



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

El estrés laboral crónico en cuidadores de la ciudad de Cariamanga,

Cantón Calvas, provincia de Loja, durante el año 2017-2018

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Abrahan Correa Mireya del Cisne

DIRECTORA: Mgtr. Vivanco Vivanco María Elena

CENTRO UNIVERSITARIO CARIAMANGA

2018



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NC-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>

Loja, septiembre del 2018

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister.

María Elena Vivanco Vivanco

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración.

El presente trabajo de titulación: “El estrés laboral crónico en los cuidadores de la ciudad de Cariamanga, Cantón Calvas, Provincia de Loja, durante el año 2017-2018”, realizado por Abraham Correa Mireya del Cisne, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja septiembre 2018

f)

DECLARACIÓN DE AUTORIA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo Abrahan Correa Mireya del Cisne, declaro ser autora del presente trabajo de titulación “El estrés laboral crónico en los cuidadores de la ciudad de Cariamanga, Cantón Calvas, Provincia de Loja, durante el año 2017-2018”, de la Titulación de Psicología, siendo la magister María Elena Vivanco Vivanco 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 que se realicen a través o con el apoyo financiero académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

F.....

AUTORA: Abrahan Correa Mireya del Cisne

CEDULA: 1104666787

DEDICATORIA

A Dios por ser mi principal fortaleza para luchar cada día por cumplir mis metas y objetivos y sobre todo por ayudarme a salir adelante en los momentos más difíciles.

A mis padres Víctor y Gladys por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, por sus ejemplos de perseverancia y constancia que los han caracterizado y me han impulsado siempre, por la motivación constante que me ha permitido fortalecerme y culminar mi carrera universitaria.

A mis hermanos Juan Pablo, Fausto, Patricio y Jhon quienes han sido un pilar fundamental en este proceso de preparación, siendo ellos un fiel ejemplo de superación y dedicación.

Al amor de mi vida Alex, que con su apoyo incondicional, inmenso amor y ejemplo me enseñó a perseverar para alcanzar mis objetivos y metas propuestas, me impulso a seguir siempre adelante.

AGRADECIMIENTO

Les agradezco a Dios y a la Santísima Virgen del Cisne por su infinito amor por ser los mejores padres y guías en mi vida, por darme la fe y la fortaleza para creer en mí y hacer que poco a poco mis sueños se hagan realidad.

A mis padres, hermanos, y al amor de mi vida Alex que han sido siempre mi apoyo y me han alentado a seguir adelante y a luchar por mis sueños.

Infinitas gracias a mi directora Mgtr. María Elena Vivanco Vivanco quien, con sus sabios conocimientos supo guiarme y motivarme en todo este proceso, por la confianza que deposito en mi para la realización de esta investigación, por la paciencia y ayuda incondicional que tuvo con mi persona en todo este camino para culminar mis estudios universitarios.

Y mi más sincero agradecimiento a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus docentes que han sido una parte fundamental para este proceso de formación universitaria, gracias por sus enseñanzas y apoyo en todos estos años.

INDICE DE CONTENIDOS

PORTADA	i
DECLARACIÓN DE AUTORIA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
INDICE DE CONTENIDOS	vi
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I.....	5
MARCO TEORICO.....	5
1.1. Definiciones del estrés laboral crónico.....	6
1.1.1. Definiciones de las décadas de 1970.....	6
1.1.2. Definiciones de las décadas de 1980.....	8
1.1.3. Definiciones de las décadas de 1990.....	10
1.1.4. Definiciones de las décadas del 2000.....	12
1.1.5. Definiciones de las décadas del 2010 hasta la actualidad.	13
1.2. Consecuencias del estrés laboral crónico.....	15
1.2.1. Consecuencias en la salud en los cuidadores.	15
1.2.2. Consecuencias en el trabajo en los cuidadores.....	16
1.3. Modelos explicativos del estrés laboral crónico.....	17
1.3.1. Modelos basados desde la teoría Sociocognitiva.	17
1.3.2. Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social.	21
1.3.3. Modelos Desarrollados desde la Teoría organizacional.	23
1.3.4. Modelos sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el Trabajo.	26
1.3.5. Modelo de la Teoría Estructural de Gil-Monte.	29
1.4. Importancia del estudio estrés laboral crónico en cuidadores.....	30

1.5. Prevalencia del estrés laboral crónico en los cuidadores.....	32
1.5.1. Prevalencia en cuidadores a nivel mundial.	32
1.5.2. Prevalencia en cuidadores a nivel de Latinoamérica.....	33
1.5.3. Prevalencia en cuidadores a nivel nacional.	34
1.6. Variables asociadas del estrés laboral en cuidadores.....	35
1.6.1. Variables sociodemográficas asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.....	35
1.6.2. Variables laborales asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.	36
1.6.3. Variables asociadas al compromiso vital y satisfacción vital asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.	36
1.6.4. Variables moduladoras como: apoyo social, afrontamiento y resiliencia asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.	38
CAPÍTULO II.....	39
METODOLOGÍA.....	39
2.1. Objetivos	40
2.1.1. Objetivo general.....	40
2.1.2. Objetivos específicos.....	40
2.2. Preguntas de Investigación.....	41
2.3. Contexto.....	41
2.4. Diseño de Investigación.....	42
2.5. Muestra.....	43
2.6. Métodos y Técnicas e instrumentos de investigación.....	44
2.6.1. Métodos.....	44
2.6.2. Técnicas.....	45
2.6.3. Procedimiento.....	46
2.6.4. Recursos.....	47
2.6.5. Instrumentos.....	48
CAPÍTULO III.....	52
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	52
3.1. Análisis de resultados obtenidos.....	53

3.2. Discusión de datos.	60
CONCLUSIONES.....	67
RECOMENDACIONES	69
BIBLIOGRAFÍA.....	71
ANEXOS.....	81

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo identificar la prevalencia del estrés laboral crónico y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal) en cuidadores que laboran en instituciones públicas de ayuda social y articulados a este sistema, de la ciudad de Cariamanga del cantón Calvas, provincia de Loja, Zona 7, durante el año 2017-2018.

La investigación fue de tipo no experimental, transversal, exploratoria, descriptiva y cuantitativa, realizada a 40 cuidadores a través de algunos instrumentos de recolección de datos como: cuestionario sociodemográfico y laboral, cuestionario de MBI, entrevista de carga para cuidadores formales, escala de satisfacción vital ESV, cuestionario de salud general GHQ-28, cuestionario BRIEF-COPE, cuestionario de AS, y Brief Resilience Scale BRS.

Se pudo determinar en los resultados que prevalece el sexo femenino en un 90% de los cuidadores, el 15% presentan estrés laboral, el 85% de los participantes tienen sobrecarga intensa, el 42.5% se sienten ligeramente satisfechos vitalmente, los síntomas alcanzados son somáticos con un 82.5% y de ansiedad en un 85%, además reciben apoyo emocional con una media de 22.15.

PALABRAS CLAVES: Cuidadores, estrés, sobrecarga, ansiedad, apoyo emocional.

ABSTRACT[u1]

The objective of this research was to identify the prevalence of chronic work stress in caregivers working in public institutions, in the city of Cariamanga, Calvas, during the year 2017-2018.

The research was non-experimental, cross-sectional, exploratory, descriptive and quantitative, conducted to 40 caregivers through some data collection instruments such as: sociodemographic and labor questionnaire, MBI questionnaire, burden interview for formal caregivers, satisfaction scale vital ESV, general health questionnaire GHQ-28, BRIEF-COPE questionnaire, AS questionnaire, and Brief Resilience Scale BRS.

It was possible to determine in the results that the female sex prevails in 90% of the caregivers, 15% present work stress, 85% of the participants have intense overload, 42.5% feel slightly satisfied vitally, the symptoms reached are somatic with 82.5% and anxiety by 85%, they also receive emotional support with an average of 22.15; From this point of view, it is opportune to give relevance to the identification of chronic work stress in health care workers.

KEY WORDS: Caregivers, stress, overload, anxiety, emotional support.

INTRODUCCIÓN

Es importante resaltar que según Calabrece (2010), el estrés laboral son las desfavorables obstrucciones emocionales y físicas que acontecen cuando la presión del trabajo no iguala a la capacidad, necesidad y recursos del empleado, tomándose excesivo y percedero, con lo cual supera la tolerancia del cuerpo humano y puede acarrear consecuencias como gestión pobre de las actividades, baja seguridad del empleado y su familia y deterioro de su salud. Además, Freudenberguer (1980), como se citó en Maicon y Garcés (2010), afirma que el estrés crónico es un “estado de fatiga o frustración provocado por la devoción a una causa, modo de vida o relación que no produce la recompensa deseada” (p.170).

Se ha considerado investigar a los cuidadores de la salud por que son un grupo vulnerable a padecer el estrés laboral debido a la exigencia del cuidado que un paciente requiere, en reiteradas ocasiones los cuidadores no disponen de tiempo para el cuidado de su propia salud lo cual genera afectaciones. En algunos estudios realizados a escala mundial con respecto al estrés laboral crónico en cuidadores, se da a conocer que países como Estados Unidos, España, Chile, Argentina y Colombia, evidencian altos síntomas de ansiedad y depresión, dejándolos a disposición de enfermedades físicas y psiquiátricas, de acuerdo a Palomé, Gallegos, Xequé, Juárez y Perea (2014).

En relación a estudios realizados en Latinoamérica durante los últimos años, se ha podido diferenciar que los cuidadores primarios tienen un mayor grado de prevalencia de estrés laboral crónico con una clara tristeza de poca intensidad, hay otros cuidadores que muestran variaciones súbitas en su estado emocional que se sujeta a sus divergencias personales (Palacios y Jiménez, 2008). En cierto modo estos hechos se deben a la falta de apoyo social y familiar ya que es un problema que actualmente esta asechando en el contexto latinoamericano. Según Toroshina (2016) en el Ecuador, se han desarrollado estudios enfocados en conocer el estrés laboral crónico, el cual ha sido identificado que presenta mayor prevalencia en la ciudad de Guayaquil; también se ha podido corroborar que en Ecuador el nivel de estrés es bajo en comparación a otros países, pero no por ese motivo deja de ser importante ya que quienes padecen estrés laboral en el Ecuador presentan los mismos síntomas de quienes lo padecen a nivel mundial.

El desarrollo del presente trabajo de investigación está conformado por tres capítulos, mismos que se detallan a continuación. El primer capítulo hace referencia al marco teórico del trabajo investigativo, en el cual se expone definiciones del estrés laboral crónico con sus consecuencias, modelos explicativos, importancia del estudio, prevalencia y variables asociadas en los cuidadores. En el segundo capítulo se detalla la metodología utilizada que engloba los objetivos de la investigación, preguntas a investigar, contexto, diseño, muestra, métodos y técnicas que también incluye el procedimiento, recursos e instrumentos; seguidamente en el tercer capítulo se ejecuta el análisis y discusión de datos que presenta los resultados de los instrumentos aplicados a cada uno de los cuidadores con relación a la problemática identificada en el estudio.

La investigación se caracteriza por ser de tipo transaccional, no experimental, descriptivo, cuantitativo y exploratorio, la muestra fue de 40 cuidadores, la recolección de datos se realizó mediante la aplicación de los instrumentos conformados por: cuestionario sociodemográfico y laboral Ad-hoc, cuestionario del estrés laboral crónico de Maslach (MBI), entrevista de carga para cuidadores formales, escala de satisfacción vital (ESV), cuestionario de salud general (GHQ-28), cuestionario BRIEF-COPE, cuestionario de apoyo social, Brief Resilience Scale (BRS).

Mediante la elaboración del presente trabajo investigativo se logra los objetivos planteados al establecer que la edad promedio de los cuidadores es de 34.48 años, en tanto que el 45% están casados. Además hay un alto nivel de agotamiento emocional en el 77.5% de los cuidadores; por lo que el 85% presentan sobrecarga intensa que les genera ansiedad en un 85%. Ante ello el modo de afrontamiento más utilizado es la auto distracción con el 3.25, mientras que en el 22.15% se recibe el apoyo emocional, aunque sólo el 42.5% están ligeramente satisfechos con la gestión laboral que realizan y la capacidad de resiliencia alcanza una media de 19.7. La facilidad que se tuvo en la ejecución de la investigación es que los participantes aportaron con datos relevantes para el desarrollo de la misma; mientras que algunas limitantes presentadas en el desarrollo de la investigación fueron la falta de disponibilidad de algunos cuidadores de salud por sus demasiadas ocupaciones, rotación de horarios de trabajo y temor a divulgar el tema para tratar de evitar acordarse de ello como medio de superación.

CAPÍTULO I

MARCO TEORICO

Considerando que hoy en día, el estrés es un tema muy conocido en diversos ámbitos laborales como el de los cuidadores del Ecuador, es pertinente resaltar que este término hace referencia a la reacción nociva tanto emocional como física que suscita cuando la demanda de trabajo no es igual a la capacidad, necesidad o recursos del trabajador, dentro de un contexto que conlleva a percepciones de fracaso (Rodríguez y Rivas, 2011).

Conforme a ello cabe denunciar que el estrés derivado generalmente del mucho trabajo, “está determinado por la organización y diseño del trabajo, y por las relaciones laborales” (Organización Internacional del Trabajo, 2016, p. 2), dando relevancia a lo referido por el autor se evidencia que la constante ausencia de procedimientos de adaptabilidad y recuperación después de un largo tiempo de estrés experimentado, así como la acumulación natural de la persona tiende a generar el estrés laboral crónico.

1.1. Definiciones del estrés laboral crónico en cuidadores

1.1.1. Definiciones de las décadas de 1970.

De forma precedente se verifica que el estrés laboral crónico fue acogido por grandes estudiosos, destacándose que en la década de 1970 Ginsburg publicó su estudio *The problem of the Burned out executive*, en donde atribuía a Herbert Freudenberger el descubrimiento de este trastorno como se citó en Juárez, Idrobo, Camacho y Placencia, 2014). En este trabajo daba a entender que esta enfermedad la afectaba a él y a sus compañeros que daban atención a víctimas de adicción, por lo que lo conceptualizó como un estado de oprobio de energía o de reducción de la motivación y del deber que va acompañada por una gran cantidad de síntomas físicos y mentales.

Desde este punto de vista también se resalta que el hablar del estrés laboral crónico en esta década se enfocaba la atención hacia el ambiente de trabajo, mas no al empleado, por lo que se trataba de prevenir que este se estigmatice.

En este contexto, el empleado iba generando posibles sentimientos de remordimiento y vergüenza que conllevaban a un estado de cansancio mental que según Goffman (1970), como se citó en Barra y Sotelo (2016), procedía de la insatisfacción receptada por el trabajador, por lo que en general se creía que esto derivaba de su comportamiento basado en el estrés prolongado y que reflejaba un carácter intensamente desacreditador.

Con base en ello, McGrath (1970), como se citó en Alvarado (2014), logró establecer que el estrés laboral crónico es la inestabilidad sustancial (apreciada) entre la necesidad y la habilidad de respuesta (de la persona), en circunstancias en las que existe una frustración ante esta necesidad y que provoca importantes consecuencias receptadas en quien la experimenta.

De forma continua Freudenberger siguió perfeccionando su definición sobre este trastorno y entre 1971-1974, acomodó este término en un contexto de agotamiento profesional que fue incluido en su libro *Burnout: The High Cost of High Achievement*, y lo definía como “la extinción de la motivación o el incentivo, especialmente allí donde la dedicación a un objetivo o a una relación fracasa en conseguir los resultados deseados” (Zamora, González y Espinosa, 2012, p.16). Este psicólogo logró su éxito al reconocer y examinar algo que surgía de forma previa para después asignarle un nombre que tuvo un gran alcance y que lo condujo a generalizarse en todo el mundo.

Por tanto, deductivamente este profesional reflejaba que este síndrome propiamente dicho ya precedía a lo anteriormente descrito, por lo que hasta ese entonces se venía aplicando para relacionarse al estado de pérdida final de la personalidad a la que conducía el exceso crónico de drogas. Esto contribuyó para que en 1976 la psicóloga Cristina Maslach propusiera un concepto del estrés laboral crónico basado en un ambiente que pasaba de lo médico-clínico a lo psicosocial, describiéndolo como una nueva experimentación sintomática clínica diferenciada por el agotamiento que se visualiza entre los profesionales especializados en salud mental (Olivares, 2016).

Lo que buscaba Maslach con ello era orientar la prominencia de valorar los factores emocionales que intervenían en el estrés laboral crónico, alegando que la rigidez laboral que esto provoca es una variable que interviene significativamente en el transcurso de la debilidad psíquica y que algunas estrategias de afrontamiento eficientes tienen gran implicación para que los empleados mejoren su comportamiento laboral e identidad profesional. Finalmente “Pines y Kafry en 1978 agregaron su definición al determinar que es una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal” (Maicon y Garcés, 2010).

De manera sintetizada se comprueba que conforme a lo expuesto por los psicólogos, durante 1970 y 1980, el interés de los empleadores se centraba en fomentar un buen ambiente laboral dentro de las organizaciones, más no en las necesidades personales de los empleados, lo que repercutió posteriormente, en el deterioro de su motivación en trabajar con empeño y en el apareamiento de sentimientos de culpabilidad sobre ello, que condujo a la presencia del estrés laboral crónico y disminuyó significativamente su rendimiento en el trabajo.

1.1.2. Definiciones de las décadas de 1980.

El estrés laboral crónico posteriormente ha sido abordado por diversos autores durante décadas, pudiéndose destacar que Edelwich y Brodsky (1980), como se citó en Maicon y Garcés, 2010), los mismo que expresan que consiste en el desgaste del interés, motivación y ganas de trabajar por parte de los profesionales que daban servicios de salud durante la jornada laboral a consecuencia de las demasiadas exigencias de trabajo.

Para ello el estrés se producía en cuatro fases que eran: a. el entusiasmo que mostraba los anhelos, la motivación abundante y la ausencia de la idea de riesgo, b. la detención que resulta de no dar cumplimiento a las perspectivas iniciales, lo que desencadena frustración, c. frustración reflejada en el apareamiento de conflictos de tipo emocional, conductual y físicos que es la base del estrés, y, de inactividad que presenta el empleado y que representa el sistema de defensa a raíz de la frustración que posee.

De forma casi similar sobresale Freudenberger, quien en 1980 describe al estrés crónico como un “estado de fatiga o frustración dado por la devoción a una causa, modo de vida o relación que no produce la recompensa deseada” (Maicon y Garcés, 2010, p. 170); mientras que Cherniss (1980), como se citó en Maicon y Garcés (2010), lo conceptualizó de una forma diferente al señalarlo como un procedimiento transaccional de fatiga y rigidez en el desarrollo del trabajo mediante tres fases que son: la inequidad entre los recursos propios y la demanda laboral; la refutación emocional en un corto periodo de tiempo; y, la variación de la conducta y actitud hacia ello.

Relativamente Maicon y Garcés (2010), indican en su estudio *“El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo”*, que Pines, Aaronson y Kafry (1981) definen al estrés laboral crónico como una etapa de impotencia mental, física y emocional que es provocada por la constante implicación del trabajador en ambientes que le degradan psicológicamente, aunque en esta misma obra se señala que Maslach y Jackson (1981), lo consideraron a manera de un cansancio prolongado que conduce a la práctica de ubicarse agotado emocionalmente, así como con aparición de sentimientos negativos con los compañeros de trabajo y deficiencias en la realización de actividades, lo que posteriormente conlleva a un procedimiento de desvalorización en la función de tipo profesional.

Edelwich y Brodsky; Freudenberger; Cherniss; Pines, Aaronson y Kafry; y, Maslach y Jackson, entienden que el estrés laboral crónico se configura como un malestar general caracterizado por: a) agotamiento emocional, b) despersonalización y c) reducida realización personal; aunque Smith y Nelson en 1983 concluyeron que no es posible ofrecer una definición concisa del término, reseñando su complejidad que se intenta concretar (Maicon y Garcés, 2010, p. 170).

Brill (1984), como se citó en Maicon y Garcés (2010), por su parte define al estrés laboral crónico dentro de un estado devastador y angustioso en el transcurso del trabajo que se presenta en una persona que no tiene otra situación que le afecte emocionalmente,

considerando que antes se desempeñaba bien en sus labores para cumplir sus objetivos personales, pero que luego ya no puede por la disminución de su rendimiento sino es con la ayuda de una tercera persona que le posibilite mejorar sus expectativas originales.

Maicon y Garcés (2010) también especifican que Cronin Stubbs y Rooks en 1985 sustentan que el estrés laboral crónico es una réplica impropia, comportamental y emotiva de los empleados; en cambio Smith, Watstein y Wuehler (1986), citados por Maicon y Garcés (2010), lo sintetizaron en un frágil patrón de síntomas, conductas y actitudes que es diferente en cada persona, lo que complica su definición globalizada. De otro lado Garden (1987), citado por Maicon y Garcés (2010), expresa que es muy pronto para establecer un concepto definitivo del estrés laboral crónico porque hay mucha ambigüedad en su contexto de desarrollo.

Finalmente fue conceptualizado por Shirom (1989), como se citó en Maicon y Garcés (2010), como un modo de secuela de la ineficiencia de las capacidades de resistencia a tal punto que cuando se reduce el recurso personal del empleado se genera más fatiga, por lo que para entenderlo mejor es vital analizar esta situación.

Esto sirvió de base para que Hiscott y Connop como se citó en Maicon y Garcés (2010), pudieran establecer entre 1989 y 1990 que “el estrés laboral crónico evidencia un estándar de contrariedades de tensión relacionadas con el trabajo” (p. 171).

Con respecto a ello se contrasta que el estrés laboral crónico en las personas se va presentando progresivamente en un proceso que parte del deterioro de sus expectativas, propiciado de una excesiva carga de funciones a realizar en su trabajo para conducirlo a sentir desinterés por trabajar con el mismo empeño que cuando empezó.

1.1.3. Definiciones de las décadas de 1990.

Moreno, Oliver y Aragonese (1991) hablan ya del estrés laboral crónico como un tipo de estrés que se genera primariamente en aquellas carreras que conjeturan una relación interpersonal acelerada con las utilidades del propio trabajo.

Por su lado, Leiter (1992) lo equipara a un trance de autoactividad, aunque también fue propuesto por Burke y Richardsen (1993) como un conjunto de pasos que acontecen a nivel individual como un hábito psíquico rodeado de perspectivas, fundamentos, actitudes y sensaciones, en resultado de una experiencia denegativa que coadyuva a otras dificultades de disconformidad.

Casi en las mismas condiciones Leal (1993) lo caracteriza en una serie de síntomas de tipo depresivos que son producto de lo que el empleado recepta como una decepción de sus mediaciones y la disminución del valor de su persona debido a lo que vive en su trabajo, así como al esfuerzo aplicado que no le resulta útil. Así mismo, Schaufeli y Buunk (1996), como se citó en Maicon y Garcés (2010), deducen que el estrés laboral crónico es una “clase de comportamiento negativo en la organización que afectaría no solamente al individuo, sino también a ésta” (p. 171).

En concordancia a estas afirmaciones, Maicon y Garcés (2010) señalan que Peiró lo describió en 1997 como una experiencia intrínseca que acumula algunas emociones, actitudes y conocimientos, que tienen una apariencia negativa para el empleado al involucrar falta de efectividad, modificaciones y, problemas psicofisiológicos con secuelas perjudiciales para este y para la organización donde trabaje. Esto fue afirmado por Mingote (1998), como se citó en Maicon y Garcés (2010), quien incluyó al estrés laboral crónico de forma resumida en cinco fases: la primera en la que prepondera una sintomatología disfórica y la extenuación subjetivo, la segunda que consiste en la presencia de modificaciones de comportamiento con respecto a la forma de servicio en la relación transmitida a los clientes.

La tercera en la que ya surgen síntomas fisiológicos como incomodidad generalizada, desfallecimiento en relatividad a otros métodos paliativos reductores de la ansiedad secundaria y demás conductas de dependencia que intervienen en la pérdida de la calidad

de vida del empleado; la cuarta que se refiere a un síndrome de tipo clínico-laboral que es ocasionado por la incorrecta adaptabilidad hacia el empleo, aunque de forma general aparece en personas normales, y, la quinta que se revela en una baja escala de rendimiento en el desempeño y por las experiencias de baja satisfacción individual, de repliegue organizacional y la deficiencia laboral.

Gil-Monte y Peiró en el año 2000 sustentaron ya al estrés laboral crónico desde la perspectiva psicosocial, considerándolo como un proceso en el que intervienen componentes cognitivo-aptitudinales (baja realización personal en el trabajo), emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización) (Maicon y Garcés, 2010, p. 171).

Luego de analizar los aportes de Moreno; Oliver y Aragoneses; Leiter; Schaufeli y Buunk; Mingote; y, Gil-Monte y Peiró se puede concretar que estrés laboral crónico incluye una forma de degeneración piso-social para trabajar eficientemente en una empresa por parte de los profesionales de carreras en las que intervienen aspectos físicos y psíquicos, producto de algunas situaciones negativas que son captadas por ellos y que degradan su actitud de entusiasmo.

1.1.4. Definiciones de las décadas del 2000.

A partir del año 2000, el concepto de estrés laboral crónico fue más reconocido por algunos autores, entre los que destacan Peris (2002, como se citó en Maicon y Garcés, 2010), en su trabajo *“El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo”*, quien lo enfatizó como una perturbación diferenciada por la demasía o desestructura de trabajos cognitivos por arriba del límite de la capacidad del personal ya que cuando esto sobrepasa sus habilidades en el momento de confrontarlos, se puede obtener un lapso permanente de colapso extremo que dificulta efectuar las funciones delegadas de forma adecuada. Si al mismo tiempo procede un cansancio psicológico en resultado de esta baja en el producto del trabajo, se muestra una elevación de la percepción de desrealización y reducción de la conmovición de eficiencia laboral.

De forma más reciente se ha circunscrito al estrés laboral crónico a manera de un síntoma defensivo que se expresa en cualquier profesión de ayuda en derivación del riesgo de tener una misión demasiado ambiciosa y una idealización ficticia, lo que provoca un enfrentamiento entre su realidad laboral y sus expectativas que pueden conllevar a este tipo de estrés (Jaoul, Kovess y Mugen, 2004). En contraste a esto, Aranda (2006, como se citó en la obra *“El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo”* de Maicon y Garcés (2010), determina que es un “término anglosajón que significa estar quemado, desgastado, exhausto, donde se pierde la ilusión por el trabajo” (p. 1). Pero Molina y Ávalos (2007) como se citó en este mismo trabajo, lo conceptúan como la contradicción del cuidado en la salud en medida de que el empleado se enferma de la misma forma que los demás pacientes de un hospital.

Con base en ello, Maslach y Leiter (2008), como se citó en Maicon y Garcés (2010), “relacionan esta clase de estrés, especialmente con las características del trabajo, incluyendo alto volumen de trabajo, conflicto y ambigüedad de rol, baja previsibilidad, falta de participación y apoyo social, y experiencia de injusticia” (p. 171).

Todas estas definiciones detalladas anteriormente por los autores permiten dar a conocer que el estrés laboral crónico se interpreta como el desajuste de la capacidad cognitiva del trabajador por la exigencia laboral que supera su capacidad intelectual y que repercute en la percepción derivada del ambiente en que realice su trabajo.

1.1.5. Definiciones de las décadas del 2010 hasta la actualidad.

Calabrese (2010) es más lógico con su aporte en la definición del estrés laboral crónico al indicar que son las desfavorables obstrucciones emocionales y físicas que acontecen cuando la presión del trabajo no iguala a la capacidad, necesidades y recursos del empleado, tornándose excesivo y percedero, con lo cual supera la tolerancia del cuerpo humano y puede acarrear consecuencias como gestión pobre de las actividades, baja seguridad del empleado y su familia, y el deterioro de su salud.

Dando coherencia a la afirmación anterior, también se destaca que “el estrés laboral crónico se comporta bajo forma de un proceso dinámico, acumulativo que genera una activación frecuente del ciclo del estrés, desgastando paulatina y permanentemente los sistemas biológicos” (Calabrese, 2010, p. 183). Aunque esto es asimilado en el concepto de Rodríguez y Rivas (2011) que plantean el surgimiento del mismo a partir del sometimiento del trabajo bajo situaciones complicadas, representadas particularmente por desgaste cognitivo, emocional y físico, que repercuten directamente en la empresa donde trabaja el empleado.

Esto también es relacionado por López, Solano, Aguirre, Osorio y Vásquez (2012) al definir que el estrés se vuelve crónico, cuando el desajuste entre los recursos, necesidades y capacidades del empleado, y las condiciones del trabajo que realiza de manera constante, propicia la deficiente comunicación con sus demás compañeros y otro tipo de problemas íntimos.

Es así que para Corredor y Torres (2013) se reconocería esta forma de estrés en el agotamiento y desgaste de tipo profesional que se va depositando en respuesta a una inducción estresante que se extiende en el tiempo, por lo que el empleado que lo experimenta tiende a presentar una actitud negativa hacia el trabajo y a los colegas; de forma parecida es concebido por Contreras y Burguillos (2014) en forma de patología inflexible, correspondiente al contexto laboral y a la forma de vida, es decir, una crisis procedente por el propio trabajo y que refleja muchas consecuencias psico-fisiológicas luego de la somatización.

Igualmente cabe mencionar que el estrés laboral crónico se presenta en respuesta a estresores arraigados durante en el trabajo, generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, primordialmente cuando ésta es de ayuda como en el caso de docentes, médicos, enfermeras, entre otros. Quien lo presenta, manifiesta actitudes y sentimientos negativos, hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de

encontrarse emocionalmente agotado (Aldrete, Navarro, González, Contreras y Pérez, 2015, p. 33).

Bajo un ambiente más innovador y actualizado, Díaz y Gómez (2016) definen al estrés laboral crónico como el conjunto de sentimientos de vivir sobrecargado y, con ausencia física y emocional, lo que incita a los empleados a mostrar debilidad y agotamiento con ninguna posibilidad de recuperación ante la carencia de energía para seguir confrontando su dificultad.

En relación a ello, se da mayor precisión de este término en el concepto de Fernández, Cobas, Castro y Costales (2017) al establecer que este es una problemática que afecta a la salud del trabajador, valorada como un contagio de carácter emergente y aparentemente escondida con una predicción desastrosa con secuelas en todas sus áreas laborales.

Dando coherencia a lo previamente especificado, es resaltante que el estrés laboral crónico se revela como una descoordinación de la capacidad física y psicológica de la persona resultante del deficiente cargo de trabajo encomendado que no cumple con la capacidad que el empleado tiene y con sus requerimientos laborales ya que por ende no cuenta con todos los recursos que tiene para hacerlo, lo que a su vez le impulsa a manifestar otras conductas inadecuadas que a más de afectarle a sí mismo, deterioran su convivencia familiar.

1.2. Consecuencias del estrés laboral crónico.

1.2.1. Consecuencias en la salud en los cuidadores.

Las consecuencias del estrés laboral crónico en lo que compete a la salud de los cuidadores abarca dos dimensiones que son la física y la psicosocial, en lo físico este produce de forma particular, dependiendo la forma de afrontarlo; úlceras, insomnio, daños a nivel cerebral, fatiga prolongada, deterioro cardiovascular, migraña, pérdida de peso, alergia y dolores musculares (Forbes, 2011).

Mingote, Jiménez y Herrero (2004) proponen que dentro de la dimensión psicosocial es posible conocer una variedad de modificaciones que pueden resultar en desgaste laboral al dificultar en el empleado su capacidad de comprensión y concentración, dando como consecuencia su tendencia a presentar cuadros depresivos, de ansiedad, agresividad y disfunción social. Cabe indicar que esto es relacionado por Rodríguez, Oviedo, Vargas, Hernández y Socorro (2009), quienes sustentan que el apareamiento de la depresión en los cuidadores, puede provocar otros problemas más serios como el incremento de consumo excesivo de fármacos, drogas, barbitúricos, cigarrillo, café, comidas y alcohol que degradan su relación social.

Es contundente que, al mostrarse el estrés laboral crónico en el trabajador, este se siente desmotivado, generalizando un sentimiento de tristeza prolongado que a su vez no le permite concentrarse en sus actividades diarias y le produce un estado de angustia que le dificulta conciliar el sueño, por lo que esto le puede inducir a otros problemas de carácter físico como enfermedades digestivas, etc., en respuesta a ello.

1.2.2. Consecuencias en el trabajo en los cuidadores.

Forbes (2011) expone que, en el contexto del trabajo de los cuidadores, el estrés laboral crónico condiciona su estabilidad ya que genera una reducción de la calidad de productividad y desempeño, al igual que una actitud inadecuada hacia los compañeros de trabajo y a los clientes que cuidan, lo que repercute en una falta de realización personal, escases de voluntad para trabajar bajo presión y deserción. De otra parte, Gil-Monte (2003) denuncia otros efectos como excesividad de agobio, mal genio, hastío en las actividades realizadas y disgusto permanente.

Esto se complementa en que el cuidador que presenta el estrés laboral crónico tiende a no cumplir oportunamente con sus funciones efectuadas debido a la falta de motivación y prefiere descansar de forma prolongada hasta que finalmente puede decidir abandonar su trabajo (Alonso, 2014). Es evidente que el empleado con estrés laboral crónico al generar serios problemas físicos y psicológicos, tiende a comportarse de forma negativa en el

trabajo ya que no tiene interés en cooperar en el desarrollo de la organización al aislarse del contacto con sus demás compañeros, prefiriendo generalmente encerrarse en sus propias ideas y aumentar su estado de insatisfacción.

1.3. Modelos explicativos del estrés laboral crónico.

Desde que surgió el estrés laboral crónico según Montoya y Moreno (2012), también se han elaborado algunos modelos explicativos que buscan materializar los elementos psicológicos de este fenómeno. Esto es aludido por Hernández, Terán, Navarrete y León (2007) al exteriorizar que los principales modelos explicativos del estrés laboral crónico han considerado un conjunto importante de variables en relación con las dimensiones de este trastorno, permitiendo analizarlo desde diversos aspectos y proponiendo distintivas hipótesis.

A través de estos modelos se “reconoce su naturaleza psicosocial y se describe su evolución en los contextos laborales, asumiéndolo como un proceso caracterizado por una serie de conductas y sentimientos, que se derivan de la interacción del entorno laboral y personal” (Caballero, González, Mercado, Llanos, Bermejo y Vergel, 2009, p. 144).

Es decir que en el estrés laboral crónico inciden de manera directa, muchos factores relacionados al contexto laboral que determinan el desarrollo psicosocial del trabajador y que influye en otras áreas donde este interactúa, por lo que es importante considerar algunos modelos planteados por diversos autores que lo permiten entender desde diversos puntos de vista.

1.3.1. Modelos basados desde la teoría Sociocognitiva.

1.3.1.1. Modelo de competencia social de Harrison.

Este modelo para Alonso (2014), parte de su idea de que es una función de la competitividad perceptiva y conforme a lo cual se desarrolla un estándar de competencia en la sociedad, este modelo que fue propuesto por Harrison plantea la motivación como base de la eficiencia del empleado en coherencia a sus metas programadas, por cuanto, mientras haya mayor motivación, se tendrá una eficacia laboral más elevada; por lo que además él sustenta que en este contexto convergen ciertos componentes que favorecen al crecimiento de la efectividad y de los sentimientos competitivos, aunque también coexisten obstáculos para estos sentimientos de auto-competitividad que promueven la tendencia a reducirlos y que la persona sea incapaz de lograr sus objetivos planteados en función de una desesperanza bien marcada.

Así también, Grau (2008) por su parte refiere con respecto a este modelo, que entre los principales obstáculos se encuentran la sobrecarga de trabajo, conflictos internos entre compañeros, la cultura personalizada de desorganización y la ambigüedad; mientras que Gil-Monte (2001) aporta a esta teoría al manifestar que la mayor parte de individuos comienzan a laborar principalmente en trabajos destinados a dar servicios de ayuda por su alta motivación para servir a los demás, manteniendo un alto sentimiento de desinterés.

Desde esta forma de ver, en este modelo predomina la importancia de motivar siempre al empleado en congruencia a los objetivos personales que este tenga para evitar la concurrencia de una serie de dificultades entre colegas de trabajo, así como la falta de organización en el trabajo personal que pueden presentarse por la deficiente e inadecuada motivación y que reducen sus capacidad de competir en el ambiente laboral.

1.3.1.2. Modelo de autoeficacia de Cherniss.

Este modelo fue presentado por Cherniss en (1993), como se citó en Alonso (2014), y se fundamenta en que los factores del entorno son los que contribuyen para que el empleado genere sentimientos de éxito y que están directamente ligados a la caracterización de la empresa, posibilitando la prevención del estrés laboral crónico bajo las dimensiones de autonomía, retroalimentación de resultados, nivel de desafío y, soporte social de quien supervisa y del equipo de trabajo.

De igual forma, Moreno, González y Garrosa (2001) infieren que este modelo enmarca las variables de la organización como fundadora de este fenómeno, con lo que se produce un alto consentimiento de que el estrés laboral crónico constituye la última fase del procedimiento de estrés experimentado en el empleado. En proporción a ello es importante aclarar como lo puntualiza Ortega y López (2004) que el interés de este modelo integra cuatro motivos que son: incidencia en la moral y estado psicológico del empleado participante, su eminente repercusión en las actividades de administración, la necesidad de evitarlo en un ámbito colectivo dentro de los programas de servicios e, influencia en la calidad del cuidado y método aplicado para tratar al paciente.

Es así que bajo este modelo es necesaria la adecuada integración de los componentes de la organización para favorecer un ambiente eficiente que impida el apareamiento del estrés laboral crónico y permitirle al empleado trabajar con autonomía para que pueda rendir más, considerando que esto tiene especial relevancia en su desarrollo psicológico para su eficiente intervención en el medio social.

1.3.1.3. Modelo de Pines.

Este modelo formulado por Pines (1993), como se citó en Moriana y Herruzo (2004), y marcaba que únicamente el personal que está muy motivado y con una dominante autoeficacia tienen orientaciones a sufrir de estrés laboral crónico, en tanto que las que no tienen mucha motivación y con menor autoeficacia, tan solo perciben insatisfacción, estrés y fatiga.

Desde esta perspectiva, Manzano y Ayala (2013) argumentan que en este modelo el agotamiento del trabajador representa su incapacidad de alcanzar la objetividad en sus funciones desempeñadas, teniendo en cuenta que para que el mismo se consuma, primero debe haber mostrado un compromiso y participación voluntaria en el ambiente laboral.

De ello deriva que este modelo tiene su cimiento en que la autoeficacia es el componente primordial para que aparezca el estrés laboral crónico conforme a la opinión de Alonso (2014).

Con ello se puede establecer que mientras más alto sea el nivel de expectativa que le empleado tenga sobre su trabajo, mayor será el grado de estrés laboral crónico ya que si este trabaja más y se esfuerza demasiado sin importar su capacidad solo por lograr su meta laboral, al ver que no ha logrado lo buscado, tiende a desarrollar una enorme presión por la demasiada exigencia de su parte.

1.3.1.4. Modelo de autocontrol de Thompson, Page, Cooper.

En lo correspondiente al modelo diseñado por Thompson, Page y Cooper (1993), como se citó en Alonso (2014), estos autores sostienen que la razón del estrés laboral crónico se acoge a cuatro factores como los sentimientos de autoconfianza, el nivel de autoconciencia del empleado, las discrepancias entre su capacidad y la demanda del trabajo, y las perspectivas de éxito.

De estas distingue más la de autoconciencia, que es una característica de la personalidad manifestada en la habilidad para autorregular los estados de estrés descubiertos en el transcurso del desarrollo de una acción, siendo así que el trabajador con estos síntomas sufre de mayor cantidad de estrés que aquellos con menor autoconciencia. De forma más particular, este modelo “reconoce la autoconfianza profesional y su influencia sobre la realización personal en el trabajo como la variable determinante para el desarrollo de este fenómeno” (Oramas, Almirall y Fernández, 2007, p. 75).

En este sentido Thompson, Page y Cooper (1993), como se citó en Miravalles (2017), suponen que cuando se presentan estándares más altos de autoconciencia, también se coadyuva al apareamiento de pérdida de confianza, desilusión y frustración; lo que conlleva

a considerar que mientras haya mayores expectativas de optimismo sobre el alcance de éxito, se logrará mejorar la confianza en el empleado para potenciar su persistencia y disminuir sus diferencias de conciencia.

Esto se traduce en que cuando el empleado tiene una personalidad caracterizada por un alto nivel de remordimiento, es más probable que tienda a sentir con mayor fuerza los síntomas del estrés laboral crónico en medida de que se enfoca a proyectarse expectativas de autofianza muy altas, que al no ser logradas le producen la decepción de sí mismo debido a que su capacidad no es lo que espera con relación al trabajo que desea realizar.

1.3.2. Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social.

1.3.2.1. Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli.

Este modelo sostiene que el estrés laboral crónico es generado esencialmente por la receptividad de ausencia de equidad por parte del personal y que se va desarrollando luego de efectuar comparaciones de tipo social entre compañeros de trabajo (Rodríguez, Osca y Peiró, 2006).

Para Buunk y Schaufeli (1993), como se citó en Gil-Monte (2001), esta enfermedad es causada desde dos aspectos, el primero que concierne al procedimiento de intercambio social con las personas a las que atiende, en el que se refleja como principales fuentes de estrés a la falta de capacidad de control sobre el resultado de las actividades realizadas, la percepción de justicia entre lo que se aporta y lo que se obtiene, y, la incertidumbre al no tener claro lo que realmente se siente y piensa en como se debe proceder. El segundo comprende la relatividad de los métodos de afiliación social y comparación con los demás integrantes del trabajo que refiere la falta de cooperación social dentro del ambiente laboral por temor a críticas o a tener calificativos de incompetencia.

Desde este punto de vista, el modelo se reduce a la interpretación del estrés laboral crónico en un sentido de comportamiento negativo dentro del área de trabajo que incide en el desarrollo de la organización y del empleado propiamente dicho (Maicon y Garcés, 2010).

En conclusión, el estrés laboral crónico en este modelo se presenta de dos formas, una que concierne a la capacidad del empleado para identificar la calidad de servicio dado en comparación con lo que esperaba lograr y de otra parte, la forma de como este emplea sus métodos de integración en el ambiente laboral al mantener cierta percepción de que por ser criticado es mejor no participar en actividades grupales que le conlleva a a desarrollar este trastorno.

1.3.2.2. Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddy.

Stevan Hobfoll (1989), como se citó en Pedrero (2003), define al estrés generalmente como una reacción contra el entorno en el que se crea la pérdida clara de recursos, la reducción de recursos logrados después de invertir fuertemente otros recursos en ello y la posibilidad de perderlos que en otras palabras refleja un estado más tendiente a la pérdida que a la ganancia suficiente.

En este modelo los recursos se presentan como la unidad básica necesaria para comprender el estrés laboral crónico. Y por recursos se entiende: objetos, características personales, condiciones o energías que son valoradas por el individuo y, que sirven como un medio para obtener dichos objetos, características personales, condiciones o energías (Pedrero, 2003, p. 4).

Así mismo, Pedrero (2003) señala que en este modelo, a pesar de que el estrés laboral crónico es propiciado por la pérdida de recursos, se puede emplear otros recursos por parte de los empleados como compensación de estas pérdidas a manera de mecanismos más óptimos y directos.

Es importante mencionar que el estrés es causado cuando el empleado siente que, lo que le impulsa es amenazado, por lo que los estresadores provocan inseguridad del personal al dudar de su capacidad de utilizar adecuadamente los recursos para alcanzar sus fines en la empresa. Esto es complementado por Alonso (2014), al especificar que para prevenir esto hay que fomentar la ganancia de habilidades que viabilicen el desarrollo laboral de manera positiva y es necesario además analizar la apreciación negativa que los empleados tienen sobre sus propias capacidades en referencia al trabajo ya que si estos impiden el mal uso de los recursos o los aumenta, la percepción del trabajo por consiguiente será más positiva y conllevará a que se compriman los elementos que facilitan el surgimiento del estrés laboral crónico.

Dicho de esta manera por Salazar, Herrera, Méndez y León (2014), la pérdida provoca una tensión beneficiosa en la organización con orientación a fomentar la protección de los recursos pero no para la creación de otros nuevos que incrementen la extenuación a nuevas desventajas, considerando que muy contrariamente a ello, el empleado que logra más recursos tiene mayores posibilidades de crear oros en beneficio de un ambiente manifestado como hélice de utilidades.

Esto permite derivar que el estrés laboral crónico en este modelo se enfoca a la evolución desagregada de los recursos que intervienen en el bienestar del empleado y que proceden directamente del entorno laboral, por lo que si estos recursos no se desarrollan adecuadamente en la organización, es más fácil provocar el estado de agotamiento en el empleado.

1.3.3. Modelos Desarrollados desde la Teoría organizacional.

1.3.3.1. Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter.

Este modelo plantea que el estrés laboral crónico se produce por una situación de sobrecarga laboral y pobreza de rol, generando posteriormente un sentimiento de baja realización personal, agotamiento emocional y despersonalización (Alonso, 2014, p. 20-21),

con lo cual se sustenta que de forma general se presenta en un ambiente sucesivo una serie de etapas que provienen de diversas dimensiones, por lo que puede iniciar en un carácter agudo e ir evolucionando cada vez con más cronicidad lenta y que para determinar los lineamientos de afrontamiento correctos, es importante examinar la fase de inicio y el proceso de su desarrollo porque en función de ello es que se mostrarán sus efectos.

De este modo, Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983), como se citó en Quiceno y Vinaccia (2007), aseveran que este trastorno tiene efecto en cualquier tipo de funciones y que no sólo se da en organizaciones de ayuda comunitaria, por lo que de hecho, gran parte de los estudios enfocados a su análisis, utilizan como muestra a diversos empleados de cualquier área o departamento.

En síntesis Marsollier (2013) concluye al respecto que su pilar más representativo es la despersonalización que se transforma en el factor central de la muestra de empleados que presentan estrés laboral crónico.

Con ello se verifica que específicamente este modelo fundamenta la importancia que tiene la diferenciación entre las funciones ejecutadas por el trabajador con la capacidad demandada en ello, por lo que al ser excesiva le conduce a sentir falta de autoidentificación con lo que hace y con ello un estado agravado de estrés laboral crónico.

1.3.3.2. Modelo de Winnubst.

Alonso (2014) establece que este modelo plantea que la etiología del estrés laboral crónico es ocasionado por la relación entre el clima, la estructura y la cultura de la organización. Es así que las condiciones que desencadenan este fenómeno en el trabajador difieren en medida de la forma de estructura organizacional e instauración del auxilio social que incide de forma prominente en la expectativa que la persona genera al respecto.

Ante ello es importante destacar que “para Winnubst, la cultura de la organización está determinada por su estructura y por lo tanto, los antecedentes del trastorno variarán en función del tipo de cultura organizacional e institucionalización del apoyo social” (Martínez, 2010, p. 18).

Comparativamente, al encontrarse la cooperación social estrechamente vinculada a la estructura de la empresa, se genera un efecto en la perspectiva del empleado en cuanto al sistema de trabajo y por ende, es un componente trascendental en el que se debe intervenir para contrarrestar el nivel de estrés mostrado que incide en cualquier clase de funciones. Esto es complementado con la idea de Forbes (2011) al sustentar que en este modelo se estima que la excesividad de diferenciación de técnicas de trabajo y aprobación de una normatividad muy rigurosa coadyuvan a un ambiente más orientado al estrés laboral crónico que aquel contexto en el que haya burocratismo, y, que estandariza las actividades de acuerdo a la autonomía y creatividad.

En este modelo resalta la importancia de los ambientes que inducen una rutina debido a la sistematización de procesos aplicados y la estructuración realizada, al igual que a la deficiente calidad de control y la monotonía que terminan en estresar al empleado, sin embargo, los entornos más libres que se enfocan en ajustar las capacidades también lo pueden generar en situaciones representadas por problemas personales, ausencia de estructura operante real y ambigüedades de rol.

El modelo de Winnubst sugiere que la tensión laboral es el resultado psicológico negativo coherente a las circunstancias objetivas del estrés crónico laboral, con lo cual se da una minimización de la calidad de vida en el trabajo y, mayores métodos de compensación, resolución y prevención que contribuyan a atenuarla (Boada, Vallejo, Agulló y Mañas, 2005).

Mediante ello se infiere que lo que principalmente provoca el estrés laboral crónico es la descoordinación de la estructuración de actividades de la empresa que convergen un ambiente improcedente que es captado por el empleado, con lo que se transfiere una

cultura organizacional decadente que lo incita a experimentar sentimientos negativos a causa de ello.

1.3.3.3. Modelo de Cox, Kuk y Leiter.

Martínez (2010) caracteriza a este modelo que inicia con su visión transaccional del estrés crónico laboral, como un hecho particular que suscita en actividades más de tipo humanitario y en el que hay un grado importante de agotamiento psicológico como su principal dimensión.

La despersonalización valorada en este modelo constituye la alternativa de confrontación ante la debilidad y la escasa realización personalizada que son la consecuencia del análisis cognitivo de este fenómeno experimentado por el empleado; pero Cox, Kuk y Leiter (1993), como se citó en Oramas, Almirall y Fernández (2007), incorporan además las variables de la percepción de ansiedad y tensión, así como el cansancio general emotivo, lo que también es mencionado por Carlotto y Gobbi (2001) al confirmar que el empleado tiene una función poco fundamental y determinante contenida en algunos de los factores psicosociales antes descritos. A ello Hernández (2013) agrega que la salud dentro de la empresa también representa un factor modulador del estrés laboral crónico que viene explícita en la manera de como se estructura la organización con sus procesos y políticas aceptados por los miembros, la coherencia y, coordinación del sistema psicosocial y su ajuste.

De forma deductiva se puede referir que a raíz del sistema interdisciplinario del trabajo que se aplica en la organización, se propicia un estado psicológico que puede acarrear para el empleado, el desgaste emocional y propiciar su estrés laboral crónico representado esencialmente por una actitud tensa hacia los demás.

1.3.4. Modelos sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el Trabajo.

1.3.4.1. Modelo Tridimensional de MBI- HSS (Maslach y Jackson).

La idea de este modelo es que el estrés laboral crónico transfigura un problema específicamente real, donde coexisten disfuncionalidades del empleado en el ambiente laboral, caracterizándose por altas etapas de tensión y presión, por lo que es de tipo socio-laboral y puede generar una reacción dañina ante la progresiva e intensificada ocupación de trabajo.

Es decir que es una enfermedad laboral emergente que con frecuencia es entendida como una exclusividad de profesionales de ayuda o de servicios, quizás porque al contemplar la literatura sobre este fenómeno, se comprueba que la mayoría de los estudios realizados han empleado muestras de profesionales de la educación y de la salud (Olivares, 2016, p. 2).

Conforme a estas afirmaciones, el estrés laboral crónico se entiende como una contestación incrementable y traicionera que se desarrolla como parte de un procedimiento de mucho estrés laboral, con mayor preferencia en personal de servicio.

El modelo BMI-HSS de Maslach y Jackson conceptúan al estrés laboral crónico como una construcción teórica tridimensional que contiene la escasa satisfacción de especialización profesional, la generación de sentimientos de inactividad e insensibilidad hacia el cliente o persona atendida, y, la impresión de ya no poder seguir en el contexto afectivo y emocional (Manso, 2006).

En este modelo según Olivares y Gil-Monte (2009), se evalúa el comportamiento laboral del empleado en base a la aplicación de un test de 22 interrogantes relacionadas a su entorno social dentro de la organización en una escala que va de 1 a 7 y a pesar de ser favorable en el desarrollo organizacional, muestra conflictos psicométricos que ha evitado su consolidación de forma prolongada.

Esto fundamenta la relevancia de abastecer las necesidades de especialización de los empleados para lograr su satisfacción laboral, al mismo tiempo que es pertinente mantener su interés en hacer bien su trabajo al fomentar un ambiente óptimo de trabajo para evitar que produzca periodos de inactividad en reflejo de estrés laboral crónico.

1.3.4.2. Modelo de Edelwich y Brodsky.

Edelwich y Brodsky en 1980 proponen su teoría sobre el estrés laboral crónico; describiéndolo como un desgaste paulatino de energía, propósito e idealismo en los empleados de la organización (Forbes, 2011). Caballero, Hederich y Palacio (2010) detallan que la diferencia de este modelo con respecto a los anteriormente explicados, consiste en que el estrés laboral crónico se define como un procedimiento de desencanto o desilusión en relación a la gestión de trabajo y que su carácter es clínico, de forma que se presenta varias veces en toda la vida del empleado durante su función profesional en cualquier área, este modelo establece que se caracterizan cuatro etapas que son el arrebató, suspensión, desengaño y apatía.

Dando correspondencia a ello, también se mantiene la idea de que este fenómeno de pérdida de capacidades laborales equivale a una disminución continua de la energía, las razones experimentadas por las personas atendidas en los servicios recibidos por los empleados y el idealismo, en consecuencia de las presionantes circunstancias de trabajo (Ponce, Bulnes, Aliaga, Atalaya y Huertas, 2005).

Con ello se comprueba que el estrés laboral crónico es causado por un largo procedimiento, en el que el trabajador va experimentando una desilución progresiva que le genera rabia, decepción y por ende el distanciamiento de los demás compañeros de trabajo en un carácter que requiere del análisis de las enfermedades que ello le provoca para medir la intensidad del trastorno.

1.3.4.3. Modelo de Price y Murphy.

La idea de este modelo nació luego de crearse el Esalen Institute por Michael Murphy y Richard Price en California durante 1962, reconocido mundialmente como el primer centro dedicado a la potenciación humana, cuya idea se orientó a la enseñanza confluyente como efecto de un trabajo organizado y en el que posteriormente se analizaría el tema del estrés laboral crónico en 1984 (Espejo, 2010).

De acuerdo a Quiceno y Vinaccia (2007), el estrés laboral crónico se muestra a manera de acogimiento de contextos de constante fatiga que surge en seis fases referentes a la confusión, fragilidad emocional, sentimiento de culpabilidad por miedo a fracasar en el trabajo, aislamiento y tristeza que al superarse confluye en la solicitud de auxilio y la armonía.

Singularmente, el centro de este modelo concierne a la autonomía adaptativa del estrés crónico laboral, cuyo proceso es similar a un duelo debido a que conduce en un ámbito personal, a la eliminación de ilusiones que se reflejan en la obtención de menores beneficios, mientras que en el campo social se disminuye la competitividad del empleado en el sistema de trabajo (Caballero, Hederich y Palacio, 2010).

Particularmente, este modelo sintetiza al estrés laboral crónico como la recepción de un ambiente demasiado exigente al empleado que le genera distorsión y disminuye su estado emocional, conllevándolo a mostrar mucho remordimiento que al no poder manejarse de forma individual le incita a la pérdida de su armonía laboral y al menor rendimiento en su trabajo.

1.3.5. Modelo de la Teoría Estructural de Gil-Monte.

Este modelo referido por Blanch, Aluja y Biscarri (2002) toma como idea central para explicar el estrés laboral crónico que este comienza al mismo tiempo con la poca emotividad de satisfacción e impotencia personalizada, tomando en consideración que hay la presencia de actitudes de despersonalización como una alternativa de oposición que aparece luego de

un procedimiento de reevaluación cognoscitiva siempre que estas alternativas no resulten eficientes para contrarrestarlo.

Como lo denuncian Caballero, Hederich y Palacio (2010), este es el último modelo planteado por Gil-Monte en 1999 que se apoya en la intercomunicación de las cogniciones y emociones que se producen en las diversas esferas del trabajo de la persona.

Este comprende dos etapas que son: el apareamiento de una pérdida cognitiva que radica en la degradación de la ilusión para laborar; el deterioro afectivo representado por desgaste físico y emocional, con el surgimiento de comportamientos de frialdad y actitudes negativas hacia el cliente y la empresa; y, la decepción profesional o la reducida realización individual. En tanto que la segunda etapa corresponde a la sintomatología de la primera, acompañada de otros sentimientos de culpabilidad.

Existe un cierto grado de acuerdo entre los investigadores que estudian el estrés laboral crónico al considerar que los profesionales más proclives a ello son sujetos empáticos, sensibles, humanos, con dedicación profesional, idealistas, altruistas, obsesivos, entusiastas y susceptibles de identificarse excesivamente con los demás (Colino y Pérez, 2015, p. 30).

Mediante estas explicaciones es pertinente determinar que el estrés laboral crónico puede presentarse con más intensidad en aquellos empleados que tienen alta sensibilidad y necesidad de sobresalir a nivel profesional porque tienen más capacidad de percibir situaciones del entorno laboral que les refleja un mayor o menor grado de satisfacción y de lo cual depende su actitud, por lo que si se sienten insatisfechos al no lograr sus expectativas de reconocimiento es más probable que muestren un comportamiento de despersonificación que les incentiva a reaccionar negativamente ante diversas situaciones.

1.4. Importancia del estudio estrés laboral crónico en cuidadores

En base a los modelos que describen el estrés laboral crónico en los cuidadores, ahora es primordial revelar que su estudio es necesario para aportar en el aumento de los niveles de beneficios económicos de las organizaciones, así como en el adecuado ambiente laboral de los cuidadores como medio para evitar situaciones de estrés excesivo y, promover su libertad de elección y autonomía en el trabajo (Rodríguez y Rivas, 2011).

Es así que mediante el estudio de este fenómeno suscitado en los cuidadores se provee una mayor comprensión del contexto laboral para el cuestionamiento de si es posible ajustar la realidad óptima del trabajo o si debería adaptarse al hacer un desajuste de los requerimientos laborales sobre los recursos de manera que el empleado recepte el trabajo como un reto que le implica su desarrollo continuo conforme a sus capacidades y competencias, porque con ello se factibiliza su mayor ejercicio y entrenamiento que le permite mantenerse preparado para nuevas transformaciones y demandas.

Dada esto, es determinante que la situación de desajuste óptimo y retador con elevadas probabilidades de éxito es una cuestión que merece y requiere investigación. Por otra parte, analizar los posibles efectos colaterales positivos o negativos de esa situación es también un elemento importante a estudiar (Alcalde de Hoyos, 2010).

A ello Pinto y Gaspar (2016) agregan que es necesario el estudio de este trastorno laboral en cuidadores para detectar oportunamente los síntomas que indican los posibles problemas que les dificulta realizar su práctica profesional con eficacia para saber cómo intervenir de manera preventiva y proponer lineamientos de acción para solventar la situación.

En definitiva, es prominente efectuar estudios del estrés laboral crónico en las organizaciones para detectar los factores del entorno laboral que propician ciertas conductas inadecuadas en el empleado, orientando a la valoración de la necesidad de aportar en su satisfacción como medio para mejorar el rendimiento de la empresa.

1.5. Prevalencia del estrés laboral crónico en los cuidadores

1.5.1. Prevalencia en cuidadores a nivel mundial.

Palomé, Gallegos, Xequé, Juárez y Perea (2014) aseveran que algunos estudios realizados mundialmente con respecto al estrés laboral crónico en cuidadores dan a conocer que el 55.5% en Estados Unidos tienen un nivel alto, mientras que en España son el 66.40%, el 58% en Chile y Argentina, y, el 47% para Colombia; lo que evidencia una serie de síntomas de ansiedad y depresión, dejándolos a disposición de enfermedades físicas y psiquiátricas, así como al abandono de sus hábitos de cuidado y de alimentación.

Esto es contrastado en que las más afectadas con esta enfermedad en una escala mundial son las enfermeras que dan servicios a cuidados intensivos y a neonatales en hospitales, lo que se demuestra en que mantienen niveles promedio de despersonalización y desgaste emocional, siendo el estrés laboral crónico muy predictivo en su trabajo (Gómez, 2014). Es por ello que, a escala mundial, esta enfermedad laboral se considera un problema importante, sustancialmente en los cuidadores de la salud que ejecutan su gestión de servicio en el área de la salud en razón de que esta implica un más alto nivel de capacidad que conlleva al estrés crónico por la gran cantidad de trabajo que se les demanda y la falta de control al respecto que les estimula mucha tensión.

De forma complementaria existen diversos estudios globales que reportan una alta prevalencia de estrés laboral crónico en estos profesionales debido a la gran responsabilidad que tienen sobre la calidad y equilibrio de salud del paciente al tratar con ellos que derivan en otras contrariedades de organización, destacándose las afecciones cognitivas-afectivas hacia el entorno y sus pacientes (Cortaza y Francisco, 2014, p. 22).

De lo anteriormente descrito se puede distinguir que hay un grado representativo de estrés laboral crónico en el mundo y que afecta especialmente a profesionales dedicados al área de salud en vista de que tienen que trabajar más de lo normal, esto les motiva a sentirse no

realizados con lo que hacen, reflejando una actitud de que lo que hacen no es lo que ellos quieren, lo que posteriormente resulta en algunas enfermedades físicas y mentales que degradan su ambiente familiar.

1.5.2. Prevalencia en cuidadores a nivel de Latinoamérica.

El estrés laboral crónico en los países latinoamericanos tiene una incidencia que empeora cada vez más por la amplia visión de elementos que trascienden más allá del ambiente laboral, es decir, que traspasan barreras desde la desigualdad de género con un deficiente manejo de la contaminación industrial y escasas formas de inclusión social, así como la presencia de analfabetismo y elevados niveles de pobreza general (Houtman y Jettinghoff, 2008).

Esto está relacionado directamente a algunos estudios realizados en Latinoamérica durante los últimos años, en los que se ha podido diferenciar que los cuidadores primarios tienen un mayor grado de prevalencia de estrés laboral crónico con una clara tristeza de poca intensidad, aunque hay otros que muestran variaciones súbitas en su estado emocional que se sujeta a sus divergencias personales (Palacios y Jiménez, 2008).

Siendo así, es importante mencionar que uno de los problemas hallados últimamente en el contexto latinoamericano es la falta de apoyo que tienen los cuidadores por parte de sus familiares y su entorno próximo para afrontar los síntomas de la enfermedad, por cuanto se aprecia que hay una menor sobrecarga en el cuidador cuando éste recibe el apoyo social de sus familiares allegados, vecinos y otros; mientras que los que no lo reciben, son más propensos a padecer depresión y a sentir angustia (Viale, González, Cáceres, Pruvost, Miranda y Rimoldi, 2016, p. 40)

En este contexto, un factor que influye mucho en el estrés laboral crónico de los cuidadores a nivel de Latinoamérica es la falta de programas de intervención que permitan tratar esta enfermedad, aunque en ello también repercute la variedad de problemas sociales en la actualidad que provoca un ambiente laboral tedioso para los cuidadores del área de salud especialmente, quienes en resultado presenten mayores síntomas.

1.5.3. Prevalencia en cuidadores a nivel nacional.

Toroshina (2016) expresa que en el Ecuador al igual que en otros países latinoamericanos, se han efectuado algunos estudios enfocados a conocer el estrés laboral crónico que ha sido identificado con mayor prevalencia en Guayaquil, donde representa el 34% de cuidadores médicos desglosado en que el 30% de ellos manifiestan una mínima realización individual, en tanto que el 8% tienen despersonalización y el 4% desgaste emocional. Esto es congruente a la deducción de Coto (2017), quien establece que el estrés laboral crónico es experimentado con mayor frecuencia en el 76% de cuidadores del sexo femenino dentro de un rango de edad que va desde los 18 a 42 años en las fases de joven, adulto y maduro en un promedio de 38 años.

Pero esto se debe en gran parte a la extenuante dedicación con referencia al horario de cuidados que le impide al cuidador realizar acciones de autocuidado de su salud por la gran exigencia de cuidar a otras personas y la preparación sin apoyo requerido que conlleva a su sobrecarga, y que afecta su salud tanto física como mental con un riesgo de generar otro tipo de patologías físicas.

Dentro de este contexto cabe resaltar que los cuidadores que no tienen hijos tienen mayor orientación a desarrollar esta enfermedad en medida que se identifica en algunos casos del país, la ausencia de realización personal y despersonalización, pero también presentan en algunos casos, mucho desgaste emocional en otros que si tienen hijos en menor grado (Durán y García, 2013).

Con ello se corrobora que a pesar de que el nivel de estrés laboral crónico en Ecuador es bajo, no deja de ser importante que este trastorno presenta los mismos síntomas en quienes lo padecen, que es de forma mayoritaria las mujeres que dan servicios de cuidado a otras personas, teniendo en cuenta que además de sus actividades en el trabajo también tienen que realizar trabajo en sus hogares, lo que les ocasiona la mayor pérdida de su capacidad de realización personal.

1.6. Variables asociadas del estrés laboral en cuidadores

1.6.1. Variables sociodemográficas asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.

Entre las variables demográficas que inciden en el apareamiento del estrés laboral crónico en cuidadores se encuentra el sexo, edad y estado civil. De ello se desprende que en lo que compete al género, el femenino tiene tendencia a presentar cuadros más intensos de cansancio emocional que el masculino (Acosta, 2008). De igual manera, Aldrete, González, Preciado y Pando (2009) identifican entre estas variables el nivel de escolaridad, pudiéndose notar que mientras más alto sea el grado académico de los cuidadores, su situación de estrés laboral crónico será mayor a diferencia de los que tienen un nivel de formación menor porque se requiere de mayor inversión de recursos para desarrollar las actividades académicas y de trabajo.

Congruentemente en lo que atañe a la edad, es posible mencionar que este trastorno tiene mayor representatividad en cuidadores más jóvenes, por lo que la edad implica un elemento de riesgo, considerando que es durante los primeros años de trabajo de la persona que se presenta un lapso más largo de sensibilización porque hay mayor vulnerabilidad y es en este periodo, donde se causan el cambio de perspectivas del idealismo hacia la práctica frecuente (Tejada y Gómez, 2012).

Lo anteriormente expuesto permite resumir que el estrés laboral crónico es directamente influenciado por el nivel de formación de quien lo padece, entendiéndose con ello que los empleados con un nivel de instrucción más alto y más jóvenes son más susceptibles de receptor factores del entorno laboral que les generan insatisfacción con lo que hacen.

1.6.2. Variables laborales asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.

Dentro de las variables laborales que tienen efecto en el estrés crónico laboral señaladas por Acosta (2008), se encuentra a la categorización de profesiones de los cuidadores en función de que la variación de su estado emocional en dependencia del grado de tensión de trabajo generada por la demasiada estabilidad laboral, les conlleva a la sobrecarga de actividades o la falta de esta que termina en su insatisfacción personal.

Con ello, las interacciones surgidas entre las condiciones de desempeño laboral y la percepción particular de cada cuidador sobre las mismas tienen fuertes implicaciones en la aparición de síntomas del estrés laboral crónico, lo cual delimita precisamente la importancia de atender esta situación con el fin de ampliar la comprensión de los fenómenos asociados a su desarrollo, así como para la formulación de métodos dirigidos a contrarrestarlo y prevenirlo (Ávila, Gómez y Montiel, 2010, p. 48).

En consecuencia, según De Franca, Ferrari, Ferrari y Dornelles (2012), la gestión ocupacional de los cuidadores en general que comprende el cuidado y una gran carga laboral de interacción directa con varias personas, repercute en el apareamiento del estrés laboral crónico de forma más inmediata que los que se dedican a otro tipo de actividades, lo que a su vez podría ser afectado por la incorrecta distribución de funciones a realizar, la recarga de trabajo por ausencia de otros empleados, al igual que la escasa autonomía para la toma de decisiones y la motivación.

En resultado se induce que el nivel de relación que el cuidador mantiene en su entorno laboral ya sea con autoridades, colegas de trabajo y pacientes, representa la base de como irá manifestando los síntomas del estrés laboral crónico ya que si hay mucha carga de trabajo y además de ello, si el trabajador está obligado a relacionarse con varias personas al mismo tiempo, es muy posible que se intensifique el trastorno en el mismo.

1.6.3. Variables asociadas al compromiso vital y satisfacción vital asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.

En lo relativo al compromiso y la satisfacción vital se distingue que estas variables infieren una gran divergencia entre el volumen de reconocimiento y recompensa que los cuidadores creen merecer con lo que realmente reciben; por lo que incide mucho las condiciones de trabajo, equidad en repartición de recompensas, compatibilidad de funciones y el cuidador, en la manifestación de un nivel de compromiso enfocado hacia el logro de sus objetivos o muy por el contrario en la generación de estrés laboral crónico (Ramírez y Lee, 2011).

Partiendo de ello, Álvarez, Peña y Losada (2017) añaden que la inteligencia emocional es un factor importante en el grado de estrés laboral crónico de los cuidadores y su confrontación ya que esto puede aumentarlo o disminuirlo, permitiendo medir el comportamiento de implicación laboral y satisfacción vital del empleado.

Deductivamente se puede certificar en base a lo anteriormente explicado, que la satisfacción vital determina la valoración globalizada de lo que el cuidador hace sobre su vida, incluido el análisis de dimensiones tangibles que ha logrado en su trabajo, las relaciones entre criterios seleccionados por ellos y emisión de juicios cognitivos en referencia a su grado de satisfacción, y, la moderación entre sus aspectos positivos y negativos.

Desde esta forma de ver, la satisfacción (junto a la complacencia, la realización personal, el orgullo y la serenidad) forma parte de las emociones positivas sobre el pasado. Así la valoración y el disfrute insuficiente de los buenos momentos del pasado, así como el enfatizar demasiado en los malos, son aspectos que socavan la serenidad, la felicidad y la satisfacción del estrés laboral crónico que se experimente (Ramírez y Zurita, 2010, p. 519).

Por tanto, es más notable que el método de liderazgo aplicado para los cuidadores tiene gran implicación en el grado de estrés laboral crónico presentado ya que por lo general si este percibe que no es lo suficientemente reconocido o recompensado como cree merecerlo por su trabajo, tiende a perder el interés por realizar sus funciones eficientemente y a mantener una actitud de frustración que degrada su entorno social y rendimiento laboral.

1.6.4. Variables moduladoras como: apoyo social, afrontamiento y resiliencia asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.

Existe una gran relación entre el apoyo social y el estrés laboral crónico en el contexto laboral porque la interacción interpersonal puede transformarse en la base de esta enfermedad, fundamentado en que cuando hay una adecuada comunicación en la organización con la seguridad de tener apoyo social, no se produce este tipo de estrés y de forma contraria, si las relaciones tanto con los demás cuidadores y personas atendidas es tensa o conflictiva de manera prolongada, hay mayor percepción del trastorno (Aranda, Pando y Perez, 2004).

La capacidad de afrontar la constante demanda de trabajo converge en el estado de estrés laboral crónico y abarca la conducta pasiva o activa que tiende a superar la realidad presentada de acuerdo a Bracco y Reina (2011); porque el nivel de los recursos propios como la energía, recursos propiedad de la persona, técnicas para resolver problemas, creencias positivas y la salud; neutralizan la secuela del fenómeno en los cuidadores en relación a los métodos de afrontamiento.

Es así que otro factor significativo en el estrés laboral crónico corresponde a la resiliencia que es la capacidad de afrontamiento o la respuesta favorable contra la adversidad del ambiente laboral, lo que permite precisar que los cuidadores que tienen poca resiliencia pueden contraer en un mayor grado esta enfermedad al presentar una actitud negativa en sus actividades y en caso contrario, si hay mayor resiliencia, se tiene una mayor aceptación del ambiente laboral y una baja sensibilidad a situaciones estresantes (Becoña, 2006).

Bajo este enfoque se define que la resiliencia probablemente predispone a menores niveles de este fenómeno en la medida que incrementa las dimensiones de interacción, es decir, en presencia de situaciones de adversidad laboral, los cuidadores más resilientes tienen la capacidad de utilizar su energía e implicación

laboral para sobreponerse a las dificultades, adaptarse adecuadamente y experimentar emociones positivas, mientras que los cuidadores menos resilientes tienen predisposición a las emociones negativas, a sobrevalorar el riesgo e incrementar su efecto con cansancio e indiferencia en el trabajo (Menezes, Fernández, Hernández, Ramos y Contador, 2006, p. 795).

Con ello se manifiesta la necesidad de afrontar el estrés laboral crónico bajo un marco donde opera mucho el apoyo social que el cuidador recibe de los demás integrantes de la organización en el trabajo y que varía en relación a su capacidad de superar las dificultades de insatisfacción reflejadas con ello ya que esto les provee su nivel de resiliencia para trabajar en mejores condiciones.

CAPITULO II

METODOLOGÍA

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo general.

Identificar la prevalencia del estrés laboral crónico y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal) en cuidadores que laboran en instituciones públicas de ayuda social y articulados a este sistema, de la ciudad de Cariamanga del cantón Calvas, provincia de Loja, Zona 7, durante el año 2017-2018.

2.1.2. Objetivos específicos.

- Identificar las características sociodemográficas y laborales que poseen los cuidadores que laboran en la ciudad de Cariamanga del cantón Calvas.
- Establecer las dimensiones del estrés laboral crónico en los cuidadores investigados.
- Detectar el nivel de carga que presentan los cuidadores de las instituciones públicas de ayuda social y articulados del cantón Cariamanga.

- Identificar el bienestar general en los cuidadores investigados de la ciudad de Cariamanga del cantón Calvas.
- Conocer los modos de afrontamiento más utilizados por los cuidadores investigados de la ciudad de Cariamanga del cantón Calvas.
- Determinar el apoyo social procedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo de los cuidadores investigados de la ciudad de Cariamanga del cantón Calvas.
- Identificar la satisfacción vital y la resiliencia de los cuidadores investigados de la ciudad de Cariamanga del cantón Calvas.

2.2. Preguntas de Investigación.

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales en los cuidadores de la ciudad de Cariamanga del cantón Calvas?
- ¿Cuál es la prevalencia del síndrome del estrés laboral crónico en los cuidadores de la muestra investigada
- ¿Cuál de las tres dimensiones del estrés laboral crónico es la que presenta un alto nivel en los cuidadores de la ciudad de Cariamanga del cantón Calvas?
- ¿Cuáles son los tipos de afrontamiento y apoyo social de los cuidadores de la ciudad de Cariamanga del cantón Calvas?

2.3. Contexto.

La presente investigación se realizó con cuidadores que laboran en la ciudad de Cariamanga del cantón Calvas, el porcentaje de la muestra recolectada forma parte de dos instituciones públicas de la ciudad de Cariamanga, las mismas que prestan sus servicios al cuidado de grupos de atención prioritaria. La primera institución investigada presta sus servicios al cuidado y desarrollo de niños y niñas de 6 meses a tres años de edad, la

institución además de poseer personal capacitado cuenta con adecuadas y amplias instalaciones como cocina, comedor, parque recreativo, salas, baños infantiles, todo esto para brindar un servicio de calidad a los niños y niñas que son acogidos en esta institución, es evidente que ellos habitan prácticamente todo el día en este lugar por lo que es ahí en donde deben consumir sus alimentos, descansar, jugar y desarrollar infinitas actividades. De otra manera, la otra alberga a personas adulto mayores y de la tercera edad aquí los cuidadores realizan labores como alimentar, asear, vestir, medicar y actividades lúdicas para la distracción, este hogar cuenta con varias habitaciones para acoger a un gran número de personas que desean pasar ahí el resto de sus días, también se pudo evidenciar la existencia de una capilla de oración, cocina, comedor y jardín. Cabe manifestar que constantemente el hogar es visitado por médicos de instituciones de salud para realizar las respectivas valoraciones. Los cuidadores de las dos instituciones públicas son capacitados constantemente para brindar de manera adecuada sus servicios.

A diferencia de ello, en las instituciones de salud privada conformadas por clínicas, se mantiene una mejor gestión en cuanto a salud de los pacientes, así como del personal que labora en calidad de cuidadores ya que no solo se les da un mejor ambiente, sino también el equipo necesario para su trabajo y la capacitación adecuada para llevar a cabo sus actividades de forma eficiente, además de que de forma periódica se realizan auditorías de control por las autoridades competentes.

La otra parte de los cuidadores investigados se los evaluó por separado a cada uno en su lugar de trabajo, ellos prestan sus servicios privados en casas familiares, los contextos no varían ya que tienen a su cuidado personas con discapacidad, enfermedad o de la tercera edad, los familiares de estas personas pensando en su cuidado y bienestar acondicionan en sus viviendas una habitación con todos los instrumentos necesarios, sin embargo este tipo de cuidadores se adaptan a lo existente para cuidar a sus pacientes con mucho esfuerzo, dedicación y amor, ya que en algunos casos el cuidado es de sus propios familiares como: Hijos, hermanos y voluntarios al servicio social.

2.4. Diseño de Investigación.

En el estudio realizado, se aplicó una investigación de tipo:

- **No experimental**, ya que no se manipularon las variables, por lo tanto se observaron los fenómenos en su ambiente real y cotidiano, como situaciones prácticas, horarios y actitudes de las personas.
- **Transeccional (trasversal)**, se analizó el estado de las variables en un momento dado.
- **Exploratoria**, se examinó un tema no estudiado antes en un momento específico para realizar una mejor investigación. El diseño de investigación también se considera.
- **Descriptiva**, se recolectó información sobre un determinado elemento, ayuda a proporcionar una visión del entorno de una situación, evento o comunidad, y de esta manera describir lo que se investiga.
- **Cuantitativa**, con la aplicación de los instrumentos de recolección de datos se analizó la información numérica.

Este diseño permitió contar con suficientes elementos y datos, para desarrollar el estudio en los cuidadores.

2.5. Muestra.

La población objeto de estudio estuvo conformada por 19 cuidadores que prestan sus servicios en dos instituciones públicas de la ciudad de Cariamanga y 21 cuidadores privados que laboran en la misma ciudad, perteneciente al cantón Calvas, provincia de Loja, Zona 7; la muestra fue de accesibilidad ya que se pudo tener contacto directo con los cuidadores, se empleó un proceso de selección aleatoria, y accidental debido a que se eligió a los cuidadores de manera casual. De esta manera la muestra objeto de investigación fue de 40

cuidadores que laboran en la ciudad de Cariamanga del cantón Calvas. Los encuestados fueron cuidadores que brindan sus servicios de atención a personas con distintas discapacidades o deficiencias, la investigación se desarrolló dentro del marco de las normas éticas, garantizando absoluta confidencialidad de los datos personales otorgados en el consentimiento informado, para seleccionar los participantes se utilizó los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Encontrarse en situación activa, ejecutando el cuidado de personas de atención prioritaria.
- Firmar el consentimiento informado.
- Tener como mínimo un año de experiencia en cuidado.

Criterios de exclusión:

- No encontrarse en la institución por calamidades domesticas o enfermedad.
- Tener menos de un año de experiencia.
- No haber firmado el consentimiento informado.

2.6. Métodos y Técnicas e instrumentos de investigación.

2.6.1. Métodos.

En la presente investigación se consideró la utilización de los siguientes métodos.

Método Descriptivo: Permitió explicar y analizar la información que fue obtenida sobre el estrés que padecen los cuidadores.

Método Analítico – Sintético: Se explicó la relación entre varios elementos, que inciden en un mismo fenómeno.

Método Inductivo y Deductivo: Se pudo configurar el conocimiento obtenido y a través de esto se pudo generalizar de forma lógica los datos empíricos relacionados con el estrés en los cuidadores.

Método Estadístico: Se organizó la información recolectada, mediante la aplicación de instrumentos pertinentes.

2.6.2. Técnicas.

Entre las técnicas que facilitaron el proceso de investigación son las siguientes:

Observación: Fue fundamental para el proceso investigativo, ya que a través de esta técnica se logró obtener una gran cantidad de datos.

Encuesta: Se aplicó esta técnica para recolectar toda la información que se requiere en la investigación.

2.6.2.1. Técnicas de investigación bibliográfica.

La lectura: fue útil para conocer, analizar y seleccionar aportes teóricos, conceptuales y metodológicos sobre el estrés laboral.

El resumen o paráfrasis: se logró presentar un texto original de forma abreviada, favorece la comprensión del tema, ayudo a entender mejor el texto, y sobretodo permitió llevar a cabo una excelente redacción.

2.6.3. Procedimiento.

La investigación se desarrolló en base a los siguientes pasos.

- Primeramente, se procedió a realizar una lectura comprensiva en textos, investigaciones, libros digitales, páginas web, mismas que contengan definiciones y modelos sobre el estrés en los cuidadores para posteriormente extraer los conceptos más relevantes.
- Por otra parte, se eligió los instrumentos necesarios para realizar el trabajo de campo, con los cuales se obtuvo la información adecuada y necesaria de los participantes.
- Se realizó la visita a las dos instituciones públicas solicitando el debido permiso para realizar la investigación y aplicar los baremos, para una mejor acogida se llevó como referencia una solicitud firmada por las autoridades de la carrera de psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja , en este documento se hacía la petición por escrito a los directivos de las dos instituciones para poder contar con la predisposición de aplicar los instrumentos, además a este documento se le adjuntó otra solicitud firmada por la estudiante investigadora.
- Durante el diálogo con los directores de las dos instituciones públicas se les hizo conocer los instrumentos que serán aplicados a los cuidadores, mismas que regirán las debidas normas éticas y confidenciales.
- Una vez recibida la aprobación de los directivos institucionales se instaura el horario para la aplicación de las baterías.
- Se dialogó con los cuidadores y se les hizo conocer el motivo de la investigación y aplicación de los baremos, además se les recalcó la absoluta discreción que se dará a los datos informativos que ellos brinden.
- Posteriormente se solicitó a cada uno de los participantes firmar el consentimiento informado, además se ofreció una explicación previa sobre los parámetros que contienen los instrumentos de investigación, los cuales deben ser contestados absolutamente todos.
- A continuación, se efectuó la recolección de los datos, esto se produjo a través de la aplicación de los reactivos individuales a los participantes de las dos instituciones públicas.

- Dado el inconveniente que el número de cuidadores de las dos instituciones públicas no cumplían con la muestra solicitada por la carrera de psicología, se procedió a realizar visitas domiciliarias en donde existía la presencia de personas con diferentes enfermedades que estaban al cuidado de otras personas. En cada visita domiciliaria se pidió la colaboración del cuidador para ser partícipe en el proyecto de investigación.
- Con gran aceptación y predisposición los cuidadores privados realizaron los cuestionarios, obteniendo como resultado los datos informativos de la muestra deseada.
- Seguidamente se procedió a la depuración de las baterías, que estuvieran contestadas en su totalidad, y de manera correcta.
- Posterior a ello se ingresó los datos en la matriz, para después realizar el proceso de tabulación lo cual dejó como resultado las tablas de información referentes a las distintas variables que miden los instrumentos.
- Con la obtención de las tablas, se pudo elaborar el análisis de datos, basándose en la información más relevante de cada apartado.
- Para culminar el trabajo investigativo se elaboró conclusiones y recomendaciones de los resultados obtenidos.

2.6.4. Recursos.

Recursos Humanos:

- Directora del trabajo de titulación.
- Estudiante de psicología, que realiza la investigación.
- 19 cuidadores que laboran en instituciones públicas.
- 21 cuidadores privados.

Instituciones:

- Dos instituciones públicas de la ciudad de Cariamanga.

- Hogares familiares.

Materiales:

- Instrumentos de investigación (cuestionario sociodemográfico, cuestionario MBI, entrevista de carga para cuidadores formales, escala de satisfacción vital (ESV), cuestionario de salud general (GHQ-28), cuestionario de afrontamiento (BRIEF-COPE), cuestionario de apoyo social, brief resilience scale (BRS)
- Computadora
- Impresora
- Esferos
- Lápiz
- Borrador
- Grapadora
- Copias
- Transporte

Económicos:

Total: \$ 56 dólares americanos.

2.6.5. Instrumentos.

Los instrumentos utilizados para desarrollar el proceso de recolección de datos fueron seleccionados con la finalidad de cumplir con los objetivos planteados en la investigación, a estos instrumentos se los aplicó en el orden que se detalla a continuación.

- **Cuestionario Sociodemográfico y laboral Ad-hoc.**

Es diseñado para la ejecución de esta investigación, el cual nos permite recolectar importantes datos personales y laborales, para el estudio del estrés laboral en los cuidadores, entre los cuales tenemos: sexo, edad, estado civil, etnia, número de hijos, años de experiencia, salario que perciben, entre otros que fueron de utilidad para la investigación.

- **Inventario del Estrés Laboral Crónico de Maslach (Maslach burnout Inventory (MBI); Maslach y Jackson,1986)**

Es un instrumento que se utiliza para medir el síndrome de burnout, está compuesta por 22 ítems, para dar contestación se utiliza una escala de Likert con puntuaciones de 0 a 6, sus tres aspectos fundamentales son:

Agotamiento Emocional: consta de 9 preguntas conformados por los ítems 1,2,3,6,8,13,14,16 y 20, estos miden los sentimientos de un cuidador emocionalmente exhausto por el trabajo, su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome, la puntuación máxima es de 54 puntos por lo que daría como resultado un mayor agotamiento emocional.

Despersonalización: está conformada por 5 ítems que son 5, 10, 11, 15, 22, valora los sentimientos y actitudes negativas hacia la persona que cuida, la puntuación máxima en esta subescala es de 30, lo que resultaría con el nivel de burnout. Realización Personal: posee 8 ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21, evalúa sentimientos de competencia y realización personal en el trabajo, la puntuación máxima es de 48, misma que se relaciona de manera inversa con el burnout.

- **Entrevista de Carga para Cuidadores Formales (Revuelta y Andújar, 2005)**

Está diseñada para ser aplicada a cuidadores formales, consta de 22 ítems con una serie de frases referidas a como se sienten física y emocionalmente las personas que cuidan de otras personas. Esta batería presenta cinco alternativas de respuesta, que van desde nunca (1) hasta casi siempre (5). Se obtiene un valor de alfa de Cronbach de 85, a raíz de esto aparecen cinco factores que reflejan agotamiento y desesperanza, consecuencias negativas personales y sociales, preocupación por los receptores del cuidado, responsabilidad y respuesta emocional al cuidado.

- **Escala de Satisfacción Vital (ESV) (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985)**

Esta escala es una medida de la satisfacción vital global, a través de su aplicación demuestra aceptables propiedades psicométricas, y alta consistencia interna, contiene cinco frases en las que se desea saber sobre la satisfacción personal mismas que han de puntuarse desde muy en desacuerdo (1) hasta muy de acuerdo (7).

- **Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire (GHQ - 28); Goldberg y Hillier, 1979).**

Es un cuestionario auto administrado, identifica disturbios mentales y evalúa el grado de malestar emocional, está constituido por 28 ítems divididos en cuatro subescalas, (síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave), cada subescala se compone de siete ítems donde la persona evaluada debe señalar su situación actual en comparación con las últimas semanas. La puntuación oscila entre 0 y 28 en donde a mayor puntuación, mayor malestar.

- **Inventario COPE -28 (Brief COPE; Caver, 1997).**

Es una escala auto administrada, que hace referencia a como es la manera en que una persona maneja los problemas, consta de 28 ítems mismos que describen conductas o

estrategias de afrontamiento pasivo y activo, tiene cuatro alternativas de respuesta como, no he estado haciendo esto en lo absoluto (0) he estado haciendo esto mucho (3), se compone de catorce subescalas que son; auto distracción, afrontamiento activo, negación, consumo de alcohol o drogas, búsqueda de apoyo social emocional, búsqueda de apoyo social instrumental, desconexión conductual, desahogo, reinterpretación positiva, planificación, humor, aceptación, religión y autoculpabilización, estas contienen dos ítems cada una.

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

Es un cuestionario multidimensional y auto administrado que evalúa los aspectos cuantitativos del apoyo social (red social) como los cualitativos (apoyo instrumental, apoyo emocional, amor y cariño, y relaciones sociales), consta de 20 ítems; el primero se refiere a la amplitud de su red social y los 19 ítems restantes hacen referencia a cuatro dimensiones: apoyo emocional, apoyo instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo, posee cinco alternativas de respuesta que fluctúan desde nunca (1) siempre (5).

- **Brief Resilience Scale (BRS).**

Evalúa el grado de resiliencia o capacidad de las personas de adaptarse al estrés o situaciones adversas y como debe actuar ante estas circunstancias, consta de seis ítems, y cinco literales de respuesta que va de muy en desacuerdo (1) muy de acuerdo (5).

CAPITULO III

ANALISIS Y DISCUSION DE DATOS

3.1. Análisis de resultados obtenidos.

Dentro de este capítulo se da a conocer los resultados de la información que fue recolectada mediante la aplicación de las diferentes herramientas, esto se ejecutó con el objetivo de interpretar las relaciones existentes entre las variables de estudio.

Tabla 1. Características Sociodemográficas de los cuidadores

	Cuidadores	
	N	%
Sexo		
Hombre	4.0	10.0
Mujer	36.0	90.0
Total. De cuidadores	40.0	100
Edad		
M	34.48	
DT	8.14	
Max	59.0	
Min	22.0	
Estado civil		

Soltero/a	14.0	35.0
Casado/a	18.0	45.0
Viudo/a	0.0	0.0
Divorciado/a	5.0	12.0
Unión libre	3.0	7.0
Etnia		
Mestizo/a	38.0	95.0
Blanco/a	2.0	5.0
Afro ecuatoriano/a	0.0	0.0
Indígena	0.0	0.0
Número de hijos		
M	1.88	
DT	1.34	
Max	4.0	
Min	0.0	

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico Ad-Hoc
Elaborado por: Abrahan Correa Mireya del Cisne

Dentro de los resultados obtenidos de la muestra total de cuidadores que laboran en instituciones públicas, en la tabla 1 se observa que hay una mayor intervención del personal femenino en un 90% y del masculino en un 10%; mientras que la edad promedio de los cuidadores es de 34.48 años que se distribuye en un máximo de 59.00 años y un mínimo de 22.00 años.

En lo referente al estado civil, se confirma que un 45% de cuidadores son casados y el 35% solteros. La etnia predominante en la muestra investigada es la mestiza con el 95% y blanca en un 5%; en tanto que el número de hijos promedio que tiene el personal es de 1.88.

Tabla 2. Características laborales de los cuidadores

	Cuidadores	
	N	%
Ingresos mensuales		
0-1000	40.0	100
1001-2000	0.0	0.0
1001-3000	0.0	0.0
3001-4000	0.0	0.0
4001-5000	0.0	0.0
5001-6000	0.0	0.0
Experiencia profesional		
M	6.13	
DT	4.16	
Max	18.0	
Min	2.0	
Sector en el que trabaja		
Publico	19.0	47.5
Privado	21.0	52.5

Tipo de contrato		
Eventual	0.0	0.0
Ocasional	8.0	20.0
Plazo fijo	4.0	10.0
Nombramiento	6.0	15.0
Servicios profesionales	14.0	35.0
Ninguno	8.0	20.0
Horas diarias de trabajo		
M	8.9	
DT	1.86	
Max	12.0	
Min	6.0	
Nº de personas que cuida		
M	7.77	
DT	5.79	
Max	20.0	
Min	1.0	
Turnos de trabajo		
Si	8.0	20.0
No	32.0	80.0
Recursos institucionales		
Totalmente	9.0	22.5
Medianamente	21.0	52.5
Poco	3.0	7.5
Nada	7.0	17.5

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico Ad-Hoc

Elaborado por: Abraham Correa Mireya del Cisne

En la tabla 2, el 100% de los participantes percibe ingresos mensuales de 0-1000 USD, la media obtenida en experiencia profesional es 6.13, el 52.5% trabaja en el sector privado y el 35% de cuidadores presta servicios profesionales.

Con respecto a la experiencia laboral de los cuidadores de salud, esta posee una media de 6.13 años, el sector en el que labora el 52.5% es privado y público para el del 47.5%, mientras que el tipo de contrato más relevante establecido para su trabajo es el de servicios profesionales con el 35% y el eventual con el 20%.

La media correspondiente a las horas diarias que trabajan los cuidadores es de 8.9h, en tanto que la media del número de personas que cuidan a los pacientes es de 7.77 con un máximo de 20.00 y un mínimo de 1.0. De otra parte, el 80% del personal no realiza turnos y un 52.5% son medianamente provistos de recursos requeridos para el desarrollo de sus actividades laborales.

Tabla 3. Resultados del Inventario del estrés laboral crónico de Maslach (MBI)

	Cuidadores	
	N	%
Agotamiento emocional		
Alto	31.0	77.5
Medio	5.0	12.5
Bajo	4.0	10.0
Despersonalización		
Alto	16.0	40.0
Medio	16.0	40.0
Bajo	8.0	20.0
Realización personal		
Alto	3.0	7.5
Medio	20.0	50.0
Bajo	17.0	42.5

Fuente: Inventario de Estrés Laboral Crónico de Maslach (MBI): Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981). Seisdedos, (1997).

Elaborado por: Abrahan Correa Mireya del Cisne

En cuanto a la tabla 3, conforme al inventario del estrés laboral crónico de Maslach, se visualiza que hay un 77.5% de cuidadores con un alto nivel de agotamiento emocional, por otra parte, en despersonalización se comprueba que el 40% de personal muestra un nivel alto y un 40% medio; mientras que en lo concerniente a realización se determina que el 7.5% obtuvieron un alto nivel, aunque en el 50.0% es de nivel medio. Esto en síntesis demuestra que hay mucho agotamiento emocional que no les permite a los cuidadores sentirse suficientemente satisfechos con las actividades de cuidado que realizan.

Tabla 4. Resultados de entrevista de carga para cuidadores formales

	Cuidadores	
	N	%
No hay sobrecarga	4.0	10.0
Sobrecarga leve	2.0	5.0
Sobrecarga intensa	34.0	85.0

Fuente: Entrevista de Carga para Cuidadores Formales (Revuelta y Andújar) ,2005).

Elaborado por: Abrahan Correa Mireya del Cisne

Según la información mostrada en la tabla 4 con referencia al bienestar de los cuidadores, se establece que el 85% presentan sobrecarga intensa en sus labores cotidianas de trabajo,

en tanto que el 5% tienen sobrecarga leve y el 10% no poseen sobrecarga. Esto en general repercute en su estado emocional ya que, al verse obligados a realizar muchas tareas en el cuidado de los pacientes, su ánimo tiende a decaer que los conduce a realizarlas con menos motivación.

Tabla 5. Resultados de la escala de satisfacción vital (ESV) en los cuidadores

	Cuidadores	
	N	%
Muy insatisfecho	1.0	2.5
Insatisfecho	4.0	10.0
Ligeramente por debajo de la media	2.0	5.0
Ligeramente satisfecho	17.0	42.5
Satisfecho	13.0	32.5
Altamente satisfecho	3.0	7.5

Fuente: Escala de Satisfacción Vital (ESV) (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985)

Elaborado por: Abrahan Correa Mireya del Cisne.

De acuerdo a la tabla 5, se determina que el 42.5% de los cuidadores de salud que trabajan en las instituciones públicas del cantón Cariamanga se encuentran ligeramente satisfechos.

A diferencia de estos, un 32.5% están satisfechos, el 10% insatisfechos, el 5% ligeramente por debajo de la media y el 2.5% muy insatisfechos. Mediante ello se puede constatar que el personal no está conforme con el método de trabajo aplicado para el desarrollo de sus actividades por parte de las autoridades.

Tabla 6. Resultados del cuestionario de salud general en los cuidadores

	Cuidadores	
	N	%
Síntomas somáticos		
No caso	7.0	17.5
Caso	33.0	82.5
Ansiedad		
No caso	6.0	15.0
Caso	34.0	85.0
Disfunción social		
No caso	38.0	95.0

Caso	2.0	5.0
Depresión		
No caso	30.0	75.0
Caso	10.0	25.0

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

Elaborado por: Abrahan Correa Mireya del Cisne

En lo coherente a la salud general de los cuidadores se confirma en la tabla 6 que los síntomas más prevalentes son los somáticos en un 82.5% y la ansiedad en un 85%, considerando que no hay síntomas de disfunción social en el 95% del personal, así como tampoco se observan casos de depresión en el 75%.

Esto demuestra que la principal consecuencia del estrés laboral crónico que ellos tienen se manifiesta en un estado ansioso caracterizado generalmente por momentos de angustia emocional.

Tabla 7. Resultados del inventario COPE-28 en los cuidadores

	Cuidadores			
	M	DT	Max	Min
Auto distracción	3.25	1.48	6.0	1.0
Afrontamiento	2.25	1.32	5.0	0.0
Negación	1.55	1.40	5.0	0.0
Uso de sustancias	1.0	1.47	5.0	0.0
Apoyo emocional	1.93	1.40	5.0	0.0
Apoyo instrumental	2.38	1.58	6.0	0.0
Retirada de comportamiento	1.53	1.32	5.0	0.0
Desahogo	1.83	1.48	6.0	0.0
Replanteamiento positivo	2.45	1.26	6.0	0.0
Planificación	2.18	1.32	5.0	0.0
Humor	0.58	1.13	5.0	0.0
Aceptación	2.73	1.63	6.0	0.0
Religión	3.15	2.01	6.0	0.0
Culpa	3.23	1.48	6.0	0.0

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

Elaborado por: Abrahan Correa Mireya del Cisne

Conforme a la tabla 7 se observa que la auto distracción (3.25) tiene la media más alta con un máximo de 6 y un mínimo de 1 sobre las acciones que los cuidadores realizan frente al estrés laboral crónico cuando ya ha sido identificado; a esta le continua el sentimiento de culpa (3.23), religión (3.15), aceptación (2.73), replanteamiento positivo (2.45), apoyo instrumental (2.38), afrontamiento (2.25) y planificación (2.18).

Tabla 8. Resultados del Cuestionario de Apoyo Social (MOS)

	Cuidadores			
	M	DT	Max	Min
Apoyo emocional	22.15	6.20	35.0	14.0
Apoyo instrumental	11.53	3.55	20.0	5.0
Relaciones Sociales	12.85	3.31	20.0	7.0
Amor y cariño	9.45	2.70	15.0	5.0

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

Elaborado por: Abrahan Correa Mireya del Cisne

Con respecto al apoyo social, se identifica en los datos de la tabla 8 que el apoyo emocional tiene la media mayor de 22.15% con un máximo de 35% y un mínimo de 14%; seguidamente se percibe las relaciones sociales con una media de 12.85% distribuida en 20% para el máximo y el 7% en el mínimo, continuada por el apoyo instrumental con 11.53% que se desglosa en 20% para el máximo y el 5% para el mínimo, y finalmente se ubica el amor y cariño con 9.45% distribuido en 15% en la media máxima y el 5% en la mínima.

Tabla 9. Resultados del cuestionario Breve Escala de Resiliencia (BRS) en los cuidadores.

	Cuidadores			
	M	DT	Max	Min
Resiliencia	19.7	3.43	25.0	8.0

Fuente: Breve Escala de Resiliencia (BRS)

Elaborado por: Abrahan Correa Mireya del Cisne

La tabla 9 que expone la capacidad de resiliencia de los cuidadores de las instituciones públicas del cantón Cariamanga, permite determinar que alcanza una media de 19.7 con una media máxima de 25.0 y mínima de 8.0.

3.2. Discusión de datos.

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo, establecer la prevalencia del estrés laboral crónico y sus tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en cuidadores que laboran en la ciudad de Cariamanga del cantón Calvas, provincia de Loja, Zona 7, durante el año 2017-2018.

En cuanto a los resultados sociodemográficos y laborales, se observa que el 90% de los participantes de la investigación está conformado por mujeres, datos que coinciden con la deducción de Coto (2017) quien establece que el estrés laboral crónico es experimentado con mayor frecuencia en cuidadores de sexo femenino. De igual modo esta información coincide con los datos del INEC (2015), donde se registra que la mayor parte de la población está conformada por mujeres. Así pues, se corrobora que de forma mayoritaria son las mujeres quienes ejercen la labor de cuidadoras en la ciudad de Cariamanga, ellas además de sus actividades laborales tienen que realizar trabajo en sus hogares, lo cual les ocasiona mayores probabilidades de padecer estrés laboral.

La edad promedio que reflejan los participantes es de 34.48 años, dicha información tiene similitud a un estudio realizado por Cortaza y Francisco (2014) en un hospital de México, aquí se estudia el estrés laboral en enfermeros cuidadores de pacientes los cuales presentan una edad promedio de 36 años. Al respecto según Coto (2017), manifiesta que los rangos de edad para ejercer mejor la profesión de cuidadores son de 18 a 42 años en las fases de joven, adulto y maduro. Por lo tanto, considerando los parámetros establecidos se evidencia que los cuidadores están en los rangos de las edades correspondientes para desarrollar actividades y cuidados que un paciente requiere, sin embargo como lo afirman Tejada y Gómez (2012), en esta edad es más peligroso desarrollar el estrés laboral crónico, teniendo en cuenta que durante los primeros años de actividad laboral, es donde se capta con alto grado de sensibilidad el gusto por hacer bien el trabajo dependiendo del ambiente en el que se trabaje.

De los cuestionarios aplicados a los cuidadores el porcentaje que predomina en el estado civil es el de casados con un 45%, esta información coincide con los datos encontrados en un estudio realizado por Aldrete, González, Preciado y Pando (2009) a docentes de nivel medio de Guadalajara, aquí se analiza la relación entre las variables sociodemográficas y la presencia del síndrome de burnout en los docentes, los resultados muestran que el 64.5% de los participantes son casados, esto constituye una desventaja si se tiene en cuenta que según Acosta (2008), los trabajadores que son casados tienen mayor cantidad de responsabilidades que cumplir fuera de su trabajo, por lo que en muchos de los casos al sentirse presionados suelen generar de forma más rápida el estrés laboral crónico a diferencia de los que están solteros.

En relación a la etnia de los cuidadores de la ciudad de Cariamanga la categoría mestiza abarca el mayor porcentaje con un 95%, estos resultados son semejantes a los encontrados en el Instituto Nacional de Estadística y Censo (2015). En base a los datos obtenidos se registra que la raza mestiza es la más predominante en la población.

En cuanto al número de hijos de los cuidadores, la media alcanzada es de 1.88, estos resultados poseen una leve diferencia con los datos encontrados en el INEC (2010) donde la media prevaleciente es de 1.6 hijos, esto determina que la alta procreación de hijos en este cantón es beneficioso para que los cuidadores sientan mayor realización personal en sus actividades laborales ya que como lo indican Durán y García (2013), se han dado casos de esta enfermedad manifestada por despersonalización con mayor énfasis en empleados que no tienen hijos.

En el análisis de los datos laborales, se encuentra las remuneraciones salariales en donde el 100% de los participantes evaluados percibe de 0 -1000 USD, que está por debajo del promedio estipulado por el INEC mediante la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en hogares urbanos y Rurales (ENIGHUR, 2012), que especifica que para la zona urbana la remuneración básica mensual debe ser de \$ 1046,30. Asimismo la media prevaleciente a los años de experiencia que llevan los participantes laborando en el cuidando de otras personas es de 6.13, con un máximo de 18 años y un mínimo de 2 años, lo cual concuerda con el informe redactado por Aranda, Pando, Salazar y Chávez (2005) y Acosta (2008),

quienes mencionan que las personas que tienen menos años de experiencia poseen mayores niveles de agotamiento emocional; a criterio personal considero que esto se da por la falta de organización, costumbre y realización profesional.

Con respecto al sector en el que trabaja la muestra investigada es del 52.5% que laboran en el sector privado y 47.5% laboran en el sector público, según datos investigados en el INEC (2017), la prevalencia de laborar en el sector privado se debe a que cada año se reducen las fuentes de trabajo en las instituciones públicas, por lo tanto se ven obligados a prestar servicios privados y en algunas ocasiones con bajas remuneraciones salariales.

Los contratos laborales mas comunes que se establecen con los cuidadores son los de servicios profesionales con un porcentaje del 35%, lo cual difiere con lo expuesto en en la Ley Orgánica de Servicio Publico, (LOSEP 2006), donde consta que el empleador debe otorgar al empleado un contrato laboral que contemple remuneraciones salariales, seguro, y días de descanso laboral, y demas clausulas de ley que garanticen los derechos y obligaciones de los trabajadores. Aunque, esta información es relacionada a algunos estudios realizados a docentes de primaria por Aldrete, Navarro, González, Contreras, y Pérez, (2015), en cuanto De otra manera se verifica que el 20% tienen contrato ocasional que resulta algo negativo debido a que como lo afirman García, Ipiña y Castañeda (2010), esto implica una serie de cambios que conducen al surgimiento de algunas dificultades psicosociales referentes a la manera de diseñar, organizar y gestionar las actividades de trabajo, al igual que del ambiente social.

En cuanto a las horas diarias de trabajo la media correpondiente a los encuestados es de 8.9, lo cual concuerda con las 8 horas diarias de labor que esta dispuesto por el Ministerio de Trabajo en la resolución MRL-2011-000033, mediante ello se evidencia que como lo establece Toroshina (2016), esto influye para la prevalencia del estrés laboral crónico porque al dedicarse la mayor parte de su tiempo a los cuidados de los pacientes, se descuidan de su salud por la sobrecarga de trabajo debido a las diversas actividades de preparación que generalmente realizan sin apoyo. En otro ámbito el 80% de los participantes declaran que no realizan turnos, resultados que difiere con la información de Aranda (2006), Aldrete, González, Preciado y Pando (2009), donde se realiza una

investigación sobre el síndrome de burnout en diferentes países de Latinoamérica encontrándose que la mayoría de los cuidadores y enfermeros realizan turnos esporádicos de forma que se pueda evitar el cansancio físico y mental, reduciendo el estrés laboral crónico. Por lo expuesto se debe indicar que en el año 2012 el Ministerio de Salud Pública a través del acuerdo ministerial 00001849 declaró la existencia de jornadas especiales, en las cuales los cuidadores pueden realizar diferentes tipos de turnos, pero esto se da en función de las necesidades institucionales o de la población a la que prestan los servicios laborales.

En lo concerniente a los recursos necesarios que brindan las instituciones a los participantes de la investigación, se establece que al 52.5% de los cuidadores medianamente se les facilitan de insumos para la realización de sus actividades, lo que podría ser un factor desencadenante del estrés laboral crónico si se considera que de acuerdo a Achury, Castaño, Gómez y Guevara (2011), si no disponen de los equipos y herramientas necesarias para dar una buena atención a los pacientes, tienden a sentir frustración por no poder satisfacer sus necesidades de forma totalmente satisfactoria y ansiedad.

A continuación en el análisis del cuestionario MBI, se puede constatar que seis (15%) de los participantes poseen el síndrome de Burnout, mismos que tienen altos niveles en agotamiento emocional, despersonalización y niveles bajos en realización personal. En cuanto a los resultados por dimensiones se puede identificar que 31 participantes presentan un nivel alto en agotamiento emocional, lo cual refleja un porcentaje del 77.5%, estos datos presentan una leve similitud con la investigación de Aranda (2006) realizada a médicos y familiares en México, esta investigación presenta un 70.5% en nivel alto de agotamiento emocional. En la subescala de despersonalización se obtiene una similitud de porcentajes, 16 participantes alcanzan un nivel alto y 16 un nivel medio, dando como resultado un 40% en cada nivel, de igual modo estos datos difieren con las investigaciones realizadas por Acosta (2008), donde se encuentra que el 26% de los profesores universitarios encuestados presentan un nivel alto, mientras que el 42.9% expresa niveles medios en despersonalización.

En cuanto a realización personal se registra que 20 participantes constan en un nivel medio, con una prevalencia del 50% de porcentaje, esta información difiere con la investigación de

Aranda (2006), en la cual se expone que el 65.8% de los médicos presentan un nivel bajo en realización personal. Mediante estos resultados se corrobora que como lo plantea Almirall y Fernández (2007), quienes indican que la realización personal viene influenciada por la autoconfianza profesional y es un componente crucial para el surgimiento del estrés laboral crónico. Ante lo expuesto se define que la escasez de realización personal incide directamente en la vida de los cuidadores, afectando específicamente al rendimiento de sus actividades y por ende en la falta de atención a los pacientes.

En lo que compete a la salud de los cuidadores el estrés laboral abarca dos dimensiones que son la física y la psicosocial, ante la presencia de estas dimensiones y del estrés en un cuidador, se puede informar que estos métodos influyen negativamente en la salud y bienestar de los cuidadores generando una reducción en el desempeño y productividad al igual que actitudes inadecuadas con los clientes, y por ende una sobrecarga intensa en los cuidadores (Forbes, 2011). De esta manera es evidente que un cuidador con sobrecarga intensa tiende a comportarse de forma negativa en el trabajo y en su hogar, también le genera sentimientos de tristeza e ira lo cual le provoca un estado de angustia que le dificulta ejecutar sus actividades tal como lo indica Acosta (2008).

En lo referente al nivel de carga presentada en los cuidadores se constata que 34 de ellos muestran sobrecarga intensa, mismos que reflejan un promedio del 85% con respecto a la muestra evaluada, ello constituye un aspecto que puede acarrear el estrés laboral crónico porque como lo deduce Alonso (2014), esto produce en lo posterior, sentimientos de agotamiento emocional y poca realización personal.

Con relación a los resultados obtenidos en la aplicación de la escala de satisfacción vital, se obtiene que 17 de los cuidadores investigados se sienten ligeramente satisfechos con la vida laboral, social y familiar que viven diariamente, este número de participantes representa el 42.5% de la muestra investigada la cual prevalece ante el 32.5% que manifiestan sentirse completamente satisfechos en sus vidas, estos datos tienen una ligera relación con otro estudio realizado a orientadores laborales y educativos, por Álvarez, Peña y Losada (2017), los cuales muestran resultados positivos de satisfacción vital con un porcentaje de 40.7% en ligeramente satisfecho. Ante lo expuesto se comprueba que cuando los cuidadores se

sienten satisfechos con las actividades que realizan tienden a valorarse más a si mismos y reflejar sentimientos positivos como la felicidad, responsabilidad y compromiso conforme a que como lo establecen Ramírez y Zurita (2010), esto representa parte esencial de su estado emocional para disfrutar del trabajo que realizan y que por ende disminuye los síntomas del estrés laboral crónico que experimentan.

En otro punto se puede identificar en primer lugar que un número de 33 cuidadores presentan síntomas somáticos lo cual refleja un porcentaje del 82.5%, en segundo lugar consta la ansiedad que esta conformada por 34 personas investigadas, lo que significa el 85% del porcentaje basado en la muestra, según Martínez (2010) las tareas repetitivas se asocian a la insatisfacción, ansiedad y problemas somaticos, ante esta información se debe recalcar que al tener que desarrollar las mismas actividades diariamente produce en los cuidadores ansiedad y sintomas somáticos, mismos que seran factores muy influyentes para provocar el estrés laboral crónico.

En los estudios realizados a los cuidadores de la ciudad de Cariamanga, se refleja que las medias mas prevalecientes son: autodistracción con un promedio de 3.25, religión 3.15 y culpa 3.23, de igual modo el afrontamiento activo presenta una media de 2.25, el apoyo instrumental 2.38, replanteamiento positivo 2.45, planificación 2.18, y aceptación 2.73. Cabe recalcar que en este inventario sobresale la capacidad que tienen los participantes para manejar los problemas que se le presentan diariamente, por lo tanto se debe prestar la debida atención en los aspectos de autodistracción y culpa que presentan los cuidadores, ya que son muy perjudiciales para el desenvolvimiento en sus actividades, teniendo en cuenta que según Bracco y Reina (2011), el nivel de estrés laboral crónico depende directamente de su conducta pasiva o activa para saber confrontar la situación presentada y que en algunos casos supera a la realidad. Frente a la planificación y aceptación se debe mencionar que los cuidadores deben actuar de acuerdo a las necesidades de los pacientes para poder brindar una buena atención, estos datos poseen leves relaciones con otras investigaciones en donde se destaca que las estrategias activas de afrontamiento son un factor protector ante el síndrome de burnout, (Cid Garcia 2015), (Cruz 2010).

Se identifica que el 22.15 es la media que prevalece en los cuidadores de apoyo emocional, bajo este factor se fortalece la autoestima de los cuidadores, efectuándose transacciones entre las personas que conforman la red de apoyo del individuo, este apoyo crea conductas como demostración de afecto, escuchar, visitar amigos y brindar consejos, estos datos se relacionan con una investigación ejecutada a médicos por Aranda, Pando y Perez (2004), en donde las redes sociales de apoyo son favorables, los médicos familiares mantienen buenas redes laborales y extralaborales, subjetivamente el 99.4% y objetivamente el 98.2% mantienen un gratificante apoyo social. Por tanto, con estos resultados se deduce que como lo afirman Viale, González, Cáceres, Pruvost, Miranda y Rimoldi (2016), cuando los cuidadores reciben suficiente apoyo social tienden a mermar la sobrecarga receptada y a reducir el estrés laboral crónico. Luego de revisar estos datos se puede expresar que el apoyo social es una necesidad importante e imprescindible para la salud y bienestar de los cuidadores, sin embargo hay que recalcar que cuando el apoyo social es inadecuado o no se brinda en lo absoluto se puede incrementar el desarrollo de diferentes enfermedades.

Finalmente en los resultados obtenidos se refleja una media en resiliencia de 19.7, resultados que son parecidos con la investigación realizada a cuidadores formales de grupos de atención prioritaria, donde se investiga la relación entre la resiliencia y aspectos mentales negativos y positivos del bienestar psicológico, reflejándose que los cuidadores con altas puntuaciones en resiliencia tienen mayores niveles de eficacia y compromiso laboral, además de habilidades y competencias de compromiso laboral para sobreponerse a las dificultades y experimentar emociones positiva; mientras que los cuidadores menos resilientes tienen predisposiciones a las emociones negativa (Menezes, Fernández, Hernández, Ramos y Contador, 2006). Con base en ello se confirma que de acuerdo a Menezes, Fernández, Hernández, Ramos y Contador (2006), esto resulta beneficioso para ellos porque los cuidadores más resilientes pueden enfocar sus energías para sobrellevar los síntomas de la enfermedad y adaptarse mejor para poder desarrollar actitudes positivas.

CONCLUSIONES

Con respecto a la presente investigación se puede deducir las siguientes conclusiones.

El 90% de los cuidadores pertenecen al género femenino, con una edad promedio de 34.48 años, la muestra investigada pertenecen al grupo étnico mestizo, la mayoría se encuentran casados y el promedio de hijos que poseen es de 1.88 con un máximo de 4 hijos en algunos cuidadores.

En cuanto a los datos laborales algunos de los cuidadores mantienen una remuneración menor de 1000 USD mientras que otros no perciben ingresos por que el cuidado lo realizan a los mismos familiares, el 52.5% de los participantes realizan las labores de cuidado en el

sector privado, y 47.5% en el sector público, en experiencia laboral presentan un promedio de 6.13 años, la mayoría prestan los servicios profesionales de 6 a 12 horas diarias y no realizan turnos laborales el 80%.

En la investigación se encontró que la prevalencia del estrés laboral crónico es del 15% de los cuidadores, es decir, seis cuidadores de la ciudad de Cariamanga del cantón Calvas de la provincia de Loja.

En cuanto a las dimensiones del estrés laboral crónico el 77.5% expresan niveles altos en agotamiento emocional, el 40% niveles altos y medios en despersonalización y el 42.5% niveles bajos en realización personal; además el 85% de los participantes experimentan sobrecarga intensa laboral.

Por otra parte, se verifica que 34 cuidadores presentan un nivel de sobrecarga intensa que es significativo ya que representa el 85%, mientras que el 5% tienen sobrecarga leve que influye en el apareamiento de síntomas de estrés laboral crónico.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento que utilizan los cuidadores prevalecen la autodistracción con una media de 3.25, religión 3.15, culpa 3.23, afrontamiento activo 2.25, apoyo instrumental 2.38, replanteamiento positivo 2.45, planificación 2.18 y aceptación 2.73, se puede establecer que son estrategias de afrontamiento que los cuidadores utilizan como medios para manejar los problemas que diariamente se les presentan.

En cuanto al apoyo social que reciben los cuidadores prevalece el apoyo emocional con una media de 22.15 y las relaciones sociales 12.85 estos factores son brindados por sus parejas, familiares, amistades y pacientes, gracias a este apoyo social que reciben las personas encuestadas logran un nivel alto de satisfacción en el ejercicio de su profesión, por tanto, cuentan con sólidas motivaciones para confrontar las adversidades que se presentan a diario y por ende disminuyendo la presencia del síndrome de burnout.

Con respecto a la satisfacción vital, el 42.5% de los cuidadores se muestran ligeramente satisfechos, mientras que el 32.5% se sienten satisfechos vitalmente con su situación laboral; lo cual demuestra que la sobrecarga laboral que están experimentando les dificulta sentirse totalmente a gusto con sus actividades laborales realizadas y que por consiguiente los conduce a disminuir la eficiencia de las mismas.

En la presente investigación se evidencia que los cuidadores tienen una capacidad promedio de 19,7 de resiliencia que se traduce en su capacidad para afrontar las situaciones de adversidad laboral que les provoca estrés laboral crónico, lo que demuestra que tienden a pueden emplear su energía e interacción laboral para sobreponerse a las dificultades y adaptarse adecuadamente a su ambiente de trabajo.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere al personal encargado de la gestión del talento humano de las instituciones públicas de salud de Cariamanga, asignar responsabilidades y tareas específicas a los cuidadores, para mejorar el tiempo de descanso de los mismos y prevenir el estrés laboral.
- Que se suministre por parte del personal encargado de dirigir las actividades laborales de los cuidadores de las instituciones públicas de salud de Cariamanga, los recursos y equipos necesarios a los cuidadores para el desarrollo del trabajo con la finalidad de disminuir la frustración y garantizar su integridad física.

- Al personal encargado de la gestión del talento humano de las instituciones públicas de salud de Cariamanga, realizar exámenes y controles médicos de los cuidadores de salud constantemente para detectar o descartar niveles altos de estrés o ansiedad como medios de prevención del agotamiento emocional y despersonalización.
- Implementar dentro del plan de trabajo por parte del personal delegado para dirigir la actividad laboral de los cuidadores, espacios de esparcimiento y relajación con el objeto de puedan generar autoconfianza en sus habilidades y mejorar su calidad de vida.
- A personal encargado de la gestión del talento humano de las instituciones públicas de salud de Cariamanga, fomentar y aplicar el buen trato, compañerismo y la solidaridad entre todos los empleados con la finalidad de fortalecer las relaciones sociales tanto con pacientes, familiares y demás trabajadores que propicien un ambiente de seguridad para los cuidadores de salud.
- Efectuar por parte del personal encargado de la gestión del talento humano de las instituciones públicas de salud de Cariamanga, capacitaciones de los cuidadores de salud sobre temas de estrés laboral con sus causas, formas de prevención, técnicas y métodos para cuidar a los pacientes como medio para mejorar sus estrategias de afrontamiento que les aporten una mejor calidad de vida.
- A los cuidadores de salud de las instituciones públicas del cantón Cariamanga, actualizar conocimientos con respecto a las actividades que desarrollan con el fin de prevenir la desesperación por no poder realizar eficientemente el trabajo y de que generen mayor satisfacción vital.
- Efectuar por parte de las autoridades de las instituciones públicas de salud de Cariamanga, charlas comunitarias de apoyo social dirigidas a los cuidadores de

salud en especial, incentivando el compartir de experiencias de adaptación laboral para fomentar ambientes de trabajo más acogedores que les permita aumentar su capacidad de adaptación con la gestión laboral que realizan.

BIBLIOGRAFÍA

- Achury, D., Castaño, H. Gómez, L. y Guevara, N. (2011). Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Investigación en Enfermería, Imagen y Desarrollo*, 13(1). 33.
- Acosta, H. (2008). *Burnout y su relación con variables sociodemográficas, sociolaborales y organizacionales en profesores universitarios chilenos*. España: Universitat Jaume I.
- Alcalde de Hoyos, J. (2010). *ESTRÉS LABORAL: Informe técnico sobre estrés en el lugar de trabajo*. España: Junta de Andalucía.
- Aldrete, M., González, J., Preciado, M. y Pando, M. (2009). Variables sociodemográficas y el síndrome de burnout o de quemarse en profesores de enseñanza media básica (secundaria) de la Zona Metropolitana de Guadalajara. *Revista de Educación y Desarrollo*, 10. 36.

- Aldrete, M., Navarro, C., González, R., Contreras, M. y Pérez, J. (2015). Factores Psicosociales y Síndrome de Burnout en Personal de Enfermería de una unidad de Tercer Nivel de Atención a la Salud. *Revista Ciencia y Trabajo*, 52. 33.
- Alonso, E. (2014). *El síndrome de burnout en trabajo social*. (Trabajo de Fin de grado en Trabajo Social). Universidad de Valladolid, España.
- Alvarado, Y. (2014). *Nivel de estrés laboral y su relación con las manifestaciones biológicas, del personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos del centro Médico Valle de San Diego (maestría)*. Universidad de Carabobo, Venezuela.
- Álvarez, M., Peña, M. y Losada, L. (2017). Misión posible: mejorar el bienestar de los orientadores a través de su inteligencia emocional. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 28(1). 28.
- Aranda, C., Pando, M. y Perez, M. (2004). Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: una revisión. *Psicología y Salud*, 14(1). 80.
- Aranda, C. (2006). Diferencias por sexo, Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 15. 1-7.
- Ávila, J., Gómez, L., y Montiel, M. (2010). Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud. *Pensamiento Psicológico*, 8(15). 48.
- Barra, J. y Sotelo, R. (2016). *Síndrome de Burnout Una Mirada a las condiciones laborales de los Funcionarios de Guardia Armada de Gendarmería de Chile del Centro de Detención Preventiva de Puente Alto (tesis de grado)*. Universidad Academia de Humanidad Cristiano, Chile.

- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, Características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 127.
- Blanch, A., Aluja, A. y Biscarri, J. (2002). Síndrome de Quemarse en el Trabajo (Burnout) y Estrategias de Afrontamiento: Un modelo de Relaciones Estructurales. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 18(1). 59.
- Boada, J., Vallejo, R., Agulló, E. y Mañas, M. (2005). El absentismo laboral como consecuente de variables organizacionales. *Psicothema*, 17(2). 213.
- Bracco, C. y Reina, C. (2011). Síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en acompañantes terapéuticos. *Revista IIPSI*, 14(2). 35.
- Burke, R. J. y Richardsen, A. M. (1993). *Psychological burnout in organizations*. Golembiewski: New York: Marcel Dekker.
- Caballero, C., González, O., Mercado, D., Llanos, C., Bermejo, Y. & Vergel, C. (2009). Prevalencia del síndrome del burnout y su correlación con factores psicosociales en docentes de una institución universitaria privada de la ciudad de Barranquilla. *Psicogente*, 12(21). 144.
- Caballero, C., Hederich, C. y Palacio, J. (2010). El burnout académico: delimitación del síndrome y factores asociados con su aparición. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1). 135-136.
- Calabrese, G. (2010). Impacto del estrés laboral crónico en la salud del anestesiólogo. *Conferencias Magistrales*, 33(1). 183.
- Carlotto, M. y Gobbi, M. (2001). Desempleo y síndrome de Burnout. *Revista de Psicología*, 10(1). 134.
- Colino, N. y Pérez, P. (2015). El síndrome de burnout en un grupo de profesores de enseñanza secundaria en montevideo. *Ciencias Psicológicas*, 9(1). 30.

- Contreras, M. y Burguillos, A. (2014). Estrés y burnout en profesores de primaria y secundaria de huelva: las estrategias de afrontamiento como factor de protección stress and burnout in teachers of primary and secondary education of huelva: coping like protection factor. *INFAD*, 1(4). 304.
- Corredor, N. y Torres, L. (2013). Burnout en MiEMBros de la Policía nacional de coloMBia: un análisis crítico. *Sinapsis*, 5(5). 67.
- Cortaza, L. y Francisco, M. (2014). Estrés laboral en enfermeros de un hospital de Veracruz. México. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*, 4(1). 21-22.
- Coto, C. (2017). Funcionalidad familiar y sobrecarga del cuidador de personas con discapacidad severa en la Magdalena y Chilibulo, periodo de marzo a octubre de 2016 (Informe Final de Investigación). Universidad Central del Ecuador, Quito.
- De Franca, F., Ferrari, R., Ferrari, D. y Dornelles, E. (2012). Burnout y aspectos laborales del personal de enfermería de dos hospitales de medio portea. *Revista Latinoamericana EFERMAGEN*, 20(5). 3.
- Díaz, F. y Gómez, I. (2016). la investigación sobre el síndrome de burnout en latinoamérica entre 2000 y el 2010. *Psicología Desde El Caribe*, 33(1). 115.
- Durán, M. y García, J. (2013). *Prevalencia del síndrome de burnout en médicos del Ministerio de Salud Pública del Azuay según jornada laboral 2011* (Tesis de grado para el Título de Médica). Universidad de Cuenca, Cuenca.
- Espejo, R. (2010). Algunos aspectos de la educación compleja. *Revista de la Universidad Bolivariana*, 9(25). 127.

- Fernández, A., Cobas, M. Castro, A. Y Costales, Y. (2017). Síndrome de desgaste profesional en especialistas de Ginecología. *Revista Información Científica*, 96(2). 262.
- Forbes, R. (2011). El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. *Éxito Empresarial*, 160. 2.
- García, M., Ipiña, A. y Castañeda, R. (2010). *Carga mental y trabajo*. España: Secretaria de Salud Laboral del Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales.
- Gil-Monte, P. (2001). La mayoría de los individuos que empiezan a trabajar en profesiones de servicios de ayuda están altamente motivados para ayudar a los demás y tienen un sentimiento elevado de altruismo. *Psicología Científica*. 3.
- Gil-Monte, P. (2003). Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás?. *Revista de psicología del Trabajo y de las organizaciones*, 19(2). 188.
- Gómez, V. (2014). *Prevalencia del Síndrome de Burnout en el Personal de Enfermería de Zona del Gran Buenos Aires*. Argentina: Universidad Abierta Interamericana.
- Grau, E. (2008). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal* (Tesis doctoral). Universitat de Valencia, España.
- Hernández, J. (2013). *Síndrome burnout en trabajadores asistenciales del hospital regional del magdalena medio*. Recuperado de https://www.academia.edu/31276824/DX_BURNOUT_Diana_?auto=download
- Hernández, T., Terán, O., Navarrete, D. y León, A. (2007). *El síndrome de Burnout: una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición*, 3(5). 56.

Houtman, I. y Jettinghoff, J. (2008). *Sensibilizando sobre el estrés laboral en los Países en Desarrollo*. Francia: Organización Mundial de la Salud.

Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC, 2015). Hombres y mujeres del Ecuador en cifras III. Recuperado de: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas//Libros/Socioeconomico/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf

Jaoul, G., Kovess, V. y Mugen, F. S. P. (2004). Le burnout dans la profession enseignante. *Annales Medic-Psychologiques*, 162. 26-35.

Juárez, A., Idrobo, A., Camacho, A. y Placencia, O. (2014). Síndrome de burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. *Salud mental*, 37. 160.

Leal, J. (1993). Equipos comunitarios: *¿Un ilusión sin porvenir, un porvenir sin ilusión? En Salud Mental y Servicios Sociales: El espacio comunitario*. Barcelona: Diputación de Barcelona.

Leiter, M. (1992). Burnout as a crisis in self-efficacy-conceptual and practical implications. *Work and Stress*, 6(2). 107-116.

López, L., Solano, A. Aguirre, S., Osorio, C. y Vásquez, E. (2012). El Estrés laboral y los trastornos psiquiátricos en profesionales de la medicina. *Revista CES Salud Pública*, 3(2). 281.

Maicon, C. y Garcés, E. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de Psicología*, 26(1). 170-171.

Manso, J. (2006). Estructura Factorial del Maslach Burnout Inventory- Version Human Services Survey - en Chile. *Revista Interamericana de Psicología*, 40(1). 115.

Manzano, G. y Ayala, J. (2013). New Perspectives: Towards an Integration of the concept "burnout" and its explanatory models. *Anales de Psicología*, 29(3). 801.

- Marsollier, R. (2013). La despersonalización y su incidencia en los procesos de desgaste laboral. *Psicología.com*, 17(7). 7.
- Martínez, A. (2010). El síndrome de burnout. evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 112. 18.
- Menezes, V., Fernández, B. Hernández, L., Ramos, F. y Contador, I. (2006). Resiliencia y el modelo burnout-engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 18(4). 795.
- Mingote, A., Jiménez, M., y Herrer, G. (2004). Desgaste profesional y la salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas preventivas. *Medicina Clínica*, 123(7). 6.
- Miravalles, J. (19 de noviembre del 2017). Modelos Explicativos. *Gabinete Psicólogo*. Recuperado de <http://www.javiermiravalles.es/sindrome%20burnout/Modelos%20explicativos.pdf>
- Molina, J. y Avalos, F. (2007). Satisfacción laboral y desgaste profesional del personal de enfermería. *Revista Tesela*, 1(1).
- Montoya, P. y Moreno, S. (2012). Relación entre síndrome de burnout, estrategias de afrontamiento y engagement. *Psicología desde El Caribe*, 29(1). 210.
- Moreno, B., González, J. y Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), Personalidad y Salud percibida. *Pirámide*. 6.
- Moreno, B., Oliver, C. y Aragonese, A. (1991). El burnout, una forma específica de estrés laboral. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Moriana, J. y Herruzo, J. (2004). Estrés y burnout en profesores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(3). 602.

- Olivares, V. y Gil-Monte, P. (2009). Análisis de las principales Fortalezas y debilidades del "Maslach burnout inventory" (MBI). *Ciencia y Trabajo*, 33. 161.
- Olivares, V. (2016). Christina Maslach, comprendiendo el burnout. *Reseachgate*. 2-3.
- Oramas, A., Almirall, P. y Fernández, I. (2007). Estrés Laboral y el Síndrome de Burnout en Docentes Venezolanos. *Salud de los Trabajadores*, 15(2). 75.
- Organización Internacional del Trabajo (2016). Estrés Laboral. Ginebra: LABADMIN.
- 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(1). 138.
- Palacios, X. y Jiménez, K. (2008). Estrés y depresión en cuidadores informales de pacientes con trastorno afectivo bipolar. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 26(2). 196.
- Palomé, G., Gallegos, R., Xequé, A., Juárez, A. y Perea, M. (2014). Nivel de sobrecarga en el cuidador principal del paciente crónico hospitalizado. *Digitalciencia*. 3.
- Pedrero, E. (2003). Modelo de conservación de los recursos de hobfoll y su potencial aplicación al tratamiento de drogodependencias. *Psicología.com*, 7(2). 4.
- Peris, M. (2002). *El número 7±2 como explicación cognitiva (LMCP) del síndrome de burnout y de PTSD. Ponencia presentada en la Jornada de Debate Multidisciplinar sobre Mobbing*. España: Universitat Jaime I de Castellón.
- Pinto, D. y Gaspar, E. (2016). Síndrome de estrés laboral crónico por el trabajo (burnout) en los profesionales de la educación física brasileños. *Revista de Psicología del Deporte*, 25(2). 2.

- Ponce, C., Bulnes, M., Aliaga, J., Atalaya, M. y Huertas, R. (2005). El síndrome del "quemado" por estrés laboral asistencial en grupos de docentes universitarios. *Revsita IIPSI*, 8(2). 90.
- Quiceno, J. y Vinaccia, S. (2007). Burnout: "Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)". *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2). 121-122.
- Ramírez, M. y Lee, S. (2011). Síndrome de Burnout entre hombres y mujeres medido por el clima y la satisfacción laboral. *Revista de la Universidad Bolivariana*, 10(30). 436.
- Ramírez, M. y Zurita, R. (2010). Variables organizacionales y psicosociales asociadas al síndrome de burnout en trabajadores del ámbito educacional. *Revsita de la Universidad Bolivariana POLIS*, 9(25). 519.
- Rodríguez, C. Oviedo, A., Vargas, M., Hernández, V. y Socorro, M. (2009). Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de dos Hospitales del Estado de México. 10(1). 183.
- Rodríguez, M., Osca, A. y Peiró, J. (2006). El afecto producido por la comparación social y su influencia sobre el burnout. *Revista de Psicología Social*. 21(3). 231.
- Rodríguez, R. y Rivas, S. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(1). 74-75.
- Salazar, P., Herrera, I., Méndez, S. y León, J. (2014). El efecto de la conservación de recursos sobre la intención emprendedora en el contexto de crisis económica: el rol moderador de la autoeficacia y la creatividad. *Anales de Psicología*, 30(2). 550.
- Tejada, p. Y Gómez, V. (2012). Prevalencia y factores demográficos y laborales asociados al burnout de psiquiatras en Colombia. *Revista Universitaria Psicología*, 11(3). 871.

- Toroshina, S. (2016). *síndrome de burnout en el personal de enfermería en centro quirúrgico del hospital iess ambato en el período de octubre 2015 / marzo 2016* (Proyecto de Investigación). Universidad regional Autónoma de los Andes, Ambato.
- Viale, M., González, F. Cáceres, M., Pruvost, M. Miranda, A. y Rimoldi, M. (2016). Programas de intervención para el manejo de estrés en cuidadores de pacientes con demencia. *Neuropsicología Latinoamericana SLAN*, 8(1). 40.
- Zamora, A., González, B. y Espinosa, A. (2012). *Concepto e historia del síndrome de agotamiento profesional*.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El/la abajo firmante, declara conocer el Proyecto "Estrés laboral crónico en cuidadores del Ecuador " 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 la consecución de los objetivos propuestos.

NOMBRE:

.....

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

Sexo 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

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Profesión:

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja:

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

Horas que trabaja diariamente _____

Trabaja usted en turno SI No

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

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 las personas							
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 las personas a quienes presto mis servicios							
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 algunas de las personas que cuido o a las 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 los que cuido.							
18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los que cuido.							
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 sé tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22. Siento que las personas me culpan de algunos de sus problemas.							

Maslach, C. y Jackson, S.E. 1981; (1986). Seisdedos,(1997).

Entrevista de carga para cuidadores formales (Revuelta y Andújar, 2005)

A continuación, encontrará una serie de frases referidas a como se sienten, a veces, las personas que cuidan a otras personas. Después de leer a cada frase, indique con qué frecuencia se siente usted de esta manera, de acuerdo con la siguiente valoración: *nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces y casi siempre*. Tanto las preguntas como las respuestas han de referirse a cómo se siente en general. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas.

1=	Nunca
2=	Rara vez
3=	Algunas veces
4=	Bastantes veces
5=	Casi siempre

1.	¿Cree que las personas a las que cuida le piden más ayuda de la que necesitan?	1	2	3	4	5
2.	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a las personas que cuida no tiene tiempo para Ud.?	1	2	3	4	5
3.	¿Se siente estresado por tener que cuidar a esas personas y por intentar, a la vez, satisfacer otras responsabilidades en su familia o trabajo?	1	2	3	4	5
4.	¿Se siente avergonzado por el comportamiento de las personas a las que cuida?	1	2	3	4	5
5.	¿Se siente enfadado cuando está cerca de las personas a las que cuida?	1	2	3	4	5
6.	¿Cree que el cuidar a esas personas, en estos momentos, afecta negativamente a sus relaciones con su familia o amigos?	1	2	3	4	5
7.	¿Siente temor por lo que el futuro les depara a las personas a las que cuida?	1	2	3	4	5
8.	¿Cree que las personas a las que cuida dependen de usted?	1	2	3	4	5
9.	¿Se siente estresado cuando está con las personas a las que cuida?	1	2	3	4	5
10.	¿Cree que su salud se ha resentido a causa de la responsabilidad de tener que cuidar a esas personas?	1	2	3	4	5
11.	¿Cree que no tiene tanta intimidad como quisiera debido a tener que cuidar a esas personas?	1	2	3	4	5
12.	¿Cree que su vida social se ha resentido por tener que cuidar a esas personas?	1	2	3	4	5
13.	Cuando está cuidando a las personas con las que trabaja ¿Se siente incómodo si tiene que recibir a amigos?	1	2	3	4	5
14.	¿Cree que las personas a las que cuida esperan de usted que los cuide como si fuera la única persona que puede hacerlo?	1	2	3	4	5
15.	¿Cree que no gana suficiente dinero para cubrir sus gastos, a pesar del tipo de trabajo que realiza?	1	2	3	4	5
16.	¿Cree que no será capaz de cuidar a esas personas por mucho más tiempo?	1	2	3	4	5
17.	¿Cree que ha perdido el control de su vida desde que comenzó con el trabajo de cuidar a esas personas?	1	2	3	4	5
18.	¿Desearía poder dejar el cuidado de esas personas y trabajar en otra cosa?	1	2	3	4	5
19.	¿Se siente inseguro sobre lo que debe hacer con esas personas a las que cuida?	1	2	3	4	5
20.	¿Cree que debería hacer más por las personas a las que cuida?	1	2	3	4	5
21.	¿Cree que podría cuidar mejor a esas personas?	1	2	3	4	5
22.	En general, ¿cómo se siente de agobiado por tener que cuidar a esas personas?	1	2	3	4	5

Escala de satisfacción vital (ESV) (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985)

A continuación, se le presentan 5 frases con las cuales puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilice la escala de 1-7 que se ofrece más abajo, indicando su acuerdo en cada una de ellas señalando el número apropiado. Por favor sea abierto y honesto en sus respuestas

1=	Muy en desacuerdo
2=	En desacuerdo
3=	Algo en desacuerdo
4=	Ni de acuerdo ni en desacuerdo
5=	Algo de acuerdo
6=	De acuerdo
7=	Muy de acuerdo

1.	En la mayoría de los sentidos, mi vida se acerca a mi ideal	1	2	3	4	5	6	7
2.	Las condiciones de mi vida son excelentes	1	2	3	4	5	6	7
3.	Estoy satisfecho con mi vida	1	2	3	4	5	6	7
4.	Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que quería en la vida	1	2	3	4	5	6	7
5.	Si pudiera volver a vivir mi vida, no cambiaría apenas nada	1	2	3	4	5	6	7

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario (GHQ-28)

El objetivo del cuestionario es determinar si se han sufrido algunas molestias y cómo se 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>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>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>

Digitamos	
<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>

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

Modificado de la versión original BRIEF-COPE de Carver (1989). Versión adaptada y validada en la población española por Crespo y Cruzado (1997). López, J. (2005). Entrenamiento en manejo del estrés en cuidadores de familiares mayores dependientes: desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa.401-402.

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CUESTIONARIO DE AS

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

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

Medical Outcomes Study Social Support Survey. MOSS-SSS. Sherbourne y Cols (1991).

Brief Resilience Scale (BRS)

Las siguientes preguntas se refieren a la manera que usted tiene de afrontar situaciones estresantes. Indique como actúa ante estas circunstancias señalando el número que corresponda a la respuesta más adecuada para usted, según los siguientes criterios:

1=	Muy en desacuerdo
2=	En desacuerdo
3=	Neutral
4=	De acuerdo
5=	Muy de acuerdo

1.	Tiendo a recuperarme rápidamente tras pasar por momentos difíciles.	1	2	3	4	5
2.	Lo paso mal superando situaciones estresantes.	1	2	3	4	5
3.	No me lleva mucho tiempo recuperarme de una situación estresante.	1	2	3	4	5
4.	Para mi es difícil recuperarme cuando algo malo sucede.	1	2	3	4	5
5.	Normalmente paso momentos difíciles sin gran problema.	1	2	3	4	5
6.	Suele llevarme mucho tiempo superar complicaciones en mi vida.	1	2	3	4	5