicos como Freudenberger en 1974 dio inicio e introdujo el tema en las investigaciones científicas, el describió el síndrome como "una sensación de fracaso y una experiencia agotadora que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador" (p.161). Posteriormente otros autores lo relacionan a un estado de agotamiento físico, emocional y mental ocasionado por estar implicada la persona durante largos periodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente (Pines et al., 1981).

Por otro lado Edelwich y Brodsky (1980) describen la aparición del *burnout* como un proceso de cuatro fases por las que pasa todo individuo que padece *burnout*; la primera fase corresponde al entusiasmo, que está caracterizado por elevados anhelos, energía desbordante y falta de la noción de peligro; la segunda fase de estancamiento, que se da tras

no efectuarse las expectativas nuevas, empezando de esta manera a aparecer la frustración; en la tercera fase la frustración comienzan a brotar problemas emocionales, físicos y conductuales, por lo que es considerada como el núcleo central del síndrome; y para culminar las cuarta fase de apatía, que sufre el individuo y que compone el mecanismo de defensa ante la frustración.

En segundo lugar, la perspectiva psicosocial expone al síndrome como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del medio laboral y personal. Cherniss (1980) fue el primer autor en plantear al *burnout* como un síndrome que se da de forma continua y cambiante en el tiempo y muestra el desarrollo del *burnout* como un proceso transaccional de estrés y tensión en el trabajo, en el que se recalcan tres tiempos: primero: la inestabilidad entre demandas en el trabajo y recursos individuales (estrés), luego existe una contestación emocional a corto plazo, ante el anterior desequilibrio, que se caracteriza por ansiedad, tensión y fatiga (agotamiento), y finalmente los cambios en actitudes y conductas (afrontamiento defensivo).

Entre las teorías más reconocidas en el campo de estudio del *burnout* se encuentran las establecidas por Maslach y Jackson (1982), que describen y sistematizan al síndrome de *burnout* en tres fases en la construcción del Síndrome, entre ellas podemos señalar: El Cansancio emocional, que es la consecuencia del fracaso frente al intento de modificar las situaciones estresantes; la despersonalización, que es el núcleo del *burnout* y se refiere al vínculo profesional deshumanizado; y finalmente el abandono de la realización personal, que surge cuando el trabajo pierde el valor que tenía para el sujeto.

Por su parte Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995) explican al *burnout* como una respuesta al estrés laboral e indica que el síndrome se inicia con el desarrollo de las dimensiones de baja realización personal y agotamiento emocional. Luego aparecen las actitudes de despersonalización, esta dimensión es considerada como una estrategia de afrontamiento que desarrollan los individuos para enfrentar la experiencia de baja realización personal y el agotamiento emocional.

El modelo propuesto por Leiter en el año de 1993, señala que cuando existe la aparición de un estresor, los sentimientos de cansancio emocional se dan como una contestación inicial y cuando estos estresores aumentan, se despliega la despersonalización como una forma de combatir con estos problemas.

Por otro lado, Farber (2000) explica el síndrome como una problemática que reflejan la mayor parte de los trabajos actuales en su entorno; pues la competitividad laboral requiere intentar

producir mayores y mejores resultados en poco tiempo, invirtiendo los mínimos recursos posibles. Con lo expuesto anteriormente este autor señala cuatro factores significativos para exponer el *burnout*: el primer factor es la presión de satisfacer las peticiones de otros, el segundo factor es la intensa competitividad en la que se encuentran expuestos, el tercer factor es el deseo de conseguir más dinero y por último el cuarto es la sensación de ser despojado de algo que se merece.

En el 2002 Ferrer define el síndrome como una respuesta inapropiada al estrés laboral crónico, que surge cuando fracasan las estrategias de control y afrontamiento sobre las actividades desarrolladas, provocando actitudes negativas hacia los individuos con las que laboran y se desenvuelven. Este autor expone que el *burnout* se desarrolla en tres etapas: la primera en la cual surge un cansancio físico y mental; la segunda etapa en la que se aprecia el aislamiento o falta de implicación en el trabajo y su ambiente, y para culminar la tercera etapa en la que se producen cuadros de ansiedad.

Al contrario, Moreno González (2009) asegura que se ha determinado que algunas de las características de la personalidad pueden llevar más fácilmente a la persona sometida a un exceso de estrés a desarrollar un estado de *burnout*. Estas características son: sensibilidad a los sentimientos y necesidades de los otros, dedicación al trabajo, idealismo, personalidad ansiosa y elevada autoexigencia.

Para Fernández (2002) este síndrome consta de tres dimensiones: primeramente, la dimensión de agotamiento emocional que caracteriza por la pérdida continua de energía, provocada por la actividad profesional, en esta fase se tiene la impresión de estar agotado y habitualmente la persona esta irritada o deprimida. En segundo lugar, la despersonalización que se manifiesta con sentimientos y actitudes negativas hacia las personal con las cuales se relaciona en su trabajo, evidencia indiferencia e insensibilidad, es vista por los demás como un profesional deshumanizado por su endurecimiento afectivo. Y finalmente la realización personal, que está caracterizado por sentimientos de incompetencia y fracaso, en esta dimensión los individuos se sienten infelices con ellos mismos, tiene baja autoestima, valora negativamente su trabajo.

De igual manera Carrillo-Esper et al. (2012) definen al síndrome de *burnout* como una:

Sensación de fracaso y existencia agotada o gastada resultado de una sobrecarga de trabajo, estrés emocional y recursos personales. Se inicia con una carga emocional y su correspondiente tensión que conduce al agotamiento del sujeto, quien comienza a tener conductas de distanciamiento y actitudes

cínicas con la persona que atiende, lo que genera dudas con respecto a la competencia y realización profesional (p.579).

En definitiva, variables como el exceso de trabajo van a traer consigo en el individuo estrés emocional, sensaciones de decepción y sentimientos de sentirse cansado frecuentemente, que pueden provocar a su vez absentismo laboral y sentimientos negativos hacia los clientes y la organización, generando dudas sobre sus habilidades, competencia y aspiraciones.

CAPÍTULO 2

SÍNTOMAS, SIGNOS Y CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE *BURNOUT*.

2.1 Síntomas y signos del síndrome.

En la actualidad el síndrome de *burnout* es considerado más que un agotamiento habitual del que padece el individuo que incluye una serie de manifestaciones tanto a nivel, somático, emocional, cognitivo y organizacional. El síndrome del "*burnout*" se manifiesta bajo unos síntomas específicos, siendo los más habituales:

Las manifestaciones somáticas que se pueden mencionar el cansancio, cefaleas, migrañas, insomnio, dolor precordial, palpitaciones, broncoespasmo, alteración en la esfera sexual, desórdenes gastrointestinales, dolores musculares, deterioro cardiovascular, úlceras, pérdida de peso, trastornos cardiovasculares, recurrencia de infecciones y de trastornos respiratorios, alergias, asma, fatiga crónica, problemas con los ciclos menstruales e incluso daños a nivel cerebral (Belcastro,1982; Shirom, 1989; Mediano y Fernández 2001; Álvarez, 2011).

A nivel emocional los síntomas determinantes del síndrome de *burnout* se manifiestan en sentimientos depresivos, distanciamiento afectivo, soledad, ansiedad, impotencia y omnipotencia agotamiento emocional, expresiones de hostilidad, irritabilidad y odio, dificultad para controlar y expresar emociones, aburrimiento, impaciencia e irritabilidad, ansiedad, desorientación, baja autoestima y pobre realización personal (Alarcón, Vaz y Guisado, 2001; Gil-Monte, Núñez- Román y Selva-Santoyo, 2006; Mediano y Fernández 2001; Párraga, 2005).

En relación a las manifestaciones cognitivas más frecuentes son la baja realización personal en el trabajo, la baja autoestima, impotencia para el desempeño del rol profesional, fracaso profesional, pérdida de valores, desvanecimiento de expectativas, modificación de auto-concepto, desorientación cognitiva, pérdida de la creatividad, distracción, criticismo generalizado (Alarcón et al., 2001; Boada i Grau, Diego Vallejo, y Agulló Tomás, 2004; Gil-Monte et al., 2006; Párraga, 2005).

Con respecto a las manifestaciones conductuales encontramos absentismo laboral, mala comunicación, agresividad, aislamiento, labilidad e irritabilidad, comportamiento suspicaz y paranoide, inflexibilidad y rigidez, incapacidad para estar relajado, superficialidad en el contacto con los demás, actitud cínica, incapacidad de poder concentrarse en el trabajo, quejas constantes, consumo de sustancias psicoactivas, tranquilizantes y barbitúricos (Alarcón et al., 2001; Mediano y Fernández, 2001; Gil-Monte et al., 2006).

En cuanto a las manifestaciones organizacionales se evidencian deterioro de las relaciones con compañeros, disminución del sentido de realización, bajo umbral para soportar la presión

y conflictos de todo tipo, entre otros factores y frecuentes conflictos interpersonales en el ámbito del trabajo y dentro de la propia familia (Álvarez, 2011). De igual modo, existe un deterioro en las relaciones laborales que provoca efectos como: el empobrecimiento del desarrollo profesional, rivalidad, individualismo, fallas operativas reiteradas, desmotivación e inconformismo (Carrillo-Esper et al., 2012).

En pocas palabras son varios los signos y síntomas que se presentan en el síndrome de *burnout* en los profesionales en general, iniciando por los más comunes que se evidencian en el estado físico del profesional como: cansancio, dolores de cabeza y de espalda, molestias gastrointestinales y dificultades para dormir, de igual manera el agotamiento emocional, en el cual se presentan sentimientos depresivos, ansiedad y distanciamiento afectivo; también síntomas conductuales como agresividad, absentismo y mala comunicación y finalmente los síntomas en la organización en los que se presentan dificultades en las relaciones con los compañeros de trabajo, conflictos frecuente con los colegas o clientes.

Por otro lado Catsicaris, Eymann, Cacchiarelli y Usandivaras (2007) mencionan que las manifestaciones del síndrome en la práctica profesional en el personal médico pueden mostrar las siguientes conductas:

Tabla 1: Manifestaciones del *burnout* en el personal médico.

Manifestaciones del síndrome en el personal médico	<u>1. Evitación del compromiso emocional:</u>
	La pérdida de contacto relacional puede manifestarse en un trato distante, mal manejo de la información y falta de respuesta a las emociones del otro.
	<u>2. Disociación instrumental extrema:</u>
	Se expresa en conductas automáticas y rígidas tales como comunicación unidireccional, exceso de pedido de estudios, repetición de discursos automatizados, uso exclusivo de lenguaje técnico e intervenciones innecesarias
	<u>3.Embotamiento y negación:</u>
	La falta de conciencia del propio estado de agotamiento e irritación constantes se manifiesta en conductas interpersonales oposicionistas, actitudes descalificativas, intervenciones hipercríticas y carencia de registro de autocrítica.

4. Impulsividad:

La persona pasa a la acción a través de conductas reactivas de enojo, confrontaciones reiteradas con colegas, pacientes y maltrato al personal paramédico

5.Desmotivación:

Se asocia a la pérdida de autorrealización y a la baja autoestima, que puede traducirse en la falta de sostén de los tratamientos, falta de iniciativa y constancia en las tareas de equipo, ausencias, impuntualidad y poca participación o no inclusión en proyectos.

Fuente: Catsicaris, Eymann, Cacchiarelli y Usandivaras, 2007, pp. 236-237.

Elaborado por: Mansanillas T, 2017.

Para culminar, es evidente que las manifestaciones que se presentan en la práctica diaria del personal de salud, específicamente de los médicos está provocando dificultades emocionales, de salud física y problemas en las relaciones interpersonales, mostrándose en los médicos actitudes irritables y agresivas con pacientes y colegas; además se presenta una desmotivación que impide que el profesional pueda desarrollar sus tareas por falta de interés o iniciativa, escaso trabajo en equipo y ausencias.

2.2 Consecuencias del *burnout*.

Con el pasar de los años se han encontrado un sinnúmero de consecuencias que trae consigo el *burnout* en los trabajadores. Gil Monte (1997) clasifica las consecuencias en dos grandes grupos: las consecuencias para el individuo y consecuencias para la organización.

En cuanto a las consecuencias que se dan en el individuo el autor señala que se encuentran las manifestaciones psicosomáticas que provienen del síndrome como: cefaleas, dolor de espalda, palpitaciones, insomnio, crisis alérgicas, etc.; de igual manera, el autor señala en estas primeras el deterioro de las relaciones interpersonales fuera del ámbito laboral, especialmente relaciones conyugales y de pareja. Es decir, este síndrome no solo se van a presentar problemas fisiológicos a nivel de salud del individuo, también se evidencian dificultades en las relaciones con otras personas particularmente con la pareja.

En relación a las consecuencias que se derivan en la organización pueden observarse cuatro principalmente: la satisfacción laboral, abandono de la organización, el absentismo laboral y la disminución en la calidad de servicios que ofrece la institución. En definitiva, las causas y síntomas físicos y mentales de este síndrome pueden provocar insatisfacción en el trabajo;

esto puede desencadenar un abandono o absentismo del empleo que a su vez va a producir una reducción en los servicios prestados por la organización a los clientes.

2.2.1 Consecuencias del *burnout* en la salud

En el individuo son varias las consecuencias que produce el síndrome y que se presentan en su salud, entre las primarias y más frecuentes están los “desordenes fisiológicos con síntomas como cefaleas, dolores musculares (sobre todo dorsal), dolores de muelas, náuseas, pitidos aurales, hipertensión, úlceras, pérdida de la voz, pérdida de apetito, disfunciones sexuales y problemas de sueño” (Pérez, 2010, p. 19).

Maslach y Leiter (2005) señalan que el *burnout* ha sido asociado con la depresión en el individuo; este tema ha generado muchos debates sobre la vinculación de este síndrome con la depresión. Un supuesto usual sobre el argumento ha sido que este síndrome provoca disfunción mental, es decir, precipita consecuencias negativas en términos de salud mental, como la depresión, la ansiedad, y baja autoestima. Además, el *burnout* es considerado como un factor de riesgo en la salud mental de la persona, y este puede tener un impacto significativo en el entorno familiar como laboral del individuo (Maslach, 2009), esto lo confirma un estudio realizado a un grupo de esposas de personas que padecían *burnout*, el estudio reveló que las esposas de las personas que presentaban este síndrome los calificaban de maneras más negativas, y ellos mismos indicaron que su empleo tenía un impacto perjudicial en su familia, calificando específicamente su relación marital como no satisfactoria (Burke y Greenglass, 2001).

De igual manera Pérez en el 2010 señala que se “ha observado que las personas con altos niveles de *burnout* tienen menos satisfacción con la pareja y las conductas en el hogar son de irritación, disgusto y tensión. Esta situación incide especialmente en el deterioro de las interacciones personales” (p. 20). Además, se han realizado algunos estudios en los cuales se ha asociado el síndrome con el abuso de sustancias como: fármacos en los cuales se puede detallar principalmente los analgésicos, antidepresivos y ansiolíticos, y finalmente el consumo de drogas como alcohol y el tabaco (Cáceres, 2006; Balch, Freischlag y Shanafelt, 2009; Álvarez, 2011).

Por otro lado, cabe señalar que el *burnout* es considerado como un factor de riesgo en enfermedades cardiovasculares ya que se han detallado efectos del síndrome como alteraciones cardíacas, palpitaciones y taquicardia en el individuo (Melamed, Shirom, Toker, Berliner y Shapira, 2006; Gil-Monte et al., 2006). Asimismo, en algunas investigaciones se ha

encontrado que el síndrome se asocia con aumento en los niveles de los triglicéridos y colesterol total en el individuo (Shirom, Westman, Shamai y Carel, 1997).

2.2.2. Consecuencias del *burnout* en la organización

A nivel organizacional las consecuencias que trae consigo el síndrome *de burnout* en el personal ponen en riesgo muchos elementos de la institución, entre estos podemos señalar la satisfacción laboral, abandono de la organización, el absentismo laboral y la disminución en la calidad de servicios que ofrece la institución (Firth y Britton, 1989; Schaufeli y Enzmann, 1998).

En primer lugar, se han realizado muchas investigaciones en las cuales se ha encontrado que si el trabajo no cumple con las funciones, puede provocar una disminución de la satisfacción laboral en el profesional (Burisch, 2002; Lee, Hwang, Kim y Daly, 2004). La “satisfacción laboral puede ser producida por la preferencia del trabajador por el empleo que actualmente ocupa, respecto a otro que se imagina” (Moreno-Jiménez, Ríos-Rodríguez, Canto-Ortiz, San Martín-García y Perles-Nova, 2010, p. 261). Con respecto al personal sanitario algunos estudios han mencionado que el *burnout* y la insatisfacción laboral se han incrementado con el tiempo (Gabbe, Melville, Mandel y Walker, 2002; Johns y Ossoff, 2005), pues los trabajadores de esta área enfrentan características laborales complejas, en las que influyen numerosas situaciones como: horarios cambiantes e irregulares, elevada implicación emocional debido a la relación constante que tienen con los pacientes a los cuales brindan su servicio, exceso de estimulación aversiva, frustración de no poder curar, conflicto de rol y ambigüedad de rol (Ruiz y Ríos, 2004).

A su vez el incremento en el abandono a la institución por parte del trabajador que padece de este síndrome es una de las consecuencias que más se pueden evidenciar en la organización, esta ausencia repercute directamente en las finanzas y organización de la institución, aumentando gastos en la institución en lo que respecta a contratación y capacitación del nuevo personal (Gil-Monte y Peiró, 1997; Koeske y Koeske, 1989). En una investigación realizada con una muestra de 475 enfermeras se concluyó que los individuos que experimentaban *burnout* eran más propensas a pedir permisos por enfermedad y consideraban abandonar sus puestos de trabajo (Sherring y Knight, 2009).

En cuanto al absentismo laboral que se evidencia en el síndrome, algunos estudios concluyeron que entre el 50% y el 60% del absentismo está ocasionado por el estrés laboral (Cox, Griffiths y Rial-González, 2000); en instituciones hospitalarias se ha encontrado que la tasa de absentismo de los empleados es una de las consecuencias más alarmantes debido a

su aumento entre los profesionales de la salud (Hoschwalder y Brucefors, 2005). Por otro lado Erikson, Nichols y Ritter en el 2000, plantean que la frecuencia del absentismo está regulada principalmente por las necesidades de la familia, es decir que el síndrome se relaciona más con los días de absentismo con la condición de tener niños menores de 6 años y con el conflicto que provoca su cuidado.

Otro punto importante en el tema son las consecuencias que se dan con los servicios que la empresa ofrece a sus clientes; Matteson y Ivancevich (1987) encontraron que la reducción en los servicios que se ofrece en la organización es otro efecto del síndrome de *burnout*, esta consecuencia es considerada como una de las más graves para la institución o empresa ya que se producen actitudes poco positivas y desinterés hacia los usuarios, en donde el empleado evita ciertas tareas, responsabilidades y se desentiende del trabajo, empleando menos tiempo y cometiendo más errores en labores encomendadas. Lo que se puede corroborar con una investigación realizada por Leiter, Harvie y Frizzell en 1998 en la cual se descubrió que las enfermeras que percibían niveles más altos de *burnout*, proporcionaban un nivel más bajo de cuidado y atención según sus pacientes.

CAPÍTULO 3

MODELOS TEÓRICOS DEL SÍNDROME DE *BURNOUT*.

A partir de la aparición del *burnout* son muchos los modelos teóricos elaborados para dar una respuesta acerca de su origen y desarrollo, todas estas teorías exponen los efectos que se pueden provocar en los profesionales, como en la organización en las cuales el individuo labora (Gil-Monte y Moreno-Jiménez, 2007). El mismo autor señala que los modelos se elaboraron para explicar el origen del *burnout* desde diversos marcos teóricos sobre su propia teoría, los cuales se “agrupan en una serie de variables, consideradas como antecedentes, moduladoras y consecuentes del SQT, y discute a través de qué procesos los sujetos de desarrollan” (p. 27).

En todos los modelos propuestos por las teorías se destacan variables como: ambiente en la organización, turnos, exceso de trabajo, relaciones interpersonales deterioradas, estructura de la organización, entre otras. Gil-Monte y Moreno-Jiménez (2007), explica que los modelos diseñados a partir de los fundamentos psicosociales se pueden dividir en tres grupos.

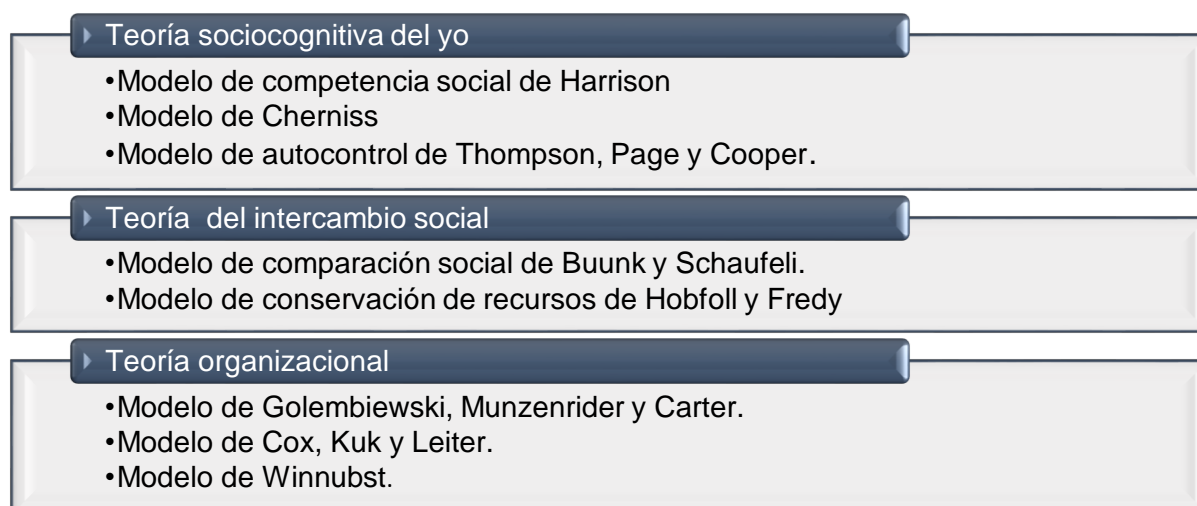


Figura 1: Modelos teóricos del síndrome de *burnout*

Fuente: Gil-Monte y Moreno-Jiménez, 2007.

Elaborado por: Mansanillas T, 2017.

Para conocer más detalladamente cada uno de los modelos y las propuestas de cada uno de sus autores, a continuación, se hace una pequeña explicación de lo que propone cada uno de ellos.

3.1 Modelo elaborado desde teoría sociocognitiva del yo.

Esta teoría trata de explicar el síndrome de *burnout* acogiendo ideas principalmente de Albert Bandura. Gil-Monte y Moreno-Jiménez (2007) explican que: en primer lugar, las cogniciones de las personas influyen en la manera en cómo estos perciben la realidad de su entorno, no obstante, estas cogniciones se modifican constantemente debido a los efectos provocados de

sus acciones y por consecuencias que el trabajador observa en otros individuos. En segundo lugar, el mismo autor señala que “la creencia o grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad para conseguirlos, y también determinará ciertas reacciones emocionales” (p. 28).

Entre los modelos elaborados desde esta teoría están los planteados por Harrison, 1983; Cherniss, 1993; Thompson, Page y Cooper, 1993, los cuales dan un gran valor a las variables de cómo ser (autoconfianza, autoeficacia y autoconcepto) desde esta perspectiva estos autores dan una explicación de la etiología del síndrome de *burnout*.

A continuación, se detalla cada uno de los modelos planteados por los autores mencionados anteriormente en los cuales se explicará brevemente la característica principal de cada modelo.

3.1.1. Modelo de competencia social de Harrison.

Harrison (1983) plantea su modelo de competencia social, con la idea de que la competencia percibida por el trabajador es una variable muy importante para el desarrollo de este proceso.

Este autor se basa de la premisa de que la motivación es la clave para el buen desempeño de un trabajador en la organización, es decir, mientras más motivación presente el trabajador existirá un mayor nivel de eficacia y desempeño del mismo. Harrison señala que en el entorno laboral existen ciertos elementos que pueden ayudar de forma positiva al trabajador para que aumente la eficacia en el empleo y por ende los sentimientos de competencia, asimismo, expone que existen elementos barrera (sobrecarga laboral, falta de recursos, conflictos interpersonales, etc.) que impiden el logro o desarrollo de objetivos, disminuyendo los sentimientos de eficacia y motivación facilitando de esta manera la aparición del síndrome de *burnout* (Harrison, 1983).

Para Harrison este modelo de competencia puede aplicarse de manera especial a empleados que han desarrollado expectativas muy altas acerca de la obtención de sus objetivos planteados laboralmente; esto permitirá apoyar a otros profesionales que estén pasando por condiciones difíciles en las cuales se va a necesitar más que una simple motivación para conseguir el éxito laboral y personal.

3.1.2. Modelo de Cherniss.

En este modelo el autor plantea que el síndrome de *burnout* se da a partir de los posibles efectos que causa el estrés laboral en los profesionales, quienes cambian de manera negativa

sus conductas como una respuesta al estrés que se presenta en su entorno laboral y que por lo general se da en un tiempo prolongado (Cherniss, 1980). Este autor en 1992 describe que este síndrome se desarrolla en primera instancia por la presencia de un contexto de estrés psicosocial, luego se produce un aumento de respuesta psicológica y fisiológica en el individuo, y finalmente se producen una serie de cambios en las conductas que no son más que las respuestas de afrontamiento desadaptativas.

La eficacia que presente el profesional dependerá según Cherniss del logro independiente y exitoso de los objetivos planteados. No obstante, la no consecución de los objetivos y metas lleva al sujeto al fracaso, en el cual se percibe una reducción de su eficacia y esto da paso al desarrollo del síndrome de *burnout*.

Además, los profesionales que tienen menos posibilidad de desarrollar el síndrome son los que presentan fuertes sentimientos de autoeficacia percibida debido a que experimentan menos estrés frente a situaciones que pueden ser amenazantes; y estas se perciben como poco estresantes cuando creen que las pueden afrontar positivamente (Cherniss, 1993).

3.1.3. Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper.

En 1993 Thompson, Page y Cooper explican la aparición del síndrome de *burnout* desde cuatro elementos principalmente: las diferencias que existen entre las demandas del trabajo y las capacidades que posee el empleado, el nivel de autoconciencia que posea, las expectativas personales que tenga sobre el éxito y finalmente los sentimientos de autoconfianza.

En primer lugar, es importante señalar que las diferencias que existan entre las demandas y capacidades que posea el empleado pueden ocasionar una pérdida de la confianza en sus habilidades provocando desgaste laboral. Para estos autores, el trabajador tiende a utilizar la estrategia de afrontamiento cuando existen reiterados fracasos en el logro de objetivos y metas laborales con elevados niveles de autoconciencia. La autoconciencia es el elemento más importante en este modelo, ya que permite que el sujeto autorregule los grados de estrés que percibe en el transcurso que se desarrolla una actividad (Thompson et al., 1993).

En relación al tercer elemento que son las expectativas de éxito Thompson et al. (1993) señala que cuando el empleado no logra conseguir los objetivos planteados se observan sentimientos de fracaso, y se trata de solucionar los problemas retirándose mentalmente del evento que produce malestar aumentando el riesgo de aparición del *burnout*.

Para culminar, es primordial mencionar que para que exista un aumento en la confianza del empleado, este debe poseer una actitud positiva con los elementos que dificulten el trabajo para de esta manera reducir la aparición del *burnout*.

3.2. Modelo elaborado desde la teoría del intercambio social.

Los modelos propuestos desde la teoría del intercambio social plantean que el Síndrome de Quemarse por el Trabajo tiene su origen en la falta de igualdad o logro que desarrollan los individuos como consecuencia del proceso de comparación social que se da en las relaciones que se mantienen en su entorno entre dos o más personas. En este modelo se plantea que cuando los profesionales perciben que contribuyen en el trabajo mucho más de lo que obtienen por su participación, intervención y su esfuerzo, muy probablemente desarrollara burnout (Gil-Monte y Moreno-Jiménez, 2007).

Dentro de esta segunda teoría encontramos los modelos desarrollados por:

3.2.1. Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli.

En el año de 1993 los autores Buunk y Schaufeli tratan de explicar la aparición y desarrollo del *burnout* con la premisa de que este síndrome presenta una etiología doble: el primero se trata de los procesos de intercambio social que tiene los trabajadores con los pacientes, y por otro lado están los procesos de afiliación y comparación que tiene los sujetos con sus compañeros de trabajo.

Para estos autores, el proceso de intercambio social con los pacientes presentan tres variables estresoras importantes para la aparición del *burnout*: en primer lugar está la incertidumbre, que es la falta de claridad sobre los sentimientos y pensamientos; seguido de la percepción de equidad, que se entiende como lo percibido por el empleado lo que se da y se recibe durante las relaciones; por último esta la falta de control, que se entiende como la capacidad del empleado para controlar las consecuencias de sus actos (Buunk y Schaufeli, 1993).

Con respecto a los procesos de afiliación y comparación con sus compañeros de trabajo el mismo autor expone que los empleados ante situaciones de estrés no buscan ayuda ni apoyo de sus colegas, por recelo a que los critiquen y los describan como ineficaces y poco competentes para el cargo que ocupan, poniendo en riesgo el aprecio y consideración que tiene el trabajador sobre sí mismo.

3.2.2. Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Fredy.

Hobfoll y Fredy (1993) plantearon el modelo de Conservación de Recursos, esta teoría señala que cuando el trabajador aprecia y percibe que sus motivaciones principales se ven boicoteadas, se genera el estrés que, a su vez, puede provocar el síndrome. Este modelo indica que cuando se aumenta los recursos de los trabajadores se puede producir un descenso en los niveles del síndrome.

Los trabajadores en este modelo se caracterizan principalmente por su lucha en aumentar y conservar sus capacidades y recursos, pues el *burnout* se desarrolla por la pérdida de destrezas y recursos en el profesional (Hobfoll y Fredy, 1993). Las fuentes de estrés en el ambiente laboral, traen consigo muchas inseguridades en los empleados al poner en duda sus capacidades para la obtención de las metas planteadas. Igualmente, estos autores recalcan que las relaciones del trabajador con sus pares son de suma importancia ya que estas son consideradas como un factor estresante.

3.3. Modelo elaborado desde la teoría organizacional.

Estos modelos se caracterizan principalmente porque contienen como antecedentes del síndrome de *burnout* "las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional" (Gil-Monte y Moreno-Jiménez, 2007, p. 28).

3.3.1. Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter.

Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) elaboran este modelo con el fin de entender cuál es la reacción que tiene el profesional con la presencia de los factores que desarrollan el síndrome. Señalan que la secuencia del síndrome en el individuo es progresiva y se desarrolla en primera instancia con la despersonalización, seguida por la baja realización personal y, finalmente se presenta un aumento del agotamiento emocional.

En este modelo se expone que el *burnout* se genera principalmente por un exceso de actividades laborales, conflicto de rol y pobreza de rol en los empleados; estas características producirán estrés y se percibirán sentimientos de pérdida de autonomía y de control en el sujeto, que a su vez provocará irritabilidad, agotamiento y baja autoestima. Para Golembiewski et al. (1983) es esencial observar el inicio y la evolución del *burnout* para de esta manera desarrollar y proponer estrategias de afrontamiento apropiadas. Como resultado de estas estrategias el trabajador tiende a alejarse de la institución, ya sea de manera negativa o, bien para asumir características que traigan provecho en su entorno laboral. Estos autores enfatizan la idea de que este síndrome se puede presentar en cualquier tipo de profesional, es decir, no necesariamente debe estar en contacto con clientes.

3.3.2. Modelo de Cox, Kuk y Leiter.

Estos autores explican que el síndrome de *burnout* se desarrolla cuando el profesional utiliza estrategias de afrontamiento poco convenientes para superar la situación, cuando esto sucede se evidencia una respuesta de estrés en el individuo (Cox, Kuk y Leiter, 1993). El agotamiento emocional, que se entiende como el sentimiento de sentirse agotado es la dimensión fundamental y principal de este síndrome para estos autores.

En este modelo se considera como una estrategia de afrontamiento a la despersonalización que se presenta a partir de los sentimientos de agotamiento emocional, mientras que la baja realización se da como efecto de la evaluación cognitiva del empleado sobre el estrés que experimenta, y tienen que ver la importancia que den los empleados al significado sobre su empleo o las posibles frustraciones en lo que se esperaba del trabajo. Finalmente, Cox et al. (1993) explican que para regular la relación que existe con el estrés y *el burnout* la salud de la organización va a cumplir un papel importante ya que está determinada por algunos aspectos psicosociales de la organización.

3.3.3. Modelo de Winnubst.

En 1993 Winnubst explica la etiología del *burnout* desde su modelo, que se fundamenta en la relación entre varias variables como el clima laboral, la estructura y cultura organizacional y el apoyo social que se percibe en el entorno laboral. El autor asegura que el burnout se puede desarrollar en cualquier tipo de trabajador, independientemente de su profesión o cargo laboral, por este motivo, en este modelo se expone que la aparición del síndrome va a depender de las variables como el apoyo social y de la estructura organizacional. Los antecedentes del *burnout* van a cambiar dependiendo del tipo de estructura en la organización y del apoyo social que se brinde en la empresa.

El modelo de Winnubst fue planteado a partir de cuatro supuestos en 1993:

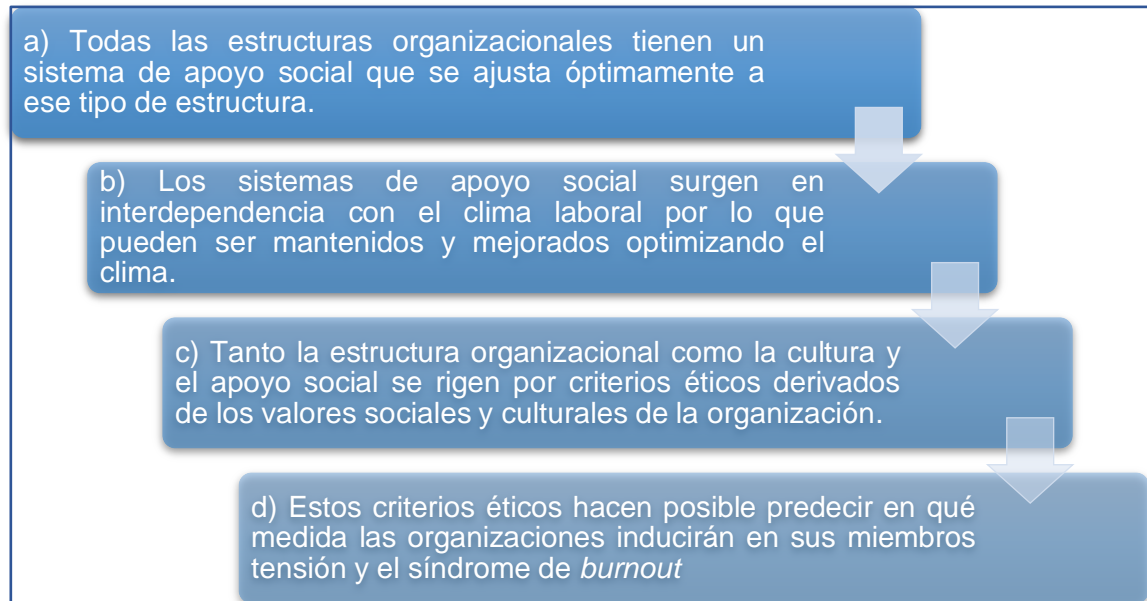


Figura 2: Supuestos del modelo de Winnubst, 1993.

Fuente: (Mansilla, 2009, p. 80).

Elaborado por: Mansanillas T, 2017.

En definitiva, toda organización en su estructura tiene una fuente de apoyo social que se da a partir del clima laboral que se mantenga en la misma; todos estos elementos se presiden por la ética, sus valores y su cultura que permiten predecir en qué grado las empresas inducen a sus trabajadores al síndrome de *burnout*.

3.4. Modelo elaborado desde la teoría estructural.

Los modelos elaborados desde esta teoría se basan de los modelos transaccionales y tratan de explicar el origen del *burnout* dando una gran importancia a los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales.

3.4.1. Modelo de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1997.

Estos autores en 1997, explican que el Burnout es una respuesta al estrés que se percibe en la organización (conflicto y ambigüedad del rol), y el mismo se da como resultado de un proceso de reevaluación cognitiva, cuando el profesional no utiliza las estrategias de afrontamiento adecuadas para reducir el estrés laboral.

Por último de todos los modelos teóricos expuestos anteriormente, el que se va a fundamentar en el presente trabajo es el modelo elaborado desde la teoría organizacional debido a que se resalta el valor que tienen los estresores del contexto de la empresa y las habilidades y estrategias de afrontamiento que utilizan los profesionales.

CAPÍTULO 4

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT

En la actualidad se ha estudiado mucho sobre el síndrome de *burnout* o síndrome de quemarse por el trabajo, pues varias investigaciones han mostrado que en el ámbito de la salud es claro y evidente que los profesionales “enfrentan frecuentemente a situaciones de vida y muerte. Su trabajo puede ser física y emocionalmente agotador, el estrés que se deriva de este contexto implica el desarrollo de problemas conductuales como burnout y otros problemas de salud y psicológicos” (Ortega y López, 2004, p. 137).

Además, profesiones como medicina, enfermería, trabajo social y docencia que generalmente deben permanecer en contacto directo con personas, están sometidos a diversos estresores adicionales que pueden desencadenar el *burnout* (Hyman, Michaels, Berry, Schildcrout, Mercado y Weinger, 2011). Por este motivo, se ha encontrado que los profesionales en los que existe más prevalencia del síndrome son los encargados del área de salud (Olvera, Téllez y González, 2015), especialmente los médicos y enfermeras en este ámbito de trabajo (Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga, 2009; Maticorena-Quevedo, Beas, Anduaga-Beramendi, y Mayta-Tristán, 2016). Esta población es consideradamente vulnerable debido a las situaciones que debe afrontar en su diario desempeño (alta implicación emocional, exceso de estimulación aversiva, contacto con enfermos, frustración de no poder ayudar, conflicto y ambigüedad de rol (Ruiz y Ríos, 2004).

Tomando en cuenta el enunciado anterior es importante recordar que el *burnout* es la respuesta al estrés laboral que se da en trabajadores en los cuales tienen como principal actividad la prestación de servicios, lo cual requiere y exige que exista un contacto directo con los individuos a los cuales se presta las actividades requeridas por los clientes (Ortega y López, 2004,). Por esta razón, se han realizado diferentes estudios en los cuales se ha tratado de exponer la prevalencia del síndrome de *burnout* en el personal de salud en diferentes lugares del mundo.

En una investigación realizada en España en el 2001 por Caballero-Martín, Bermejo-Fernández, Nieto-Gómez y Caballero-Martínez, a médicos, enfermeras y auxiliares de salud se mostró la presencia de niveles altos del síndrome a los 354 profesionales evaluados. La dimensión con puntuación más alta fue la de despersonalización con un 31.2%, seguida por el agotamiento emocional con un 30.6% y un 24% en baja realización personal. No obstante, se encontró que los profesionales que tenían menos de dos hijos presentaban niveles más altos en la escala de agotamiento emocional, en comparación a los trabajadores que tenían familias más numerosas de 3 a 4 hijos. Asimismo, Cáceres (2016) encontró en un estudio realizado al personal sanitario que el 59% de la población estudiada presentaban niveles altos

de *burnout* en alguna de sus dimensiones; el 39% presentó altos niveles en la dimensión de cansancio emocional y en las dimensiones de despersonalización y realización personal un 35% de profesionales con niveles altos del síndrome. El autor también observó que el personal de salud que tenía niveles altos en la dimensión de agotamiento emocional eran profesionales con características como: trabajadores con pareja o casados y con hijos, información que no coincide con los resultados encontrados por Caballero-Martín et al. (2001).

En este mismo país Beloy, Muñoz, Ferro, López, Torre, López, y Noche (2010) realizaron un estudio a 435 enfermeras de cuatro centros hospitalarios de la ciudad de Lugo, en el cual se observó que el 60,5% de profesionales evaluados presentan un nivel alto en la dimensión de cansancio emocional, un 30.9% de trabajadores que manifestaron un alto nivel de despersonalización, y por último un 39.1% de evaluados que experimentaron un alto nivel de realización personal. También, se observó en la investigación que los profesionales que presentaron mayores niveles del síndrome de *burnout* eran casados o con una pareja estable; asimismo se evidenció que el 77.2% de participantes en los que se experimentaron *burnout* tenían hijos.

Grau et al. (2009) realizaron un estudio a profesionales sanitarios de países de habla hispana en el cual compararon la prevalencia de *burnout* en cada país. Los resultados arrojaron que la prevalencia del síndrome en los trabajadores que residen en España fue de 14.9% y en Argentina del 14.4%, obteniendo estos países los porcentajes más altos, seguido por Uruguay con un 7.9% y por México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador en los cuales sus profesionales presentaron prevalencias entre 2.5% y 5.9% y Odontología, Psicología y Nutrición tuvieron cifras inferiores al 6%. Entre las variables protectoras en este estudio se halló el ser mayor de edad, tener hijos y sentirse valorado.

En un estudio realizado en México al personal médico y de enfermería en un Hospital de Tabasco se encontró que de los 458 profesionales el 74.6% presentó *burnout*, en relación a los niveles del síndrome el 8% desarrolló un nivel alto en cansancio emocional, un 2.5% un alto nivel en despersonalización y un 85.6% un nivel alto en la dimensión de realización personal. En relación a la disfuncionalidad familiar esta fue más evidente en los médicos, mientras que en las enfermeras se evidenció como el personal con más *burnout*. En esta investigación se indica que de todos los evaluados que tenían el síndrome pertenecían a una familia disfuncional y que este era más frecuente en profesionales sin pareja en un 78% (Contreras-Palacios, Ávalos-García, Priego Álvarez, Morales-García, y Córdova Hernández, 2013).

También se realizó un estudio en el mismo país a 143 médicos residentes a los cuales se les empleó la escala de MBI, en el que se evidenció que la frecuencia del síndrome en el personal fue de 51.1 %; en relación al estado civil en esta investigación no se halló diferencia significativa, sólo una diferencia porcentual mínima entre solteros y casados, con una frecuencia de 47.9 y 52.9 % respectivamente resultados que no coinciden con los encontrados por Contreras-Palacios et al., 2013 (López-Morales, González-Velázquez, Morales-Guzmán y Espinoza-Martínez, 2007).

En una investigación realizada en Colombia se encontró que más del 52% de la población estudiada presentó criterios severos de *burnout*, siendo la dimensión de desgaste profesional la que se mostraba con mayor intensidad en los médicos participantes. En este estudio el 76 % de profesionales presentaban desgaste emocional entre moderado y severo, el 60% de despersonalización y 50% de alta realización personal. Además, se observó que del 60.7% de profesionales que mostraban desgaste profesional de moderado a severo también presentaban disfunción familiar (Guevara, Henao, Herrera, 2004). En otro estudio realizado en el mismo país en el 2011, se observó una frecuencia del síndrome del 17.6%, con un cansancio emocional del 26.4%, una despersonalización del 26.1% y una realización personal baja del 7.2%; de esta investigación se halló que del 37.5% de evaluados con *burnout* presentaban disfunción familiar (Agudelo, Castaño, Arango, Durango, Muñoz, Ospina, Ramírez, Salazar, Serna y Taborda, 2011).

En el 2015 se encontró la frecuencia del *burnout* se encontraba en un nivel crítico en la población de estudio Colombiano el cual fue del 6.6%, En este estudio, los profesionales que presentaron niveles altos de *burnout* el 85% son mujeres, solteras y sin hijos, sin embargo, los trabajadores que presentaron niveles bajos del síndrome poseen ciertas características como tener una relación estable con su pareja e hijos (Aguirre y Quijano, 2015).

En nuestro país en un estudio realizado a sus 24 provincias a médicos y enfermeras por Ramírez (2015) se encontró que la prevalencia del síndrome en lo profesionales evaluados es de 36.4%. En relación a sus dimensiones se expresaron niveles altos en agotamiento emocional con un 17.6, una elevada despersonalización con un 13.6% y finalmente una realización personal alta con un 18.2%. Con respecto al estado civil, no se encontraron diferencias significativas entre los profesionales casados/pareja de hecho con un 60.0% o solteros/divorciados/viudos con un 60.8%; asimismo no se halló diferencias reveladoras en la variable relacionada con el número de hijos y el *burnout* ya que se encontraron puntuaciones medias en los profesionales que tenían hijos con un 61.2% y un 59.9% con lo que no tenían

hijos. En este estudio el 68.4% de los participantes fueron mujeres y en las variables de sexo en los que se hizo una relación con el *burnout* se encontró que el 41.2% de los hombres y el 34.0% presentaban altos niveles del síndrome.

Del mismo modo en una investigación realizada en la ciudad de Cuenca a un Hospital de Salud Pública por Durán y García en el 2013, se encontró que los participantes presentaban una prevalencia del síndrome del 2.38%. Con respecto a los niveles del síndrome se halló una prevalencia del 8.73% en agotamiento emocional, un 12.69% de despersonalización y un 20.63% de realización personal. Además, se encontró que los profesionales que presentaban un alto porcentaje en el nivel de cansancio emocional estaban casados o con una pareja estable y tenían hijos.

Igualmente Suarez en el 2017 realizó un estudio en el personal sanitario del distrito Chillogallo en Quito en el que se involucró la disfuncionalidad familiar asociada al *burnout*, encontrándose que no existe significancia estadística en los resultados debido a que la mayor parte de las familias que se ubicaban en un rango de moderadamente funcionales se asociaron a falta de realización personal en un 50% más que las familias funcionales, también se halló con el personal con mayor prevalencia del síndrome de desgaste profesional fueron los médicos en relación a las demás profesiones; la prevalencia del síndrome se presentó en sus tres dimensiones de la siguiente manera e porcentajes 13.8% presentaron alto en agotamiento emocional y despersonalización y un 2.3% para falta de realización personal.

Finalmente, tomando en cuenta los estudios mencionados anteriormente sobre la prevalencia del síndrome y su relación con las variables familiares en el personal de salud, es de suma importancia estudiar esta problemática la cual va en aumento en nuestro país y de la cual existen escasas investigaciones sobre el *burnout* y el impacto que trae consigo este síndrome el entorno familiar. Por esta razón, se desarrolló este trabajo bajo una estricta investigación, con el objetivo de identificar los niveles de *burnout* en el personal de salud y la funcionalidad en el entorno familiar de los profesionales de la salud.

CAPÍTULO 5
FAMILIA EN EL CONTEXTO LABORAL

5.1. Definición de familia.

En la actualidad es difícil dar una conceptualización clara sobre familia; las diferentes dinámicas que se presentan en los distintos contextos culturales en la sociedad, nos llevan a afirmar que las familias tienen diferentes formas de organizarse. Por este motivo, a continuación, se indicará algunas definiciones del término familia desde el punto de vista de algunos autores que han estudiado sobre el tema.

La familia para Fishman (1995) es considerada como una institución, en donde se da el origen principalmente de las relaciones más perdurables, y en el cual se da el primer apoyo social con modelos de relación que se conservan durante el desarrollo del individuo. Tuirán y Salles (1997) de igual manera señalan que la familia es una institución primordial de cualquier sociedad humana, en donde se da sentido y pertenencia a cada uno de sus integrantes y, de paso, los alista para enfrentar diferentes situaciones que se le presenten.

En contraste con lo anterior Torres, Ortega, Garrido y Reyes (2008) definen a la familia como un sistema de interrelación biopsicosocial que media entre el individuo y la sociedad y se encuentra integrada por un número variable de individuos, unidos por vínculos de consanguinidad, unión, matrimonio o adopción". Igualmente, De Pina Vara en el 2005 señalan que "la familia es el grupo de personas entre quienes existe un parentesco de consanguinidad por lejano que fuere" (p. 287). En resumen, la familia se caracteriza debido a que los miembros que conforman la misma, están unidos por lazos sanguíneos, jurídicos y por alianzas que se forman entre sus integrantes lo que les permite crear relaciones de apoyo, cuidado y solidaridad (Quintero, 2007).

Desde la psicología, Minuchin (1982) señala que la familia es considerada como un sistema que se modifica con la influencia de los factores externos que lo rodean, los cuales cambian constantemente su dinámica interna. Por este motivo la familia pertenecería a un sistema dinámico de relaciones interpersonales recíprocas, enmarcado en diversos contextos de influencia, que sufre procesos sociales e históricos de cambio y que pone en juego múltiples recursos para resolver dificultades y para resistir la desintegración en etapas de adaptación y cambio en situaciones de crisis, evolutiva y contextual (Espinosa, 2009).

Desde otra perspectiva Páez en 1984 señala que la familia es concebida como:

Un grupo de personas entrelazadas en un sistema social, cuyos vínculos se basan en relaciones de parentesco fundados en lazos biológicos y sociales con funciones específicas para cada uno de sus miembros y con una función más o menos determinada en un sistema social (p.23).

Para Gallego (2012) el término familia se entiende como “un grupo de personas unidas por una historia social e individual atravesada por lazos afectivos y comunicativos; no necesariamente unidas por vínculos consanguíneos” (p. 327). Dicho brevemente, la familia es considerada como un grupo de individuos que comparten un sistema social, el cual se fundamenta de relaciones constituidas por lazos sociales y de afecto en la organización familiar.

Finalmente, otros autores explican que “la familia es el primer entorno natural en donde los miembros que la forman evolucionan y se desarrollan en términos afectivos, físicos, intelectuales y sociales, según modelos vivenciados e interiorizados” (Murueta y Osorio, 2009, p. 14). Es decir, el ser humano tiene como base y apoyo para el desarrollo de sus habilidades físicas y mentales a su familia, la misma que ofrece cuidado, protección y cariño que le permiten desde su nacimiento adquirir modelos aprendidos para desenvolverse en el medio social.

5.2. Ciclo vital de la familia.

La familia atraviesa por ciertos procesos y transformaciones durante el desarrollo de su ciclo vital, el cambio al que están expuestos durante cada una de las fases los expone a adaptarse continuamente a situaciones nuevas a las que no han estado acostumbradas anteriormente, generando crisis e inestabilidad en el núcleo familiar.

Moratto, Zapata, y Messenger (2015) explican que:

Las familias cambian, se desarrollan y/o amplían a lo largo del tiempo y, todo ello, se puede observar en su tránsito por diversas etapas; es decir, el comportamiento de la familia se encuentra ligado a ciclos que necesariamente se han de cruzar, independiente de los contextos y épocas a las cuales estas se encuentran ancladas (p. 117).

Dicho brevemente, la familia atraviesa por ciertos procesos y transformaciones durante el desarrollo de su ciclo vital, el cambio al que están expuestos durante cada una de las fases los expone a adaptarse continuamente a situaciones nuevas a las que no han estado acostumbradas anteriormente, generando crisis e inestabilidad en el núcleo familiar.

Por otro lado, Minuchin (1992) menciona que las presiones externas que ejerce la sociedad hacia la familia, exigen un cambio constante en los miembros y sus relaciones mutuas, con el fin de que puedan progresar mientras el sistema familiar conserva su continuidad, por tal

razón, las crisis por las que generalmente la familia se encuentra sometida, son de suma importancia debido a los diferentes escenarios que se pueden presentar durante su desarrollo.

Ochoa de Alda en 1995 presenta las siguientes etapas del ciclo vital de la familia:

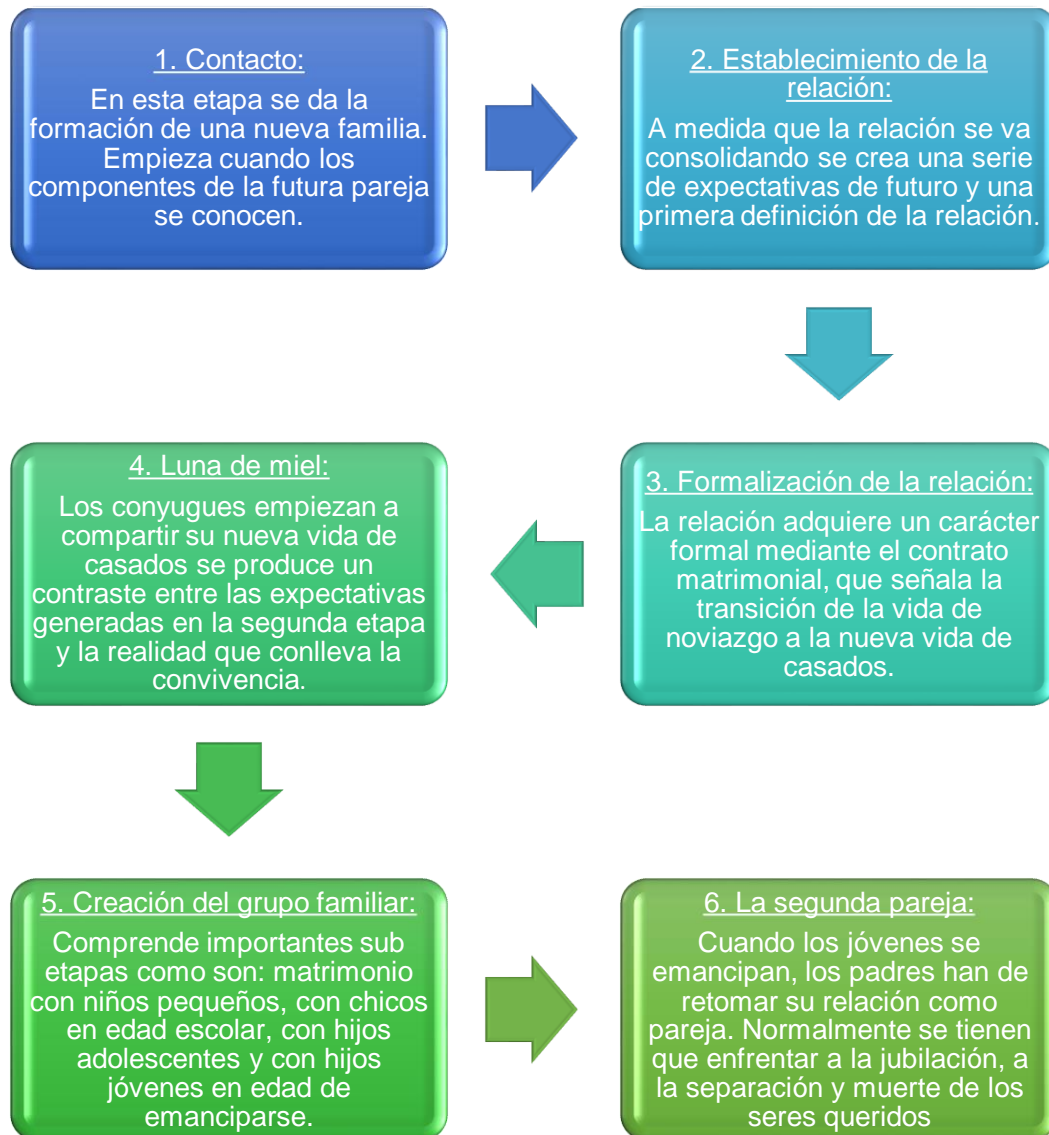


Figura 3: Etapas de ciclo vital de la familia.

Fuente: Ochoa de Alda, 1995, pp. 23-26.

Elaborado por: Mansanillas T, 2017.

En definitiva el desarrollo del ciclo vital se da primeramente a partir del primer contacto de la pareja, seguido por el establecimiento de una relación que luego da paso a la formalización de la misma en la cual la pareja decide unir sus vidas mediante el matrimonio y es en esta etapa donde cada uno debe ajustarse a las creencias, singularidades y perspectivas que habrán adquirido de sus familias, luego viene el nacimiento de los hijos y las crisis de cada

una de las etapas (matrimonio con niños pequeños, en edad escolar, adolescentes y jóvenes), hasta la etapa del nido vacío en donde los esposos se vuelven a encontrar solos y deben adaptarse a la salida de los hijos de hogar y tratar de volver a entenderse nuevamente los dos en su hogar.

5.3. Tipos de familia.

Con el pasar de los años, varios han sido los autores que han tratado de dar una explicación clara acerca de los diferentes tipos o modelos de familia; el entorno social y la cultura ha desempeñado un papel importante en su elaboración.

Para conocer más detalladamente los tipos de interacción o estructura familiar Minuchin y Fishman (2004) explican que las familias tienen:

Configuraciones y estructuras diferentes, y como la forma no puede menos que influir sobre la función, reaccionarán frente a los obstáculos según modalidades que les vienen impuestas por su configuración. Esta indicará posibles campos funcionales y posibles eslabones débiles dentro de su ordenamiento estructural (p. 63).

El mismo autor en su libro de Técnicas de terapia familiar en el 2004 expone diez tipologías de familia, que se detallan a continuación:

Tabla 2. Tipologías de familia

Tipos de familia	Conceptualización
Familias de Pas de deux	Familias que están compuestas únicamente de dos personas. En este tipo de familia se puede suponer si los integrantes están muy apegados o no, un ejemplo de este tipo de familia esta: la madre que tiene la oportunidad de dar más tiempo y atención individual a su hijo, del que debiera ocupar si tuviera un esposo o más hijos.
Familias de tres generaciones	Son familias extensas que están constituidas por varias generaciones (abuelos, padres, hijos) y que viven en una relación más íntima. Esta tipología suele ser más característica en familias de clase social media baja. Por otro lado, el apoyo y cooperación de los integrantes de este tipo de familia en las tareas del hogar se da con flexibilidad.

<p>Familias con soporte</p>	<p>Familias grandes con varios hijos, que se caracterizan por delegar a uno de los hijos funciones, generalmente son los mayores los que asumen y reciben las responsabilidades de sus padres, realizando tareas de crianza con sus hermanos, como representantes de sus progenitores. En esta tipología de familia el niño pasa del subsistema fraternal al parental, y como consecuencia de esto tienen dificultades para relacionarse en el contexto de socialización con el subsistema fraterno.</p>
<p>Familias acordeón</p>	<p>Familias en donde uno de sus progenitores ya sea el padre o la madre permanecen separados del hogar por tiempos largos. Las funciones adicionales y responsabilidades del subsistema parental recaen en el progenitor que permanece en el hogar durante una parte de cada ciclo vital.</p>
<p>Familias cambiantes</p>	<p>Se puede definir a las familias que cambian continuamente de domicilio o lugar de residencia, esto pueden darse por cambios del lugar donde trabajan uno o varios integrantes de la familia, por conflictos económicos (dificultad para pagar la renta de su domicilio), o porque cuando uno de los padres solteros cambia de pareja constantemente.</p>
<p>Familias huéspedes</p>	<p>Se definen de esta manera debido a que en la familia se tiene o se acoge a un niño el cual es miembro de una familia temporaria. Los servicios sociales al momento de entregar a la familia un niño huésped dejan en claro la importancia de no establecer una relación de padre-hijo, debido a que los lazos que se crean en la familia huésped suelen romperse al momento en el que el niño es enviado a un nuevo hogar o es devuelto a sus padres, lo que puede provocar un desajuste emocional.</p>
<p>Familias con padrastro</p>	<p>Familias en las cuales se suma un padre adoptivo a la estructura familiar, este nuevo integrante debe pasar por un proceso de integración a la unidad familiar. En estas familias puede suscitarse dos situaciones: la primera es que el padre que se inserta en la familia puede que no se entregue a esta</p>

o madrastra	con un pleno compromiso de ocupar el rol que le compete, y otra es que la unidad familiar puede mantenerlo en una situación aislada.
Familias con un fantasma	Familias que han pasado por el sufrimiento de perder a un ser querido o abandono de un integrante de la organización familiar. Por lo general este tipo de familia suele tener dificultades para asignar nuevamente las tareas o funciones del miembro ausente, y suelen vivir sus dificultades como resultado de un duelo no resuelto o incompleto.
Familias descontroladas	En este tipo de familia existe un integrante que presenta dificultades o problema en el área de control, la presencia de estos problemas puede darse en la distribución de jerarquías en la familia, falta de funciones en el subsistema parental y por la cercanía entre los integrantes de grupo familiar. El problema en esta tipología va a variar según las etapas de desarrollo (ciclos vitales) de los integrantes de la familia.
Familias psicósomáticas	El problema de la familia es un problema psicósomático de alguno de sus integrantes; la familia funciona perfectamente cuando uno de sus miembros está enfermo. Estas familias se caracterizan por sobreprotección, una unión excesiva, dificultad para resolver problemas y rigidez extrema.

Fuente: Minuchin y Fishman (2004).

Elaborado por: Mansanillas T, 2017.

Finalmente, podemos decir que los tipos de familia existentes describen la estructura y la dinámica de convivencia del grupo familiar; explicando a la vez como su estructura y características se fundan a partir de factores personales, educativos, sociales, económicos, culturales que las llevan a diferenciarse unas de otras.

5.4. Funcionalidad y disfuncionalidad familiar.

Las familias a lo largo de su desarrollo presentan una serie de crisis y dificultades que ponen a prueba su fortaleza. La ausencia de dificultades y conflictos en el grupo familiar no puede definir si la familia es funcional o disfuncional. Lo que la define a esta, es la reacción que el grupo familiar presenta ante los problemas y la adaptación de sus integrantes a las situaciones cambiantes (Minuchín, 1984).

Por otro lado, Bermúdez y Brik (2010) señalan que la funcionalidad en la familia está determinada por:

El cumplimiento de las funciones básicas necesarias para generar individuos válidos para la sociedad en la que viven, respetando la estructura creada y siendo capaces de superar con éxito las diferentes etapas del ciclo vital, a través de una comunicación abierta en la que prevalezca el respeto y el manejo adecuado de las emociones (p.158).

Algunos autores como Walsh y Herrera han expuesto ciertas características que se relacionan con la funcionalidad familiar que a continuación se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 3. Características relacionadas a la funcionalidad familiar.

<ul style="list-style-type: none">✓ Grupo familiar que admite la autonomía y el desarrollo personal de sus integrantes.✓ Flexibilidad en el sistema familiar que permita adaptarse a las normas y reglas para satisfacer sus necesidades y solucionar conflictos.
<ul style="list-style-type: none">✓ Comunicación clara, abierta y afectiva que acceda a mantener una relación placentera al instante compartir los problemas.✓ Sistema familiar en el que se cumpla eficazmente funciones como: recursos que garanticen una seguridad económica, un sistema de creencias compartido que permita la confianza entre los integrantes y un dominio de los problemas.✓ Adaptabilidad a los cambios, mediante técnicas de afrontamiento al estrés y a problemas que surjan.✓ Resolución de problemas y conflictos mediante procesos eficaces.✓ Relaciones familiares con sentimientos de unión y compromiso en el que se evidencia cuidado y apoyo mutuo entre sus miembros.

Fuente: Walsh (1993); Herrera (1997).

Elaborado por: Mansanillas, T. (2017)

En resumen, para que la familia sea funcional hay que conservar límites claros de forma tal que no se limite a la libertad, ni haya una gran individualidad para poder promover así el progreso de todos los integrantes y no se formen de esta manera insatisfacción o infelicidad (Herrera, 1997).

Con respecto a la disfuncionalidad familiar Paladines y Quinde (2010) señalan que esta disfunción se da a partir de que en el sistema familiar se presenta una dificultad para identificar y complacer las necesidades emocionales básicas del de cada uno de los integrantes del grupo familiar.

Para Bermúdez y Brik (2010) la disfuncionalidad en la familia aparece a partir de un problema o síntoma que provoca una alteración en su funcionamiento familiar, impidiendo un cambio en la unidad familiar. Para estos autores el síntoma es el método por el cual la familia trata de enunciar su necesidad de un rompimiento de la homeostasis familiar para conseguir el cambio.

Por otro lado, León (2010) explica que las familias disfuncionales se caracterizan “cuando los problemas se intensifican, es decir, se vuelven repetitivos, fijos, constantes y rígidos. Aquí los miembros de la familia crean un ambiente disyuntivo, que no favorecen a la unión ni al acuerdo, sino a la falta de cohesión” (p.21).

A continuación, se presentan algunas características relacionadas con la disfuncionalidad familiar Barroso (1995):

Tabla 4. Características relacionadas con la disfuncionalidad familiar

<ul style="list-style-type: none">✓ Ausencia de definiciones personales, poca información sobre su origen, relaciones y vínculos✓ Autoridad, poder, control en las relaciones familiares✓ Falta de autonomía y de conciencia sobre las necesidades de los integrantes del grupo familiar✓ Poca confianza, apertura y mala distribución de los espacios y límites.✓ Ausencia de normas y reglas que permitan una buena interacción en el grupo familiar✓ Deficientemente manejo en los sucesos estresantes
--

Fuente: Barroso (1995).

Elaborado por: Mansanillas, T. (2017).

Recapitulando, son varios los factores o aspectos que pueden llevar al grupo familiar a la disfuncionalidad; la limitación, así como el poder, la escasa confianza, la falta de apoyo y un sistema carente de normas, reglas y límites puede provocar un desajuste en el grupo familiar que trata de expresar su necesidad de cambio mediante el surgimiento de un problema.

5.5. Familia y trabajo.

En la actualidad es muy evidente que ya no predomina la idea tradicional del hombre es la cabeza del hogar y por ende este debe estar inserto en el ámbito laboral, mientras que la mujer era la encargada de las tareas del hogar. Con el pasar de los años este modelo tradicional ha cambiado, las mujeres se han involucrado en el campo laboral para compartir y ayudar en los gastos del hogar y el hombre ha asumido de forma parcial el rol de compartir las tareas y responsabilidades de la casa con el fin de mejorar el desarrollo económico y organizacional de la familia.

La Organización Internacional del Trabajo y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (OIT, P), en el 2009 señala que:

“La estructura familiar se ha transformado, los cambios demográficos, en la organización del trabajo y en los valores sociales han generado un desequilibrio entre la vida familiar y la laboral, debido en gran parte a la persistencia de construcciones culturales tradicionales sobre los roles de hombres y mujeres” (p.17).

Guerrero (2003) expone que la manera en cómo el individuo se desempeña en el trabajo está influida por las experiencias del mismo en otras áreas como la familia.

En países desarrollados se ha encontrado que los conflictos que se presentan entre el trabajo y familia ha ido aumentando con el pasar de los días desencadenando un sin número de problemas no solo para la organización laboral y el grupo familiar, sino también para la sociedad. Por ejemplo, la tasa de fecundidad ha descendido debido a la dificultad que se le presenta a la mujer para conciliar estos dos ámbitos; el cuidado de los hijos les obliga algunos progenitores a dejar a su hijo mayor a cargo de los menores, etc. (OIT, 2009).

Finalmente, la Organización Internacional del trabajo (2009) explica que los cambios surgidos a lo largo del tiempo intensifican el estrés en el trabajo como en el grupo familiar. “En vista de una distribución inequitativa de la carga de trabajo doméstico, la inserción laboral femenina no modifica la percepción de que las mujeres deben desempeñar las labores domésticas” (p.21). Esto se da debido a que la mujer tiene horas de trabajo más extensas que los hombres en las cuales la mujer no solo debe cumplir las responsabilidades laborales, sino también de su hogar que no son reconocidas económicamente.

5.6. Familia como factor protección en el contexto laboral

El grupo familiar es el primer entorno de socialización del ser humano, es aquí en donde el individuo va desarrollando poco a poco cada una de sus habilidades con el apoyo y afecto de su entorno familiar. Por esta razón Romagnoli, Kuzmanic y Caris en el 2006 explican que:

Toda familia puede ser protectora, por el solo hecho de generar lazos de afecto; cada una tiene su sello particular, su dinámica y estilo propio. La historia de la familia, la forma de demostrar el cariño, los valores que transmite, etc.; constituyen la identidad, y la identidad de una familia es protectora en la medida que podemos reconocerla, apreciarla y nutrirnos de ella (p.3).

Por otro lado, Álvarez y Gómez (2011) señalan que entre los factores de protección que ayudan a reducir los conflictos entre el ámbito trabajo y familia, pueden mencionarse al apoyo de su red social especialmente la de su pareja, ayudantes de servicio y otros familiares.

CAPÍTULO 6
PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Desde el surgimiento del *burnout* en los años 70, varios autores han tratado de elaborar y desarrollar diferentes métodos y estrategias para prevenir su aparición o para tratar de eliminar y reducir su sintomatología, con el fin de mejorar la calidad de vida del profesional, reduciendo el estrés y aumentando la producción laboral del individuo.

Apiquian (2007) explica que, como método preventivo del síndrome, existen diferentes técnicas:

- Ofrecer información sobre las causas, sintomatología y consecuencias del síndrome del *burnout*, para indagar sobre su presencia a tiempo.
- Estar atento sobre de las condiciones del contexto laboral, promoviendo el trabajo en equipo.
- Elaborar y realizar cursos o talleres de liderazgo, habilidades sociales, desarrollo gerencial, etc. para la alta dirección.
- Realizar cursos de inducción al puesto de trabajo y a la organización (nuevo personal).

El Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el trabajo (2005) expone que las pautas para prevenir el *burnout* en los trabajadores se pueden dar en tres niveles. Es un apartado de orientación, conociendo a partir de qué punto de referencia corresponde concentrar las actuaciones. Las acciones organizativas permiten fomentar y regular las interacciones que se dan en la organización entre los trabajadores, y por último están las acciones que se centran en el trabajador. Sin embargo, es importante recalcar que todas las acciones de prevención que se presentan tienen que ser efectuadas desde y por la empresa.

Tabla 5: Niveles de prevención del *burnout*

Nivel organizacional
✓ Realizar la identificación y evaluación de riesgos psicosociales, modificando aquellas condiciones específicas y antecedentes que promueven la aparición del SQT.
✓ Establecer programas de acogida que integren un trabajo de ajuste entre los objetivos de la organización y los percibidos por el individuo.
✓ Establecer mecanismos de feedback o retroinformación del resultado del trabajo.
✓ Promover el trabajo en equipo.
✓ Disponer de oportunidad para la formación continua y desarrollo del trabajo.
✓ Aumentar el grado de autonomía y control del trabajo, descentralizando la toma de decisiones.

-
- ✓ Disponer del análisis y la definición de los puestos de trabajo, evitando ambigüedades y conflictos de roles.
 - ✓ Establecer objetivos claros para los profesionales.
 - ✓ Establecer líneas claras de autoridad y responsabilidad.
 - ✓ Definición de competencias y responsabilidades. Es esencial conseguir un diseño óptimo de las funciones y responsabilidades propias de la actividad laboral para reducir el estrés de la misma, por ejemplo, a través de formación dirigida a mejorar los recursos instrumentales en su trabajo, así como a aumentar la competencia psicosocial del profesional
 - ✓ Regular las demandas en lo referente a la carga de trabajo, adecuarla.
 - ✓ Mejorar las redes de comunicación y promover la participación en la organización.
 - ✓ Fomentar la colaboración y no la competitividad en la organización.
 - ✓ Fomentar la flexibilidad horaria.
 - ✓ Favorecer y establecer planes de promoción transparentes e informar de los mismos.
 - ✓ Crear, si no se puede eliminar el foco del riesgo, grupos de soporte para proteger de la ansiedad y la angustia.
 - ✓ Promover la seguridad en el empleo.
 - ✓ Se puede establecer asistencia, por parte de personal especializado. También informar al personal de los servicios que ofertan las instituciones.
 - ✓ Facilitar a los trabajadores de los recursos adecuados para conseguir los objetivos de trabajo

Nivel interpersonal

- ✓ Es preciso fortalecer los vínculos sociales entre los trabajadores, favorecer el trabajo en grupo y evitar el aislamiento. Formarles en estrategias de colaboración y cooperación grupal.
 - ✓ Promover y planificar el apoyo social en el trabajo
 - ✓ Se recomienda realizar grupos de apoyo para discutir la relación con el trabajo por parte de los profesionales.
 - ✓ Dirigir bien y con un estilo adecuado. Formar a los gestores en ello.
 - ✓ Entrenamiento en habilidades sociales
 - ✓ Es preciso establecer sistemas democráticos-participativos en el trabajo.
 - ✓ Consolidar la dinámica grupal para aumentar el control del trabajador sobre las demandas psicológicas del trabajo.
 - ✓ Establecer trabajos de supervisión profesional (en grupo) a los trabajadores.
-

Nivel individual

- ✓ Realizar una orientación profesional al inicio del trabajo.
 - ✓ Es importante tener en cuenta la diversificación de las tareas y la rotación en las mismas.
 - ✓ Poner en práctica programas de formación continua y reciclaje.
 - ✓ Mejorar los recursos de resistencia y proteger a la persona para afrontar las situaciones estresantes.
 - ✓ Formar en la identificación, discriminación y resolución de problemas.
 - ✓ Entrenar en el manejo de la ansiedad y el estrés en situaciones inevitables de relación con el usuario.
 - ✓ Implementar cambios de ambiente de trabajo, rotaciones.
 - ✓ Entrenamiento en el manejo de la distancia emocional con el usuario, manteniendo un equilibrio entre la sobre implicación y la indiferencia.
 - ✓ Establecer programas de supervisión profesional individual.
 - ✓ Aumentar los recursos o habilidades comunicativas y de negociación.
 - ✓ Trabajar el feedback, reconociendo adecuadamente las actividades finalizadas.
 - ✓ Entrenamiento a fin de conseguir un ajuste individuo-puesto de trabajo
-

Fuente: Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el trabajo. (2005, párr. 23-25).

Elaborado por: Mansanillas, T. (2017).

Sintetizando, pues, diré para culminar que las acciones a tomarse en cuenta para la prevención del *burnout* en el trabajador deben ser lideradas por la organización quien tiene el dominio de regular ciertos inconvenientes de los empleados en su puesto de trabajo; además, estas acciones pueden darse a nivel de la organización, interpersonal e individual.

CAPÍTULO 7
METODOLOGÍA

7.1 Objetivos

7.1.1 Objetivo general

- ✓ Identificar el nivel de prevalencia del Síndrome de *burnout* y la funcionalidad en el entorno familiar de los médicos, enfermeras/auxiliares de enfermería de una institución privada ubicada al nor-oriente de la ciudad de Loja durante el año 2017.

7.1.2 Objetivos específicos

- ✓ Determinar las características sociodemográficas, laborales, funcionalidad familiar, salud mental, afrontamiento, apoyo social y rasgos de personalidad en médicos y enfermeras/auxiliares de enfermería que prestan los servicios de salud en la institución privada ubicada al nor-oriente de la ciudad de Loja durante el año 2017.
- ✓ Identificar la prevalencia y los niveles de las tres dimensiones del síndrome de *burnout* (agotamiento emocional, despersonalización, realización personal) en médicos/as y enfermeras/auxiliares de enfermería.
- ✓ Determinar la relación del *burnout* sus dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, realización personal) y la funcionalidad familiar en los trabajadores de la salud.
- ✓ Identificar la relación del *burnout* sus dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, realización personal), el estado civil y número de hijos del personal sanitario.
- ✓ Establecer la relación entre el *burnout* sus dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, realización personal) y la salud general (síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión) de los participantes.
- ✓ Diseñar un programa de intervención psicosocial – familiar en función de los resultados encontrados.

7.2 Preguntas de investigación

- ✓ ¿Existió alguna relación entre la prevalencia del síndrome de *burnout* del personal de salud del y el funcionamiento familiar?

- ✓ ¿Cuál fue la prevalencia de las tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal) del síndrome de *burnout*?
- ✓ ¿Existió relación entre el *burnout*, sus dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal) y el estado civil y número de hijos de los participantes?
- ✓ ¿Cuál fue la relación entre el *burnout*, sus dimensiones y la funcionalidad familiar?

7.3 Contexto de estudio

La presente investigación fue llevada a cabo con la participación de médicos y enfermeras/auxiliares de enfermería de una institución de salud privada situada en el nororiente de la ciudad de Loja, esta institución se desarrolla y trabaja a través de ciertos principios institucionales como eficiencia, confianza, respeto responsabilidad, servicio, compromiso, ética, profesionalidad y dignidad, con el objetivo de brindar de forma integral la mejor atención en salud a las personas de la localidad, con calidad y tecnología científica, considerando que la salud tiene una dimensión biológica, psíquica y espiritual en el ser humano. Por este motivo, dicha entidad cuenta con un equipo humano comprometido y calificado con actitud de servicio y vocación docente, que contribuya al mejoramiento de las condiciones de salud de la población y a la generación y transmisión del conocimiento en el marco del humanismo cristiano.

Esta entidad es autónoma que posee recursos propios, y promueve a sus profesionales a actuar con ética y credibilidad, utilizando alta tecnología aplicada con criterios éticos, conservando un espíritu de equipo, siendo flexibles para la actualización, innovación y cambio, participando en formación continua, investigación y formación técnica y humana, orientando al servicio y beneficio de los pacientes y aportando responsabilidad social, ambiental y económica. Los servicios que brinda a la comunidad son: atención de emergencias las 24 horas, audiometría, electrocardiograma, espirometría, farmacia, hospitalización, instituto de Salud de la Migración, laboratorio clínico, medicina preventiva y chequeos, quirófano Inteligente, sala de partos, unidad de cuidados intensivos: Adulto y neonatal, unidad de tratamiento del dolor, consulta externa: 15 especialidades, radiografía, tomografía, ecografía y resonancia magnética.

7.4 Diseño de investigación.

La naturaleza de esta investigación, tuvo un enfoque **cuantitativo** ya que se usó la recolección de datos, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías (Hernández Sampieri, Fernández Collado, y Baptista, 2014).

La investigación fue **no experimental** puesto que no se manipularon las variables de objeto de estudio, sino que los fenómenos se observaron y analizaron tal y como ocurren en una realidad existente, con el objetivo de analizarlos.

El estudio tuvo un alcance **descriptivo** debido a que “busca especificar las propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice detallándolo cómo es y cómo se manifiestan” (Hernández Sampieri et al., 2014, p.92). Además, el estudio fue de tipo **correlacional** ya que ayudó a conocer la relación o grado de asociación que existieron entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular.

El estudio fue descriptivo ya que tuvo como propósito describir ciertas características y eventos que suceden en el personal de salud, detallando como fue y se manifestó el *burnout*. Y correlacional, ya que permitió conocer la relación del *burnout* con variables como funcionalidad familiar, sexo, número de hijos y estado civil.

En cuanto a la temporalidad, fue **retrospectivo** porque se evaluaron variables de eventos sucedidos en el pasado (es decir, antes de comenzar la investigación). Así mismo, tuvo un carácter **prospectivo** en la medida en que recogieron datos tras la aplicación del programa.

Finalmente, el estudio fue de tipo **transversal**, ya que se recolectó los datos en un único momento con el propósito de describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

7.5 Población y muestra

La población del presente estudio está conformada por el personal médico y de enfermería/auxiliares de enfermería de una Institución de salud privada ubicada al nor-oriente de la ciudad de Loja durante el año 2017. Para participar en la investigación, se identificó ciertos criterios de inclusión en el personal de salud para así establecer la muestra requerida.

Los participantes tenían que cumplir con características como: 1) Trabajar bajo relación de dependencia o como adscrito en la institución, 2) haber laborado en la institución más de 6 meses, 3) hombres y mujeres que presten sus servicios de salud en el área de medicina o

enfermería/auxiliar de enfermería, 4) experiencia de 1 año mínimo en el personal médico, 5) experiencia de 2 años mínimo en el personal de enfermería/auxiliar de enfermería y 6) firma de consentimiento informado para su participación en la investigación.

En cuanto a los criterios de exclusión, se suprimió al 1) personal que no ha laborado en la institución al menos 6 meses, 2) hombres y mujeres que no trabajen en áreas afines a medicina, enfermería/auxiliar de enfermería, 3) hombres y mujeres menores a 65 años, y 4) no firmar el consentimiento informado.

El tipo de muestreo que se llevó a cabo en el presente estudio fue **no probabilístico** ya que la elección de los elementos no dependió de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos de la investigación y **por conveniencia** debido a que se seleccionaron a los individuos que le convienen al investigador para la muestra. Esta conveniencia está formada por los casos disponibles a los cuales se tiene acceso (Hernández Sampieri et al., 2014).

Por tal razón, de los 55 profesionales de salud (médicos y enfermeras/auxiliares de enfermería) que se encontraban laborando en la institución de salud privada, 39 cumplieron con los criterios de elegibilidad para participar en la presente investigación. De la muestra aceptante, 31 profesionales accedieron a participar en el estudio, y los 8 restantes se rehusaron por diferentes razones.

Los motivos manifestados para no formar parte del estudio correspondían: a) falta de tiempo para dar respuesta a los instrumentos debido a sus actividades laborales, b) poco interés de participar en el estudio, y c) no se sentían a gusto compartiendo información personal.

La muestra recolectora de datos quedó conformada por 31 profesionales, el 52% de médicos y el 48 % de enfermeras/auxiliares de enfermería. El 100% de los participantes dieron respuesta a los cuestionarios, sin embargo, se tuvo que eliminar un cuestionario debido a que la edad de uno de los participantes no cumplía con los criterios de inclusión.

La muestra final quedó conformada por 30 profesionales de salud, en donde el 53.3% correspondían al personal médicos, de los cuales el 50% eran hombres y el otro 50% mujeres; mientras que el personal de enfermería/auxiliares de enfermería representaban el 46.6% del total de la muestra y el 100% eran mujeres.

Todos los profesionales que participaron en el presente estudio dieron su consentimiento informado, y lo hicieron de manera voluntaria sin ninguna presión. El trabajo se lo llevo a cabo tomando en cuenta los principios básicos de la última revisión de la Declaración de Helsinki.

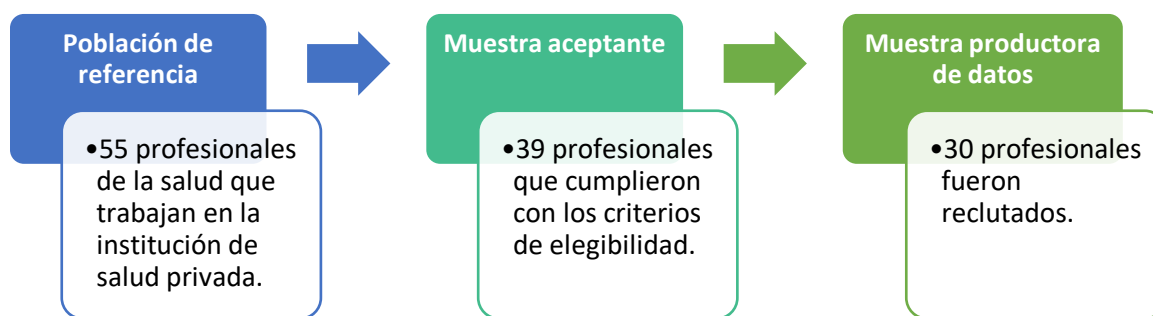


Figura 1: Población y muestra de estudio.

Fuente: Profesionales de salud (médicos, enfermeras/auxiliares de enfermería)

Elaborado por: Mansanillas, T. (2017)

7.6. Recursos

7.6.1. Humanos

- Participantes: Personal de salud de una casa de salud privada ubicada al nor-oriente de la ciudad de Loja.
- Investigadora: Tatiana Cecibel Mansanillas Rojas.
- Asesoría: Phd. Rocío Ramírez Zhindón.

7.6.2. Técnicos:

- Computadora
- Copiadora
- Impresora
- Internet
- Infocus
- Material de oficina

7.7. Instrumentos de investigación.

Para la realización del presente trabajo de investigación se utilizó una serie de instrumentos de medida, con el fin de recolectar información acerca de las características sociodemográficas, laborales, familiares y clínicas.

7.7.1. Cuestionario sociodemográfico y laboral AD-HOC

El cuestionario fue diseñado para la ejecución de la presente investigación y tiene como finalidad identificar datos sociodemográficos y laborales (trabajador y familia) del personal a evaluarse (ver Anexo 1), el mismo consta de preguntas acerca de la edad, género, estado civil, origen étnico, nivel educativo, número de hijos, profesión, años de experiencia, ingresos económicos, vivienda, núcleo familiar del personal de salud que presta sus servicios en el hospital.

7.7.2. Cuestionario de Maslach burnout Inventory (MBI)

En la investigación se empleó la versión española de Seisdedos, 1997, que está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional.

El instrumento se divide en tres subescalas, cada una de las cuales mide las tres dimensiones que configuran el constructo burnout: la subescala de agotamiento emocional está formada por 9 ítems referidos a una disminución o pérdida de recursos emocionales cuya puntuación máxima es de 54 puntos; la despersonalización está formada por 5 ítems que describen una respuesta fría e impersonal, falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos de la atención siendo la puntuación máxima de 30 puntos; la realización personal está compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo, y su puntuación máxima es de 48 puntos (ver Anexo 2). Para las respuestas se utiliza una escala de Likert con puntuaciones de 0 a 6, de forma que 0 explica que no sucede y 6 que ocurre frecuentemente en el individuo. En cuanto a las propiedades psicométricas, la consistencia interna o alfa de Cronbach del MBI oscila entre .70 a .90.

Este instrumento pretende medir principalmente la frecuencia y la intensidad con la que se sufre *el burnout*, por ende, las puntuaciones consideradas altas están entre 67 y 99, medias entre 34 y 66 y bajas entre 1 y 33. Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de *burnout*, es necesario señalar que en las personas que se puntúen alto en la sub-escala de cansancio emocional y despersonalización, y bajo en realización personal serán las que presenten *burnout* (Maslach y Jackson, 1986; Seisdedos, 1997).

7.7.3. Cuestionario de percepción del funcionamiento familiar [FF-SIL]; (De la Cuesta Freijomil, Pérez González, Louro Bernal y Días, 1994)

Es un instrumento autoadministrado elaborado por De la Cuesta Freijomil, Pérez González, Louro Bernal y Días (1994), que permite evaluar el funcionamiento familiar (dinámica relacional entre los integrantes de una familia) a través de la percepción de uno de los

miembros. El cuestionario consta de 14 ítems, que se dividen en 7 subescalas con 2 ítems por cada escala (ver Anexo 3). Las 7 subescalas corresponden a: cohesión (ítems 1 y 8) que evalúa la unión familiar tanto física como emocional al afrontar diferentes situaciones; armonía (ítems 12 y 13) mide la correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo; comunicación (ítems 5 y 11), evalúa como los integrantes de la familia son capaces de comunicar de forma clara y directa sus rutinas y experiencias; permeabilidad (ítems 7 y 12) indaga sobre la capacidad de la familia de ofrecer y acoger experiencias de otras familias; afectividad (ítems 3 y 14), evalúa la capacidad de los integrantes de la familia de compartir y manifestar sentimientos y emociones positivas unos a los otros; roles (ítems 3 y 9) indaga como cada miembro de la familia desempeña las responsabilidades y funciones tratadas por el núcleo familiar, y finalmente la adaptabilidad (ítems 6 y 10) que evalúa la destreza de la familia para cambios en la estructura de hogar, cambios con los roles y reglas ante un escenario que lo requiera (González, De la Cuesta Freijomil, Bernal y Veá, 1997).

El instrumento se responde en una escala ordinal tipo Likert de 5 alternativas de respuesta (de 1 a 5), interpretándose de la siguiente manera: casi nunca (1 punto), pocas veces (2 puntos), a veces (3 puntos), muchas veces (4 puntos), casi siempre (5 puntos). Al final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar, que fue finalmente el objetivo de este estudio: De 57 - 70 puntos: Familia Funcional De 43 - 56 puntos: Familia Moderadamente Funcional De 28 - 42 puntos: Familia Disfuncional De 14 - 27 puntos: Familia Severamente Disfuncional (Hernández-Castillo, Cargill-Foster y Gutiérrez-Hernández, 2012, p.18).

Contreras-García y González Ayamante (2015), encontraron una alta confiabilidad de este instrumento con un alfa de *Cronbach* cuyos rangos fueron desde .87 a 0,893.

7.7.4. Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire [GHQ-28]).

En este estudio se trabajó con la versión española de Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979. Es un cuestionario auto administrado que identifica los disturbios mentales menores y evalúa el grado de malestar emocional.

El cuestionario es una versión de 28 ítems utilizado principalmente para objetivos de investigación. Los 28 ítems proporcionan una puntuación total, generada por cuatro subescalas (síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión) y formada cada una de ellas por 7 ítems (ver Anexo 4). El método de puntuar el cuestionario es del tipo likert sencillo, con la siguiente puntuación asignada a cada columna 0-1-2-3 (Expósito, 2010). En cada pregunta el participante deberá indicar de acuerdo a las cuatro opciones que se

presentan como se siente actualmente en comparación con las últimas semanas. La puntuación oscila entre 0 y 28, en donde a más puntuación, mayor malestar. (Goldberg y Hillier, 1979; Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979).

7.7.5. La Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE/28).

Es una escala multidimensional autoadministrada que describe distintas conductas o estrategias de afrontamiento pasivo y activo, la cual posee 28 ítems repartidos en 14 subescalas (con dos ítems cada una): afrontamiento activo, planificación, apoyo instrumental, uso de apoyo emocional, auto distracción, desahogo, desconexión conductual, reinterpretación positiva, negación, aceptación, religión, uso de sustancias, humor y autoinculpación (ver Anexo 5).

Sirven para evaluar la manera de afrontamiento ante el estrés o situaciones difíciles, que se responde en una escala ordinal tipo Likert de 4 alternativas de respuesta (de 0 a 3), entre “nunca hago esto” a “hago siempre esto” con puntuaciones intermedias. Los resultados expresan que a mayor puntuación en cada subescala mayor utilización de la estrategia correspondiente. Este inventario cuenta con propiedades psicométricas adecuadas, con un alfa de Cronbach que oscila entre .50 y .80 para cada estrategia (Carver, 1997; Morán, Landero, y González, 2010).

7.7.6. Cuestionario de Apoyo Social MOS (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991).

El cuestionario fue elaborado por Sherbourne y Stewart (1991), diseñado como un cuestionario breve y auto-administrado que se utiliza para indagar la amplitud de la red social, es decir el apoyo social de la persona (ver Anexo 6). El mismo consta de 20 ítems, el primero se refiere a la amplitud de su red social y los otros 19 ítems hacen referencia a cuatro dimensiones: apoyo emocional, el cual evalúa el número de personas que conforma la red de apoyo social (amigos y familiares); material o instrumental, caracterizado por la conducta o material de apoyo; afectivo; apoyo social positiva: caracterizado por la disponibilidad de individuos con los cuales hacer cosas divertidas y pasarla bien; y apoyo afectivo: caracterizado por las expresiones de amor y afecto (Requena, Salamero y Gil, 2007).

Es una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta, que se puntúan de 1 (nunca) a 5 (siempre). A mayor puntuación, más alto es el nivel de apoyo social percibido, la consistencia

interna para la puntuación total es de ($\alpha = .97$) y para las subescalas oscila entre .91 y .96 (Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, 2005; Sherbourne y Stewar, 1991).

7.7.7. Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado-Abreviado (Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated [EPQR-A]; Francis, Brown y Philipchalk, 1992).

Francis, Brown y Philipchalk en 1992 elaboraron este un instrumento que tiene como fin evaluar la personalidad del individuo. El EPQR-A es un cuestionario autoadministrado que está compuesto por 24 ítems en total, este se divide en cuatro subescalas: Neuroticismo, psicoticismo, extraversión y sinceridad. Cada subescala consta de 6 ítems. El formato de respuesta es dicotómica de Sí (1) y No (0), con puntuaciones para cada subescala entre 0 y 6 puntos, interpretándose que a mayor puntuación en cada rasgo mayor presencia del mismo (ver Anexo 7). Las subescalas de neuroticismo, psicoticismo y extroversión miden principalmente rasgos de personalidad, mientras que la subescala de sinceridad evalúa la tendencia a mentir.

Sandín, Valiente, Chorot y German (2002) encontraron una consistencia interna (alfa de Cronbach), por cada escala: para el Neuroticismo = .78, Extroversión = 0.74, Psicoticismo = .63 y Sinceridad = .54, concluyendo que las dimensiones de neuroticismo y extroversión tiende a ser más consistentes que las de psicoticismo y sinceridad.

7.8. Procedimiento

El origen y evolución de la presente investigación incluyo en tres fases claramente diferenciadas:

Fase pre- trabajo de campo

- Contacto con la institución.- Acercamiento a la institución para solicitar el permiso correspondiente a través de una carta enviada por la Coordinadora de la Maestría de Terapia Familiar al Director Médico del hospital que formaría parte de la investigación explicando los objetivos del proyecto, la finalidad de la aplicación de cada uno de los cuestionarios y las actividades a realizarse en el presente estudio.
- Capacitación de evaluadora:
 - Se realizó un entrenamiento en los cuestionarios a aplicar por parte de la directora del trabajo de fin de máster.
 - Se efectuó la autoadministración de todos los instrumentos a utilizarse en el estudio para determinar el tiempo de duración de su aplicación.

- Validación lingüística con el fin para comprobar si cada cuestionario mide lo que pretende medir considerando la posibilidad de que pudiesen existir palabras que no eran de uso frecuente en Ecuador.
- La formación para llevar a cabo todo el proceso de evaluación fue realizada por la directora a cargo y tuvo una duración de 12 horas en las cuales se realizaron todas las actividades antes mencionadas
- Planificación de estrategia de trabajo de campo:
 - Para este punto se realizó un acercamiento a la persona encargada del hospital quien confirmó su participación en la investigación, y nos dirigió al departamento de talento humano para que se nos pueda facilitar información relevante para el estudio.
 - Desde el departamento de talento humano se nos hizo conocer sobre la población y los horarios laborales de la institución. Previo a la evaluación se nos solicitó la elaboración de cronogramas para la aplicación de los instrumentos, en el mismo se nos solicitó realizar grupos de 8-10 personas para la realización de una capacitación y aplicación colectiva de los instrumentos.
 - Contemplando los criterios de inclusión y exclusión se elaboraron los cronogramas que luego fueron revisados conjuntamente con la encargada de talento humano y se estableció fechas, horarios y el lugar de la aplicación. Una vez concretado los detalles de la aplicación, la jefa de talento humano procedió a informar al personal de la casa de salud mediante correo electrónico sobre la investigación y la importancia de su participación, a esto se adjuntó los cronogramas para que puedan asistir a las capacitaciones los días señalados.

Fase de trabajo de campo

- Inicio de las evaluaciones según el cronograma establecido previamente con el jefe de talento humano del hospital.
- Previo a la aplicación de los cuestionarios se hizo la entrega del consentimiento informado al participante, en el cual se informó sobre datos relevantes de la presente investigación como: objetivo de la investigación, procedimientos del estudio, beneficios para los participantes, riesgos y molestias, confidencialidad de los datos, y finalmente se dejó claro que su participación será anónima y voluntaria en caso de participar.
- El investigador previamente entrenado aplicó los instrumentos colectivamente en una sola sesión según el cronograma establecido; la aplicación se la realizó en la sala de reuniones de dicha institución y tuvo una duración de 40 a 45 minutos. Debido a la inasistencia de algunos profesionales por inconvenientes con el horario de evaluación,

se decidió realizar visitas personalizadas a cada uno de sus lugares de trabajo (consultorios, hospitalización, emergencias, etc.), para esto el personal de talento humano nos ayudó agendar citas y nos compartió horarios del personal que faltaba evaluar para realizar las respectivas visitas.

- El periodo de evaluación tuvo una duración de 2 meses en los cuales de los 39 invitados a participar en la investigación, acudieron y participaron de las evaluaciones 30 profesionales de la casa de salud.

Fase post- trabajo de campo

- Depuración de los datos revisando los cuestionarios que estuvieron contestados en su totalidad, de manera correcta y teniendo coherencia en sus respuestas.
- Ingreso de datos y análisis de datos en el SPSS-23 para realizar los análisis descriptivos. Además se utilizó las puntuaciones continuas para efectuar las correlaciones de Pearson.
 - Valoración de la descripción de variables sociodemográficas, laborales y clínicas; presentación de variables cuantitativas con medias y frecuencias.
 - Valoración de las dimensiones del *burnout* se las ha presentado con medias y frecuencias de alto, medio y bajo en cada una de las dimensiones.
 - Correlaciones entre las variables de *burnout*, dimensiones y funcionamiento, estado civil, número de hijos y salud mental.
- Elaboración de programa de intervención psicosocial familiar dirigido al personal de salud de la institución privada.

CAPÍTULO 8
RESULTADOS

Los resultados que se muestran a continuación están divididos en dos apartados importantes: el primero que corresponde a las características sociodemográficas, laborales, funcionalidad familiar, malestar emocional, apoyo social, afrontamiento y rasgos de personalidad del personal de salud evaluado, y el segundo que abarca información sobre la prevalencia del síndrome de *burnout* y cada una de sus dimensiones, relación del *burnout* y sus dimensiones con la funcionalidad familiar, el estado civil, número de hijos.

8.1 Características sociodemográficas, laborales, funcionalidad familiar, malestar emocional, apoyo emocional, afrontamiento y rasgos de personalidad del personal de salud evaluado.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

Variables	Profesión			
	Médicos		Enfermeras	
	N	%	N	%
Sexo				
Hombre	8.0	50.0	0.0	0.0
Mujer	8.0	50.0	14.0	100.0
Edad				
<i>M</i>	35.7		36.5	
<i>DT</i>	7.1		5.6	
Max	48.0		43.0	
Min	26.0		28.0	
Número de hijos/as				
<i>M</i>	0.9		1.9	
<i>DT</i>	0.9		1.2	
Max	2.0		3.0	
Min	0.0		0.0	
Etnia				
Mestizo/a	16.0	100.0	14.0	100.0
Estado civil				
Soltero/a	6.0	37.5	6.0	42.9
Casado/a	9.0	56.3	6.0	42.9
Divorciado/a	0.0	0.0	1.0	7.1
Unión libre	1.0	6.3	1.0	7.1

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC

Elaborado por: Mansanillas T. (2017).

En la tabla 1 se puede observar las características sociodemográficas de los profesionales de salud que participaron en la investigación. De los datos obtenidos se evidenció que en la variable sexo existió una igualdad en el personal médico ya que el 50 % fueron hombres y el otro 50% mujeres, en relación al personal de enfermería/auxiliares de enfermería en el cual el 100% de los participantes fueron mujeres. Con respecto a la edad no existieron diferencias significativas ya que en el personal médico la edad promedio es de 35.7 y del personal de enfermería/auxiliares de enfermería de 36.5. El promedio de número de hijos en los médicos

es de 0.9 en relación al personal de enfermería/auxiliares de enfermería que es de 1.9. En el personal de médicos y enfermería/auxiliares de enfermería la etnia que prevalece es la mestiza con el 100% en ambos casos. Respecto a la variable de estado civil el 56.3% de los médicos estaban casados y el 37.5% solteros, mientras que en el personal de enfermería/auxiliares de enfermería el 42.9% estaban solteras y el 42.9% casadas.

Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud

Variables	Profesión			
	Médicos		Enfermeras	
	N	%	N	%
Ingresos mensuales				
0 a 1000	2.0	12.5	14.0	100.0
1001 a 2000	7.0	43.8	0.0	0.0
2001 a 3000	4.0	25.0	0.0	0.0
3001 a 4000	3.0	18.8	0.0	0.0
Experiencia profesional				
<i>M</i>	7.9		9.5	
<i>DT</i>	6.1		6.4	
Max	20.0		18.0	
Min	1.0		2.0	
Sector en el que trabaja				
Público	0.0	0.0	0.0	0.0
Privado	15.0	93.8	14.0	100.0
Ambos	1.0	6.3	0.0	0.0
Tipo de contrato				
Plazo fijo	3.0	18.8	2.0	14.3
Nombramiento	12.0	75.0	12.0	85.7
Servicios profesionales	1.0	6.3	0.0	0.0
Horas de trabajo/día				
<i>Media</i>	8.4		7.9	
<i>DT</i>	1.7		0.5	
Max	12.0		8.0	
Min	5.0		6.0	
Nº de pacientes/día				
<i>Media</i>	11.8		7.5	
<i>DT</i>	5.9		8.0	
Max	20.0		30.0	
Min	4.0		1.0	
Recursos Institucionales				
Totalmente	9.0	56.3	5.0	35.7
Mediadamente	7.0	43.8	9.0	64.3
Poco	0.0	0.0	0.0	0.0
Nada	0.0	0.0	0.0	0.0
Turnos				
Si	8.0	50.0	13.0	92.9
No	8.0	50.0	1.0	7.1

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC

Elaborado por: Mansanillas T. (2017).

Las características laborales de los participantes se pueden apreciar en la tabla 2. La primera variable que corresponde a la remuneración salarial en la cual el 43.8% de los médicos reciben una categoría de ingresos de 1001 a 2000\$ y el 25% de 2001 a 3000\$, mientras que en el

personal de enfermería/auxiliares de enfermería el 100% de la muestra recibe una remuneración que oscila de 0 a 1000\$. En la variable de experiencia profesional la media de edad en años de experiencia en los médicos es de 7.9% con un máximo de años de 20 y un mínimo de 1 año, mientras que en el personal de enfermería/auxiliar de enfermería la media de edad en años de experiencia es de 9.5% con un máximo de 18 años y un mínimo de 2 años. En cuanto a la variable correspondiente al sector en el que trabaja el 93.8% de los médicos y el 100% del personal de enfermería/auxiliar de enfermería trabaja en el sector privado.

El tipo de contrato que predominó en los médicos es el nombramiento con un 75% seguido por plazo fijo con un 18.8% y en el personal de enfermería/auxiliar de enfermería prevalece el nombramiento con un 85.7% seguido por plazo fijo con un 14.3%. Con respecto a las horas de trabajo al día, la media de horas de trabajo diarias en los médicos es de 8.4 horas con un máximo de 12 horas y un mínimo de 5, mientras que en el personal de enfermería/auxiliar de enfermería la media de horas de trabajo diarias es de 7.9 horas con un máximo de 8 horas y un mínimo de 6. En relación a la variable de números de pacientes atendidos al día, la media del número de pacientes atendidos en los médicos es de 11.8% oscilando entre un mínimo de 4 y un máximo de 20 pacientes diarios, mientras que en el personal de enfermería/auxiliar de enfermería la media del número de pacientes atendidos es de 7.5 con un máximo de 30 pacientes y un mínimo de 1.

En cuanto a la variable de recursos que brinda la institución a los participantes para su desempeño el 56.3% de los médicos y el 35.7 % del personal de enfermería/auxiliar de enfermería señalan que totalmente se provee los recursos, mientras que el 43.8% de los médicos y el 64.3% del personal de enfermería/auxiliar de enfermería indican que medianamente la institución proporciona los recursos necesarios para la realización de su trabajo. Respecto a la variable de trabajo por turnos el 50% de los médicos expresó que si trabaja por turnos en relación al 50% restante que no lo hace, mientras que el 92.9% del personal de enfermería/auxiliar de enfermería indicó que si trabajan por turnos.

Tabla 3. Dimensiones cuestionario de funcionalidad familiar (FF-SIL).

Variables	Profesión
-----------	-----------

	Médico				Enfermero/a			
	Media	D.T.	Máx.	Mín.	Media	D.T.	Máx.	Mín.
<u>Cohesión</u>	9.56	.63	10.00	8.00	9.29	.99	10.00	7.00
<u>Armonía</u>	9.31	.87	10.00	7.00	8.57	1.16	10.00	6.00
<u>Comunicación</u>	8.63	1.75	10.00	3.00	8.43	1.16	10.00	7.00
<u>Permeabilidad</u>	7.63	2.00	10.00	4.00	7.14	1.56	10.00	5.00
<u>Afectividad</u>	9.44	.73	10.00	8.00	9.43	1.02	10.00	7.00
<u>Roles</u>	8.69	1.20	10.00	7.00	8.36	1.74	10.00	5.00
<u>Adaptabilidad</u>	8.06	1.61	10.00	4.00	7.07	1.21	10.00	5.00
<u>Funcionamiento familiar</u>	61.31	6.09	67.00	42.00	58.29	5.92	68.00	46.00

Fuente: Cuestionario de Percepción del funcionamiento familiar [FF-SIL].

Elaborado por: Mansanillas, T. (2017).

En lo referente a las dimensiones de la funcionalidad familiar se puede evidenciar en los médicos una media muy alta en la sub escala de cohesión con un 9.56% seguido por afectividad con un 9.44% y armonía con un 9.31, en relación a las sub escalas con puntajes más bajos encontramos a la escalada de adaptabilidad con un 8.06% y permeabilidad con un 7.63%; mientras que en el personal de enfermería/auxiliares de enfermería las sub escalas con una media muy alta es la de afectividad con 9.43% seguido de la cohesión con un 9.29% y las más bajas encontramos a permeabilidad con un 7.14% y adaptabilidad con un 7.07%.

Tabla 4. Percepción de funcionalidad familiar.

Variables	Profesión				
	Médico		Enfermero/a		
	N	%	N	%	
Funcionamiento familiar	<u>Familia severamente disfuncional</u>	0	0.0%	0	0.0%
	Familia disfuncional	1	6.3%	1	7.1%
	<u>Familia moderadamente funcional</u>	0	0.0%	5	35.7%
	<u>Familia funcional</u>	15	93.8%	8	57.1%

Fuente: Cuestionario de percepción del funcionamiento familiar [FF-SIL].

Elaborado por: Mansanillas, T. (2017).

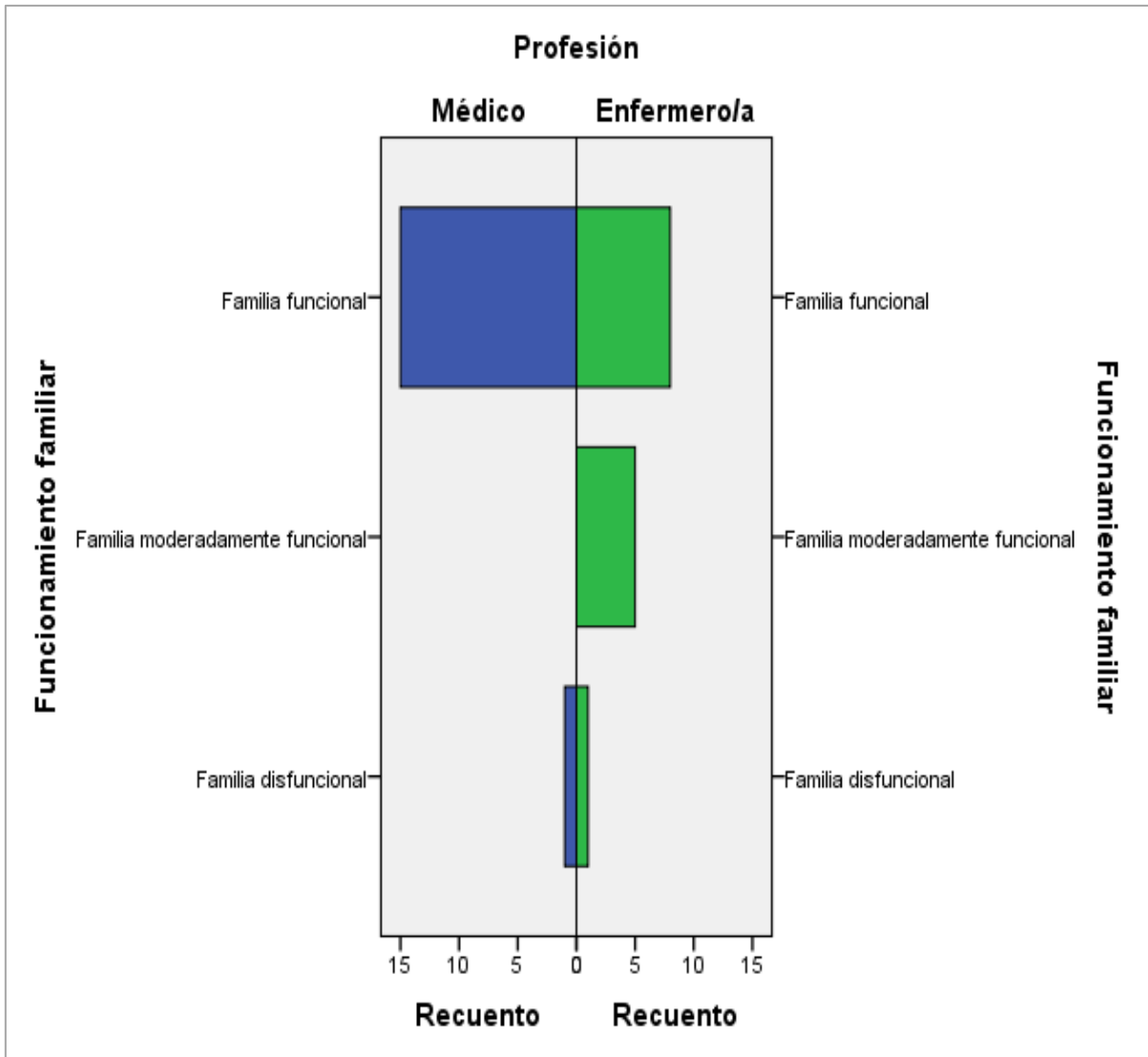


Figura 1: Histograma de funcionalidad familiar en médicos y enfermeras del personal de salud.

Fuente: Cuestionario de percepción del funcionamiento familiar [FF-SIL].

Elaborado por: Mansanillas, T. (2017).

En la tabla 4 se puede visualizar la percepción de funcionalidad familiar de los participantes en la cual el 93% de los médicos se situó en la categoría de familia funcional, mientras que en el personal de enfermería/auxiliares de enfermería el 57.1% se ubicó en la categoría de familia funcional y el 35.7% en la categoría de familia moderadamente funcional. Además, en la figura 1 se puede visualizar la percepción de funcionamiento familiar que tienen los médicos y enfermeras/auxiliares de enfermería de la institución.

Tabla 5. Malestar emocional de los profesionales de la salud.

Variables		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	%	N	%
Síntomas somáticos	No caso	9	56.3%	5	35.7%
	Caso	7	43.8%	9	64.3%
Ansiedad	No caso	12	75.0%	4	28.6%
	Caso	4	25.0%	10	71.4%
Disfunción social	No caso	15	93.8%	14	100.0%
	Caso	1	6.3%	0	0.0%
Depresión	No caso	15	93.8%	13	92.9%
	Caso	1	6.3%	1	7.1%

Fuente: Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire [GHQ-28]; Goldberg y Hillier, 1979)

Elaborado por: Mansanillas, T. (2017).

Con relación a la salud general en la tabla 5 se puede apreciar que los síntomas que más se presentaron en la aplicación del instrumento fueron los síntomas somáticos y ansiedad; en lo referente a los síntomas somáticos se puede evidenciar una diferencia del 20 % con un 43.8% en los médicos y el 64.3% en las enfermeras/auxiliares de enfermería, mientras que en la escala de ansiedad la diferencia es muy significativa con un 46.4 % entre el personal médico con un 25% y un 71.4% en el personal de enfermería/auxiliares de enfermería.

Tabla 6. Percepción del apoyo social de los profesionales de la salud.

Variables	Profesión							
	Médico				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Apoyo emocional	89.69	13.35	100.00	57.50	69.64	24.00	97.50	35.00
Apoyo instrumental	92.50	14.26	100.00	50.00	65.71	29.73	100.00	25.00
Relaciones sociales	94.38	11.09	100.00	65.00	70.00	22.36	100.00	40.00
Amor y cariño	93.75	15.49	100.00	40.00	79.52	23.89	100.00	33.33

Fuente: Cuestionario de Apoyo Social MOS (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991).

Elaborado por: Mansanillas, T. (2017).

En relación al apoyo social se pudo observar que la variable con la media más alta en los médicos es la de relaciones sociales con un 94.38% seguido por amor y cariño con un 93.75%, mientras que para el personal de enfermería/auxiliares de enfermería la media más alta la obtuvo la variable de amor y cariño con un 79.52% seguido por las relaciones sociales con un 70%. Asimismo los médicos obtuvieron una media de 92.5% en apoyo instrumental y un

89.69% en apoyo emocional, en relación al personal de enfermería/auxiliares de enfermería que obtuvieron una media de 69.64% en apoyo emocional y un 65.71% en apoyo instrumental.

Tabla 7. Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud.

Variables	Profesión							
	Médico				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Auto distracción	2.31	1.49	5.00	,00	1.50	1.56	5.00	,00
Afrontamiento activo	2.44	1.46	5.00	,00	2.43	2.14	6.00	,00
Negación	.81	1.11	3.00	,00	.50	.76	2.00	,00
Uso de sustancias	.44	1.03	4.00	,00	.07	.27	1.00	,00
Apoyo emocional	1.38	1.71	4.00	,00	1.07	1.54	4.00	,00
Apoyo instrumental	1.31	1.82	5.00	,00	1.36	1.60	5.00	,00
Retirada de comportamiento	.81	1.28	4.00	,00	1.07	1.14	3.00	,00
Desahogo	1.31	1.49	4.00	,00	1.43	1.28	4.00	,00
Replanteamiento positivo	2.88	2.06	6.00	,00	2.00	1.80	6.00	,00
Planificación	2.63	1.89	5.00	,00	2.00	1.57	5.00	,00
Humor	1.75	1.65	5.00	,00	1.21	1.42	5.00	,00
Aceptación	2.56	2.10	6.00	,00	1.21	1.31	4.00	,00
Religión	2.38	1.78	6.00	,00	2.64	1.91	6.00	,00
Culpa de sí mismo	2.00	1.55	5.00	,00	1.57	1.34	4.00	,00

Fuente: Inventario COPE-28 (Brief COPE; Carver, 1997).

Elaborado por: Mansanillas, T. (2017).

En cuanto a las estrategias de afrontamiento se pudo determinar que en la muestra de los médicos la media de las variables que más sobresalen es la de replanteamiento positivo con un 2.88, planificación con un 2.63, aceptación con un 2.56 y afrontamiento activo con un 2.44, mientras que en el personal de enfermería/auxiliares de enfermería la media que resalta es la religión con un 2.64 seguido por afrontamiento activo con un 2.43 y replanteamiento positivo y planificación con un 2.0.

Tabla 8. Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud.

Variables	Profesión							
	Médico				Enfermero/a			
	M	DT.	Máx.	Mín.	M	DT.	Máx.	Mín.
<u>Neuroticismo</u>	1.81	1.33	5.00	.00	2.07	1.44	4.00	.00
<u>Extroversión</u>	4.25	1.73	6.00	1.00	3.50	1.74	6.00	1.00
<u>Psicoticismo</u>	1.31	.79	3.00	.00	2.00	.96	3.00	.00

Fuente: Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado-Abreviado.

Elaborado por: Mansanillas, T. (2017).

Con respecto a los rasgos de personalidad, el rasgo que obtuvo una media más alta fue el de extroversión en ambos casos con un 4.25% en los médicos y un 3.50% en las enfermeras /auxiliares de enfermería, seguido de neuroticismo con una media de 1.81% en los médicos y un 2.07% en las enfermeras /auxiliares de enfermería, y finalmente el psicoticismo con un 1.31% en médicos y un 2.0% en las enfermeras /auxiliares de enfermería.

8.2 Prevalencia del síndrome de burnout y cada una de sus dimensiones.

Tabla 9. Casos de *burnout* en los profesionales de la salud.

Variables		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	%	N	%
<i>Burnout</i>	<u>No presencia</u>	16	100.0%	14	100.0%
	<u>Presencia</u>	0	0.0%	0	0.0%

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]).

Elaborado por: Mansanillas, T. (2017)

En la tabla 9 se muestran los resultados obtenidos de la aplicación del MBI, en el mismo se puede evidenciar que del 100% del personal médico y enfermeras/auxiliares de enfermería no se reporta ningún caso de presencia del síndrome de *burnout*.

Tabla 10: Dimensiones del *burnout* en los profesionales de la salud

Variables		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	%	N	%
Agotamiento emocional	Bajo	7	43.8%	7	50.0%
	Medio	4	25.0%	5	35.7%
	Alto	5	31.3%	2	14.3%
Despersonalización	Bajo	5	31.3%	10	71.4%
	Medio	9	56.3%	4	28.6%
	Alto	2	12.5%	0	0.0%
Realización personal	Bajo	3	18.8%	7	50.0%
	Medio	3	18.8%	2	14.3%
	Alto	10	62.5%	5	35.7%

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]).

Elaborado por: Mansanillas, T. (2017).

En relación a cada una de las dimensiones del MBI, se puede observar que en la dimensión *de agotamiento emocional* el 31.3% de los médicos y el 14.3% de las enfermeras/auxiliares de enfermería obtuvieron un porcentaje alto; mientras que en *despersonalización* el 12.5% de los médicos obtuvo una puntuación alta en esta dimensión, a diferencia del personal de enfermería/auxiliares de enfermería en donde no se obtuvo ninguna puntuación alta valorando 0 en esta variable. Finalmente, el 18.8% de los médicos y el 50% del personal de enfermería/auxiliares de enfermería obtuvieron una puntuación baja en *realización personal*.

8.3 Relación entre el burnout y funcionamiento familiar: análisis correlacional

Tabla 11. Correlaciones entre las dimensiones del *burnout* y funcionamiento familiar en el personal médico.

Variables	Funcionamiento familiar		
	<i>r</i>	<i>p</i>	N
<u>Agotamiento emocional</u>	-.592*	.016	16
<u>Despersonalización</u>	-.213	.428	16
<u>Realización personal</u>	-.032	.906	16

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]) y cuestionario de percepción del funcionamiento familiar [FF-SIL].

Elaborado por: Mansanillas, T. (2017).

En la tabla 11 se muestran la relación entre las dimensiones del burnout y el funcionamiento familiar, en la misma se halló una correlación negativa significativa con la dimensión de agotamiento emocional y el funcionamiento familiar, $r(16) = -.592, p = .016$ (ver tabla 11). Es decir, mientras exista un mayor funcionamiento familiar en los médicos menor será el agotamiento emocional que presentan en sus actividades. En referencia a la relación entre la dimensión de despersonalización y funcionamiento familiar no se encontró una correlación significativa entre dichas variables, $r(16) = -.213, p = .428$. De igual manera no se halló una correlación significativa con la dimensión de realización personal y el funcionamiento familiar $r(16) = -.032, p = .906$.

Tabla 12. Correlaciones entre las dimensiones del *burnout* y funcionamiento familiar en el personal de enfermería/auxiliares de enfermería

Variables	Funcionamiento familiar		
	<i>R</i>	<i>p</i>	N
<u>Agotamiento emocional</u>	-.201	.491	14
<u>Despersonalización</u>	-.065	.825	14
<u>Realización personal</u>	.624*	.017	14

Fuente: Inventario de *burnout* de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]) y cuestionario de percepción del funcionamiento familiar [FF-SIL].

Elaborado por: Mansanillas, T. (2017)

En relación a las dimensiones del *burnout* y funcionamiento familiar en el personal de enfermería/auxiliares de enfermería no se encontró una correlación significativa entre la dimensión de agotamiento emocional y funcionamiento familiar $r(14) = -.201, p = .491$. Igualmente en la dimensión de despersonalización y funcionamiento familiar no se halló una correlación significativa $r(14) = -.065, p = .825$. En referencia a la relación existente entre la dimensión de realización personal y funcionamiento familiar como se muestra en la tabla 12 se encontró una correlación significativa entre estas variables, $r(14) = .424, p = .017$. Por consiguiente si la persona posee una mayor realización personal mayor será su funcionamiento familiar.

8.4. Relación entre las dimensiones del burnout, el estado civil y el número de hijos: análisis correlacional

Tabla 13. Correlaciones entre las dimensiones del *burnout* y el estado civil en el personal médico.

		Estado civil		Chi-cuadrado	P
		Solteros	Casados		
		Recuento	Recuento		
<u>Agotamiento emocional</u>	Medio/Bajo	2	9	5.605	0.018
	Alto	4	1		
<u>Despersonalización</u>	Medio/Bajo	4	10	3.810	0.051
	Alto	2	0		
<u>Realización personal</u>	Medio/Bajo	1	2	0.027	0.869
	Alto	5	8		

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]) y Cuestionario sociodemográfico AD HOC.

Elaborado por: Mansanillas, T. (2017).

En cuanto a las dimensiones del *burnout* y es estado civil de los médicos no se halló una correlación significativa entre las dimensiones de despersonalización y estado civil $r(16) = .816$, $p = .051$ y realización personal y estado civil $r(16) = .027$, $p = .086$ (véase en la tabla 13). No obstante, en la dimensión de agotamiento emocional se encontró una correlación significativa con el estado civil $r(16) = .605$, $p = .018$. Es decir que existen diferencias significativas entre el grupo de los solteros y casados, siendo el grupo de los solteros los que se encuentran más agotados.

Tabla 14. Correlaciones entre las dimensiones del *burnout* y el estado civil en el personal de enfermería/auxiliares de enfermería.

		Estado civil		Chi-cuadrado	P
		Solteros	Casados		
		Recuento	Recuento		
<u>Agotamiento emocional</u>	Medio/Bajo	6	6	0	1
	Alto	1	1		
<u>Despersonalización</u>	Medio/Bajo	7	7	-	-
	Alto	0	0		
<u>Realización personal</u>	Medio/Bajo	4	3	0.286	1
	Alto	3	4		

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]) y Cuestionario sociodemográfico AD HOC.

Elaborado por: Mansanillas, T. (2017).

En la tabla 14 se muestra que no se encontró ninguna relación significativa entre las tres dimensiones del MBI y el estado civil del personal de enfermería/auxiliares de enfermería. Los datos obtenidos son los siguientes: Agotamiento emocional y estado civil $r(14) = .0$, $p = .1$; no se encontró ningún resultado en la dimensión de despersonalización y estado civil, y finalmente la realización personal y estado civil $r(14) = .028$, $p = .1$.

Tabla 15. Correlaciones entre las dimensiones del *burnout* y el número de hijos en el personal médico

Dimensiones	Número de hijos		
	<i>r</i>	<i>P</i>	N
<u>Agotamiento emocional</u>	-.190	.480	16
<u>Despersonalización</u>	-.360	.171	16
<u>Realización personal</u>	.015	.957	16

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]) y Cuestionario sociodemográfico AD HOC.

Elaborado por: Mansanillas, T. (2017)

Como se puede observar en la tabla 15 no se encontró ninguna relación significativa entre cada una de las tres dimensiones del MBI y el número de hijos del personal médico. Los datos obtenidos son los siguientes: Agotamiento emocional y número de hijos $r(16) = -.190$, $p = .480$ correlación no significativa negativa; Despersonalización y número de hijos correlación no significativa negativa $r(16) = -.360$, $p = .171$; Realización personal y número de hijos $r(16) = .015$, $p = .957$ no significativa

Tabla 16. Correlaciones entre las dimensiones del *burnout* y el número de hijos en el personal de enfermería/auxiliares de enfermería

Dimensiones	Número de hijos		
	<i>R</i>	<i>p</i>	N
<u>Agotamiento emocional</u>	.318	.268	14
<u>Despersonalización</u>	.228	.433	14
<u>Realización personal</u>	.421	.134	14

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]) y Cuestionario sociodemográfico AD HOC.

Elaborado por: Mansanillas, T. (2017)

Igualmente no se encontró ninguna relación significativa entre cada una de las tres dimensiones del MBI y el número de hijos en personal de auxiliares de enfermería/auxiliares de enfermería. En la dimensión de agotamiento emocional y número de hijos no se encontró significancia entre las variables $r(14) = .318$, $p = .268$. En relación a la despersonalización y

número de hijos no se encontró una correlación estadísticamente significativa entre dichas variables, $r(14) = .2288$, $p = .433$. Realización personal y síntomas somáticos $r(14) = .421$, $p = .134$ correlación no significativa.

8.5. Relación entre las dimensiones del burnout y la salud general: análisis correlacional.

Tabla 17. Correlaciones entre las dimensiones del *burnout* y los síntomas somáticos en el personal médico.

Dimensiones	Síntomas somáticos		
	<i>r</i>	<i>P</i>	n
<u>Agotamiento emocional</u>	.692**	.003	16
<u>Despersonalización</u>	.396	.129	16
<u>Realización personal</u>	-.330	.212	16

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]) y Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire [GHQ-28]; Goldberg y Hillier, 1979)

Elaborado por: Mansanillas, T. (2017).

En lo referente a la relación entre las dimensiones del *burnout* y los síntomas somáticos en los médicos, se encontró una relación negativa significativa entre la dimensión de los síntomas somáticos y agotamiento emocional $r(16) = .629$, $p = .003$ (véase tabla 17). Es decir, mientras mal alto sea su agotamiento emocional más elevados serán los síntomas somáticos.

En lo que respecta a la relación entre los síntomas somáticos y despersonalización no se encontró una correlación estadísticamente significativa entre dichas variables, $r(16) = .396$, $p = .129$. De igual manera no se encontró una correlación significativa entre la dimensión de síntomas somáticos y realización personal $r(16) = -.330$, $p = .212$.

Tabla 18. Correlaciones entre las dimensiones del *burnout* y ansiedad en el personal médico.

Dimensiones	Ansiedad		
	<i>r</i>	<i>p</i>	n
<u>Agotamiento emocional</u>	.526*	.036	16
<u>Despersonalización</u>	.370	.158	16
<u>Realización personal</u>	-.031	.910	16

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]) y Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire [GHQ-28]; Goldberg y Hillier, 1979)

Elaborado por: Mansanillas, T. (2017).

En cuanto a la relación entre la ansiedad y dimensiones del *burnout* en médicos, se halló una correlación positiva significativa, $r(16) = .526$, $p = .036$ entre la ansiedad y el agotamiento emocional. Por consiguiente, mientras más ansiedad presenten los sujetos es más probable que exista mayor agotamiento emocional. Con respecto a la relación entre la ansiedad y despersonalización no se encontró una relación significativa entre estas variables $r(16) = .370$, $p = .158$. Al igual que la ansiedad y la dimensión de realización personal $r(16) = -.031$, $p = .910$ en el cual no se evidenció significancia entre dichas variables.

Tabla 19. Correlaciones entre las dimensiones del *burnout* y disfunción social en el personal médico.

Dimensiones	Disfunción social		
	<i>r</i>	<i>P</i>	N
<u>Agotamiento emocional</u>	.639**	.008	16
<u>Despersonalización</u>	.375	.153	16
<u>Realización personal</u>	-.066	.809	16

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]) y Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire [GHQ-28]; Goldberg y Hillier, 1979)

Elaborado por: Mansanillas, T. (2017).

Como se puede observar en la tabla 19 se encontró una correlación positiva significativa en los médicos $r(16) = .639$, $p = .008$ entre la dimensión de agotamiento emocional y la disfunción social. Por lo tanto, mientras exista mayor presencia de agotamiento emocional mayor será la disfunción social que muestren los sujetos. En la dimensión de despersonalización y agotamiento emocional no se encontró una correlación significativa $r(16) = .375$, $p = .153$. En consideración con la relación la realización personal y la disfunción social no se halló una correlación significativa entre las mismas, $r(16) = -.066$, $p = .809$.

Tabla 20. Correlaciones entre las dimensiones del *burnout* y depresión en el personal médico.

Dimensiones	Depresión		
	<i>r</i>	<i>P</i>	N
<u>Agotamiento emocional</u>	.655**	.006	16
<u>Despersonalización</u>	.357	.174	16
<u>Realización personal</u>	-.132	.625	16

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]) y Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire [GHQ-28]; Goldberg y Hillier, 1979)

Elaborado por: Mansanillas, T. (2017).

En la tabla 20 se puede evidenciar una correlación significativa positiva entre la depresión y la dimensión de agotamiento emocional del MBI $r(16) = .655$, $p = .006$. Es decir, mientras mayor depresión experimente el sujeto tiene mayor probabilidad de agotarse emocionalmente. En cuanto a la depresión y la despersonalización no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas $r(16) = .357$, $p = .174$, al igual que la depresión y la realización personal en las que no se halló ningún tipo de significancia $r(16) = -.132$, $p = .625$.

Tabla 21. Correlaciones entre las dimensiones del *burnout* y los síntomas somáticos en el personal de enfermería/auxiliares de enfermería

Dimensiones	Síntomas somáticos		
	<i>r</i>	<i>p</i>	n
<u>Agotamiento emocional</u>	.013	.964	14
<u>Despersonalización</u>	-.272	.347	14
<u>Realización personal</u>	-.271	.348	14

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]) y Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire [GHQ-28]; Goldberg y Hillier, 1979)

Elaborado por: Mansanillas, T. (2017).

En relación a las dimensiones del *burnout* y a los síntomas somáticos en el personal de enfermería/auxiliares de enfermería no se encontró ninguna correlación significativa entre cada una de las tres dimensiones del MBI con los síntomas somáticos. Agotamiento emocional y síntomas somáticos $r(14) = .013$, $p = .964$ no significativa; Despersonalización y síntomas somáticos $r(14) = -.272$, $p = .347$, correlación no significativa negativa, y finalmente la dimensión de realización personal y síntomas somáticos $r(14) = -.271$, $p = .348$ correlación no significativa negativa.

Tabla 22. Correlaciones entre las dimensiones del *burnout* y ansiedad en el personal de enfermería/auxiliares de enfermería

Dimensiones	Ansiedad		
	<i>r</i>	<i>p</i>	n
<u>Agotamiento emocional</u>	.264	.362	14
<u>Despersonalización</u>	-.273	.345	14
<u>Realización personal</u>	-.227	.436	14

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]) y Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire [GHQ-28]; Goldberg y Hillier, 1979)

Elaborado por: Mansanillas, T. (2017).

De igual manera, no se encontró ningún tipo de correlación significativa entre las tres dimensiones del *burnout* y la ansiedad en el personal de enfermería/auxiliares de enfermería. Agotamiento emocional y ansiedad $r(14) = .264, p = .362$ no significativa; Despersonalización y síntomas somáticos $r(14) = -.273, p = .345$, correlación no significativa negativa, y finalmente la dimensión de realización personal y ansiedad $r(14) = -.227, p = .436$ correlación no significativa negativa.

Tabla 23. Correlaciones entre las dimensiones del *burnout* y disfunción social en el personal de enfermería/auxiliares de enfermería

Dimensiones	Disfunción social		
	R	P	N
<u>Agotamiento emocional</u>	-.350	.219	14
<u>Despersonalización</u>	.273	.345	14
<u>Realización personal</u>	.058	.844	14

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]) y Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire [GHQ-28]; Goldberg y Hillier, 1979)

Elaborado por: Mansanillas, T. (2017).

Como se puede observar en la tabla 25 se encontró una correlación no significativa negativa entre la dimensión de agotamiento emocional y disfunción social $r(14) = -.350, p = .219$; Con relación a la dimensión de despersonalización y disfunción social no se halló una correlación significativa $r(14) = .273, p = .345$, y por último la dimensión de realización personal y disfunción social $r(14) = .058, p = .844$ en la cual se encontró una correlación no significativa.

Tabla 24. Correlaciones entre las dimensiones del *burnout* y depresión en el personal de enfermería/auxiliares de enfermería

Dimensiones	Depresión		
	r	p	N
<u>Agotamiento emocional</u>	.397	.160	14
<u>Despersonalización</u>	-.059	.842	14
<u>Realización personal</u>	-.650*	.012	14

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]) y Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire [GHQ-28]; Goldberg y Hillier, 1979)

Elaborado por: Mansanillas, T. (2017).

En lo referente a las dimensiones del *burnout* y depresión en el personal de enfermería/auxiliares de enfermería, no se halló una correlación significativa entre la depresión y la dimensión de agotamiento emocional $r(14) = .397, p = .160$, al igual que la

depresión y la dimensión de despersonalización $r(14) = -.059$, $p = .842$ variables en las cuales no se encontró una correlación significativa. No obstante, se encontró una correlación significativa negativa entre la depresión y la realización personal $r(14) = -.650$, $p = .012$. Por consiguiente, mientras mayor depresión presenten los sujetos, menor será su realización personal.

CAPITULO: 9

DISCUSION

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo principal realizar un estudio sobre la prevalencia del *burnout* y su relación con la funcionalidad familiar y variables sociodemográficas (estado civil y número de hijos) en los profesionales de salud (médicos y enfermeras/auxiliares de enfermería) de una institución de salud privada ubicada al nor-orientado de la ciudad de Loja. En relación al primer objetivo específico planteado en el estudio, se propuso determinar las características sociodemográficas como sexo, edad, número de hijos, etnia y estado civil; características laborales como ingresos mensuales, experiencia profesional, sector en el que trabaja, tipo de contrato, horas de trabajo/día, número de pacientes/día, recursos institucionales y turnos; funcionamiento familiar (familia funcional, familia moderadamente funcional, familia disfuncional, familia severamente disfuncional), de salud mental (síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión); apoyo social (apoyo emocional, instrumental, relaciones sociales y amor y cariño); estrategias de afrontamiento y rasgos de personalidad (neuroticismo, extroversión y psicoticismo) en los profesionales de salud.

En lo que respecta al perfil sociodemográfico el 50% de la muestra del personal de médicos fueron hombres y el otro 50% mujeres, no se puede evidenciar una diferenciación en esta variable debido a que el total de los participantes fue de 16; en el personal de enfermería el 100% de las participantes fueron mujeres, datos que es congruente con los citados en otras investigaciones (Álvarez y Gómez, 2011; Pualto Durán, Antolín Rodríguez y Moure Fernández, 2006; Toro, 2014); la media de edad de los participantes es de 37.5 en los médicos y el 36.5 en las enfermeras/auxiliares de enfermería, dato que pone en manifiesto el predominio de sujetos jóvenes entre los profesionales de salud. El promedio de hijos en los profesionales del estudio es de 0.9 en los médicos, dato concordante con la investigación (Albaladejo et al., 2004) y de 1.9 en el personal de enfermería/auxiliares de enfermería que es congruente al citado por Herrera en el 2017. En la ciudad de Loja el número promedio de hijos corresponde a 1.6 según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2010). Con respecto a la etnia en los profesionales evaluados, el 100% en ambos grupos (médicos y enfermeras/auxiliares de enfermería) indican ser mestizos, dato similar a los encontrados en las investigaciones (Herrera 2017; Ramírez, 2015). El estado civil que predominó en la muestra de los médicos fue el de casados con el 56.3%, dato que es congruente a los citados en los estudios (Beltrán et al., 2011; Ramírez, 2015; Suarez, 2017), mientras que en el personal de enfermería/auxiliares de enfermería los profesionales casados y solteros obtuvieron el mismo porcentaje de 42.9, no se observaron diferencias significativas en esta variable debido a que la muestra es de 14. En relación al sector en el que trabajan el 93.8% del personal médico y el 100% del personal de enfermería/auxiliares de enfermería indicaron trabajar en el sector privado.

En lo referente a las variables laborales del personal sanitario, el 43.8% de los médicos pusieron en manifiesto recibir ingresos mensuales entre \$1001 a \$2000 dólares, dato congruente con el Ramírez en el 2015 y el de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en hogares Urbanos y Rurales (ENIGHUR) en los años del 2011 y 2012, la cual señala que el ingreso mensual salarial para la zona urbana es de \$1046.3, mientras que en el personal de enfermería/auxiliares de enfermería el 100% de la muestra manifestaron percibir ingresos de 0 a \$1000 dólares, esta información se aproxima a la obtenida en la Canasta familiar básica mensual en la ciudad de Loja que corresponde a \$731.35 dólares, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2017). Con respecto a la experiencia laboral, la media es de 7.9 años en los médicos y de 9.5 en las enfermeras/auxiliares de enfermería datos similares a los encontrados en las investigaciones (Beltrán et al., 2011; Herrera, 2017; Ramírez, 2015). En relación al sector en el que trabajan el 93.8% del personal médico y el 100% del personal de enfermería/auxiliares de enfermería indicaron trabajar en el sector privado, no se puede evidenciar una diferenciación en esta variable debido a que el estudio se lo llevo a cabo en una institución de salud privada. En el 75% de los médicos y el 85.7% del personal enfermería/auxiliares de enfermería predominó el contrato por nombramiento, dato concordante con el de Ramírez (2015). En cuanto a las horas de trabajo diario la media de horas de trabajo en los médicos es de 8.4 horas con un máximo de 12 y un mínimo de 5 horas día, mientras que en el personal enfermería/auxiliares de enfermería la media corresponde 7.9 horas con un máximo de 8 y un mínimo de 6, dato congruente con lo citado en el estudio de Ramírez (2015). El Ministerio de Salud Pública en el año 2012, en el artículo 6 a través del Acuerdo Ministerial (00001849), menciona que el personal de salud que labore en establecimientos de salud ubicados en el área urbana deberá cumplir 40 horas semanales con un horario de atención de 8 horas diarias de acuerdo a las necesidades de la población. La media de pacientes/día atendidos en los médicos es de 11.8 y de 7.5 en el personal de enfermería/auxiliares de enfermería. Además, el 56.3% de los médicos manifiesta que la institución le proporciona totalmente de recursos para el desempeño de sus labores, mientras que el 64.3% de las enfermeras/auxiliares de enfermería señalan que la institución provee medianamente estos recursos. Finalmente, el 50% del personal médico y el 92.9% del personal de enfermería/auxiliares de enfermería trabajan por turnos, que en la actualidad son consideradas jornadas especiales que se dan en función a las necesidades de la población e institucionales de salud priorizando áreas de atención crítica y/o de alta demanda según el Ministerio de Salud Pública (Ley No. 2012-62; Acuerdo Ministerial 00001849).

Con respecto a la funcionalidad familiar, el 93% de la muestra de los médicos y el 57.1% de la enfermeras/auxiliares de enfermería perciben a su familia como funcional, dato congruente

con los encontrados en las investigaciones (Agudelo et al., 2011; Contreras-Palacios et al., 2013).

En relación a la variables de salud mental en los profesionales de salud se obtuvieron las siguientes puntuaciones: en los médicos el 43.8% en síntomas somáticos, ansiedad 25%, disfunción social 6.3% y depresión 6.3, mientras que en el personal de enfermería/auxiliares de enfermería obtuvieron un 64.3% en síntomas somáticos, un 71.4% ansiedad, no se revelaron casos en disfunción social y finalmente un 7.1% depresión, datos similares a los que se citaron en los estudios (Flores, Jenaro, Cruz, Vega y Pérez, 2013; Herrera, 2017). En relación al apoyo social se pudo observar que las variables con la media más alta en los son las de relaciones sociales con un 94.38% en los médicos seguido por amor y cariño con un 93.75%, y en el personal de enfermería/auxiliares de enfermería la media más alta la obtuvo la variable de amor y cariño con un 79.52% seguido por las relaciones sociales con un 70%, datos que difieren a los encontrados en (Herrera, 2017) en el que prevaleció las dimensiones de apoyo instrumental y emocional. Finalmente en la variable de personalidad el rasgo que más predominó en el personal fue el de extroversión con una media en los médicos de 4.25 y en las enfermeras/auxiliares de enfermería de 3.50, puntuaciones similares a las halladas en estudios previos (Herrera, 2017; Ibáñez, 2015; Ramírez, 2015).

El segundo objetivo específico del estudio fue establecer la prevalencia del síndrome *burnout* y de sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en los trabajadores de la salud, es decir conocer la presencia de casos o no del síndrome en los profesionales. Los datos obtenidos expresan que en ambos casos, tanto en médicos como enfermeras/auxiliares de enfermería no existe presencia de casos de *burnout* en el personal del presente estudio, datos que difieren de los citados en investigaciones realizadas (Aguirre y Quijano, 2015; Contreras-Palacios et al., 2013; Durán y García, 2013; Grau et al., 2009; Guevara et al., 2004; López-Morales et al., 2007) en las que informaron prevalencias del síndrome entre el 2.5% hasta el 35%.

En lo relacionado a las dimensiones del *burnout*, el 31.3% de los médicos manifestaron niveles altos en la dimensión de agotamiento emocional datos similares con los citados (Beltrán et al., 2011; Caballero-Martín, 2001; Flores et al. 2013). No obstante, el nivel de agotamiento emocional en otros estudios es superior a la prevalencia en este estudio de entre 39% hasta el 61% (Cáceres, 2016; Beloy, 2010; Flores et al., 2013; Herrera, 2017). Un estudio (Vásquez-Manrique et al., 2014) encontró valores inferiores en esta dimensión con una prevalencia del 12%. Con respecto a la muestra en el personal de enfermería/auxiliares de enfermería el 14.3% presentan un nivel alto en agotamiento emocional, datos similares se hallaron en los estudios (Assis Tavares, De Oliveira Souza, Da Silva, y Fonseca Kestenber, 2014; Gallegos

y Del Carpio Toia, 2016; Hernández-Vargas, Juárez-García, Hernández-Mendoza y Ramírez-Páez, 2005; Vásquez-Manrique, Maruy-Saito y Verne-Martin, 2014). Sin embargo, otros estudios informaron prevalencias más elevadas para esta muestra en la dimensión de agotamiento emocional entre 23% y 69% (Álvarez Escobar, Lima Gutiérrez, Alfonso de León, Torres Álvarez y Torres Álvarez, 2009; Santes, Meléndez, Martínez, Ramos, Preciado y Pando, 2009; Herrera, 2017).

En la dimensión de despersonalización el 12.5% de los médicos participantes en este estudio obtuvieron una puntuación alta, cifra que es similar a las encontrados en los estudios (Durán y García, 2013; Ramírez, 2015; Vásquez-Manrique et al., 2014) y diferente a las halladas en (Agudelo et al., 2011; Beloy et al., 2010; Caballero-Martín et al., 2001; Flores et al., 2013) que obtuvieron una prevalencia que oscilaba entre un rango del 26% y 47%. Solo dos estudios informaron sobre puntuaciones inferiores en la dimensión de despersonalización (Aranda-Beltrán et al., 2005; Contreras-Palacios, 2013), con un rango de prevalencia del 2.5% y 8.6%. En el personal de enfermería/auxiliares de enfermería no se evidenció ninguna puntuación alta en despersonalización, resultados que difieren de los encontrados en investigaciones (Gallegos y Del Carpio Toia, 2016; Herrera, 2017; Sánchez Alonso y Sierra Ortega, 2014; Santes, et al., 2009; Tapia-Hernández, Ávalos-García, César-Vargas, Franco-Alcántar, Gómez-Alonso, y Rodríguez-Orozco, 2009) en las cuales se obtuvieron puntuaciones altas en la dimensión de personalización que oscilaban entre 11% y 29%.

El 18.8% del personal médico obtuvo una puntuación baja en la dimensión de realización personal, dato que concuerda con la investigación realizada por Ramírez (2015). Algunos estudios señalaron prevalencias mayores al encontrado en el presente estudio con rangos entre 42% y 61% (Flores et al., 2013; Herrera, 2017; López-Morales et al., 2007). Por otro lado, solo dos estudios (Agudelo et al., 2011; Vásquez-Manrique et al., 2014) encontraron valores inferiores en esta dimensión con valores que oscilan entre el 7% y 12%. En el personal de enfermería/auxiliares de enfermería el 50% de la muestra presentó un bajo nivel de realización personal, dato congruente con el de Herrera (2017). Sin embargo en varios trabajos se evidenciaron puntuaciones inferiores al del presente estudio (Albaladejo et al., 2004; Jofré y Valenzuela, 2005; Sánchez Alonso y Sierra Ortega, 2014; Santes, et al., 2009) con una prevalencia que oscila entre el 7% y 40%. Solo un trabajo Tapia-Hernández (2009) informó sobre puntuaciones superiores a la de este estudio con una prevalencia de 81% en la dimensión de realización personal.

El tercer objetivo específico planteado en la investigación fue establecer la relación del *burnout* sus dimensiones y la funcionalidad familiar. Para esto se realizó un análisis correlacional, en la cual se encontró una asociación significativa negativa con la dimensión de agotamiento

emocional específicamente, con una correlación de $r = -.592$, y una diferencia significativa de $p = .016$ en los médicos, es decir, que los sujetos que presentan una dinámica familiar más funcional presentaron un menor riesgo de agotarse emocionalmente. Estudios previos (Carrasco, 2011; Contreras-Palacios, 2013; Guevara et al., 2004; Osuna Paredes et al., 2009; Prieto Albino, Robles Agüero, Salazar Martínez y Daniel Vega, 2002) corroboran con lo encontrado en este trabajo manifestando que la presencia de manifestaciones psicofísicas y desgaste emocional está relacionado directamente con la disfunción familiar.

En el personal de enfermería/auxiliares de enfermería, se realizó el mismo análisis correlacional para determinar la relación entre las dimensiones del *burnout* y el funcionamiento familiar en el se encontró una diferencia significativa de $p = .017$ con una correlación de $r = .624$ en la dimensión de realización personal, es decir que mientras existan altos sentimientos de realización personal en el individuo mayor será la funcionalidad familiar del mismo. Diferentes estudios realizados por (Álvarez y Gómez, 2011; McElwain, Korabik y Rosin, 2005) difieren con lo encontrado en el presente trabajo ya que coinciden en que los altos niveles de realización personal en las mujeres está relacionado directamente con la disfunción familiar.

El cuarto objetivo específico planteado es identificar la relación del *burnout* y sus dimensiones con el estado civil y número de hijos del personal sanitario. Se ejecutó un análisis correlacional entre el *burnout* sus dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) y el estado civil en los médicos en el cual se halló una correlación significativa con la dimensión de agotamiento emocional y el estado civil $r = .605$ $p = 0.01$, siendo los solteros los que presentaban mayor agotamiento emocional, resultados que concuerdan por los hallados por (Aguirre y Quijano, 2015; Osuna Paredes et al., 2009) en los que se describe que las personas solteras presentan más cansancio emocional, que aquellas que están casadas o conviven con una pareja estable. Datos que discrepan a los expuestos por (Beltrán et al., 2011; Contreras-Palacios et al., 2013; Pereda-Torales, Márquez-Celedonio, Hoyos-Vásquez, y Yáñez-Zamora, 2009) que mencionan que las personas casadas tienen mayor riesgo de presentar agotamiento emocional a diferencia de las solteras. Solo en dos estudios no encontraron asociaciones entre el estado civil y la dimensión de agotamiento emocional (López-Morales et al., 2007 y Ramírez, 2015). En relación al personal de enfermería/auxiliares de enfermería no se encontró ninguna correlación significativa entre las dimensiones del *burnout* y el estado civil, resultados que discrepan a los hallados por Contreras-Palacios et al., 2013, en el cual se halló que el personal de enfermería que se encontraba casado presentan mayor agotamiento emocional, mientras que Grisales Romero et al., 2016, mencionaron que presentaron mayor riesgo de presentar el síndrome los profesionales solteros.

En relación al número de hijos y las dimensiones del *burnout* en los médicos y el personal de enfermería/auxiliares de enfermería no se halló ninguna correlación significativa en estas variables, lo que nos lleva a suponer que la variable de número de hijos no tiene relación alguna con el desarrollo y aparición del síndrome de *burnout*. Se han encontrado resultados en otras investigaciones que discrepan este hallazgo. En concreto las citadas (Aguirre y Quijano, 2015; Caballero-Martín et al., 2001; Grau et al., 2009) en las que se halló que el tener hijos disminuye el riesgo de desarrollar *burnout*. Sin embargo, en otros trabajos se encontró una asociación del *burnout* con el número de hijos (Beloy, 2010; Cáceres, 2016; Contreras-Palacios, 2013; Grisales Romero, Muñoz, Osorio, y Robles, 2016; Prieto Albino et al., 2002) en el cual se expone a la variable de número de hijos como un factor predictor para el desarrollo del *burnout*.

El quinto objetivo específico fue establecer la relación entre la salud mental de los profesionales el *burnout* y sus dimensiones. Para esto, se realizó un análisis correlacional entre las dimensiones del síndrome y el malestar psicológico en los médicos, específicamente en los síntomas somáticos en el que se encontró una diferencia muy significativa de $p=.003$ con una correlación de $r=.692$ con la dimensión de agotamiento emocional, es decir, que mientras más síntomas somáticos experimente el sujeto mayor será su agotamiento emocional. Estos resultados fueron congruentes con estudios previos (Flores et al., 2013; Martínez, Puigdesens y Roig, 2004; Ramírez, 2015) que encontraron que los sujetos que presentaban síntomas somáticos tenían mayor probabilidad de agotarse emocionalmente. En cuanto a la ansiedad se evidenció una correlación significativa con la dimensión de agotamiento emocional del MBI con un $r=.526$ y un nivel de confianza $p=.036$, es decir que a mayor presencia de síntomas de ansiedad existe mayor probabilidad de agotarse emocionalmente. Este hallazgo concuerda con lo encontrado en investigaciones previas en donde se manifestó la existencia de asociaciones entre la ansiedad y la dimensión de agotamiento emocional del MBI (Cebriá, 2003; Pavlát, 2002; Ramírez, 2015; Ríos Risquez, Peñalver Hernández, Godoy Fernández, 2008). En relación a la depresión se encontró una correlación significativa con la dimensión de agotamiento emocional con una correlación de $r=.655$, y una diferencia significativa de $p .006$, es decir, los sujetos experimenten depresión tiene mayor probabilidad de agotarse emocionalmente. Estudios previos ha puesto en manifiesto la existencia de asociaciones significativas entre la depresión y la dimensión de agotamiento emocional (Cruz, 2006; Lara, 2013; Neveu, 2007; Pérez, 2010).

En relación al malestar psíquico y las dimensiones *del burnout* en el personal de enfermería auxiliares de enfermería no se hallaron correlaciones significativas entre las dimensiones del

burnout y las variables de malestar emocional específicamente (síntomas somáticos, ansiedad y disfunción social). Sin embargo, en la variable de depresión se encontró una correlación de $r=-.650$ con un nivel de confianza de $p=.012$ en la dimensión de realización personal. Es decir que a mayor depresión en los sujetos menor será su realización personal. Estos resultados fueron similares a los encontrados en estudios previos (Pereira y Loureiro, 2015; Ramírez, 2015) en el que se halló que la variable de depresión se asociaba negativamente con la dimensión de realización personal. Solo un trabajo Trejo-Lucero et al., 2011, no se encontró asociaciones significativas entre la realización personal y la depresión en el personal de enfermería.

Finalmente los resultados obtenidos en el desarrollo de la presente investigación no muestran una prevalencia del síndrome de *burnout* en el personal evaluado, sin embargo los porcentajes que se expresan por separado con cada una de las dimensiones y las variables moduladoras manifiestan relaciones altas. Las diferencias que se puedan presentar entre los resultados obtenidos en el presente trabajo y otras investigaciones se pueden atribuir a ciertos factores: uso y aplicación de los instrumentos, versión de los cuestionarios, lugar de trabajo y el número evaluados (Holmes, Dos Santos, Farias, y Costa, 2014; Marcelino et al., 2012).

PLAN DE INTERVENCIÓN

TEMA:

Programa de intervención para disminuir los síntomas que pueden desarrollar el síndrome de *burnout* en el personal de salud de una institución privada ubicada al nor-orienté de la ciudad de Loja.

INTRODUCCIÓN:

El Síndrome de *Burnout* es una temática que se ha estudiado desde el inicio de los años 70; Freudenberger (1974) utilizó este concepto por primera vez para referirse al estado físico y mental de los jóvenes voluntarios que trabajaban en su clínica de Nueva York.

En 1976 Maslach acuñó el término y propuso que sólo se empleará a trabajadores insertos en el ámbito laboral que realizan su trabajo en contacto directo con personas en el seno de una organización. Así pues Maslach y Jackson (1981) conciben al *burnout* como un síndrome psicológico de agotamiento emocional, en el que se da un aumento en el agotamiento de los propios recursos emocionales del profesional y la presencia de sentimientos de estar muy agotado psicológicamente. Gil-Monte (2007) definen al *burnout* como una respuesta psicológica al estrés laboral prolongado, de carácter interpersonal y emocional, que se da principalmente en profesionales que laboran en instituciones de servicios que requieren el contacto con clientes o usuarios de la misma. Esta población es consideradamente vulnerable debido a las situaciones que debe afrontar en su diario desempeño alta implicación emocional, exceso de estimulación aversiva, contacto con enfermos, frustración de no poder ayudar, conflicto y ambigüedad de rol (Ruiz y Ríos, 2004).

Este síndrome es una reacción al estrés laboral habitual y constante, que se presenta en los trabajadores cuando existe una falla con los mecanismos de afrontamiento que normalmente utiliza la persona para controlar los estresores del entorno (Gil-Monte, 2007).

En nuestro país en un estudio realizado a personal hospitalario de las 24 provincias se evidenció que el nivel de prevalencia de *burnout* en médicos y enfermeras fue del 36,4%, en los cuales se halló una mayor prevalencia en la dimensión de baja realización personal, seguido por el cansancio emocional y finalmente la despersonalización. De igual manera se encontró que de la población estudiada: el personal médico; personal con jornadas laborales de más de ocho horas diarias y aquellos que trabajan por turnos mostraron mayor riesgo de presentar *burnout* en comparación con otros profesionales del ámbito hospitalario (Ramírez, 2015).

Las investigaciones previas y los resultados obtenidos en la presente investigación sobre el síndrome de *burnout* nos llevan a pensar sobre las medidas preventivas y las técnicas que se deben llevar a cabo para disminuir los síntomas o evitar su presencia. Por este motivo, se propone un programa de intervención dirigida al personal evaluado según los datos obtenidos, en el que constan medidas preventivas a nivel personal, psicológico y laboral con el fin de concientizar, prevenir y disminuir la presencia de este síndrome.

OBJETIVO GENERAL

- Diseñar un programa de intervención para disminuir los síntomas que pueden desarrollar el síndrome de *burnout* en el personal de salud de una institución privada ubicada al nor-orienté de la ciudad de Loja.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Informar al personal de salud acerca del síndrome de *burnout*, su origen, desarrollo, causas, consecuencias y medidas preventivas.
- Promover el uso de diferentes técnicas que ayuden a prevenir y disminuir el desarrollo del síndrome de *burnout* en los profesionales.

A continuación, se exponen una lista de las estrategias de intervención que buscan promover la aplicación de algunas técnicas que ayude al individuo a controlar sus fuentes de estrés aumentando su capacidad de adaptación ante las mismas.

Entre las técnicas a utilizarse están: 1) las dirigidas a reducir el malestar psicosomático producido por el estrés laboral; 2) las que ayudan al individuo a controlar sus habilidades y comportamientos para enfrentarse ante los problemas de índole laboral, y 3) las orientadas a reformar la percepción y evaluación de los problemas en el trabajo.

Sesión N°1:

Infogramas

Objetivo: Dar a conocer a todo el personal de salud sobre el síndrome de *burnout*, su origen, síntomas, causas y consecuencias que provoca el síndrome a nivel personal, psicológico y laboral.

Participantes:

- Personal de salud.

Procedimiento:

Se realiza la entrega de los infogramas a los profesionales de la salud por medio físico o mediante e-mail. Se hará llegar al profesional la información cada semana.

Temas a tratarse:

- I. Definición y desarrollo del *burnout*
- II. *Signos y síntomas.*
- III. Causas en el profesional.
- IV. Consecuencias en el profesional.
- V. Cómo prevenir el *burnout*?

TEMA:

Exposición y aplicación de técnicas de relajación

Las técnicas de relajación son procedimientos para enseñar a controlar el nivel de activación a través de la modificación directa de las condiciones fisiológicas

Objetivo:

Proporcionar técnicas de relajación que ayuden a prevenir o reducir el malestar emocional y físico provocado por el estrés laboral.

Sesión N°2:

Relajación muscular progresiva

Participantes:

- Expositor entrenado
- Personal de salud.

Tiempo: 20 a 30 minutos

Procedimiento:

Es una técnica eficaz para controlar y manejar la tensión, ansiedad, dolor muscular, depresión que se presente en los sujetos ante la presencia de fuentes de estrés.

El método consiste en provocar tensión en el grupo muscular contrayendo cada una de las extremidades por una serie de segundos, para luego eliminar la tensión de los músculos y pasar a un estado de relajación, para una mejor aplicación se debe dividir nuestro cuerpo en diferentes grupos musculares, (extremidades superiores, cabeza y cuello, tronco,

extremidades inferiores) y trabajar por una serie de tiempo con cada grupo muscular. La técnica debe practicársela sentado, con la cabeza, los brazos y las piernas apoyados, en posición semitumbada, en un lugar calmado sin distracciones, con poca luz y, realizando el entrenamiento con calma sin interrupciones.

Sesión N°3:

Técnica de control de la respiración

Participantes:

- Expositor entrenado
- Personal de salud.

Tiempo: 15 a 20 minutos

Procedimiento:

Este tipo de técnica puede aplicarse de dos a tres veces al día y para mejores resultados debe realizárselo luego de haber practicado el entrenamiento en relajación.

Para dar inicio, primeramente el sujeto debe situarse en una posición cómoda (sentado o de pie con las manos en el vientre). Se inspira lentamente por la nariz y se dirige el aire inspirado a la parte inferior y media de los pulmones (3-4 segundos), se debe notar el movimiento primero de la mano del vientre y después la del estómago, se mantiene el aire alrededor de 2 a 3 segundos, luego se debe espirar cerrando los labios de forma que se produzca un breve resoplido al salir el aire completamente durante (4-5 segundos). La técnica se debe repetirla al menos 5 veces, con un intervalo de descanso por ciclo de 1-2 segundos.

Sesión N°4:

Visualización

Participantes:

- Expositor entrenado
- Personal de salud.

Tiempo: 15 a 20 minutos

Procedimiento:

Sentarse o acostarse tranquilamente, tratando de visualizarse a uno mismo en un ambiente de paz (experimentar el ambiente con todos los sentidos como si estuviera ahí). Para una mayor facilidad de visualización se debe cerrar los ojos, respirar suavemente e imaginarse un escenario en el que el individuo pueda sentir calma y paz. Como ejemplo, el sujeto puede visualizarse acostado en la playa: ver el hermoso cielo azul, percibir el olor del agua salada, escuchar las olas, sentir la brisa tibia sobre la piel...

TEMA:

Entrenamiento en habilidades sociales

Objetivo:

Proporcionar una serie de estrategias que permitan al individuo identificar habilidades y comportamientos para afrontar los problemas laborales.

Sesión N° 5:

Comunicación asertiva

Participantes:

- Expositor
- Personal de salud.

Tiempo: 20 a 30 minutos

La comunicación asertiva es una técnica que ayuda a evitar conflictos en diferentes contextos interpersonales del sujeto, esta estrategia es de mucha ayuda en el ambiente laboral ya que puede evitar problemas con compañeros de trabajo en situaciones con un alto nivel de estrés.

Para trabajar con esta técnica es importante señalar que se trabajará con la manera correcta de comunicación verbal y no verbal, estableciendo un contacto ocular (directa, horizontal y relajada), Sonreír de forma franca, abierta y sincera de vez en cuando (Evitar sonrisas FALSAS e INCOHERENTES), mantener el cuerpo erguido y relajado, distancia adecuada y ligeramente inclinado hacia delante (Evitar postura demasiado FIRME o RELAJADA) y mantener una apariencia personal cuidada, aseada y relacionada con el rol personal que desempeñas (Evitar apariencia DESALIÑADA o DESCUIDADA).

Al momento de hablar se debe mantener la voz firme y clara, usando gestos ilustrativos de lo que se está diciendo y teniendo claro lo que quieres decir o conseguir. Es importante escuchar

al otro y ponerse en el lugar del otro, evitando juzgar. Expresa tu opinión en primera persona (opino, pienso, necesito, quiero, a mí me parece). Muestra confianza y seguridad en ti mismo. Compórtate de forma madura y racional.

Sesión N°6:

Técnica de solución de problemas

Participantes:

- Expositor entrenado
- Personal de salud.

Tiempo: 20 a 30 minutos

Procedimiento

El objetivo de la técnica de solución de problemas se centra en enseñar al sujeto en la existencia de diversas alternativas de respuesta potencialmente eficaces para afrontar situaciones problemáticas y enseñarle el procedimiento para seleccionar la opción más efectiva para su caso particular.

1. Identificar el problema

Problemas o dificultades laborales y si los síntomas psicológicos son causados por los dichos problemas. Si esos problemas se resuelven, los síntomas mejorarán.

2. Definir el problema

¿Qué sucede? ¿Quién está implicado? ¿Cómo sucede? ¿Cuándo sucede? ¿Dónde sucede? ¿Por qué es un problema?

3. Establecer objetivos:

Estos objetivos deben ser específicos, medibles, alcanzables y relevantes. Pensar en ¿Qué te gustaría conseguir? ¿Qué quieres hacer con ello? ¿Qué quieres cambiar? ¿Qué quieres que sea diferente? ¿Qué te haría sentir mejor?

4. Generar alternativas de solución

¿Qué se te ocurre que habría que hacer? Si tiene problemas para generar soluciones: Anímate a pensar cómo otra gente podría resolver el problema; inventar una solución.

5. Valorar las alternativas de solución

Ventajas y desventajas (tiempo, esfuerzo, dinero, bienestar emocional, etc.). Efectos positivos y negativos. Probabilidad de que se pueda implementar.

6. Plan de acción:

¿Qué hacer? ¿Quién? ¿Cómo? ¿Cuándo? ¿Dónde?

7. Evaluar los resultados:

Aplicación de la solución Autoobservación Autoevaluación Corrección o auto refuerzo.

TEMA:

Modificar la percepción de los problemas en el individuo

Sesión N°7:

Reestructuración cognitiva

Participantes:

- Expositor entrenado
- Personal de salud.

Tiempo: 20 a 30

Procedimiento:

El expositor expone sobre las diferentes distorsiones cognitivas que se pueden presentar en un individuo. Estas técnicas deben utilizarse siempre que se identifica una de estas distorsiones cognitivas ya sea en el ambiente laboral o fuera de este. Para que esta técnica funcione de manera eficaz, es necesaria su repetición, ya que con la repetición suficiente las distorsiones cognitivas se eliminan y serán reemplazadas por nuevos pensamientos.

En dos preguntas se basa principalmente este tipo de técnica ¿Qué pasaría si?" o "¿Qué es lo peor que podría pasar?, este tipo de pregunta puede ayudar a reducir las ideas irracionales de la ansiedad que se encuentran asociadas a las distorsiones cognitivas.

Sesión N°8:

Desarrollo de actividades sociales

Charla

Participantes:

- Expositor
- Personal de salud.

Tiempo: 15 a 20 minutos

Procedimiento

El expositor da inicio explicando las pautas a seguir:

1. Se expone el tema detalladamente.
2. Se da espacio a las preguntas a los participantes
3. Se realiza una conclusión del tema

El expositor expone a los profesionales de salud sobre la importancia de realizar y participar en actividades extra laborales que producen tranquilidad, disminuyendo los niveles de estrés en el individuo.

Para realizar este tipo de actividad, es importante tomar en cuenta las actividades en las cuales el sujeto se sienta a gusto, ya sea desde conciertos, reuniones o participar en eventos deportivos en los cuales el individuo pueda compartir de la compañía de otros en donde se creara un ambiente de apoyo. Estas reuniones resultan gratificantes debido a la aceptación y soporte que sienten de sus colegas, amigos o familiares durante momentos de alto estrés.

Sesión N°9:

Ambiente laboral

Charla

Participantes:

- Expositor
- Personal de salud.

Tiempo: 20 a 30 minutos

Procedimiento:

El expositor da inicio explicando las pautas a seguir:

1. Se expone el tema detalladamente.
2. Se da espacio a las preguntas a los participantes
3. Se realiza una conclusión del tema

El objetivo de este conversatorio es exponer las pautas principales para mejorar el ambiente laboral en el lugar de trabajo.

Temas a tratar:

- A) Definición de ambiente laboral
- B) Comunicación asertiva
- C) Trabajo en equipo
- D) Puntualizar los puestos de trabajo, las tareas y responsabilidades de cada trabajador.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL- FAMILIAR

TEMA:

Programa de intervención psicosocial – familiar.

INTRODUCCIÓN:

Las relaciones familiares actualmente son de suma importancia debido a los cambios a los que en entorno familiar se encuentra expuesto constantemente, la cultura, la modernidad y la sociedad ha influido para que los miembros de la familia se encuentren continuamente cambiando sus dinámicas; este cambio de dinámicas muchas veces ocasionan una serie de problemáticas debido al cambio brusco con el que se dan, sin dar opción a adecuarse a los continuos cambios sociales. Por tal razón, la definición de familia va a variar según la cultura y la sociedad moderna, dando como resultado varias concepciones acerca del tema familiar y sus dinámicas.

Minuchin (1992) menciona que las presiones externas que ejerce la sociedad hacia la familia, exigen un cambio constante en los miembros y sus relaciones mutuas, con el fin de que puedan progresar mientras el sistema familiar conserva su continuidad, por tal razón, las crisis por las que generalmente la familia se encuentra sometida, son de suma importancia debido a los diferentes escenarios que se pueden presentar durante su desarrollo.

Cada ciclo atraviesa por una crisis particular, desde su etapa inicial hasta la final; primeramente la pareja está expuesta a varias crisis, desde la constitución de la misma en donde cada uno debe ajustarse a las creencias, singularidades y perspectivas que habrán adquirido de sus familias, hasta la etapa del nido vacío en donde los esposos se vuelven a encontrar solos y deben adaptarse a la salida de los hijos de hogar y tratar de volver a entenderse nuevamente los dos en su hogar.

Por otro lado, la llegada de los hijos es otra de las crisis por las que debe pasar la familia, la incertidumbre de no saber cómo cuidar y velar por el bienestar del bebé y el aumento de responsabilidades por un nuevo integrante en su familia hace que la pareja se desequilibre, debido a los diferentes cambios a los que debe adaptarse; la discrepancia en cuanto a cuidado y educación del nuevo integrante y el cambio en cuanto a distribución de roles es otro de los inconvenientes por lo que pasan la pareja, ya que “cada uno de los miembros de la pareja traerá creencias, modalidades y expectativas que habrán heredado de sus propias familias de origen” (Estremero, y Bianchi, 2003, p.19).

De igual manera, la adolescencia es otra de las fases por las cuales la familia se encuentra expuesta a otras crisis debido al cambios hormonales, físicos y psicológicos de los hijos adolescentes, las relaciones constantes con los subsistemas de los hijos, impide que los padres no puedan tener un control sobre sus hijos; los pares son el grupo que influye mayormente en los adolescentes, generando discusiones con sus padres acerca del cumplimiento de reglas que ya no están tan dispuestos a seguir debido a la necesidad de buscar y probar cosas nuevas.

Son inevitables los cambios y transformaciones por la que pasa cada familia en su ciclo vital, como es evidente son varios los factores que influyen para que estas crisis sean mucho más marcadas en ciertas familias que en otras; la cultura, las costumbres, las normas sociales, los estilos de crianza heredados, adquiridos o impuestos por el entorno de la pareja, van a intervenir para que la familia como tal pueda superar o no estas crisis que se presentarán en el desarrollo de su ciclo vital.

Las buenas relaciones que se mantengan en la familia van a depender de la estabilidad que se dé desde el inicio del ciclo vital familiar de la pareja, es decir, mientras la pareja desde su conformación fortifique su relación afectiva y tenga un sistema claro de reglas van a fortalecer las bases de sus relaciones familiares, por ende las dificultades que se presenten a futuro van a tener más posibilidad de ser solucionadas debido a que la familia como tal tiene claro las responsabilidades que cada uno de los miembros debe tener y cumplir, esto con el fin de apoyar, cuidar y velar con el desarrollo de todo el grupo familiar.

OBJETIVO GENERAL:

Diseñar un programa de intervención psicosocial- familiar dirigida a los profesionales de salud evaluados como método de prevención del *burnout*.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Concientizar a los profesionales de la salud sobre la importancia de su desenvolvimiento en el entorno familiar.
- Exponer los beneficios de las relaciones familiares sanas como un factor de protección.
- Promover actividades que mejoren la comunicación y relación entre los integrantes de hogar.
- Informar sobre la importancia de mantener buenas relaciones con los integrantes de la familia y como su apoyo puede influenciar en el entorno laboral.

Recursos Humanos

- ✓ Expositores.
- ✓ Equipo de apoyo.
- ✓ Profesionales de salud.

Recursos Materiales

- ✓ Folletos informativos
- ✓ Materiales de escritorio
- ✓ Marcadores
- ✓ Papelógrafos
- ✓ Local
- ✓ Mobiliario
- ✓ Equipos Multimedia (PC, Infocus, cámara fotográfica).

Contenidos del programa

Temas	Sesiones
Clima familiar y la importancia de la unión familiar. ¿Por qué es importante mantener una buena relación con los hijos y pareja?	1
Roles y funciones en el hogar ¿Por qué es importante tener claro e identificar los roles y funciones que cumple cada integrante de la familia?	1
Reglas y límites en el hogar ¿Por qué es importante establecer reglas y límites en el hogar con los hijos y pareja?	1
Comunicación asertiva ¿Por qué es importante mantener una buena comunicación con los hijos y pareja?	1
Inteligencia emocional en la familia ¿Por qué es importante expresar los sentimientos entre los integrantes del núcleo?	1
Distribución de responsabilidades en la familia. ¿Por qué es importante la distribución de responsabilidades y tareas entre los integrantes del grupo familiar?	1
Apoyo familiar ¿Por qué es importante el trabajo en equipo en la familia? Familia como factor protección	1 1

A continuación, se exponen una lista de las estrategias de intervención que buscan promover la aplicación de algunas estrategias que ayuden al entorno familiar a mejorar sus relaciones y dinámicas internas.

Sesión N° 1

TEMA:

Clima familiar y la importancia de la unión familiar

¿Por qué es importante mantener una buena relación con los hijos y pareja?

OBJETIVO:

- Dar a conocer la importancia de mantener un buen clima y unión familiar con los integrantes del grupo familiar.

Responsables: Expositor y equipo de apoyo (2 personas)

Tamaño del grupo: 10 a 15 participantes

Tiempo requerido: 40 minutos

Material: Computador, infocus, trípticos informativos.

Lugar: Un salón amplio.

Procedimiento:

El expositor da inicio a la charla con una pequeña introducción sobre la importancia de la familia en el individuo, sus relaciones y las dinámicas que mantienen entre los miembros de una familia. Luego explica las pautas a seguir en el desarrollo de la actividad:

1. Se expone el tema detalladamente.
2. Se da espacio a las preguntas a los participantes
3. Se realiza una conclusión del tema

Temas a tratar:

- Concepto de clima familiar
- Diferencias entre un buen o mal clima familiar.
- Relaciones cercanas entre los miembros.
- Pautas para crear un buen clima familiar
- ¿Por qué es importante fomentar la unión familiar?

- ¿Por qué es importante mantener buenas relaciones con los hijos y pareja?
- ¿Qué beneficios trae consigo un buen clima y la unión familiar?
- ¿Cómo ayudará el mantener una buena relación con los miembros de la familia a los profesionales de salud?

Sesión N ° 2

TEMA:

Roles y funciones en el hogar

¿Por qué es importante tener claro e identificar los roles y funciones que cumple cada integrante de la familia?

OBJETIVO:

- Concientizar al profesional de salud sobre las actividades, deberes y funciones que debe cumplir cada integrante del entorno familiar.

Responsables: Expositor y equipo de apoyo (2 personas)

Tamaño del grupo: 10 a 15 participantes

Tiempo requerido: 40 minutos

Material: Computador, infocus, trípticos informativos.

Lugar: Un salón amplio.

Procedimiento:

El expositor da inicio a la charla con una pequeña introducción sobre el tema a tratarse, explicando que los roles pueden ser asignados o asumidos en algunos de los casos y que en la mayor parte del tiempo se los especifican y diferencian muy bien en la mayor parte de las familias, por ejemplo: rol de madre, padre, hijos, pareja. Esta diferencia entre los roles nos ayuda a conocer el tipo de función que cada integrante del grupo familiar debe desempeñar el hogar.

Luego explica las pautas a seguir en el desarrollo de la actividad:

1. Se expone el tema detalladamente.
2. Se da espacio a las preguntas a los participantes
3. Se realiza una conclusión del tema

Temas a tratar:

- ¿Qué son los roles y funciones?
- ¿Cuál es la diferencia entre los roles y funciones?
- ¿Por qué son importantes los roles y funciones en sistema familiar?
- ¿Cómo identificar la presencia de roles y funciones?
- ¿Cuáles son los beneficios que trae consigo la presencia de roles y funciones en el sistema familiar?
- Como ayudaría a los integrantes del hogar y a los profesionales el cumplimiento de roles y funciones.

Compromiso:

- ¿Qué tareas o roles debo fortalecer en mi hogar?
- ¿Qué actividades como integrante de mi hogar me comprometo a realizar en esta semana para contribuir en las responsabilidades de mi hogar?

Sesión N° 3**TEMA:**

Reglas y límites en el hogar

¿Por qué es importante establecer reglas y límites en el hogar con los hijos y pareja?

OBJETIVO:

- Concientizar al profesional de salud sobre la importancia de utilizar reglas y límites en el grupo familiar.

Responsables: Expositor

Tamaño del grupo: 10 a 15 participantes

Tiempo requerido: 40 minutos

Material: Computador, infocus, trípticos informativos.

Lugar: Un salón amplio.

Procedimiento:

El expositor da inicio a la charla con una pequeña introducción sobre el tema a tratarse, explicando que la importancia de las reglas y los límites entre los miembros del grupo familiar.

Luego explica las pautas a seguir en el desarrollo de la actividad:

4. Se expone el tema detalladamente.
5. Se da espacio a las preguntas a los participantes
6. Se realiza una conclusión del tema

Temas a tratar:

- ¿Qué son las reglas y los límites?
- ¿Cuál es la diferencia entre las reglas y los límites?
- ¿Por qué es importantes el uso de reglas y límites en el sistema familiar?
- ¿Cómo identificar la presencia de reglas y límites?
- ¿Cuáles son los beneficios que trae consigo el uso de reglas y límites en el sistema familiar?
- Como ayudaría a los integrantes del hogar el cumplimiento de reglas y límites.

Compromiso:

- ¿Qué reglas y límites debo implementar en mi hogar?
- Qué actividades como integrante de mi hogar me comprometo a realizar en esta semana para contribuir en las responsabilidades de mi hogar

Sesión N° 4**TEMA:**

Comunicación asertiva

¿Por qué es importante mantener una buena comunicación con los hijos y pareja?

OBJETIVO:

- ✓ Brindar información acerca de los beneficios que trae consigo la comunicación clara y precisa en el entorno familiar.

Responsables: Expositor y equipo de apoyo (2 personas)

Tamaño del grupo: 15 a 20 participantes

Tiempo requerido: 60 minutos

Material: Computador, infocus, trípticos informativos, tarjetas pequeñas hechas de cartulina de un mismo color, que tengan escritas cada una el nombre de un animalito. Se consignaran para esta dinámica los siguientes animalitos: león, mariposa y delfín. Dichos animalitos se repetirán tres o cuatro veces.

Lugar: Un salón amplio que permita a los participantes interactuar libremente.

Dinámica: “Como nos comunicamos”

Procedimiento:

La presente sesión correspondiente a comunicación asertiva entre el grupo familiar, en esta actividad se explicará a la familia temas relevantes como:

- i. ¿Qué es la comunicación?
- ii. ¿Cuántos tipos de comunicación hay?
- iii. ¿A qué se considera comunicación asertiva y no asertiva?
- iv. ¿Cuáles son los beneficios y la importancia de este tipo de comunicación?
- v. ¿Porque es importante tener una comunicación asertiva con mi familia?
- vi. ¿Qué debo hacer para tener una comunicación asertiva con mi familia?
- vii. ¿Por qué es importante mantener una buena comunicación con los hijos y pareja?

Reflexión:

¿Cuándo no me escuchan en mi hogar como me siento?

¿Me siento apoyado cuando los demás me escuchan?

Una vez expuestos todos los temas relevantes sobre la comunicación asertiva el expositor da a conocer 5 pasos que cada integrante del hogar deben llevar a cabo para mejorar su comunicación. Estos pasos deben utilizarlos con frecuencia en el hogar para poder mejorar y facilitar la comunicación entre sus integrantes.

A continuación se mencionan los 5 pasos:

1. Mirar a los ojos siempre que quiera decir algo.
2. Expresar lo que me gusta y me disgusta, pero sin herir al otro.
3. Mencionar cómo me siento cuando se provoca la situación que me disgusta y que quiero cambiar.

4. No exigir ni imponer un cambio sino proponerlo. No expresar el “tú eres”, “Yo quiero”
Utilizar el “Me gustaría... y “Yo me siento.... cuando esto sucede”
5. Tratar de llegar a un acuerdo

Luego se agrupar a los participantes para un rol playing y discusión de casos o problemas.

Para esta dinámica se colocaran todas las tarjetas por la cara que no está escrita, extendidas en una mesa, luego cada participantes ira pasando frente a la mesa para tomar una tarjeta.

A continuación se dará la siguiente orden: reúnanse todas los leones, reúnanse todas las mariposas y delfines.

Una vez formados los grupos, se dará a cada uno una actividad:

Grupo leones: Deben realizar el rol playing de los conflictos comunes en la comunicación interna en la familia (explicar la lista de errores). Tema libre elección del escenario.

Grupo delfines: Deben identificar e indicar los pasos que se llevaron a cabo en el rol playing sus compañeros para un mala comunicación, ¿Qué errores se cometieron? Proponer posibles soluciones

Grupo mariposa: Deben exponer como se debería realizar una comunicación asertiva con el ejemplo anterior que dieron sus compañeros (Deben utilizar los 5 pasos para una comunicación asertiva).

Reflexión:

¿Se evidenció algún cambio al momento que utilizamos los 5 pasos?

Compromiso:

Intentar utilizar esta técnica cuando se presenten situaciones difíciles en mi hogar y fuera del mismo.

Sesión N°5

TEMA:

Inteligencia emocional en la familia

¿Por qué es importante expresar los sentimientos entre los integrantes del núcleo familiar, padres, hijos, pareja?

Conversatorio

OBJETIVO:

- ✓ Promover la expresión de sentimientos entre los integrantes del núcleo familiar para comprender y controlar el enfado el miedo y la tristeza de sus miembros.

Responsables: Expositor y equipo de apoyo (2 personas)

Tamaño del grupo: 10 a 15 participantes

Tiempo requerido: 40 minutos

Material: Computador, infocus, trípticos informativos.

Lugar: Un salón amplio.

Procedimiento:

El expositor hace un pequeño resumen acerca de lo importante que es manejar de manera positiva las emociones, ya que estas nos facilitarán conocer e identifica los recursos que poseemos, las capacidades y el potencial para poder llevar a cabo muchas cosas. Cuando gestionamos de manera positiva las emociones se quitaran algunos miedos y se tendrá mayor confianza en sí mismo. El éxito del control emocional no esta es reprimirlas o eliminarlas, sino en controlarlas continuamente con la expresión. Para iniciar con el conversatorio se darán las pautas a llevarse a cabo:

1. El expositor dará el tema y pedirá la participación de los asistentes para trabajar conjuntamente con lo explicado.
2. Conclusión de todos los temas analizados.

Temas a tratar:

- ✓ Comprender y tratar de manejar y controlar el enojo
- ✓ Estrategias para manejar el enojo y la ira
- ✓ Comprender y manejar el miedo
- ✓ Técnicas para manejar el miedo
- ✓ Comprender la tristeza y manejarla
- ✓ Estrategias para manejar la tristeza
- ✓ Familia como medio de apoyo y protección en el individuo

Sesión N°6

TEMA:

Responsabilidades y tareas en la familia

¿Por qué es importante la distribución de responsabilidades y tareas entre los integrantes del grupo familiar?

OBJETIVO:

- ✓ Motivar al entorno familiar a la distribución de responsabilidades y tareas para un mejor funcionamiento familiar.

Responsables: Expositor y equipo de apoyo (2 personas)

Tamaño del grupo: 10 a 15 participantes

Tiempo requerido: 40 minutos

Material: Computador, infocus, trípticos informativos.

Lugar: Un salón amplio.

Procedimiento:

El expositor da inicio a la charla con una pequeña introducción acerca de la ayuda y apoyo que se tiene en el hogar cuando todos sus integrantes se comprometen y se hacen cargo de ciertas tareas que pueden distribuir la carga de actividades en todos los individuos.

Luego explica las pautas a seguir en el desarrollo de la actividad:

1. Se expone el tema detalladamente.
2. Se da espacio a las preguntas a los participantes
3. Se realiza una conclusión del tema

Temas a tratar:

- ✓ ¿Que son las responsabilidades y tareas del hogar?
- ✓ Apoyo en el cumplimiento de tareas
- ✓ ¿Quiénes están a cargo de este tipo de responsabilidades y tareas?
- ✓ ¿Cómo se distribuyen las tareas en mi hogar?
- ✓ ¿Qué beneficios trae la distribución de tareas en el hogar

Sesión N°7

TEMA:

Apoyo familiar

¿Por qué es importante el trabajo en equipo en la familia?

OBJETIVO:

- Promover el trabajo en equipo en la familia, fomentando formas eficaces de colaboración y exponiendo estrategias de resolución de conflictos ante situaciones de crisis familiar.

Responsables: Expositor y equipo de apoyo (2 personas)

Tamaño del grupo: 10 a 15 participantes

Tiempo requerido: 40 minutos

Material: Computador, infocus, trípticos informativos.

Lugar: Un salón amplio.

Procedimiento:

El expositor hace un pequeño resumen acerca de lo importante que es trabajar en conjunto en el grupo familiar, en el cual todos los integrantes del grupo familiar se colaboran en ciertas actividades que les ayudan a manejar y mejorar sus dinámicas familiares. Asimismo explica brevemente la importancia del uso de la técnica de resolución de problemas, misma que puede ser útil ante la presencia de problemas o crisis familiares.

Luego explica las pautas a seguir en el desarrollo de la actividad:

1. Se expone el tema detalladamente.
2. Se da espacio a las preguntas a los participantes
3. Se realiza una conclusión del tema

Temas a tratar:

- A. ¿Qué es el trabajo en equipo?
- B. ¿Qué beneficios trae el trabajo en equipo en el entorno familiar?
- C. ¿Por qué es importante el trabajo en equipo en el grupo familiar?
- D. ¿Qué actividades se pueden utilizar para trabajar en equipo en el grupo familiar con hijos y pareja?

E. ¿El apoyo y colaboración en el grupo familiar ayudan a fortalecer las dinámicas familiares?

A continuación el expositor explicará de técnica de resolución de problemas en la cual detallara cada uno de los pasos a seguir:

El objetivo de la técnica de solución de problemas se centra en enseñar al sujeto en la existencia de diversas alternativas de respuesta potencialmente eficaces para afrontar situaciones problemáticas y enseñarle el procedimiento para seleccionar la opción más efectiva para su caso particular.

1. Identificar el problema

Problemas o dificultades laborales y si los síntomas psicológicos son causados por los dichos problemas. Si esos problemas se resuelven, los síntomas mejorarán.

2. Definir el problema

¿Qué sucede? ¿Quién está implicado? ¿Cómo sucede? ¿Cuándo sucede? ¿Dónde sucede? ¿Por qué es un problema?

3. Establecer objetivos:

Estos objetivos deben ser específicos, medibles, alcanzables y relevantes. Pensar en ¿Qué te gustaría conseguir? ¿Qué quieres hacer con ello? ¿Qué quieres cambiar? ¿Qué quieres que sea diferente? ¿Qué te haría sentir mejor?

4. Generar alternativas de solución

¿Qué se te ocurre que habría que hacer? Si tiene problemas para generar soluciones: Anímate a pensar cómo otra gente podría resolver el problema; inventar una solución.

5. Valorar las alternativas de solución

Ventajas y desventajas (tiempo, esfuerzo, dinero, bienestar emocional, etc.). Efectos positivos y negativos. Probabilidad de que se pueda implementar.

6. Plan de acción:

¿Qué hacer? ¿Quién? ¿Cómo? ¿Cuándo? ¿Dónde?

7. Evaluar los resultados:

Aplicación de la solución Autoobservación Autoevaluación Corrección o auto refuerzo.

Sesión N°8

TEMA:

Familia como factor de protección

OBJETIVO:

- ✓ Motivar al entorno familiar a la distribución de responsabilidades y tareas para un mejor funcionamiento familiar.

Responsables: Expositor y equipo de apoyo (2 personas)

Tamaño del grupo: 10 a 15 participantes

Tiempo requerido: 40 minutos

Material: Computador, infocus, trípticos informativos.

Lugar: Un salón amplio.

Procedimiento:

El expositor da una introducción sobre el grupo familiar explicando que este es el primer entorno de socialización del ser humano, y es ahí en donde el individuo va desarrollando poco a poco cada una de sus habilidades con el apoyo y afecto de su entorno familiar.

Luego explica las pautas a seguir en el desarrollo de la actividad:

1. Se expone el tema detalladamente.
2. Se da espacio a las preguntas a los participantes
3. Se realiza una conclusión del tema

Temas a tratar:

- ¿Porque se considera a una familia como protectora del ser humano?
- ¿Qué es la protección?
- ¿Cómo interviene los lazos afectivos y la dinámica familiar en la protección del grupo familiar?
- ¿Qué beneficios trae consigo los factores de protección en una familia?
- ¿Qué se considera una red de apoyo social en el individuo y la familia?

CONCLUSIONES

a) Perfil sociodemográfico, laboral y variables clínicas de la muestra

- ✓ El perfil sociodemográfico de los médicos participantes en el presente estudio, corresponde a hombres y mujeres con una media de edad de 35.7 años, con al menos un hijo, de etnia mestizo y de estado civil casado. La muestra de enfermeras/auxiliares de enfermería es el de una mujer con una media de edad de 36.5 años, mestizo, con al menos dos hijos.
- ✓ El perfil laboral de la muestra de los médicos participantes, corresponde a la de un profesional con un salario mensual de entre \$1001 a \$2000 y con una experiencia de 7.9 años en su profesión; desempeña sus actividades en el sector privado con nombramiento y una jornada laboral diaria de 8.4 horas, además, el número de pacientes atendidos por día corresponde a 11, y que manifiesta disponer totalmente de recursos institucionales. En el personal de enfermería/auxiliares de enfermería, la remuneración salarial mensual que perciben es menor a \$1000, con una experiencia profesional de 9.5 años, trabaja en el sector privado con nombramiento como tipo de contrato, jornada laboral diaria de 7.9 horas con una atención de pacientes diarios de 8, trabajan por turnos y manifiestan disponer medianamente de recursos institucionales.
- ✓ En relación al funcionamiento familiar el 93.8% de los médicos pertenecían a una familia funcional, mientras que el 92.8% del personal de enfermería/auxiliares de enfermería pertenecían a familias funcionales y moderadamente funcionales.
- ✓ En las variable clínicas, los médicos y enfermeras/auxiliares de enfermería presentaron mayores puntuaciones en la sub-escala de síntomas somáticos y ansiedad en el cuestionario de salud mental, con extroversión como rasgo predominante de personalidad.

b) Prevalencia del síndrome de burnout y las dimensiones de burnout.

- ✓ En cuanto a la prevalencia del síndrome no se evidenció la presencia de casos de *burnout* en los médicos y enfermeras/auxiliares de enfermería. Las puntuaciones obtenidas en las dimensiones del *burnout* en los médicos en el presente estudio fueron inferiores a las citadas en estudios previos: agotamiento emocional alto 31.3%,

despersonalización alta 12.5% y baja realización personal 18.8%. Mientras que las puntuaciones en el personal de enfermería/auxiliares de enfermería los datos obtenidos en las dimensiones del *burnout* corresponden a: agotamiento emocional alto 14.3%, no se evidenció una alta despersonalización y una baja realización personal de 50%.

c) *Variables familiares asociadas a la presencia de burnout, y sus dimensiones.*

- ✓ En relación a las dimensiones de *burnout* y a la variable de funcionalidad familiar, se encontró que en el personal médico que percibían a su familia como funcional presentaron menor riesgo de agotarse emocionalmente, mientras que en el personal de enfermería/auxiliares de enfermería, se halló que los profesionales que mostraron altos sentimientos de realización personal percibían a su familia como funcional.

d) *Variables sociodemográficas, (estado civil y número de hijos) asociadas a la presencia de burnout, y sus dimensiones.*

- ✓ Con respecto a las variables de estado civil se halló que el personal médico que presentaba mayor agotamiento emocional fue el grupo de los solteros, mientras que en el personal de enfermería/auxiliares de enfermería no se halló ninguna correlación significativa.
- ✓ En relación al número de hijos no se encontró ninguna relación que asocie las tres dimensiones del síndrome y el número de hijos del personal sanitario.

e) *Variables clínicas asociadas a la presencia de burnout, y sus dimensiones.*

- ✓ Respecto a las variables clínicas y a las dimensiones del *burnout* se encontró que presentaron mayor riesgo de agotarse emocionalmente aquellos médicos que experimentaban síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión, mientras que en el personal de enfermería/auxiliares de enfermería, se encontró que mostraron mayor riesgo de presentar baja realización personal los profesionales que presentaban depresión.

RECOMENDACIONES

- ✓ Utilizar diseños longitudinales que permitan realizar un continuo seguimiento sobre el origen y desarrollo del *burnout* en los profesionales de salud y las relaciones existentes con las variables sociodemográficas, laborales, clínicas y de funcionamiento familiar.
- ✓ Evaluar el entorno familiar del personal de salud para conocer sobre las percepciones que tienen los integrantes del entorno familiar de los médicos/enfermeras/auxiliares de enfermería sobre sus relaciones y dinámicas familiares, y de esta manera poder conocer a fondo si la dinámica familiar se ve alterada o no con la presencia de *burnout*.
- ✓ Para futuras investigaciones se sugiere tomar en cuenta la diversidad de instituciones, con el fin de que la población a estudiarse no sea demasiada pequeña y de esta manera poder obtener una muestra más representativa que permita obtener resultados que puedan generalizarse a nivel local.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, A. y Quijano, A. (2015). Síndrome por quemarse en el trabajo y variables familiares y laborales de los médicos generales de Bogotá. Una estrategia de calidad laboral. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(1), 198-205. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80643083002>
- Agudelo Cardona, C., Castaño Castrillón, J., Arango, C., Durango Rodríguez, L., Muñoz Gallego, V., Ospina González, A., Ramírez Castaño, J., Salazar Rodríguez, N., Serna Zuluaga, J., y Taborda Merchán, J. (2011). Prevalencia y factores psicosociales asociados al Síndrome de Burnout en médicos que laboran en instituciones de las ciudades de Manizales y la Virginia (Colombia) 2011. *Archivos de Medicina (Col)*, 11(1), 91-100. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273821489002>
- Alarcón, J., Vaz, F. y Guisado, J. (2001). Análisis del síndrome de burnout: psicopatología, estilos de afrontamiento y clima social (I). *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina Barna*, 28(1), 358-381.
- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P, Calle, ME, y Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78(4), 505-516. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000400008&lng=es&tlng=es..
- Álvarez, A. y Gómez, I. (2011). Conflicto trabajo-familia, en mujeres profesionales que trabajan en la modalidad de empleo. *Pensamiento psicológico*, 9(16), 89-106. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612011000100007&lng=en&tlng=en.
- Álvarez, R. F. (2011). El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. *Éxito empresarial*, 160(1), 1-4. Recuperado de: http://www.cegesti.org/exitoempresarial/publicaciones/publicacion_160_160811_es.pdf
- Álvarez-Gallego, E. y Fernández Ríos, L. (1991). El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional (1): revisión de estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11(39), 257-26.

- Apiquian, Guitart, A. (2007). *El síndrome de burnout en las empresas*. Presentación realizada en el Tercer Congreso de Escuelas de Psicología de las Universidades Red Anáhuac. Universidad Anáhuac México Norte, Mérida, Yucatán
- Aranda-Beltrán, C., Pando-Moreno, M., Torres-López, T., Salazar-Estrada, J., & Franco-Chávez, S. (2005). Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. México. *In Anales de la Facultad de Medicina*, 66(3), 225-231.
- Balch, C., Freischlag, J., y Shanafelt, T. (2009). Stress and burnout among surgeons understanding and managing the syndrome and avoiding the adverse consequences. *Archives of Surgery*, 144(1), 371–376.
- Barroso, M. (1995). *“La experiencia de ser familia”*. Caracas: Pomaire.
- Belcastro, P. A. (1982). Burnout and its relationship to teachers' somatic complaints and illnesses. *Psychological Reports*, 50(3), 1045-1046
- Beloy, J. N., Muñoz, S. C., Ferro, M. L., López, S. A., Torre, L. V., López, L. A., y Noche, S. A. (2010). Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital. *Revista de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública*, 2(10), 23-27. Recuperado de http://www.seslap.com/seslap/html/pubBiblio/revista/vol_2/n_10/SESLAP_VOLII_10.pdf
- Beltrán, C. A., Montero, B. Z., Moreno, M. P., & Flores, J. E. S. (2011). Síndrome de Burnout, variables sociodemográficas y laborales en médicos especialistas del Hospital Valentín Gómez Farías, México. *Revista colombiana de salud ocupacional*, 1(1), 13-17. <http://revistasojs.unilibrecali.edu.co/index.php/rcso/article/view/35/170>
- Bermúdez, C. y Brik, E. (2010). *Terapia familiar sistémica. Aspectos teóricos y aplicación práctica*. Madrid: Síntesis.
- Boada i Grau, J., Diego Vallejo, R. D., y Agulló Tomás, E. (2004). El burnout y las manifestaciones psicósomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema*, 16(1), 125-131.
- Burisch, M. (2002). A longitudinal study of burnout: The relative importance of dispositions and experiences. *Work & Stress*, 16(1), 1-17.

- Buunk, R. y Schaufeli, W. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory. En W. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. UK: Taylor & Francis.
- Burke, R., y Greenglass, E. (2001). Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychol Health*. 16(1), 83-94.
- Caballero-Martín, A., Bermejo-Fernández, F., Nieto-Gómez, R., y Caballero-Martínez, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al *burnout* en un área de salud. *Atención Primaria*, 27(5), 313-317. doi: 10.1016/S0212-6567(01)79373-0
- Cáceres Bermejo, G. (2006). *Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal sanitario militar*. (Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid). Recuperado de <http://eprints.ucm.es/8070/>
- Carrillo-Esper, R., Gómez, K., y Espinoza de los Monteros, I. (2012). Síndrome de burnout en la práctica médica. *Medicina Interna de México*, 28, 579-584.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100. doi: 10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Catsicaris, C. Eymann, A., Cacchiarelli, N. & Usandivaras, I. (2007) La Persona del Médico Residente y el Síndrome de Desgaste Profesional (Burnout). Un Modelo de Prevención en la Formación Médica. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 105(3), 236-240.
- Cebriá Andreu, J. (2003). Distrés crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas. *Atención primaria*, 31, 572-574.
- Contreras-Palacios, S., Ávalos-García, M., Priego Álvarez, H., Morales-García, M., y Córdova Hernández, J. (2013). Síndrome de Burnout, funcionalidad familiar y factores relacionados en personal médico y de enfermería de un hospital de Villahermosa, Tabasco, México. *Horizonte Sanitario*, 12 (2), 45-57. doi: 10.19136/hs.a12n2.238
- Contreras-García, Y. S., y González A. A. (2015). Funcionamiento familiar en mujeres climatéricas sintomáticas usuarias del nivel primario de atención en Chile. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 41(4), 376-387. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2015000400007&lng=es&tlng=es.

- Chacon, M. y Grau J. (1997). Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. *Revista Cubana Oncológica*, 13, 118-125.
- Cherniss, C. (1980). *Staff burnout: Job stress in the Human Services*. Beverly Hills & London: Sage.
- Cherniss, C. (1980). *Professional Burnout in human service organizations*. New York: Praeger.
- Cherniss, C. (1992). Long-term consequences of burnout: an exploratory study. M. Manassero y col. (1994). *Burnout en profesores: impacto sobre la calidad de la educación, la salud y consecuencias para el desarrollo profesional*. Memoria final de investigación
- Cherniss, C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. UK: Taylor & Francis.
- Cox, T., Griffiths, A.J., y Rial-González, E. (2000). Research on work-related stress. Luxemburgo: *Office for Official Publications of the European Communities*, 1(1), 1-167. Recuperado de <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/203>
- Cox, T., Kuk, G. y Leiter, M. (1993). Burnout, health, work stress and organizational healthiness. En W. Schaufeli, C. Maslach y T.Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. UK: Taylor & Francis.
- Cruz, E. P. (2006). Síndrome de burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes. *Med Int Mex*, 22(4), 282. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2006/mim064f.pdf>
- De la Cuesta Freijomil D, Pérez González E, Louro Bernal I. (1994) *Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento* (Tesis de Maestría en Psicología de la Salud). Facultad de Salud Pública, Ciudad de La Habana.
- De Pina Vara, R (2005). *Diccionario de Derecho*. México: Porrúa.
- Durán, Alemán, M. C., y García, Tapia, J. V. (2013). Agotamiento profesional médicos atención ambulatoria Salud Publica Ministerio De Salud Azuay. (Tesis de Pre-grado). Universidad de Cuenca, Cuenca. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/4080>

- Edelwich, J. y Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions*. Nueva York: Human Sciences Press.
- Erickson, R., Nichols, L., y Ritter, C. (2000). Family influences on absenteeism: Testing an expanded process model. *Journal of Vocational Behavior*, 57(1), 246-272.
- Espinosa, S. R. (2009). *Contextos relacionales que favorecen la resiliencia*. Ponencia presentada en Coloquio de Investigación XXVIII UNAM FES Iztacala.
- Estremero, J., & Bianchi, X. G. (2003). *Familia y ciclo vital familiar. Manual para la salud de la mujer*, 19-22. Recuperado de http://www.fundacionmf.org.ar/files/Manual_salud_de_la_mujer.pdf#page=20
- Expósito, G. A. (2010). Estructura y funcionamiento familiar de niños con cáncer desde la perspectiva de las madres. *Humanidades y Ciencias Sociales*. 1(1), 161-163. Recuperado de <ftp://tesis.bbtb.ull.es/ccssyhum/cs251.pdf>
- Farber, B.A. (1984). Stress and Burnout in suburban teachers. *Journal of Educational Research*, 77(6), 325-331.
- Farber, B. A. (2000). Treatment strategies for different types of teacher burnout. *Journal of Clinical psychology*, 56(5), 675-689.
- Fernández, M. (2002). Desgaste psíquico (burnout) en profesores de educación primaria de Lima metropolitana. *Red de Revistas Científicas de America Latina, el Caribe, España y Portugal*, 5(1), 27-66.
- Ferrer, R. (2002). Burnout o síndrome de desgaste profesional. *Med Clin (Barc)*, 119(13), 495-496.
- Firth, H. y Britton, P. (1989). Burnout, absence and turnover among british nursing staff. *Journal of Occupational Psychology*, 62(1), 55-60.
- Fishman, G. J. (1995). BATSE Highlights. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 759(1), 232-235. doi:10.1111/j.1749-6632.1995.tb17534.x
- Flores, N., Jenaro, C., Cruz, M., Vega, V. y Pérez, M. C. (2013). Síndrome de burnout y calidad de vida laboral en profesionales de servicios sanitarios. *Pensando Psicología*, 9(16), 7-21. doi. <https://doi.org/10.16925/pe.v9i16.613>

- Francis, L. J., Brown, L. B., y Philipchalk, R. (1992). The development of an abbreviated form of the Revised Eysenck Personality Questionnaire (EPQR-A): Its use among students in England, Canada, the USA and Australia. *Personality and individual differences*, 13, 443-449. doi: 10.1016/0191-8869(92)90073-X
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal Of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Gabbe, S., Melville, J., Mandel, L., y Walker, E. (2002). Burnout in chairs of obstetrics and gynecology: Diagnosis, treatment, and prevention. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(1), 601-612.
- Gallegos, W. L. A., y Del Carpio Toia, A. M. (2016). Síndrome de burnout en personal de enfermería de Arequipa Burnout syndrome in the nursing staff from Arequipa. *Revista Cubana Salud Pública*, 42, 1-19.
- Gallego, Henao, A M. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 35 (1), 326-345. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194224362017>
- García Ucha, F. (2000). Entrenadores y Burnout. *Revista Digital Ef deportes Buenos Aires*, 5(28). Recuperado de: <http://www.efdeportes.com>.
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo: una enfermedad laboral de la sociedad de bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. R. (2007). *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (burnout): Una perspectiva histórica*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Gil-Monte, P. (2007). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): una perspectiva histórica. En P. Gil-Monte y B. Moreno-Jiménez (Comps.), *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): grupos profesionales de riesgo* (pp.21-39). Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. (2008). Evaluación psicométrica del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): el cuestionario "CESQT". En J. Garrido (Comp.), *¡Maldito trabajo!* (pp. 269-291). Barcelona: Granica.
- Gil-Monte, P., Núñez-Román, E., y Selva-Santoyo, Y. (2006). Relación entre el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) y Síntomas Cardiovasculares: Un Estudio en Técnicos de Prevención de Riesgos Laborales. *Interamerican Journal of Psychology*, 40(1), 227-232.

- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P. R., y Peiró, J. M. (1997). A longitudinal study on burnout syndrome in nursing professionals. *Quaderni di Psicologia del Lavoro (Feelings work in Europe)*, 5(1), 407-414.
- Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M., y Valcárcel, P. (1995). A causal model of burnout process development: An alternative to Golembiewski and Leiter models. En Trabajo presentado en el VII Congreso Europeo sobre Trabajo y Psicología Organizacional, Gyor, Hungría.
- Goldberg, D. P., y Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*, 9(1), 139-145. doi: 10.1017/S0033291700021644
- Golembiewski, R., Munzenrider, R. y Carter, D. (1983). Phases of progressive Burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19(1), 461-481.
- González, E. P., de la Cuesta F. D., Bernal, I. L., y Veá, H. B. (1997). Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento. *CIENCIA ergo-sum*, 4(1), 63-66. Recuperado de <http://cienciaergosum.uaemex.mx/index.php/ergosum/article/view/4004/3054>
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., y Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 215-230. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17083206>
- Greenhaus, J. H. y. Beutel, N. J. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *Academy of management*, 10(1), 76-88. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/258214?origin=JSTOR-pdf>
- Grisales Romero, H., Muñoz, Y., Osorio, D. y Robles, E. (2016). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia Ibagué, Colombia, 2014. *Enfermería Global*, 15(41), 244-257. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412016000100013&lng=es&tlng=es

- Guevara C, Henao P, Herrera J. (2004) Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002. *Colomb Med*, 35(1), 173-78. Recuperado de <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/315>
- Guerrero, J. (2003). Los roles no laborales y el estrés en el trabajo. *Revista Colombiana de Psicología*, 12(1), 73-84. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80401207>
- Harrison W. (1983). A social competence model burnout. En B. Farber (Ed.), *Stress and burnout in the human services professions*. New York: Pergamon Press.
- Hernández-Castillo, L; Cargill-Foster, N R; Gutiérrez-Hernández, G; (2012). Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta, Tabasco 2011. *Salud en Tabasco*, 18(1), 14-24. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48724427004>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Sexta Edición. Editorial Mc Graw Hill. México. 2014• Hernández, R. Metodología de la Investigación. 6a Edición, Mc Graw Hill, México.
- Herrera, Vázquez, L. S. (2017). *Síndrome de Burnout en relación a variables moduladoras en personal de salud de una institución pública ubicada al norte de la ciudad de Loja* (Trabajo de Titulación de Licenciado en Psicología). Universidad Técnica Particular de Loja, Loja, Ecuador. Recuperado de <http://dspace.utpl.edu.ec/handle/123456789/17501>
- Herrera Santí, P. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13(6), 591-595. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421251997000600013&lng=es&tlng=es.
- Hobfoll, S. y Freedy, J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. En W. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. UK: Taylor & Francis.
- Hochwälder, J., y Brucefors, A. (2005). A psychometric assessment of a Swedish translation of Spreitzer's empowerment scale. *Scandinavian journal of psychology*, 46(6), 521-529.

- Holmes, E. S., Dos Santos, S. R., Farias, J. A., y Costa, M. B. d. S. (2014). Síndrome de burnout em enfermeiros na atenção básica: Repercussão na qualidade de vida/Burnout syndrome in nurses acting in primary care: An impact on quality of life/Síndrome de burnout en las enfermeras de la atención primaria: Impacto en la calidad de vida. *Revista De Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online*, 6, 1384-1395. doi:10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1384-1395.
- Hyman, S. A., Michaels, D. R., Berry, J. M., Schildcrout, J. S., Mercaldo, N. D., y Weinger, M. B. (2011). Risk of burnout in perioperative clinicians: a survey study and literature review. *Anesthesiology*, (1)114, 194-204. doi.10.1097/ALN.0b013e318201ce9a
- Ibáñez Martínez, L. (2015). *Ansiedad y personalidad en personal sanitario de Unidades de hospitalización del Principado de Asturias* (Tesis de post-grad).Universidad de Oviedo, Oviedo, Asturias, España. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10651/34550>
- Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el trabajo. (2005). *Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (II): consecuencias, evaluación y prevención*. Recuperado de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_705.pdf
- Jofré, V., & Valenzuela, S. (2005). Burnout en personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Aquichan*, 5(1), 56-63.
- Johns, M., y Ossoff, R. (2005). Burnout in academic chairs of otolaryngology: head and neck surgery. *The Laryngoscope*, 115(1), 2056-2061.
- Koeske, G. F., y Koeske, R.D. (1989). Work load and burnout: Can social support and perceived accomplishment help? *Social Work*, 34(3), 193-288.
- Lara, S. A. D. (2013). Análisis psicométrico de la Escala de Cansancio Emocional en estudiantes de una universidad privada. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 7(1), 45-55.
- Lee, H., Hwang, S., Kim, J., y Daly, B. (2004). Predictors of life satisfaction of Korean nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 48(1), 632-641.
- Leiter, M. P. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. En W. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.). *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 237-250). Washington DC: Hemisphere.

- Leiter, M., Harvie, P., y Frizzell, C. (1998). The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. doi: 10.1016/S0277-9536(98)00207-X
- Leiter, M., y Maslach, C. (2000). Burnout and health. En A. Baum, T. Revenson, T. y J. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology*. (pp. 415-426). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- León, Aguilar, P. A. (2010). Influencia de las familias disfuncionales en el desarrollo de conductas problemáticas en niños de 4 a 10 años del Centro de apoyo integrado educativo y familia "KUSLY". (Tesis de pregrado). Universidad de las Américas [UDLA]. Recuperado de <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/1675/1/UDLA-EC-TPC-2010-06.pdf>
- López-Morales, A., González-Velázquez, F., Morales-Guzmán, M. y Espinoza-Martínez, C. (2007). Síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 45(3), 233-242. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im073e.pdf>
- Mansilla, F. (2009). Manual de Riesgos Psicosociales en el Trabajo: *Teoría y Práctica*. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/index.shtml>
- Marcelino, G., Cerveira, J. M., Carvalho, I., Costa, J. A., Lopes, M., Calado, N. E., y Marques-Vidal, P. (2012). Burnout levels among portuguese family doctors: *A nationwide survey*. *BMJ Open*, 2, 1-6. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001050.
- Marine, A., Ruotsalainen, J., Serra, C., y Verbeek, J. (2006). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev*, 4.
- Martínez, N. I., Puigdesens, A. V., y Roig, A. A. (2004). Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enfermería Clínica*, 14, 142-151.
- Maslach, C. (1976): "Burnout". *Human behaviour*, 5(9), 16-22.
- Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. En W. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. (pp. 19-23). Washington, DC: Taylor y Francis.
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el burnout. *Ciencia & Trabajo*, 11(32), 37-43.

- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *J. Organiz. Behav*, 2(1), 99-113. doi:10.1002/job.4030020205
- Maslach, C. y Jackson, S. (1981). *The Maslach Burnout Inventory*. Research Edition, Palo Alto, C.A.: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1982) Burnout in health professions: A social psychological analysis. En G. Sanders y J. Suls (Eds.), *Social Psychology of Health and Illness* (pp. 227-251). Erlbanm: Hillsdale.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1986). *The Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychology Press.
- Maslach, C. y Leiter, M. (2005). Stress and burnout: the critical research. En. C. Cooper (Ed.), *En Handbook of Stress Medicine and Health*. (pp.153-170). 2nd ed. Boca Raton, FL: CRC Press LLC.
- Maticorena-Quevedo, J., Beas, R., Anduaga-Beramendi, A., y Mayta-Tristán, P. (2016). Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Perú, ENSUSALUD 2014. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 241-247. doi:10.17843/rpmesp.2016.332.2170
- Matteson, M.T. y Ivancevich, J.M. (1987) *Controlling Work Stress. Effective Human Resource and Management Strategies*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- McElwain A, Korabik K, Rosin H. (2005). An examination of gender differences in work-family conflict. *Can J Behav Sci Can des Sci du Comport. Canadian Psychological Association*, 37(4), 283.
- Mediano, L. y Fernández, G. (2001). *El Burnout y los médicos: Un peligro desconocido*. L'Escala (Girona): Ricardo Prats y Asociados
- Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., y Shapira, I. (2006). Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological Bulletin*, 132(1), 327-353.ggg
- Mingote Adán, J. C. (1998). Síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional. *Formación Médica Continuada*, 5(8), 493-508.

- Mingote Adán, J.C., y Pérez Corral, F. (1999). Síndrome del "burnout" o de desgaste profesional. En J. Mingote Adán y F. Pérez Corral (Ed). *El estrés del médico. Manual de autoayuda*. (pp. 41-53). Madrid: Díaz de Santos.
- Minuchin, S. (1982). *Familia y Terapia familiar*. Buenos Aires.
- Minuchin, S. (1992). The restoried history of family therapy. In The evolution of psychotherapy: *The second conference*, 1(1), 3-12.
- Minuchin, S. H. y Fishman, C. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Morán, C., Landero, R. y González, M. T. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v9n2/v9n2a20.pdf>
- Moratto, N., Zapata, J., y Messenger, T. (2015). Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. *Revista CES Psicología*, 8(2), 103-121. Recuperado de <http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/3555/2436>
- Moreno, B., González, J. L. y Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. En J. Buendía y F. Ramos (Eds.), *Empleo, Estrés y Salud* (pp. 59-83). Madrid: Pirámide.
- Moreno González, A. (2009). Síndrome de Burnout en estudiantes de educación física y deportes de la universidad de Tolima. *Revista EDU-Física*, 2(6), 212-220
- Moreno-Jiménez, M^a P., Ríos-Rodríguez, M^a L., Canto-Ortiz, J., San Martín-García, J., y Perles-Nova, F. (2010). Satisfacción Laboral y Burnout en Trabajos Poco Cualificados: Diferencias entre Sexos en Población Inmigrante. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 26(3), 255-265. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2313/231316502008.pdf>
- Moreno, B., Oliver, C. y Aragoneses, A. (1991). El Burnout, una forma específica de estrés laboral. En G. Buela-Casal y V. Caballo (Comps.), *Manual de Psicología Clínica Aplicada* (pp. 271-284). Madrid: Siglo XXI.
- Muñoz, P. E., Vázquez, J. L., Rodríguez, I. F., Pastrana, E. y Varo, J. (1979). Spanish adaptation of the General Health Questionnaire (GHQ) of DP Goldberg (a method for

identifying psychiatric cases in the community). *Archivos de Neurobiología*, 42(1), 139-158.

Murueta, Marco. Osorio, Maricela. (2009). *Psicología de la familia en países latinos del siglo XXI*. México D.F.: Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología.

Neveu, J. (2007). Jailed resources: conservations of resources theory as applied to burnout among prison guards. *Journal of Organizational Behavior*. 28(1), 21-42.

Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona, España: Herder.

OIT, P. (2009). *Trabajo y Familia: Hacia nuevas formas de conciliación con corresponsabilidad social*. Disponible en línea: [http://oit.org.pe/WDMS/bib/publ/documentos/trab_familia \[OIT-PNUD\].pdf](http://oit.org.pe/WDMS/bib/publ/documentos/trab_familia [OIT-PNUD].pdf).

Olvera-Islas, R., Téllez-Villagra, C., y González-Pedraza Avilés, A. (2015). Prevalencia de *Burnout* en trabajadores de un centro de salud. *Atención familiar*, 22(2), 46-49. doi 10.1016/S1405-8871(16)30047-5

Organización Internacional del trabajo [OIT]. (2009). *Trabajo y familia: ¡Compartir es la mejor forma de cuidar!* Recuperado de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_103430.pdf

Ortega, C. y López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International journal of clinical and health psychology*, 4, 137-160. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/337/33740108.pdf>

Osuna Paredes, M. K., Carrillo Medina, L., Romero Paredes, J. J., & Alvarez Alvarez, M. (2009). Prevalencia del síndrome Burnout en médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 24 de Tepic, Nayarit, México. *Atención Familiar*, 16(2).

Páez, G. (1984). *Sociología de la familia*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.

Paladines, Guamán, M. I. y Quinde, Guamán, M. N. (2010). Disfuncionalidad familiar en niñas y su incidencia en el rendimiento académico. (Tesis de pregrado). Universidad de Cuenca. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2267/1/tps602.pdf>

- Párraga, Sánchez. J. M. (2006). *Eficacia del programa IRIS para reducir el síndrome de burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios*. (Tesis Doctoral. Universidad de Extremadura, España.
- Pavlát, J. (2002). The stressed physician. I. What conditions of the profession are stressful for the physician? What disorders do physicians experience and what are the effects on patients? *Casopis lekaru ceskych. Cas Lek Cesk*, 141 (11), 343-5.
- Pereda-Torales, L., Márquez-Celedonio, Félix., Hoyos-Vásquez, María y Yáñez-Zamora, Marco. (2009). Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Salud mental*, 32(5), 399-404. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000500006&lng=es&tlng=es.
- Pérez, A. M. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, (112), 42-80. doi: 10.15178/va.2010.112.42-80
- Pereira-Lima, K., y Loureiro, S. R. (2015). Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents. *Psychology, Health & Medicine*, 20, 353-362.
- Pines, A., Aronson, E. y Kafry, D. (1981). "Burnout: From tedium to personal growth". En C. Cherniss (Ed.), *Staff Burnout: Job Stress in the human services*. Nueva York: The Free Press.
- Prieto Albino, L. Robles Agüero, E., Salazar Martínez, L. y Daniel Vega, E. (2002). Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Aten Prim*, 29 (5), 294-302. doi:10.1016/S0212-6567(02)70567-2
- Puialto Durán, M., Antolín Rodríguez, R., y Moure Fernández, L. (2006). Prevalencia del síndrome del quemad@ y estudio de factores relacionados en las enfermeras del CHUVI (Complejo Hospitalario Universitario de Vigo). *Enf global*, 5(1), 1-18.
- Quintero, Á. (2007). *Diccionario especializado en familia y género*. Buenos Aires: Lumen Humanitas.
- Ramírez, Zhindón M. R. (2015). *Burnout en Profesionales de la Salud del Ecuador* (Tesis doctoral). Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10347/14632>
- Requena, G. C., Salamero, M., y Gil, F. (2007). Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. *Medicina clínica*, 128(18), 687-691.

- Revilla, L., Luna del Castillo, J., Bailón, E. y Medina, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia*, 6, 10-18.
- Ríos Riquez, M., Peñalver Hernández, F., Godoy Fernández, C. (2008). Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 19(4), 169-178.
- Romagnoli, C., Kuzmanic, V. y Caris, L. (2015). La familia y su rol en la prevención de conductas de riesgo: Factores protectores. *VALORAS*, 2(1), 1-6. Recuperado de <http://valoras.uc.cl/images/centrorecursos/familias/ValoresEticaYDesarrolloSocioemocional/Fichas/La-familia-y-su-rol-en-factores-de-riesgo.pdf>
- Ruiz, C. O., y Ríos, F. L. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Montes, M. O., Chorot, P. y Germán, M. A. (2002). Versión española del cuestionario EPQR-Abreviado (EPQR-A) (II): Replicación factorial, fiabilidad y validez. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, 195-205.
- Sánchez Alonso, P., y Sierra Ortega, V. M. (2014). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en UVI. *Enfermería Global*, 13(33), 252-266.
- Santes, M., Meléndez, S., Martínez, N., Ramos, I., Preciado, M., & Pando, M. (2009). La salud mental y predisposición a síndrome de burnout en estudiantes de enfermería. *Revista Chilena de Salud Pública*, 13(1). doi:10.5354/0719-5281.2010.656
- Schaufeli, WB., y Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: a critical analysis*. London: Taylor & Francis.
- Seisdedos, N. (1997). MBI Inventario Burnout de Maslach. Madrid: Ediciones TEA.
- Sherbourne, C. D. y Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science y Medicine*, 32, 705-714.
- Sherring, S., y Knight, D. (2009). An exploration of burnout among city mental health nurses. *British Journal of Nursing*, 18(20), 1234-1240

- Shirom, A. (1989) Burnout in work organization. En C. Cooper y I. Robertson (Eds) *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, (pp. 25-48) New York: John Wiley and Sons.
- Shirom, A., Westman, M., Shamai, O., y Carel, R. (1997). Effects of work overload and burnout on cholesterol and triglycerides levels: the moderating effects of emotional reactivity among male and female employees. *J Occup Health Psychol*, 2(4), 275-288.
- Suárez Gonzaga, N. P. (2017). *Factores laborales y familiares asociados al síndrome de desgaste profesional en el personal sanitario del distrito Chillogallo-La Ecuatoriana año 2016*. (Tesis para optar por el Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria). Universidad Central de Ecuador, Quito-Ecuador. Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/10389/1/T-UCE-0006-040.pdf>
- Tapia-Hernández, T., Ávalos-García, M., César-Vargas, R., Franco-Alcántar, R., Gómez-Alonso, A., y Rodríguez-Orozco, A. (2009). Síndrome de burnout en enfermeras de un hospital regional. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 17 (1), 31-38.
- Thompson, M., Page, S., y Cooper, C. (1993). A test of Caver and Scheiers self-control model stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*, 9(1), 221-235.
- Toro, Cortez, D. P. (2014). *Nivel de burnout en profesionales de enfermería en una institución prestadora de servicios de tercer nivel de la ciudad de Manizales* (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Colombia). Universidad Nacional de Colombia, Manizales, Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/43043/1/30233824.2014.pdf>
- Torres Velázquez, L., Ortega Silva, P., Garrido Garduño, A. y Reyes Luna, A. (2008). Dinámica familiar en familias con hijos e hijas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, (2), 1031-56. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80212387003>
- Trejo-Lucero, H., Torres-Pérez, J., & Valdivia-Chávez, M. (2011). Asociación entre síndrome de burnout y depresión en personal de enfermería que labora en un Hospital de Alta Especialidad del Estado de México. *Archivos de Investigación Materno Infantil*, 3(1), 44-47.
- Tuirán, R. y Salles, V. (1997). *Vida familiar y democratización de los espacios privados*. México: El Colegio de México.

- Vásquez-Manrique, J. F., Maruy-Saito, A., & Verne-Martin, E. (2014). *Frecuencia del síndrome de burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014*: Lima, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77(3), 168-174.
- Walsh, F. (1993). *Conceptualizations of normal processes in Normal Family Processes*. Nueva York: Guilford
- Winnubst, J. (1993). Organizational structure, social support and burnout. En W. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. UK: Tay
- Zaldúa, G., y Lodieu, M. (2000). El burnout. La salud de los trabajadores de la salud. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología/UBA*, 5(1), 151-169.

ANEXOS

ANEXO 1

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto de Investigación: “Prevalencia del Síndrome de *Burnout* en el personal de salud del Hospital de la Universidad Técnica Particular de Loja y la funcionalidad familiar”.

Departamento de Psicología

Investigador responsable: Tatiana Cecibel Mansanillas Rojas

Tutor a cargo: PhD. Rocío Ramírez Zhindón

Información General

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar o no, en una investigación con aplicaciones psicológicas.

Este proyecto tiene por objeto: Identificar el nivel de prevalencia del Síndrome de *Burnout* y la funcionalidad en el entorno familiar en los médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del HUTPL, y en función a los resultados diseñar un programa de intervención psicosocial – familiar.

La investigación es en su mayoría a través de cuestionarios no implica ningún riesgo para el participante y la decisión de participar es absolutamente voluntaria.

¿Quiénes participarán en el estudio?

Para el estudio no se han realizado avisos públicos para el reclutamiento de participantes. No hay contraindicaciones, ni riesgos relacionados a la participación en la investigación.

La población objeto de estudio serán el personal de salud (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del HUTPL), en servicio activo que cumplan con los criterios de inclusión previamente mencionados; se aplicará una batería de instrumentos psicológicos independientemente de la edad y género del participante.

Procedimientos del estudio

A los voluntarios incluidos en el estudio se les realizarán distintas pruebas psicológicas y levantamiento de información sociodemográfica, a través de los siguientes instrumentos: Cuestionario Sociodemográfico y laboral, Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28), Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), Cuestionario MOS de Apoyo Social, Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A, y el Cuestionario de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL).

Beneficios de su participación:

Con este estudio usted contribuirá al desarrollo de nuevos conocimientos destinados a la prevención del desgaste profesional. Los resultados de este estudio permitirán ampliar el conocimiento acerca de la salud mental del personal médico y de enfermería del HUTPL y los factores de riesgo y protección a los que se encuentran expuestos en referencia a las variables laborales, emocionales y familiares.

Entre los beneficios esta: conocer la prevalencia y la influencia del síndrome de *Burnout* en el entorno familiar del personal médico y de enfermería, y las relaciones interpersonales en el trabajo-familia en el personal de salud del HUTPL. Además esta investigación permitirá diseñar un programa de

intervención psicosocial vinculando específicamente al entorno familiar, y de esta manera, ayudar a fortalecer las relaciones intrafamiliares en los trabajadores de la salud según los resultados obtenidos.

¿Incurriré en algún gasto?

Usted no incurrirá en ningún gasto, todo estará financiado por la UTPL, y las organizaciones que colaboren voluntariamente para el cumplimiento de los objetivos previstos en esta investigación.

Riesgos y molestias:

Éste es un estudio en que los riesgos para su salud son nulos. Además, en éste estudio no se usará ningún tipo de medio o de estrategia de recolección de información que ponga en algún riesgo o malestar al participante.

Confidencialidad de los datos:

La información que se recoja será anónima y no se usará para ningún otro propósito fuera de los propios de este estudio. Por esta razón se aplicarán medidas necesarias para mantener la confidencial de los datos obtenidos como: no se pedirá ningún dato personal del participante (Nombres y apellidos, número de cédula, fecha de nacimiento), la información será procesada únicamente por el investigador y será tratada de forma completamente anónima y confidencial, con el fin de proteger datos de los participantes, el nombre de la institución no será mencionado en los reportes o publicaciones, para esto se mencionará el tipo de institución, su ubicación y el año del estudio.

Participación voluntaria:

Todos los que decidan participar en el presente estudio y cambien de opinión durante el desarrollo del mismo, podrán abandonarlo en cualquier momento. Si desea más información acerca del estudio haga todas las preguntas que desee en cualquier momento de su participación.

Contactos para preguntas acerca del estudio:

Tatiana Cecibel Mansanillas Rojas

tcmazanillas@utpl.edu.ec

60616441

.....
.....

NOTA: No firme la presente carta hasta que haya leído o le hayan leído y explicado toda la información proporcionada y haya hecho todas las preguntas que desee. Se le proporcionará copia de éste documento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El/la abajo firmante, declara conocer el Proyecto “Prevalencia del Síndrome de *Burnout* en el personal de salud del Hospital de la Universidad Técnica Particular de Loja y la funcionalidad familiar” y acepta que para que se pueda llevar a cabo el mismo, se hace necesario la recolección de algunos datos concernientes a su estado actual.

Por lo que, libre y voluntariamente, consciente en participar en el proyecto detallado, colaborando para la realización del mismo y aportando con la información y actividades que se requieran.

Además autoriza al personal a cargo del proyecto para que utilice su información para “Identificar el nivel de prevalencia del Síndrome de *Burnout* y la funcionalidad en el entorno familiar en los médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del HUTPL, y en función a los resultados diseñar un programa de intervención psicosocial – familiar”.

.....

FIRMA

ANEXO 2



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

Este cuestionario consta de una serie de ítems relativos a sus características, socioeconómicas y laborales. Su objetivo es recolectar datos para una investigación realizada por la Universidad Técnica Particular de Loja. Le agradeceríamos que nos diera su sincera opinión sobre TODAS las cuestiones que le planteamos. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Muchas gracias. Apreciamos muchísimo su ayuda.

DATOS PERSONALES:

Género: Masculino Femenino

Edad ____ años

Mencione la ciudad en la que trabaja actualmente.....

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia: Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: _____

Recibe su remuneración salarial: Si No

Aproximadamente su remuneración mensual es de:

0-1000 USD 1001-2000 USD 2001-3000 USD

3001-4000 USD 4001-5000 USD 5001-6000 USD

DATOS LABORALES:

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en.....

Enfermera

Auxiliar de enfermería

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

Horas que trabaja Diariamente _____

Trabaja usted en turno: SI No

Durante la jornada del trabajo que porcentaje dedica a la atención de pacientes:

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

Usted atiende a personas que tienen un alto riesgo de muerte: Sí No

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

Marque la puntuación que crea más adecuada entre 1 y 4, considerando el valor 1 como “nada”, 2 “poco”, 3 “bastante” y 4 “totalmente valorado”, de acuerdo a los enunciados que se presentan:

	1	2	3	4
¿Cuán valorado se siente por sus pacientes?				
¿Cuán valorado se siente por los familiares de los pacientes?				
¿Cuán valorado se siente por sus compañeros de profesión?				
¿Cuán valorado se siente por los directivos la institución?				

Marque la puntuación que crea más adecuada entre 1 y 4, considerando el valor 1 como “nada satisfecho”, 2 “poco”, 3 “bastante” y 4 “totalmente satisfecho”, de acuerdo a los enunciados que se presentan:

	1	2	3	4
¿Está satisfecho con el trabajo que realiza?				
¿Está satisfecho en su interacción con los pacientes?				
¿Está satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución?				
¿Está satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo?				
¿Está satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional?				
¿Está satisfecho está con su situación económica?				

Le recordamos la importancia de su información para usted y para su colectivo ocupacional. Sus respuestas únicas. MUCHAS GRACIAS por su tiempo y por haber contestado a todas las preguntas formuladas en el cuestionario.

ANEXO 3



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CUESTIONARIO DE MBI

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Tiene que saber que no existen respuestas mejores o peores.

Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la **frecuencia** con que tiene ese sentimiento, poniendo una cruz en la casilla correspondiente al número que considere más adecuado.

Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
0	1	2	3	4	5	6

	0	1	2	3	4	5	6
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2. Al final de la jornada me siento agotado.							
3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8. Me siento agobiado por el trabajo.							
9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12. Me encuentro con mucha vitalidad.							
13. Me siento frustrado por mi trabajo.							
14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21. Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

ANEXO 4



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CUESTIONARIO (GHQ-28)

El objetivo del cuestionario es determinar si se han sufrido algunas molestias y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Por favor, conteste a todas las preguntas, simplemente seleccionando las respuestas que, a su juicio, se acercan más a lo que siente o ha sentido. Recuerde que no se pretende conocer los problemas que ha tenido en el pasado, sino los recientes y actuales.

<p>A1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Mejor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Peor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho peor que lo habitual.</p>	<p>B1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un energizante?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de corrido toda la noche?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>

<p>A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p> <p>5.</p>
<p>A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más activo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p> <p>5.</p>
<p>C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Menos tiempo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Más tiempo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>

<p>C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Mejor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Aproximadamente lo mismo.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Peor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho peor que lo habitual.</p>	<p>D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?</p> <p><input type="checkbox"/>1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/>2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Más satisfecho.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Aproximadamente lo mismo.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho menos satisfecho que lo habitual.</p>	<p>D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Claramente, no.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Me parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Se me ha pasado por la mente.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Claramente lo he pensado.</p>
<p>C5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Más útil que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Menos útil que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?</p> <p><input type="checkbox"/>1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/>2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?</p> <p><input type="checkbox"/>1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/>2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Claramente, no.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Me parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Se me ha pasado por la mente.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Claramente lo he pensado.</p>

ANEXO 5



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CUESTIONARIO BRIEF-COPE

Las siguientes afirmaciones se refieren a la manera que usted tiene de manejar los problemas. Indique si está utilizando las siguientes estrategias de afrontamiento señalando el número que corresponda a la respuesta más adecuada para usted, según los siguientes criterios:

0	1	2	3
No he estado haciendo esto en lo absoluto	He estado haciendo esto un poco	He estado haciendo esto bastante	He estado haciendo esto mucho

1. Me he estado centrando en el trabajo y otras actividades para apartar mi mente de cosas desagradables.	0	1	2	3
2. He estado concentrando mis esfuerzos en hacer algo acerca de la situación en la que estoy.	0	1	2	3
3. Me he estado diciendo a mí mismo “esto no es real”.	0	1	2	3
4. He estado tomando alcohol u otras drogas para sentirme mejor.	0	1	2	3
5. He estado consiguiendo apoyo emocional de los demás.	0	1	2	3
6. He estado dejando de intentar hacerle frente.	0	1	2	3
7. He estado dando pasos para intentar mejorar la situación.	0	1	2	3
8. Me he estado negando a creer que esto ha sucedido.	0	1	2	3
9. He estado diciendo cosas para dejar salir mis sentimientos desagradables.	0	1	2	3
10. He estado recibiendo ayuda y consejo de otras personas.	0	1	2	3
11. He estado consumiendo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.	0	1	2	3
12. He estado intentando verlo desde otra perspectiva que lo haga parecer más positivo.	0	1	2	3
13. Me he estado criticando a mí mismo.	0	1	2	3
14. He estado intentando dar con alguna estrategia acerca de qué hacer.	0	1	2	3
15. He estado consiguiendo consuelo y comprensión de alguien.	0	1	2	3
16. He estado dejando de intentar afrontarlo.	0	1	2	3
17. He estado buscando algo bueno en lo que está pasando.	0	1	2	3
18. He estado haciendo bromas sobre ello.	0	1	2	3
19. He estado haciendo cosas para pensar menos en ello, como ir al cine, ver la televisión, leer, soñar despierto, dormir o ir de compras.	0	1	2	3
20. He estado aceptando la realidad del hecho de que ha ocurrido.	0	1	2	3
21. He estado expresando mis sentimientos negativos.	0	1	2	3
22. He estado intentando encontrar consuelo en mi religión o creencias espirituales.	0	1	2	3
23. He estado intentando conseguir consejo o ayuda de otros acerca de qué hacer.	0	1	2	3
24. He estado aprendiendo a vivir con ello.	0	1	2	3
25. He estado pensando mucho acerca de los pasos a seguir	0	1	2	3
26. Me he estado culpando a mí mismo por cosas que sucedieron.	0	1	2	3
27. He estado rezando o meditando.	0	1	2	3
28. He estado burlándome de la situación.	0	1	2	3

ANEXO 6



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CUESTIONARIO DE AS

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda del que usted dispone:

1.- Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre). Escriba el número de amigos íntimos _____ y familiares cercanos: _____

Generalmente buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? Señale el número que corresponda a la respuesta más adecuada para usted según los siguientes criterios:

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
2. Alguien que le ayude cuando esté enfermo.					
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.					
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.					
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.					
6. Alguien que le muestre amor y afecto.					
7. Alguien con quien pasar un buen rato.					
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.					
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.					
10. Alguien que le abrace.					
11. Alguien con quien pueda relajarse.					
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.					
13. Alguien cuyo consejo realmente desee.					
14. Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas.					
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.					
16. Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos.					
17. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales.					
18. Alguien con quien divertirse.					
19. Alguien que comprenda sus problemas.					
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.					

ANEXO 7



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CUESTIONARIO EPQR-A

Las siguientes preguntas se refieren a distintos modos de pensar y sentir. Lea cada pregunta y coloque una cruz bajo la palabra SI o la palabra No según sea su modo de pensar o sentir. No hay respuestas buenas o malas, todas sirven.

Descripción	Si	No
1. ¿Tiene con frecuencia subidas y bajadas de su estado de ánimo?		
2. ¿Es usted una persona comunicativa?		
3. ¿Lo pasaría muy mal si viese sufrir a un niño o a un animal?		
4. ¿Es usted una persona de carácter alegre?		
5. ¿Alguna vez ha deseado más ayudarse a sí mismo/a que compartir con otros?		
6. ¿Tomaría drogas que pudieran tener efectos desconocidos o peligrosos?		
7. ¿Ha acusado a alguien alguna vez de hacer algo sabiendo que la culpa era de usted?		
8. ¿Prefiere actuar a su modo en lugar de comportarse según las normas?		
9. ¿Se siente con frecuencia hart/a («hasta la coronilla»)?		
10. ¿Ha cogido alguna vez algo que perteneciese a otra persona (aunque sea un broche o un bolígrafo)?		
11. ¿Se considera una persona nerviosa?		
12. ¿Piensa que el matrimonio esta pasado de moda y que se debería suprimir?		
13. ¿Podría animar fácilmente una fiesta o reunión social aburrida?		
14. ¿Es usted una persona demasiado preocupada?		
15. ¿Tiende a mantenerse callado/o (o en un 2º plano) en las reuniones o encuentros sociales?		
16. ¿Cree que la gente dedica demasiado tiempo para asegurarse el futuro mediante ahorros o seguros?		
17. ¿Alguna vez ha hecho trampas en el juego?		
18. ¿Sufre usted de los nervios?		
19. ¿Se ha aprovechado alguna vez de otra persona?		
20. Cuando está con otras personas ¿es usted más bien callado/a?		
21. ¿Se siente muy solo/a con frecuencia?		
22. ¿Cree que es mejor seguir las normas de la sociedad que las suyas propias?		
23. ¿Las demás personas le consideran muy animado/a?		
24. ¿Pone en práctica siempre lo que dice?		