



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Estrés laboral en cuidadores formales de una Institución privada, ubicada en la ciudad de Quito durante el año 2017-2018.

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Erazo Lucero, Stefania Antonella

DIRECTORA: Ramírez Zhindón, Marina del Rocío

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

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 DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Doctora.

Marina del Rocío Ramírez Zhindón

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: Estrés laboral en cuidadores formales de una Institución privada, ubicada en la ciudad de Quito durante el año 2017-2018 realizado por Erazo Lucero Stefania Antonella, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, 27 de septiembre del 2018

Ph.D Marina del Rocío Ramírez Zhindón

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Stefania Antonella Erazo Lucero declaro ser autora del presente trabajo de titulación: Estrés laboral en cuidadores formales de una institución privada, ubicada en la ciudad de Quito durante el año 2017-2018, de la Titulación Psicología, siendo Ph.D Marina del Rocío Ramírez Zhindon, docente de la titulación; 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. 8 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad de la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realice a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad.”

.....

Autora: Stefania Antonella Erazo Lucero

Cedula: 1719719690

DEDICATORIA

Para Bryan, William, Jonathan y Darwin

Este título universitario es para y por ustedes. Gracias por haberme hecho encontrar el sentido de mi existencia. Sin la fortaleza y las ganas de vivir que ustedes me transmitieron, no lo hubiera podido conseguir; hoy vivo mi vida honrando la suya. Les prometí formarme profesionalmente para poder seguir ayudando a más guerreros y hoy al fin se los cumplí.

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Ángel Pauta, Dr. Oswaldo Montenegro, Dr. Oswaldo Salazar, Dr. Antonio León (+), Dra. Elsa Ojeda, Dr. James Diaz y Dra. Francisca Yáñez por todas las enseñanzas teóricas y prácticas que me impartieron durante cuatro increíbles años; su comprensión y su confianza en mí, me permitieron ser la profesional que hoy en día soy.

Gracias a la Dra. Pilar Guzmán y a la Dra. Gabriela Salazar por haberme transmitido todos sus conocimientos en psicoanálisis.

Mi eterno agradecimiento a mis padres, hermanos, cuñados, a Javier y su familia, a Vanessa y Tania, por haber sido mi apoyo incondicional durante estos diez años.

Stefania

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORÍA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
RESUMEN EJECUTIVO.....	1
ABSTACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPITULO 1. MARCO TEÓRICO	
1.Definiciones del estrés laboral crónico.....	5
1.1 Definiciones de las décadas de 1980.....	5
1.2 Definiciones de las décadas de 1990.....	5
1.3 Definiciones de las décadas del 2000.....	6
1.4 Definiciones de las décadas del 2010 hasta la actualidad.	6
2. Consecuencias del estrés laboral crónico.....	7
2.1 Consecuencias en la salud en los cuidadores.....	7
2.2 Consecuencias en el trabajo en los cuidadores.....	7
3.Modelos explicativos del estrés laboral crónico	8
3.1 Modelos basados desde la teoría Sociocognitiva.....	8
3.1.1 Modelo de competencia social de Harrison.....	8
3.1.2 Modelo de autoeficacia de Cherniss.....	9
3.1.3 Modelo de Pines.....	9
3.1.4 Modelo de autocontrol de Thompson, Page, Cooper.....	10
3.2 Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social.....	10

3.2.1 Modelo de comparación social de Buunk y Shaufeli.....	10
3.2.2 Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddy.....	11
3.3 Modelos Desarrollados desde la Teoría organizacional.....	12
3.3.1 Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter.....	12
3.3.2 Modelo de Winnubst.....	12
3.3.3 Modelo de Cox, Kuk y Leiter.....	13
3.4 Modelos sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el Trabajo.....	13
3.4.1 Modelo Tridimensional de MBI- HSS (Maslach y Jackson)	13
3.4.2 Modelo de Edelwich y Brodsky.....	14
3.4.3 Modelo de Price y Murphy.....	15
3.5 Modelo de la Teoría Estructural Modelo de Gil Monte	16
4. Importancia del estudio estrés laboral crónico en cuidadores.....	17
5. Prevalencia del estrés laboral crónico en los cuidadores.....	18
5.1 Prevalencia en cuidadores a nivel mundial.	18
5.2 Prevalencia en cuidadores a nivel de Latinoamérica.....	19
5.3 Prevalencia en cuidadores a nivel nacional.....	20
6. Variables asociadas del estrés laboral en cuidadores.....	21
6.1 Variables sociodemográficas asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.....	21
6.2 Variables laborales asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.....	23
6.3 Variables asociadas al compromiso vital y satisfacción vital asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.....	25
6.3.1 Compromiso vital y estrés laboral.....	25
6.3.2 Satisfacción vital y estrés laboral.....	26
6.4 Variables moduladoras como: apoyo social, afrontamiento y resiliencia asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.....	26
6.4.1 Apoyo social y estrés laboral.....	26

6.4.2 Afrontamiento y estrés laboral.....	27
6.4.3 Resiliencia y estrés laboral.....	28

CAPITULO 2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Objetivos.....	31
2.2 Preguntas de investigación.....	31
2.3 Contexto	32
2.4 Diseño de investigación	32
2.5 Población y muestra	33
2.6 Métodos y técnicas	33
2.6.1 Métodos	33
2.6.2 Técnicas	33
2.7 Procedimiento.....	33
2.8 Recursos.....	34
2.9 Instrumentos de investigación.....	34
2.9.1 Cuestionario Sociodemográfico y laboral Ad-hoc.....	34
2.9.2 Inventario del Estrés laboral crónico de Maslach.....	34
2.9.3 Escala de satisfacción vital (ESV).....	35
2.9.4 Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire [GHQ-28]).....	35
2.9.5 Cuestionario de Apoyo Social MOS (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991).....	36
2.9.6 Inventario COPE-28 (Brief COPE; Carver, 1997).....	36
2.9.7 Bief Resilence Scale (BRS).....	36

CAPITULO 3. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

3.1 Tablas con análisis e interpretación de datos	38
3.2 Discusión de resultados	43

3.3 Conclusiones	46
4.4 Recomendaciones	47
6. Bibliografía	50
7. Anexos	59

Índice de tablas

Tabla 1. Prevalencia en cuidadores a nivel mundial.....	20
Tabla 2. Prevalencia en cuidadores a nivel de Latinoamérica.	20
Tabla 3. Prevalencia en cuidadores a nivel nacional.	21
Tabla 4. Características sociodemográficas de los cuidadores	39
Tabla 5. Características laborales de los cuidadores.....	40
Tabla 6. Inventario de estrés laboral crónico de Maslach MBI.....	41
Tabla 7. Entrevista de carga para cuidadores formales.....	42
Tabla 8. Escala de satisfacción vital (ESV).....	42
Tabla 9. Cuestionario de Salud General.....	43
Tabla 10. Inventario COPE-28.....	43
Tabla 11. Cuestionario de Apoyo Social MOS.....	44
Tabla 12. Bief Resilience Scale (BRS).....	44

RESUMEN

La presente investigación tuvo la finalidad de identificar la prevalencia del síndrome de burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización) en cuidadores formales de una institución privada ubicada en el centro norte de la ciudad de Quito, durante el año 2017-2018.

Se utilizaron los métodos exploratorio, descriptivo-transversal, analítico-sintético, inductivo y deductivo y estadístico. La muestra estuvo constituida por 40 cuidadores formales. Los instrumentos usados fueron una batería de ocho evaluaciones psicométricas que permitieron evaluar la prevalencia del estrés laboral crónica teniendo en cuenta las diferentes variables.

Entre los resultados más relevantes tuvimos la presencia de 25% de participantes con síndrome de burnout. El 10% de la muestra manifestaron agotamiento emocional, el 20% despersonalización y el 15% baja realización personal. También se pudo observar que el 17.50% de nuestra muestra tuvo una sobrecarga intensa.

PALABRAS CLAVES: estrés laboral crónico, cuidadores formales, carga laboral, prevalencia, síndrome de burnout

ABSTRACT

The present investigation was aimed at identifying the prevalence of burnout syndrome and its three dimensions (emotional exhaustion, depersonalization, low performance) in formal caregivers of a private institution located in the northern center of the city of Quito, during the year 2017- 2018

The exploratory, descriptive-transversal, analytical-synthetic, inductive and deductive and statistical methods were used. The sample consisted of 40 formal caregivers.

The instruments used were a battery of eight psychometric evaluations that allowed to assess the prevalence of chronic work stress taking into account the different variables.

Among the most relevant results we had the presence of 25% of participants with burnout syndrome. 10% of the sample showed emotional exhaustion, 20% depersonalization and 15% low personal fulfillment. It was also observed that 17.50% of our sample had an intense overload.

KEY WORDS: chronic work stress, formal caregivers, workload, prevalence, burnout syndrome

INTRODUCCION

La temática investigada en la presente tesis es el estrés laboral en los cuidadores. Álvarez & Fernández (1991) mencionan:

“El término inglés "burnout", hace referencia a una disfunción psicológica que parece suceder de forma más común, entre los trabajadores cuya labor se realiza en relación directa con la gente. Es la consecuencia de altos niveles de tensión en el trabajo, frustración personal e inadecuadas actitudes de enfrentamiento a las situaciones conflictivas.”

De acuerdo a ello se puede decir que los cuidadores al ejercer un contacto directo y constante con la persona que tienen a su cuidado se encuentran más predispuestos a desarrollar dicho síndrome.

Los capítulos en la presente tesis permiten en un primer momento observar la evolución del concepto de estrés laboral crónico a lo largo de las décadas, así como también analizar las consecuencias que generan en las diferentes esferas de la vida del individuo que lo padece. Posteriormente se analizan las principales teorías que han intentado explicar su surgimiento y que plantean algunas técnicas de intervención; también explica la importancia de realizar el presente estudio. En los dos últimos apartados del marco teórico se estudia la prevalencia del estrés laboral en diferentes niveles, así como las variables asociadas al mismo. En cuanto a su parte práctica, se aplicaron diferentes instrumentos para medir el nivel de estrés laboral, en cuidadores de una clínica privada de la ciudad de Quito; finaliza haciendo un análisis de los resultados y emitiendo recomendaciones para resolver las conflictivas detectadas.

El estrés laboral crónico es un tema que es investigado a nivel mundial, como se puede observar en el último apartado del marco teórico, se han realizado estudios desde países tan remotos como África hasta estudios en Ecuador en diferentes provincias.

El objetivo principal del presente estudio es identificar la prevalencia del síndrome de burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización) en cuidadores formales de una institución privada ubicada en el centro norte de la ciudad de Quito, durante el año 2017-2018.; esto es de vital importancia y su principal justificante, ya que así se puede realizar intervenciones que permitan eliminar el síndrome de burnout y de este modo, mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar de los cuidadores.

Los objetivos específicos son reconocer las características sociodemográficas y laborales de los cuidadores y observar las diferentes variables que influyen a la aparición del estrés laboral crónico como son: nivel bienestar general, nivel de carga, apoyo social, satisfacción vital,

resiliencia y modos de afrontamiento. Dicha información se la obtiene a través de la aplicación de las ocho evaluaciones psicométricas usadas en nuestra investigación.

En el capítulo uno del marco teórico podemos observar las diferentes definiciones de estrés laboral a lo largo de los años, sus modelos explicativos, la prevalencia, importancia y variables asociadas al mismo. En el capítulo número dos se habla sobre la metodología que se utilizó durante la investigación y en el tres se abordan el análisis y discusión de resultados.

En los resultados existen 25% de cuidadores formales con síndrome de burnout. El 10% de los participantes presentaron agotamiento emocional, el 20% despersonalización y el 15% baja realización personal. El 17.50% de cuidadores formales presentan una sobrecarga intensa. En cuanto a la satisfacción vital, un 40% de los participantes se sentían altamente satisfechos y apenas el 2.50% se sentían insatisfechos. En el área de la salud, el 27.50% de los participantes presentaron síntomas somáticos, 32.50% ansiedad, 2.50% depresión y 2.50% disfunción social. La estrategia de afrontamiento principal mayor puntuada fue la religión con una media de 3. El apoyo social que mayor recibieron los participantes fue el "apoyo emocional" con una media de 29. Finalmente, con una media de 18 se concluyó que su resiliencia es media, lo que indica la presencia de una variable preventiva del síndrome de burnout.

Se utilizaron los métodos exploratorio, descriptivo-transversal, analítico-sintético, inductivo y deductivo y estadístico. La población fue cuidadores de una clínica privada. La fecha de realización fue desde el mes de septiembre del 2017 a agosto del 2018. Los instrumentos utilizados fueron: Cuestionario Sociodemográfico y laboral Ad-hoc; Inventario del Estrés laboral crónico de Maslach; Entrevista de carga para cuidadores formales; Escala de satisfacción vital (ESV); Cuestionario de Salud General [GHQ-28]; Cuestionario de Apoyo Social (MOS); el Inventario COPE-28 y Brief Resilience Scale.

La factibilidad de la aplicación de la tesis en el centro donde se investigó la tesis, muestra amplia colaboración tanto del director de la junta académica como de cada participante. En otros centros, pese a haber entregado la carta de autorización no existió la apertura para realizar la investigación.

CAPÍTULO 1
MARCO TEÓRICO

1. Definiciones del estrés laboral crónico en cuidadores.

1.1 Definiciones de las décadas de 1980.

“Burnout” es un término que se origina en el mundo aeronáutico donde significa “agotamiento de combustible”. Se refiere a los momentos donde el empleado no puede tolerar el estrés. (Edelwich & Brosky,1980) Para Maslach & Jackson (1981), es un síndrome tridimensional compuesto por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

Los siguientes autores plantean el concepto del síndrome del burnout partiendo desde su causa: es un agotamiento físico, mental y emocional que sucede cuando un empleado ha estado constantemente expuesto a situaciones que afectan su estado emocional. (Pines, Aronson & Kafry, 1981) Es un estado mental y físico que se genera por un debilitamiento debido a la exposición constante a sentimientos negativos. (Emener, Luck & Gosh ,1982) Como podemos ver, ambas definiciones hacen hincapié en que afecta tanto a la mente como al cuerpo.

Brill (1984) menciona que es un estado disfuncional donde el empleado que antes funcionaba adecuadamente ya no puede hacerlo; es una instancia que para ser diagnosticado requiere la ausencia de otros problemas mentales o dificultades laborales.

El burnout fue observado en trabajadores sociales y definido como “el problema del agotamiento emocional de aquellos que trabajan en contacto con los problemas de la gente, en la "línea de fuego" por decirlo con palabras de otro trabajador social.” (Rubiol, 1984) Siguiendo la misma línea, Nagy (1985) nos dice que el síndrome se refiere a un tipo de estrés producido en las profesiones donde existe una alta interacción social.

Por su parte Grantham (1985) dice que el burnout se caracteriza por la inadaptación de la persona. Y ello se enlaza con el concepto de Farber (1984) quien dice que es un agotamiento global debido a que el empleado se enfrenta al estrés sin tener estrategias de afrontamiento adecuadas.

Para finalizar con los conceptos de esta década, Walker (1986) se diferencia en su concepto porque ya no especifica que es solo relacionado a profesionales del área de la salud, si no que menciona que cualquier persona puede padecerlo.

Se observa que, a lo largo de los años 80, el concepto de burnout fue evolucionando desde un concepto de un problema aislado y enfocado exclusivamente a trabajadores que constantemente están interactuando con personas hacia una argumentación donde cualquier empleado puede padecerlo.

1.2 Definiciones de las décadas de 1990.

Gallegos & Ríos (1991) nos dicen que el término burnout se origina en el mundo del atletismo, donde se refiere a aquellos deportistas que por más que se esforzaban no lograban conseguir un buen resultado. El síndrome de burnout es el agotamiento emocional que origina sentimientos de desmotivación, inadecuación y fracaso.

Álvarez & Gallegos (1991) concluyen que existen componentes personales los cuales predisponen a la aparición del burnout; así como también influye la relación entre la teoría que se estudia en la universidad y el ejercicio práctico de la profesión, entre las cuales hay una gran diferencia. De igual forma, resaltan el egoísmo de los empresarios quienes solo velan por el interés de la empresa y no cuidan el clima laboral. En relación con lo último mencionan que se debe evaluar el ambiente organizacional para poder desarrollar medidas, las cuales prevengan la aparición del síndrome y así también se intervenga cuando ya esté presente.

Por otro lado, al hacer hincapié en la permanencia, se dice que es una reacción nociva cuando el empleado se ha mantenido durante un tiempo prolongado en la organización. (Peiro, 1992)

Los autores de esta década ya no solo se quedan en conceptualizar que es el burnout, sino que también buscan entender que lo provoca, cuáles son los causantes para desde allí poder hacer las intervenciones que prevengan su aparición.

1.3 Definiciones de las décadas del 2000.

El síndrome de burnout es un estrés crónico que se presenta en las personas que brindan servicios a gente en situación de dependencia. (Gonçalves & et al, 2002) En contraste con ello, Rocha (2002) nos dice que es un síndrome el cual también suele aparecer en empleados que se encuentran trabajando bajo presión y quienes deben tomar decisiones importantes. Concluyendo la idea es importante decir que, para Maslach, Schaufeli & Leiter (2001) puede aparecer en cualquier tipo de profesión e incluso en muestra pre-ocupacionales.

Según López (2004):

Se trata de un síndrome clínico descrito en 1974 por Freudenberg, psiquiatra, que trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York. Observó que, al año de trabajar, la mayoría de los voluntarios sufrían una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes. (p.131)

Me parece importante destacar que el síndrome de burnout ya no se considera que solo afecte a trabajadores que tal vez llevan mucho tiempo laborando, sino que también pueden ser

afectados, por ejemplo: estudiantes que estén haciendo sus pasantías o profesionales recién egresados.

1.4 Definiciones de las décadas del 2010 hasta la actualidad.

Según Martínez (2010):

Hay acuerdo general en que el síndrome de burnout es una respuesta al estrés crónico en el trabajo (a largo plazo y acumulativo), con consecuencias negativas a nivel individual y organizacional, y que tiene peculiaridades muy específicas en áreas determinadas del trabajo, profesional, voluntario o doméstico, cuando éste se realiza directamente con colectivos de usuarios, bien sean enfermos de gran dependencia, o alumnos conflictivos. Estos casos son los casos más reiterados, lo que no excluye otros, aunque ya hay que advertir que el síndrome se manifiesta menos en los trabajos de tipo manual, administrativo, etc. (p.30)

En el 2018 la Organización Mundial de la Salud presenta el CIE-11, donde existe el capítulo "Otros factores que influyen en la salud", dentro del cual en el apartado QD8. Problemas relacionados al trabajo, se mencionan varias afectaciones que podrían catalogarse como burnout: QD83 Problemas con las condiciones de empleo QD84 Exposición ocupacional a factores de riesgos; así también en el capítulo QE5 figura: "QE50.2 Problemas asociados con las relaciones con las personas en el trabajo". Lo que implicaría un gran avance en la aplicación práctica del concepto.

El burnout se presenta cuando el nivel de estrés del trabajador es sumamente alto durante un período de tiempo prolongado, lo que ocasiona conflictos en todas sus áreas de desempeño; suele presentarse con mayor frecuencia en los trabajos del área médica o educativa.

2. Consecuencias del estrés laboral crónico.

2.1 Consecuencias en la salud en los cuidadores.

En el área física se observan: "Problemas de sueño, problemas gastrointestinales, de espalda, cuello, dolores de cabeza, enfermedades coronarias, sudor frío, náuseas, taquicardia, aumento de enfermedades virales y respiratorias" (Martínez, 2010, p.40)

Bajo este mismo sentido Gil Monte & Peiró (1997), divide las consecuencias, en algunas categorías, siendo una de ellas somática, la cual está caracterizada por la presencia de problemas en el sistema cardiovascular, respiratorio, digestivo, nervioso, así como dificultades inmunológicas.

En el área emocional Calvete & Villa (2000) citado por Herruzo & Moriana (2003) nos menciona que evidencia “cansancio emocional, depresión somatización, ansiedad, dificultades cognitivas y sensibilidad interpersonal.” (p.605) Por su lado, Pines et al. (1981) señalaron que las consecuencias en el mismo aspecto son un cuadro depresivo que varía desde una intensidad leve a grave, como también la aparición de episodios dentro de los trastornos ansiosos.

Del mismo artículo de Gil Monte & Peiró citado en la parte superior, existen tres categorías para describir la afectación emocional, las cuales son índice emocional, actitudinal y conductual.

El síndrome de burnout genera fuertes afectaciones en la salud de las personas que lo padecen, dividiéndose estas en emocionales, así como también en físicas; ambas repercutirían en disminuir la calidad de vida del cuidador, haciendo que su eficacia al brindar el cuidado disminuya.

2.2 Consecuencias en el trabajo en los cuidadores.

Según Gil Monte & Peiró (1997) se observa insatisfacción laboral, el número de ausencias sin justificación aumentan en algunos casos abandonando por completo (renuncia), realizan sus labores de manera mediocre y todo ello desencadena en que se genere una mala relación con sus compañeros de trabajo, produciéndose peleas, mala comunicación, entre otros.

Forbes (2011) menciona que:

A nivel psicosocial, genera deterioro en las relaciones interpersonales, depresión, cinismo, ansiedad, irritabilidad y dificultad de concentración. Los problemas conductuales pueden progresar hacia conductas de alto riesgo (juegos de azar, comportamientos que exponen la propia salud y conductas orientadas al suicidio, entre otros). El cansancio del que se habla sucede a nivel emocional, a nivel de relación con otras personas y a nivel del propio sentimiento de autorrealización. (p.2)

Bajo este concepto, se afectarían las relaciones interpersonales por lo que el trabajo en equipo y la coordinación de funciones se verían perjudicadas, lo que afectaría el clima laboral.

Si el empleado adquiriera un comportamiento de riesgo, por ejemplo: una adicción, la afectación en su rendimiento profesional sería aún más grande ya que requeriría tratamientos psicológicos a largo plazo, incluyendo posibles períodos de internación.

Debido a que el autor también indica que en el nivel físico se observan diversos padecimientos médicos, se puede presumir que el nivel de ausentismo del empleado aumentaría, ya que

constantemente estaría pidiendo permisos médicos para poder ir a un hospital a hacer atender sus padecimientos, se retiraría antes de su hora de salida o se ausentaría debido a enfermedad. Así como también el estar constantemente sintiendo malestares biológicos, disminuiría su rendimiento laboral ya que no podría concentrarse en el desempeño de sus funciones.

3. Modelos explicativos del estrés laboral crónico.

3.1 Modelos basados desde la teoría Sociocognitiva.

3.1.1 Modelo de competencia social de Harrison.

Harrison (1983) nos menciona que ante este proceso se pueden presentar dos situaciones:

1. La alta motivación más presencia de factores de ayuda, muestra un cuidador que se plantea objetivos realistas frente al cuidado, posee los conocimientos necesarios para cumplir con su función, sabe que cuenta con recursos y como obtenerlos, lo que lo hace sentir empoderado para tomar decisiones. Dando como resultado final que se sienta eficaz y competente socialmente.

2. Alta motivación más presencia de factores de barrera, da como resultado la presencia de objetivos irracionales e irreales respecto a los beneficios o consecuencias del cuidado que brinda "lograré curarlo", se sobrecarga de funciones y no delega ni busca ayuda o recursos de apoyo. Se generan conflictos interpersonales con las otras personas que interactúan con el enfermo. Como secuela de ello se disminuirán los síntomas de autoeficacia y se presentaría el síndrome del cuidador quemado.

3.1.2 Modelo de autoeficacia de Cherniss.

La teoría se basa en que si el sujeto logra de manera exitosa y por sí mismo cumplir las metas que se propone, se siente más eficaz pero que si pasa lo contrario, es decir, se siente un fracasado, su autoeficacia disminuye y desarrolla el síndrome de burnout. (Cherniss, 1993)

El mismo autor plantea que, si el cuidador antes de ejercer el cuidado ya posee sentimientos de autoeficacia, mantendrá una firme creencia de que puede desempeñarse adecuadamente, lo que disminuye sus niveles de estrés ante situaciones dificultosas ya que él está convencido de que podrá enfrentar el fracaso de buena manera y como consecuencia de todo ello disminuye su probabilidad de desarrollar el síndrome de agotamiento.

La personalidad premórbida del cuidador se observa correlacionada con la manera de enfrentar la situación de cuidado; en esta doctrina se plantea en general funciones asociadas a la autoestima como la capacidad de tolerancia a la frustración.

3.1.3 Modelo de Pines.

Pines (1993) nos menciona que hay personas que se plantean encontrar el sentido de su existencia a través de su trabajo, por lo que cuando fracasan laboralmente sienten que su existencia pierde sentido.

Este modelo se basa en la motivación y en base a ello clasifica a las personas en dos:

1. Las personas con alta motivación y expectativas desarrollan síndrome de burnout, debido a que mientras más esperan conseguir, más se alejan sus expectativas de la realidad, por lo cual presentan mayor tendencia a fracasar y no saber tolerarlo. Para Pines (1993) “el síndrome de burnout es un estado de agotamiento en tres áreas física, emocional y mental causado por soportar estrés crónico; en otras palabras, se lo podría llamar “proceso de desilusión” aunado a una baja capacidad de adaptación.” p.56

2. “Las personas con baja motivación inicial pueden experimentar estrés, alienación, depresión o fatiga, pero no llega a desarrollar el síndrome de burnout debido a que en palabras comunes “tampoco esperaban que pasara nada bueno.” (Pines, 1993, p.56)

La orientación vocacional es fundamental ya que una buena elección profesional determinará la vida de una persona; si se realiza de manera adecuada, los resultados serán que, en su vida laboral, se sentirá constantemente motivado a ejercer sus funciones, pero si esta fue negativa, sin importar donde trabaje, nunca se sentirá satisfecho.

3.1.4 Modelo de autocontrol de Thompson, Page, Cooper.

El Modelo de Autocontrol de Thompson, Page & Cooper (1993) citado por Viera, Hernández & Hernández (2007) “reconoce la autoconfianza profesional y su influencia sobre la realización personal en el trabajo como la variable determinante para el desarrollo del síndrome.” (p.75)

Los autores plantean que existen cuatro factores que provocan la aparición del síndrome de burnout: 1. La tarea demanda mucho pero el sujeto no tiene las capacidades para cumplir dicha demanda; 2. Nivel de autoconciencia; 3. Expectativas de éxito personal; 4. La autoconfianza.

Según Thompson, Page & Cooper (1993) citado por Viera, Hernández & Hernández (2007):

“Mientras mayor autoconciencia tenga el sujeto sobre sus repetidos fracasos, las diferencias entre lo que se le solicita y los recursos que se le brinda para cumplirlo, tenderá a utilizar como estrategia de afrontamiento la “retirada mental o conductual” (por ej.: mediante la despersonalización) de la situación que ahora perciben como amenazante; mediante este mecanismo de defensa el

cerebro altera nuestra percepción sobre la problemática, disminuyendo la ansiedad que nos produce nuestras expectativas versus la realidad.” (p.56)

En esta teoría empezamos a observar la importancia de que el empleado tenga buenas estrategias de afrontamiento, como modo de prevención de la aparición del burnout.

3.2 Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social.

3.2.1 Modelo de comparación social de Bunk y Shaufeli.

Este modelo sirve para explicar el síndrome del burnout en el contexto médico, donde yo aplique mi tesis. Menciona que la etiología del síndrome de burnout se basa en los procesos de intercambio social (afiliación, comparación con los otros trabajadores/cuidadores). (Bunk & Sahufeli, 1993)

Dentro de este proceso social existen tres fuentes de estrés:

1. La incertidumbre, la cual se presenta cuando el cuidador se siente inseguro sobre qué es lo que debe hacer o cómo hacerlo.
2. La percepción de equidad: se refiere a la reciprocidad, el intercambio entre lo que el cuidador da al enfermo y lo que a su vez el enfermo le da a él.
3. La falta de control: Es la posibilidad o capacidad que posee el cuidador para controlar los resultados de las acciones que realiza.

Por otra parte, los autores plantean que, en cuanto a los mecanismos y procesos de afiliación social y comparación con los compañeros del trabajo, se afirma que los cuidadores no suelen buscar ayuda, aunque la necesiten porque sienten que eso es demostrar que son ineficaces en su función.

Enfrentarse al cuidado de una persona implica una cierta alteración de nuestra rutina cotidiana ya que no siempre la enfermedad sigue un mismo curso, pudiendo desaparecer, modificar o aparecer nuevos síntomas generando una fuerte inestabilidad, así como también una serie de inquietudes, las cuales el cuidador tiende a reprimir en vez de preguntarlas a un tercero capacitado que pueda ayudarlo.

3.2.2 Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddy.

Como su nombre lo indica, la teoría se basa en los recursos, el trabajador desea obtener más recursos o mantener los que ya posee, esta es su motivación básica, por lo cual cuando disminuyen los recursos o cuando invierte y no recibe más recursos aparece el burnout. (Hobfoll & Freddy, 1993)

Según Hobfoll & Freddy, 1993 citados por Martínez (2010) “existen cuatro tipos de recursos, los primeros tres son intrínsecos: propósitos (poder afrontar), características personales y capacidad física; el último recurso es extrínseco y se refiere a las condiciones”. (p.57)

Los autores mencionan que la teoría promueve la prevención mediante técnicas activas. Propone dar más recursos al empleado así no temerá perderlos y también plantea trabajar en corregir los pensamientos irracionales que hacen al empleado percibir más estrés del que en realidad posee.

La psicología cognitiva es la que se centra en corregir los pensamientos de las personas para así evitar percepciones erróneas; bajo la doctrina tratada en el presente apartado, destacaría la importancia de que los empleados con burnout accedan a psicoterapia cognitiva, la cual, debido a su corta duración, no implicaría mayores costos y si rápidos beneficios.

3.3 Modelos Desarrollados desde la Teoría organizacional.

3.3.1 Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter.

Golembiewski, Munzenrider & Carter (1988) plantean una secuencia en el tiempo donde un acontecimiento pasa y luego otro como consecuencia de ello.

Los autores plantean que el apareamiento del síndrome de burnout se da en tres fases que a su vez van relacionadas con tres diferentes etapas de disfunción del rol:

1. Despersonalización: Percibe el rol laboral como conflictivo por lo cual lo siente una amenaza. Se puede dar de una forma constructiva donde mantiene la empatía o desde una forma destructiva es decir desde el cinismo.

2. Menor autorrealización: El empleado tiene más trabajo del que le corresponde por lo que desarrolla un conflicto en su autoestima que dificulta su rendimiento laboral.

3. Mayor agotamiento emocional: Luego de acontecidas las dos anteriores etapas, el sujeto cae en el burnout.

Por último, Golembiewski, Munzenrider & Carter (1988) dicen que el síndrome de agotamiento se presenta en todo tipo de profesiones, no solo en las relacionadas a la ayuda.

En esta teoría divisamos que el síndrome de burnout es progresivo, empieza desde algo muy leve y continúa agravándose; he ahí la importancia de las intervenciones tempranas.

3.3.2 Modelo de Winnubst.

Para Winnubst (1993) existen cuatro interrelaciones que pueden producir el síndrome de burnout: el estrés más la tensión, el apoyo social interno más la cultura organizacional. El

empleado crea una percepción sobre el apoyo social que recibe dentro de la empresa; por ello es fundamental intervenir desde este postulado para prevenir o tratar el burnout.

El autor, al igual que Golembiewski, Munzenrider & Carter (1988), hace la importante aclaración de que el síndrome de burnout no solamente se presenta en empleados que trabajan en áreas de ayuda, sino también en cualquier tipo de trabajador independientemente del área donde se desempeñe.

En los primeros conceptos observamos la creencia de que solamente los trabajadores del área de la salud podían sufrir burnout, sin embargo, podemos ver como con el paso de los años y luego de varias investigaciones, que se presenta también en empleados de otros sectores laborales.

3.3.3 Modelo de Cox, Kuk y Leiter.

Contrario al anterior modelo, Cox, Kuk & Leiter (1993) centran su teoría en que el síndrome de burnout se presenta solamente en profesiones humanitarias y que se caracteriza principalmente por el agotamiento emocional. Plantean que el síntoma de despersonalización es una manera de afrontar el agotamiento, igual que se mencionaba en el Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider & Carter (1988).

Cox, Kuk & Leiter plantean que la menor autorrealización la asocian a tres factores: la valoración que el empleado le da al estrés que sufre, más el significado que le da al trabajo en su vida, añadido a las expectativas laborales frustradas (no resueltas). Otro factor importante como causa del síndrome de burnout, es el concepto de “salud de la organización”: la coherencia e integración que tienen los sistemas psicosociales de la empresa como son la estructura, políticas, procedimientos y su cultura.

3.4 Modelo sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el Trabajo.

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

El modelo se encuentra dentro de las teorías que se basan en la interacción del entorno laboral con el entorno personal, lo cual provoca conductas y sentimientos de estrés. Maslach (1982)

Las autoras son las principales referentes sobre el síndrome de burnout. En 1976 durante el congreso anual de la Asociación Americana de Psicología “APA”, presentó por primera vez el término “burnout”, con el cual se refería a que las personas que laboran en entornos humanitarios, luego de meses o años haciéndolo, “se queman”.

En 1981 luego de la realización de estudios empíricos, se dio cuenta que el síndrome de burnout combina la presencia de cuatro factores: la necesidad de una atención intensa y prolongada, así como también el atender a personas necesitadas o dependientes.

En 1982 plantea que el síndrome del burnout tiene 3 etapas:

1. Agotamiento emocional (área emocional): disminuye la energía, aumenta el desgaste y la fatiga, el empleado empieza a tener las emociones de “ya no puedo más” “llegue a mi limite”.
2. Despersonalización (área actitudinal): aumenta la irritabilidad y se presenta una actitud negativa, añadido a una respuesta fría e impersonal en sus relaciones interpersonales laborales.
3. Menor autorrealización (área cognitiva): se caracteriza por la presencia de pesimismo respecto a su propio autoconcepto y la percepción sobre el trabajo.

Como podemos ver Maslach al ser una pionera hablando de esta temática, ha influenciado fuertemente a los autores que observamos anteriormente quienes, entre otras cosas, han conservado las etapas en las que ella dividió el síndrome de burnout y han agregado o quitado cosas, conforme con las actualizaciones que se han producido con el paso de los años.

Finalmente, en el mismo año la autora crea el “Inventario de Burnout de Maslach” que sirve para medir la presencia de burnout; ha tenido una gran popularidad a nivel mundial ya que ha sido llevado a numerosos países donde se ha traducido a múltiples idiomas y se ha realizado adaptaciones.

Maslach ha sido una de las referentes más importantes al hablar de síndrome de burnout, ya que no solamente hablo sobre teoría, sino que también paso a la práctica mediante la creación de una prueba psicométrica que permitía medir cuantitativamente, el problema en cada empleado.

3.4.2 Modelo de Edelwich y Brodsky.

Edelwich & Brodsky (1980) plantean que el síndrome de burnout es progresivo y pasa por cuatro etapas:

1. Idealismo y entusiasmo: Existe mayor energía, unas expectativas irreales e ilusión porque no sabe que podrá conseguir con su trabajo, el empleado está sumamente involucrado en sus relaciones interpersonales y voluntariamente acepta una sobrecarga laboral.

Un ejemplo sería las personas recién egresadas de la universidad ya que ellos se mueven por una motivación intrínseca, poseen de cierto modo un “narcisismo profesional” ya que no toman en cuenta los factores internos o externos que podrían hacer que su desempeño laboral no

sea tan exitoso como lo divisan. Cuando empiezan a tantear la realidad, se genera la frustración con la consiguiente desilusión.

2. Estancamiento: Al pasar a esta etapa, el empleado comienza a realizar menores funciones laborales ya que sus expectativas empiezan a conectarse con la realidad, generándole un aumento de la autoconciencia. Esto lo lleva a disminuir su idealismo y su entusiasmo. Al verse en esta situación el empleado se ve obligado a repensar sobre su desempeño laboral y plantearse el hacer cambios.

3. Apatía: En esta etapa el empleado se paraliza y pierde el interés por el trabajo. Aparecen problemas emocionales, conductuales y físicos. Como un mecanismo de defensa o afrontamiento se empieza a observar el uso de “la retirada”, la cual se caracteriza por evitar el contacto interpersonal, empieza a observarse ausentismo o incluso llega a abandonar su puesto laboral y hasta su profesión. Este estado se caracteriza porque todos los síntomas se vuelven constantes.

4. Distanciamiento: La última etapa divisa un empleado que sufre de frustración crónica, siente un vacío total, está distanciado emocionalmente y a nivel profesional se percibe desvalorizado. Evita todo tipo de relación interpersonal y no acepta desafíos, ni toma ningún riesgo que pueda llevarlo a perder su trabajo; esto último se da porque aun cuando el empleado se siente sumamente insatisfecho, cree que el beneficio de recibir un sueldo le compensa su insatisfacción.

El ingreso a un nuevo trabajo hace que el empleado atraviese varias etapas dentro de las cuales vivencia distintas emociones partiendo desde unas positivas y llegando a una etapa de ambivalencia, dentro de la cual dependiendo las circunstancias que viva derivaran en una percepción positiva o negativa de su trabajo y por ende desarrollará o no burnout.

3.4.3 Modelo de Price y Murphy.

Se plantea el instinto natural del hombre de adaptarse, enfocado al modo de adaptarse al estrés laboral y consta de seis etapas:

Las negativas:

1. Desorientación: El empleado empieza a ser consciente de que no puede cumplir con las funciones que le solicitan realice, por lo que se genera en él un sentimiento de decepción consigo mismo y, a nivel profesional, se siente un fracasado.

2. Labilidad emocional: Existe un desequilibrio de las emociones generalmente porque no existe apoyo social laboral, lo que empeora la situación de estrés.

3. Culpabilidad por haber fracasado: El empleado se siente tan estresado que empieza a culparse por errores que no debe ni puede controlar, situaciones que no están bajo su dominio.
4. Soledad y tristeza: Se caracteriza por la presencia de síntomas melancólicos como son el desánimo y el aislamiento, los cuales se empiezan a volver una constante en la vida del empleado.

Los positivos

Si el empleado logra superar sus etapas negativas pasa a las de “recuperación”:

5. Solicitud de ayuda: Finalmente el empleado tiene la suficiente inteligencia emocional para aceptar que necesita ayuda, por lo que la busca mediante el apoyo social, sea profesional o de sus compañeros.
6. Restablecimiento del equilibrio: Luego de haber recibido la ayuda, el empleado es capaz de volver al estado inicial, aquel de cuando empezó a ejercer su trabajo o su vida profesional, es decir al entusiasmo, vitalidad, motivación y realización laboral. (Price & Murphy, 1984)

Considero que el holding que se le brinde a los empleados será de vital importancia para que vayan superando las diferentes dificultades que se pueden presentar; por el contrario, si se lo deja solo, aumentara su frustración y no será capaz de visibilizar aquellas soluciones que una persona externa puede percibir frente a un problema ajeno.

3.5 Modelo de la Teoría Estructural Modelo de Gil Monte.

En esta teoría surge la idea de que el síndrome de burnout nace de las estrategias de afrontamiento con las que dispone cada empleado. Se propone que existen dos principales: la evitación que termina por generar mayor agotamiento emocional y la de control que es positiva ya que existe apoyo social. (Gil-Monte, 2015)

Por otro lado, el autor menciona que el síndrome de burnout tiene dos etapas: la primera donde surgen ideas sobre el fracaso personal, actitudes negativas hacia su rol profesional y sentimientos de estar agotado emocionalmente, lo que hace que la autorrealización disminuya; y la segunda donde adicional a lo anterior aparecen actitudes y sentimientos negativos en todas sus relaciones interpersonales (despersonalización).

La definición que Gil-Monte realiza sobre el síndrome de burnout es: “Respuesta psicosocial a estresores laborales crónicos de carácter interpersonal y emocional.” Menciona que los síntomas se clasifican en cuatro categorías: cogniciones, actitudes, sentimiento de culpa y emocionales. Plantea que nace de un deterioro de procesos psicosociales, los cuales surgen por la no reciprocidad, conflictos interpersonales, estrés asociado a su rol, agresiones y

sobrecarga laboral; los síntomas se divisan tanto a nivel cognitivo como emocional por lo que se generan actitudes negativas que terminan por convertirse en culpabilidad, ya que “se siente mal por comportarse así”, lo cual trae consecuencias negativas tanto a nivel laboral (por ej.: si trata mal a un cliente, será llamado la atención), como a nivel personal (el constante “martirio” de sentir la conciencia intranquila o la infelicidad por comportarse de dicha forma).

El autor menciona que el síndrome de agotamiento se manifiesta en tres áreas principales la fisiológica, la psicológica y la conductual. Dentro del cuadro existen algunas variables individuales y grupales que predisponen a su desarrollo como lo son: las estrategias de afrontamiento personal y, la más importante, los riesgos sociales. En estos últimos se incluirían: cambios económicos, tecnológicos, sociales y demográficos, los que a su vez van dentro de las categorías de sistema técnico, social y personal. Todo ello lleva a que las consecuencias del estrés afecten tanto a nivel personal como a la conducta que en la empresa tendrá el empleado.

Para medir los riesgos psicosociales, Gil Monte (2015) creó la batería Unipsico, la cual mide los siguientes factores: entorno organizacional, sistema físico técnico, sistema social, contexto, rol, tareas y sistema individual. Luego de aplicarla concluyó que dependiendo el factor que afecta al empleado, se presentan unos u otros síntomas.

El autor vuelve consciente que el síndrome de burnout termina por provocar un mal clima laboral ya que al empleado encontrarse agotado física y emocionalmente, se deterioran sus relaciones interpersonales tanto con sus compañeros de trabajo como, si tiene, las relaciones directas con los clientes.

Se atribuye mayor significado a esta teoría, debido a que existen predisponentes en los cuidadores que pueden impulsarlos a tener una mayor tendencia a desarrollar burnout, por lo cual las intervenciones deben enfocarse de manera individual para realmente solucionar el problema y evitar que reaparezcan los síntomas.

4. Importancia del estudio estrés laboral crónico en cuidadores.

Existen diversas razones por las cuales es importante atender el estudio del estrés laboral crónico en cuidadores.

Según Rodríguez & Rivas (2011):

1. La globalidad: Existe una constante interacción entre diferentes sistemas y personas, por lo cual se requiere del cuidador una alta capacidad de adaptación.
2. Inestabilidad: constantemente se presentan cambios que pueden modificar la rutina de cuidado, volviéndola mejor o peor.

3. Complejidad: algunos de los cuidados que se debe ejercer, requieren poseer aptitudes técnicas específicas que muchas veces el cuidador no posee y no sabe cómo aprenderlas.

4. Dinamismo: los entornos se encuentran en constante movimiento y evolución por lo que se debe priorizar actualizar conocimientos para poder ejercer el cuidado de la manera más eficaz y eficiente.

Adicionalmente, otros autores mencionan:

5. Mala comunicación: no siempre se reciben de manera adecuada las directrices respecto al cuidado por lo que se puede realizarlo mal “sin la intención de hacerlo”, perjudicando así a la persona que está siendo cuidada. También puede suceder que la ausencia de retroalimentación haga que la persona tenga inseguridades sobre si lo hace bien o mal; o que se sienta desmotivada ya que “no se reconoce/valora sus esfuerzos.” (Calabrese, 2005)

6. Individualismo: Los empleados suelen trabajar hacia un objetivo individual sin tener en cuenta el objetivo empresarial, se vuelven “egoístas” laboralmente hablando y velan solo por su propio desempeño laboral, volviéndose prácticamente incapaces de trabajar en equipo lo que perjudica a la empresa. (Pascual, Pañego & González, 2008)

7. Solicitan más por menos: A los empleados se les exige constantemente que, con menor cantidad de recursos, brinden mayores resultados, lo que es totalmente incoherente e imposible de hacer por lo que se genera frustración e impotencia. (Calabrese, 2005)

8. La crisis económica mundial: Hace que existan recortes presupuestarios en la mayoría de las empresas y a nivel de Estado, por lo que se realizan despidos o se le asigna a un miembro determinado demasiadas funciones con tal de “ahorrar costos”. (Martínez & Preciado, 2009)

Gómez (2006) mencionan que “Largos periodos de estrés hacen que el sistema inmune disminuya por lo que vuelve más propenso al desarrollo de enfermedad, genera problemas de sueño, alimentación y en sus relaciones interpersonales”. Bajo esta argumentación, se puede pensar que el síndrome de burnout traería consecuencias a nivel empresarial, personal y social.

Existen un sinnúmero de razones por las cuales estudiar la prevalencia de burnout es fundamental, pero todas se centran en la máxima constitucional “el buen vivir”, si tenemos personas que se encuentran sanas mentalmente en su rol laboral, serán ciudadanos que aporten positivamente en su trabajo.

5. Prevalencia del estrés laboral crónico en los cuidadores.

5.1 Prevalencia en cuidadores a nivel mundial.

Tabla 1. Prevalencia en cuidadores a nivel mundial

PAIS	INVESTIGADORES Y AÑO	POBLACION	PORCENTAJE DE BURNOUT
España, Madrid	Caballero, Bermejo, Nieto & Caballero (2001)	Médicos, enfermeras, auxiliares clínicos	30.6%
España, Barcelona	Ibáñez, Vilaregut & Abio (2004)	Enfermeras	Nivel medio
España, Valencia	Gil Monte (2005)	Pediatras de hospitales generales	37.4%
Australia	Dunwoodie & Auret (2007)	Doctores especialistas en cuidados paliativos	24%
Japón	Hiroshi & et al (2006)	Enfermeras de salud mental y cuidados de emergencia	Atienden a pacientes a psiquiátricos: 59.2% No atienden a pacientes psiquiátricos: 51.5%
Sudáfrica	Schweitzer (1994)	Doctores graduados hace dos años y medio	77,8%
Estados Unidos	Dyrbye & et al (2008)	Estudiantes de medicina	49.6%

Fuente: Adaptado de Caballero, Bermejo; Nieto & Caballero (2001); Ibáñez, Vilaregut & Abio (2004); Gil Monte (2005); Dunwoodie & Auret (2007); Hiroshi & otros (2006); Schweitzer (1994); Dyrbye & otros (2008)

Elaborado por: Erazo (2018)

En los estudios citados, se observa una prevalencia promedio del 47.15% (obtenida mediante la suma de todas las cantidades, divida para el número de investigaciones descritas).

5.2 Prevalencia en cuidadores a nivel de Latinoamérica

Tabla 2. Prevalencia en cuidadores a nivel de Latinoamérica

PAIS	INVESTIGADOR Y AÑO	POBLACION	PORCENTAJE
------	-----------------------	-----------	------------

Cali, Colombia.	Guevara, Henao & Herrera (2002)	Médicos internos y residentes del Hospital Universitario del Valle	85.3%
Perú	Estela, Jiménez, Landeo, Tomateo & Vega (2010)	Alumnos que cursan el séptimo año de medicina	57.2%
Chile, Santiago de Chile	Ordenes (2004)	Trabajadores del “Hospital del Rio”	69% tienen síndrome de burnout o están en riesgo de desarrollarlo
México, Guadalajara	Aldrete, Pando, Aranda & Bálcazar (2001)	Maestros de educación general básica	80%
Barranquilla, Colombia	Borda & et al (2006)	Estudiantes de internado	91%
Argentina, Buenos Aires	Marucco, Gil-Monte & Flamenco (2007)	Pediatras	10.59%
Cuba	Hernández (2003)	Profesionales de salud	De atención primaria 48.3% De atención secundaria 30%

Fuente: Adaptado de Guevara, Henao & Herrera (2002); Estela, Jiménez, Landeo, Tomateo & Vega (2010); Ordenes (2004); Aldrete, Pando, Aranda & Bálcazar (2001); Borda & et al (2006); Marucco, Gil-Monte & Flamenco (2007); Hernández (2003)

Elaborado por: Erazo (2018)

En los estudios citados, se observa una prevalencia promedio del 37.46% (obtenida mediante la suma de todas las cantidades, divida para el numero de investigaciones descritas).

5.3 Prevalencia en cuidadores a nivel nacional

Tabla 3. Prevalencia en cuidadores a nivel nacional

PAIS	INVESTIGADOR Y AÑO	POBLACION	PORCENTAJE
------	-----------------------	-----------	------------

Ecuador, Quito	Herrera (2016)	Estudiantes de quinto al octavo semestre de la Universidad Católica	Psicología 89.89% Medicina 95.2% Enfermería 96.67%
Ecuador, Riobamba	Montalvo (2011)	Médicos y administrativos del hospital del IESS	70%
Ecuador, Bolívar	Gavilema & Pilamunga (2014)	Personal profesional de enfermería del hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde	“Se exponen a diario a factores de riesgo que las conducen al desarrollo del síndrome de burnout.” Gavilema & Pilamunga (2014)
Ecuador	Grau & et al (2007)	Médicos	4%

Fuente: Adaptado de Herrera (2016); Montalvo (2011); Gavilema & Pilamunga (2014); Grau & et al (2007)

Elaborado por: Erazo (2018)

En los estudios citados, se observa una prevalencia promedio del 59.86% (obtenida mediante la suma de todas las cantidades, dividida para el número de investigaciones descritas).

6. Variables asociadas del estrés laboral en cuidadores.

6.1 Variables sociodemográficas asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.

Ávila, Gomez & Montiel (2010) mencionan que el síndrome de burnout tiende a presentarse mayormente en mujeres, estando presente en ellas en un 65.5% mientras que en los hombres se observa en un 31.5%. Sin embargo, esta aun es una variable en discusión, ya que, según Gil Monte (2002) los hombres son más vulnerables a desarrollar síndrome de burnout.

El estado civil es otra variable aún en disputa ya que según Greenglass (1989) se observa que las personas casadas muestran mayor predisposición, probablemente debido a que cuentan con cargas familiares y mayores responsabilidades lo que aumentan su estrés. Sin embargo, Ávila, Gómez & Montiel (2010) dicen que esta variable no influye, así como Moreno (1997) quien menciona que los solteros son más vulnerables.

En el estudio de Ávila, Gomez & Montiel, se analiza el área de trabajo donde se desempeña el empleado, comparan a enfermeras que trabajan en hospitalización y urgencias, concluyendo mayor prevalencia del síndrome de burnout que aquellas que trabajan en cuidados intensivos; probablemente porque en el área de emergencias se requiere seguir un ritmo de trabajo sumamente acelerado, en el que se enfrentan a situaciones con riesgo mortal, mientras que en el área de cuidados intensivos, si bien es un área con un pronóstico desfavorable, la situación tiende a ser más estable y transitar de manera más lenta, sin tanta presión.

Inevitablemente algunos puestos implican una mayor responsabilidad o funciones propias del rol que tienden a generar altos niveles de estrés mientras que otros puestos presentan mínimas situaciones de riesgo. (Albadejo & et al., 2004)

Para Martínez (1997) un punto fundamental por considerar es el número de horas dedicadas al trabajo, ya que un mayor número implica que muchas veces el empleado vivencia una sobrecarga del trabajo por lo que su rutina se altera y disminuye su capacidad de dedicar tiempo libre a otras actividades que podrían disminuir sus niveles de estrés. Dicha situación genera un aumento del agotamiento emocional, el cual es uno de los principales síntomas del síndrome de burnout.

Para Albadejo & et al., (2004) la antigüedad es un factor que produce la aparición de mayor vulnerabilidad a desarrollar burnout. Aun cuando en el otro extremo se ve que mientras más años lleve ejerciendo la persona su profesión, mayor autoconfianza tendrá y dispondrá de mejores estrategias para resolver los conflictos; sí la persona lleva muchos años trabajando en el mismo lugar, existen menos dudas respecto a que procesos seguir y más seguridad sobre sí mismo.

En relación al punto anterior y en el estudio de Borda & et al (2006), por ejemplo: en los estudiantes de internado de medicina, aquellos que mantienen una buena relación con sus docentes presentan menor agotamiento emocional y mayor autorrealización, contrario a los que mantienen una mala relación. Se denota que las relaciones interpersonales que se mantiene entre compañeros de trabajo sean estos superiores, iguales o inferiores, impacta tanto de manera positiva (siendo un apoyo social) como de manera negativa, siendo un generador adicional de estrés laboral.

Es fundamental la percepción que tenga sobre su trabajo el empleador ya que mientras más positiva sea menor estrés le generará, pero si mantiene una percepción negativa esta se volverá un condicionante que predispondrá cognitivamente de manera pesimista su

desenvolvimiento laboral, generándole estrés desde el primer momento en que ingresa a la oficina hasta incluso perturbándolo en sus ratos libres. (Vinnacia & Alvaran, 2003)

De la mano del punto anterior y asociado al cognitivismo, los autores plantean que se puede también comprobar que mientras el empleado presente mayor autovaloración y disponga de estrategias de afrontamiento a las adversidades positivas, menor predisposición tendrá a desarrollar el síndrome de burnout.

Según el estudio de Grau, Flichtrentei, Suñer, Pratz & Braga (2009) nos mencionan que contrario a lo que se solía pensar respecto a que el síndrome de burnout aparece más en personas de entre 30 y 40 años, se comprobó que mientras mayor edad tenga el empleado mayor tendencia tiene a desarrollar el síndrome; probablemente porque con los años, nuestro cuerpo y nuestra mente empiezan a disminuir sus niveles de energía, convirtiéndose en un detonante de menor rendimiento laboral, por ende mayor estrés al no poder cumplir a tiempo las demandas que se plantean.

Se comprobó que aquellos empleados con hábitos de salud negativos, por ejemplo: que consumen alcohol o fuman cigarrillos con una alta frecuencia, tienen mayor predisposición a desarrollar el síndrome. Las mencionadas conductas serían una estrategia de afrontamiento negativa frente al estrés. (Ramírez & Zurita, 2010)

El aspecto económico influye ya que cuando existen mayores ingresos económicos, se disminuye el estrés laboral porque el cuidador no tiene que agregar tensión adicional ya que sabe que sus gastos básicos estarán cubiertos; por el contrario, aquellos que tienen menores ingresos viven en una constante preocupación por “hacer alcanzar el dinero” o “como pagar las deudas”, entre otros, lo que adiciona mayor estrés a su vida. (Carlotto & Gobbi, 2001)

Como último destacaría un tema que abordaremos más adelante a profundidad, el apoyo social es una variable sociodemográfica fundamental ya que mientras tenga mayor apoyo, reciba más reconocimiento, tenga ayuda en las labores de la casa y en los cuidados del enfermo; menor será su tendencia para desarrollar el síndrome de burnout. (Gil Monte, 2003) Inevitablemente como en la aparición de muchos tipos de trastornos mentales, el burnout tiende a afectar mayormente a una población que en alguna área se encuentra disminuida, afectada o atravesando alguna dificultad; por lo cual son fundamentales los programas de intervención secundaria y terciaria en estas poblaciones identificadas como portadoras de factores de riesgo.

6.2 Variables laborales asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.

Maslach (2014) menciona seis principales:

- a. Carga de trabajo: Los profesionales que laboran de manera ininterrumpida o tienen una sobrecarga de trabajo.
- b. Control: Mientras mayor supervisión tenga un empleado, se sentirá más seguro y tendrá un vínculo con una persona a quien recurrir cuando se presenten dudas; así mismo si siente que tiene control sobre su puesto, tendrá la seguridad para tomar decisiones sin sentir miedo. Por el contrario, si no existe la sensación de control, se tiende a generar confusión de roles lo que aumenta la tendencia a desarrollar síndrome de burnout.
- c. Recompensa: Las personas anhelamos recibir estímulos positivos ante comportamientos correctos como una principal fuente de motivación, así como una manera de guiarnos, al reafirmarnos que comportamientos fueron correctos y se desea que los sigamos haciendo.
- d. Vínculo con la comunidad: Es beneficioso permitir mantener una buena interacción con el entorno extralaboral. Por ejemplo: respetando los horarios de entrada y salida del empleado.
- e. Justicia: Si el empleado percibe una sensación de justicia en las decisiones que toman en su empresa y siente un ambiente de respeto, desarrollará mayor aceptación hacia las medidas que se tomen, por lo que se apegará a ellas sin dificultades, disminuyendo así su estrés.
- f. Valores: Mientras menor sea la brecha entre los valores que el individuo profesa y los que la empresa impone, menores niveles de estrés se generaran ya que no se presentaran conflictos éticos ni morales.

En otros estudios mencionan algunas variables adicionales:

- Exigencias de tiempo: Si se le pide a un empleado realizar mayor cantidad de funciones en menor tiempo. (Marrau, 2004)
- Limitaciones: Si existe carencias de recursos para poder desempeñar su trabajo de manera eficaz y eficiente. (Thomae, Ayala, Sphan & Stortti, 2006)
- Ergonomía: Todos los empleos requieren cumplir unas normas mínimas de seguridad ocupacional, mientras más se cumplan el empleado tendrá menores complicaciones de salud. (García, 2007)
- Ruido, iluminación y ventilación: Es importante que el lugar donde el empleado labore este adecuado correctamente, sin distractores o interruptores. (García, 2007)
- Estructura organizacional: Una empresa que se encuentre correctamente organizada, con los perfiles de funciones bien definidos y un organigrama adecuado, creará un mejor clima para el desenvolvimiento laboral libre de estrés ya que tendrán una base que respalde sus procesos y decisiones. (Gil Monte, 2001)

- Ambiente y clima organizacional: Si existe un ambiente positivo, sin problemas de comunicación ni conflictos interpersonales y con motivación, los empleados sentirán mayor bienestar. (Gil Monte, 2001)

- Tipo de contratación: Los empleados que tienen un contrato fijo, se sienten más seguros. Las personas que aún se encuentran con un contrato temporal, por horas, por servicios profesionales o con algún otro tipo de condicionamiento, se encuentran bajo una presión que genera estrés. (Peiró, 1993)

- Tener otro trabajo: En las profesiones donde se tiende a tener más de un trabajo, como los doctores, el estrés aumenta por la presión de tener que cumplir adecuadamente en varios lugares, coordinar tiempos, transporte, etc. Siendo aún peor, si la situación que motiva el trabajo adicional es tener problemas económicos. (Morales & et al, 2016)

El empleador que invierte en tener un buen ambiente dentro de su empresa tendrá como ganancia unos empleados carentes de síndrome de burnout y con un alto nivel de eficacia; por el contrario, aquellos que se centren en la mejora de los procesos antes que, en el recurso humano, afrontarán consecuencias negativas que a corto y largo plazo les generarán pérdidas.

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

6.3.1 Compromiso vital y estrés laboral.

El engagement es “el estado positivo que se caracteriza por energía, implicación y eficacia”. Maslach & Leiter (1997) Es un sentimiento deseable para todos los empleados en su desenvolvimiento laboral ya que el compromiso vital viene asociado a experiencias y condiciones positivas.

Este concepto es complementario al de Shaufeli, Martínez, Marqués & Salanova (2002) quien dice: “Es un constructo motivacional, un estado cognitivo-afectivo constante en el tiempo y no específico a conducta u objeto, integrado por dimensiones.” Estas últimas son las siguientes:

a. Vigor: Presencia de mayor energía, persistencia y un deseo por esforzarse.

b. Dedicación: un grado de significación, entusiasmo, inspiración, orgullo y reto.

c. Absorción: mayor concentración y felicidad mientras trabaja.

El compromiso vital implica que el empleado dispone de mayor cantidad de recursos y al tener un estado mental positivo posee una menor predisposición a renunciar y un compromiso más

alto con la organización. Así como a nivel general, se habla de que le genera bienestar psicológico. (Duran, Extremera, Montalbán & Rey, 2005)

Desde este último concepto se plantea que las intervenciones sean enfocadas no solo a intervenir los síntomas negativos del burnout, sino también a fomentar un mayor engagement, ya que nos daría una mejor calidad de vida laboral.

Para concluir Duran, Extremera, Montalbán & Rey (2005) nos dicen que es importante destacar que el compromiso vital nos permite predecir los indicadores de bienestar laboral.

Así como existen características negativas individuales también existen aquellas que benefician al desempeño laboral personal como son el engagement, el cual provee grandes estrategias de afrontamiento y solución a conflictos.

6.3.2 Satisfacción vital.

Pavot, Diener, Colvin & Sandvik (1991) lo conceptualizan de la siguiente manera:

Evaluación global que la persona hace sobre su vida, incluyendo el examen de los aspectos tangibles obtenidos, el equilibrio relativo entre aspectos positivos y negativos, comparaciones con un criterio elegido por ella y elaboración de un juicio cognitivo sobre su nivel de satisfacción. (p.149)

La autoconciencia que tiene el empleado sobre el estado en que se encuentra su vida en cada área, tiene una relación con la satisfacción laboral, ya que aun cuando un empleado se sintiera sumamente satisfecho en su trabajo eso no compensaría sus carencias en el resto de las áreas de su vida, porque en su afectividad presenta un mayor valor emocional el espacio familiar o el propio autoconcepto. (Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991)

Los mismos autores han comprobado que la satisfacción vital se encuentra influenciada por factores ambientales.

Es humanístico decir que el sentido de la existencia no se centra solamente en el trabajo, por lo cual el empleado debe estar en un estado emocional estable en todas sus áreas personales, que le permita mantener una congruencia, la cual lo lleve a un desempeño eficaz.

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

6.4.1 Apoyo social y estrés laboral.

El apoyo social es un recurso social de afrontamiento. Es una “base” para soportar el estrés al que nos afrontamos, nos ayuda a procesar la información del estrés, a resistirlo más, a

“amortiguarlo”, aumenta nuestra autoestima y es un actor protector/potenciador de la salud. Es fundamental para disminuir los niveles de estrés laboral por lo que sería importante trabajar en intervenir con las personas que lo brindan. (Thoits, 1995)

Es importante distinguir que, según Pearlin (1989) el apoyo social no es lo mismo que red social, ya que esta última es la cantidad total de recursos sociales de los cuales el individuo puede disponer pero que no siempre usa para enfrentar los problemas que se presentan en su vida. Sin embargo, sería fundamental que ambos se integren para que el apoyo social del que disponga la persona sea aún más amplio y por ende pueda satisfacer todas sus necesidades.

El apoyo social son acciones que benefician al individuo realizadas por amigos, familiares o compañeros de trabajo que pueden brindar apoyo instrumental, informativo o emocional. Se debe distinguir entre dos: el apoyo que el individuo percibe que puede recibir y el que realmente recibe; aunque parezca irónico para el individuo es más importante la percepción, el saber que es querido y valorado, más que lo que realmente pueda llegar a recibir como apoyo concreto. (House & Kahn, 1985)

El apoyo social depende de algunos factores: las demandas que plantea el individuo a su red social, la clase social, el nivel económico, la pertenencia a grupos, la aceptación que el grupo le dé, la adhesión a las actitudes y normas aprobadas por todos, etc. (Cockherham, 2001)

Los seres humanos poseen un nivel de socialización fuerte por lo cual le dan gran importancia a las redes de apoyo con las que se puede contar; suelen ser estas a las que se recurre en momentos de dificultad y que, si son positivas, permiten sentir respaldo, amortiguan el sufrimiento e impulsan a solucionar conflictos, para funcionar de mejor manera.

6.4.2 Afrontamiento y estrés laboral.

Lazarus & Folkman (1984) mencionan “El afrontamiento del estrés consiste en todos los esfuerzos cognitivos o conductuales que emplea el sujeto para hacer frente a las demandas estresantes y/o al malestar emocional asociado a la respuesta del estrés.” (p.152)

Por su parte Pearlin & Schooler (1978) lo conceptúan como “las acciones que lleva a cabo la gente por su propia cuenta para evitar o aminorar el impacto de los problemas de la vida.” (p.152)

Debido a factores como si los sucesos son deseables, esperados, positivos o negativos, las habilidades, capacidad y recursos (tanto sociales como personales), las diferencias individuales e incluso el contexto social, cada persona responde al estrés de una manera distinta; existen quienes disponen de más o mejores técnicas de afrontamiento, así como lo

contrario quienes carecen de ellas y por ende las situaciones de estrés les generan mayor conflicto. (Sandin, 2002)

Existen estrategias de afrontamiento que es el “¿qué hago?” para disminuir mi estrés y también estilos de afrontamiento que vendrían a ser “¿cómo hago?”, las decisiones que tomo, hacia un sentido u otro, para disminuir mi estrés. Bajo este argumento, Pearlin (1989) nos dice que: al cambiar la situación que produce estrés, modifica el significado que tiene (generalmente disminuyendo su importancia) o realiza acciones para disminuir sus síntomas tanto físicos como psicológicos y sociales.

Por último, cabe recalcar que dentro del afrontamiento hay algunas variables que influyen como son el locus de control, la percepción del control, la autoeficacia, la autoestima, el optimismo, etc. (Sandin, 2002)

A lo largo de la vida se enfrenta diferentes experiencias personales, ello sumado al tipo de personalidad, va formando la manera de afrontar las dificultades, misma que podrá ser positiva o negativa y que se aplica por igual en todas las situaciones de la existencia; por ello es de vital importancia que los estilos de afrontamiento sean óptimos.

6.4.3 Resiliencia y estrés laboral.

Csikszentmihalyi (1999), Grotberg (1995) & Rutter (1985) menciona que “La Resiliencia es la capacidad de sobreponerse a la adversidad, recuperarse, y salir fortalecido, con éxito y de desarrollar competencia social, académica y vocacional, pese a estar expuesto a un estrés psicosocial grave.” (p.791)

La resiliencia depende de tres factores:

- a. Personal: inteligencia, autoestima y capacidad de resolver problemas.
- b. Apoyo familiar: quienes suelen fungir como un soporte emocional.
- c. Apoyo social: quienes pueden ser un apoyo emocional y técnico. (Grotberg, 1995)

Ramos (2006) afirma que:

A las personas resiliente las distingue la competencia, la felicidad, el optimismo, un estado activo y una mayor autoestima. Son capaces de enfrentar las situaciones y factores de riesgo con menor grado de vulnerabilidad. Muestran mayor energía e implicación laboral traducida en la capacidad de sobreponerse y adaptarse a las situaciones de estrés laboral, así como son capaces de experimentar emociones positivas. (p.791-792)

En las personas resilientes se ha observado: capacidad de acción, percepción de tener apoyo organizacional, orgullo de sus logros y competencia personal. (Howard & Johnson, 2004)

Se ha demostrado una correlación entre la presencia de resiliencia y el engagement. (Ramos, 2006)

El sufrimiento es una parte inevitable de la vida y encontrarle sentido al mismo, es lo que nos permitirá marcar una diferencia, entre hundirse en el pesimismo o salir adelante extrayendo lo positivo, aun en las peores situaciones.

CAPÍTULO 2
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

2.1 Objetivos.

Objetivo general:

Identificar la prevalencia del síndrome de burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización) en cuidadores formales de una institución privada ubicada en el centro norte de la ciudad de Quito, durante el año 2017-2018.

Objetivos específicos:

1. Reconocer las características sociodemográficas y laborales de los cuidadores formales de una institución privada ubicada en Quito.
2. Determinar las dimensiones del estrés laboral crónico de los cuidadores formales de una institución privada ubicada en Quito.
3. Evaluar el nivel de bienestar general de los cuidadores formales de una institución privada ubicada en Quito.
4. Identificar la carga de los cuidadores formales de una institución privada ubicada en Quito.
5. Conocer los modos de afrontamiento más utilizados por los cuidadores formales de una institución privada ubicada en Quito.
6. Determinar el apoyo social procedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo de los cuidadores formales de una institución privada ubicada en Quito.
7. Establecer la satisfacción vital y la resiliencia de los cuidadores formales de una institución privada ubicada en Quito.

2.2 Preguntas de investigación.

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales de la muestra investigada?
2. ¿Cuál de las tres dimensiones del síndrome de burnout es la que presenta un alto nivel?
3. ¿Cuál es el nivel de bienestar general de los cuidadores formales?
4. ¿Cuánta carga presentan los cuidadores formales?
5. ¿Cuáles son los modos de afrontamiento de los cuidadores formales?
6. ¿Con cuánto apoyo social cuentan los cuidadores formales?
7. ¿Cuál es el nivel de satisfacción vital y resiliencia de los cuidadores formales?

2.3 Contexto.

La investigación fue realizada en una clínica privada que funciona en la ciudad de Quito desde hace más de 30 años, brinda atención en varias especialidades médicas mediante el área de consulta externa, así como también ofrece el servicio de hospitalización.

Los costos son accesibles y la atención es eficiente, la gran cantidad de especialistas permite satisfacer todas las necesidades que puedan surgir. También tienen servicios de fisioterapia, quirófanos, unidad de cuidados intensivos, unidad de neonato, entre otros. Destaca su área académica, la cual cuenta con varios médicos residentes que rotan por las diferentes secciones con un médico supervisor.

Es una institución privada que funciona en coordinación económica y administrativa con una entidad religiosa.

Es en la Unidad de Cuidados Intensivos y en los cuidados brindados por gerontología, debido a los convenios con diferentes seguros médicos, donde tanto médicos como enfermeras ejercen de cuidadores debido a que son áreas donde los pacientes reciben acompañamiento constante, ambos profesionales de la salud realizan turnos de 24 horas donde de manera permanente están en la habitación cuidando de la persona.

2.4 Diseño de investigación.

El método empleado en el presente estudio fue exploratorio “nos permiten aproximarnos a fenómenos desconocidos, con el fin de aumentar el grado de familiaridad y contribuyen con ideas respecto a la forma correcta de abordar una investigación en particular.” (Grajales, 2000)

El diseño de la investigación presentó las siguientes características: cuantitativa, la información analizada de los instrumentos aplicados fue numérica, no experimental ya que no se manipularon las variables, por lo tanto se observaron los fenómenos en su ambiente real, transaccional (transversal) pues se analizó el nivel de las variables en un momento dado, descriptivo porque los temas que se seleccionaron sirvieron para recoger la información con la que se detalló la investigación, exploratorio en donde se examinó un tema no estudiado antes, y se analiza para realizar un mejor trabajo y correlacional puesto que se valoró la relación que hay entre variables asociadas al fenómeno estudiado (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

El tipo de investigación utilizada fue descriptiva-transversal, pues las variables seleccionadas recogieron la información que sirvió para desarrollar el estudio, además la información recolectada se la obtuvo en un momento dado.

2.5 Población y muestra.

La población objeto de este estudio fueron 40 participantes quienes son parte del personal médico, de enfermería y profesionales de la salud que laboran en una clínica privada ubicada al centro norte de la ciudad de Quito.

La muestra fue de accesibilidad, no probabilística y accidental, la muestra recolectora de información fueron 40 profesionales de la salud (21 médicos/as, 12 enfermeros/as, 1 laboratorista clínico, 2 radiólogos, 3 fisioterapeutas y 1 psicólogo clínico), quienes cumplieron con los criterios de inclusión de la muestra.

La investigación se adecuó a las normas éticas respetando el acuerdo de Helsinki, el estudio no representó riesgo alguno para los participantes, y se garantizó absoluta confidencialidad de los datos personales otorgados en el consentimiento informado.

Los criterios considerados para seleccionar la muestra fueron:

Criterios de inclusión: Ser profesional de medicina/enfermería, actualmente ejercer la profesión, estar de acuerdo en participar en la investigación, tener 3 años mínimo de experiencia profesional y firmar consentimiento informado.

Criterios de exclusión: No firmar el consentimiento informado.

2.6 Métodos, técnicas.

2.6.1 Métodos.

Método descriptivo permite explicar y analizar el estrés en los cuidadores.

Método analítico - sintético explica la relación entre los elementos y el todo, así como también la reconstrucción de las partes para alcanzar una visión de unidad, en lo referente al estrés en los cuidadores.

Método inductivo y deductivo permite configurar el conocimiento y generalizar de forma lógica los datos empíricos relacionados con el estrés en los cuidadores.

Método estadístico organiza la información alcanzada con la aplicación de la batería de instrumentos propuestos en esta investigación.

2.6.2 Técnicas.

- La lectura.
- El resumen o paráfrasis

- Entrevista de carga para cuidadores formales: Es una adaptación de la Entrevista de Carga del Cuidador, pensada para cuidadores informales, desarrollada por Zarit et al. Presenta cinco alternativas de respuesta, que van desde nunca (0) hasta casi siempre (4). Tiene un alfa de Cronbach de .85 y 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.

2.7 Procedimiento.

El desarrollo de esta investigación se realizó de la siguiente manera:

Se elaboró la solicitud para requerir el permiso correspondiente a la institución de salud.

Se realizó un acercamiento con los directivos de la institución de salud a quienes se les presentó la solicitud elaborada con la finalidad de que se permita recolectar los datos en la institución de salud.

Al obtener el visto bueno de los directivos se determinó el horario para la aplicación de la batería, en consideración a esto se procedió a buscar a médicos/as, enfermeras y otros profesionales de la salud, dentro del establecimiento para pedir la colaboración dándoles a conocer la finalidad de la investigación, a quienes aceptaban participar se pidió el consentimiento informado y se explicó los parámetros de la batería para que puedan realizarla de la mejor manera.

Al culminar este proceso se tabuló la información recolectada y finalmente el procesamiento de datos se realizó a través del programa Excel, se trabajó con datos descriptivos y correlaciones.

2.8 Recursos.

Recursos humanos: Director médico, recepcionista, médicos/as, enfermeros/as, auxiliares de enfermería y otros profesionales de la salud.

Instituciones: Clínica privada

Materiales: 40 copias de cada uno de los instrumentos de evaluación y del consentimiento informado, impresiones de la tesis en borrador y final, sobres manila, anillados.

Económicos: \$50

2.9 Instrumentos de investigación.

Se aplicará una batería de instrumentos (8 test psicológicos) por cada uno de los participantes de la investigación.

2.9.1 Cuestionario Sociodemográfico y laboral Ad-hoc.

Es un cuestionario diseñado para la ejecución de esta investigación, mismo que tuvo como finalidad recolectar datos personales y laborales como: sexo, edad, estado civil, etnia, número de hijos, años de experiencia, salario que perciben, entre otros que serán de utilidad en este estudio.

2.9.2 Inventario del Estrés laboral crónico de Maslach.

Instrumento diseñado para valorar el síndrome de burnout en sus tres aspectos fundamentales: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal. Está compuesto por 22 ítems. Los sujetos que presentan el síndrome de burnout serán aquellos que puntúen alto en despersonalización y cansancio emocional, y que obtengan puntuaciones bajas en realización personal.

En cuanto a las propiedades psicométricas, la consistencia interna (alfa de Cronbach) del MBI oscila en el rango de .70 a .90 (Maslach y Jackson, 1986), habiéndose obtenido con frecuencia índices más bajos para la escala de despersonalización (Schaufeli y Van Dierendonck, 1993). Igualmente, se ha encontrado una alta fiabilidad test-retest a lo largo de los diferentes estudios (Maslach y Jackson, 1986).

2.9.3 Escala de satisfacción vital (ESV).

El objetivo de la escala es evaluar los aspectos cognitivos del bienestar. El modelo usado para la medición es la versión en castellano de la SWLS de Diener, Emmons, Larsen, & Griffin (1985). Permite realizar una medida de la satisfacción vital global, uno de los componentes del bienestar subjetivo. Ha mostrado unas aceptables propiedades psicométricas, incluyendo una alta consistencia interna, así como una buena estabilidad en la fiabilidad test-retest. Tiene cinco ítems, que han de puntuarse de 1 (muy en desacuerdo) a 7 (muy de acuerdo).

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

Se trata de un cuestionario autoadministrado que evalúa el grado de malestar emocional y que diferencia probables casos de salud mental de aquellos que no lo son. Contiene 28 ítems repartidos en cuatro subescalas (síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave) de siete ítems; en cada uno debe responder como se siente actualmente.

El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 28, donde una mayor puntuación es indicativa de un mayor malestar. Asimismo, dispone de un punto de corte, donde una puntuación superior

a 5/6 es indicativa de caso probable, con una sensibilidad del 84.6% y una especificidad del 82% (Lobo, Pérez-Echeverría y Artal, 1986). El valor del coeficiente alfa de Cronbach, calculado en nuestro trabajo fue .89, similar al obtenido por Lobo y Muñoz (1996) y López-Castedo y Domínguez (2010).

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

Este instrumento es un cuestionario breve, multidimensional y autoadministrado que evalúa tanto los aspectos cuantitativos del apoyo social (red social) como los cualitativos (apoyo instrumental, apoyo emocional, amor y cariño y relaciones sociales). El MOS cuenta con un total de 20 ítems; el ítem número 1 hace referencia al tamaño de la red social y los 19 ítems restantes están referidos a las otras dimensiones mencionadas. Se pregunta mediante una escala tipo Likert que oscila entre 1 (nunca) a 5 (siempre) la frecuencia del tipo de apoyo con el que cuenta el participante de la investigación.

El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 100, donde una mayor puntuación es indicativa de un mayor apoyo social percibido. La consistencia interna para la puntuación total es alta ($\alpha = .97$) y para las subescalas oscila entre .91 y .96; la fiabilidad test-retest es elevada (.78).

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

Es un inventario autoadministrado de 28 ítems que describe distintas conductas o estrategias de afrontamiento pasivo y activo. En cada ítem la persona evalúa la frecuencia con la que lo aplica en una escala graduada desde 0 (no he estado haciendo eso en absoluto) hasta 3 (he estado haciendo eso mucho). Se compone de un total de 14 subescalas (con dos ítems cada una): autodistracción, 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.

A mayor calificación en cada subescala mejor utilización de la estrategia correspondiente. Este cuestionario cuenta con propiedades psicométricas adecuadas, con un alfa de Cronbach que oscila entre .50 y .80 para cada estrategia (Carver, 1997).

2.9.7 Brief Resilience Scale (BRS).

Consta de 6 ítems dirigidos a evaluar el grado resiliencia o capacidad de las personas de adaptarse al estrés y situaciones adversas. El sistema de respuesta es tipo likert que va de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo). La puntuación máxima es 30 puntos, a mayor puntuación mayor resiliencia. (Smith et al., 2008).

CAPÍTULO 3
ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Tabla 4. Características sociodemográficas de los cuidadores

	Cuidadores	
	n	%
Sexo		
Hombre	22	55%
Mujer	18	45%
Etnia		
Mestizo/a	35	87.5%
Blanco/a	5	12.5%
Afroecuatoriano/a	0	0%
Indígena	0	0%
Estado civil		
Casado/a	20	50%
Soltero/a	15	37,50%
Viudo/a	1	2.5%
Divorciado/a	3	7.5%
Unión libre	1	2.5%
Edad		
M	43.35	
DT	17.67	
Max	73	
Min	22	
Número de hijos		
M	2,5	
DT	1.70	
Max	5	
Min	0	
Tipo de cuidador		
Formal	40	100%
Informal	0	0%

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y laboral Ad-hoc.

Elaborado por: Erazo, S. (2018)

En la muestra evaluada podemos encontrar que hay mayor número de hombres con un 55% frente al 45% de las mujeres. Se identifican principalmente como mestizos con un 87.5% y, en segundo lugar, como blancos con un 12.5%. El estado civil predominante es casado con

un 50%, seguido por soltero con 37,50%. En cuanto a la edad, la media es de 47.5 años. El promedio de hijos es de 2.5. El 100% de los participantes son cuidadores formales.

Tabla 5. Características laborales de los cuidadores

Tipo de trabajo		
	N	%
Tiempo completo	23	57,49%
Tiempo parcial	17	42,50%
Contrato		
Eventual	5	12.5%
Ocasional	4	10%
Plazo fijo	10	25%
Indefinido		
(nombramiento)	17	42,50%
Servicios profesionales	2	5%
Ninguno	2	5%
Horas de trabajo		
M	13	
DT	4.42	
Max	24	
Min	2	
Turnos		
Si	24	60%
No	16	40%
Recursos		
Totalmente	15	37.5%
Medianamente	21	52,50%
Poco	4	10%
Nada	0	0%
Remuneración		
Si	36	90%
No	4	10%
Valor Salarial		
0 y 1000	25	62,50%
1001 y 2000	4	10%
2001 y 3000	5	12.5%

3001 y 4000	3	7.5%
4001 y 5000	2	5%
5001 y 6000	1	2,50%

Experiencia

M	21,5
DT	13.29
Max	43
Min	0

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y laboral Ad-hoc.

Elaborado por: Erazo, S. (2018)

En la tabla 5 podemos observar que la media de los años de experiencia es 21.5. En cuanto al tipo de trabajo el 57.49 % de los participantes trabajan a tiempo completo, en comparación con un 42.5% que laboran a tiempo parcial. De ellos el 42.50% tienen un contrato indefinido, seguidos por el 25% que lo hacen a plazo fijo. La media de horas de trabajo son 13 siendo congruente con que el 60% de los participantes realizan turnos. En cuanto a los recursos, el 52.50% dicen que los tienen medianamente frente a un 37.5% que consideran que los poseen en su totalidad. El 90% de la muestra recibe remuneración salarial, misma que en 62.50% oscila entre los \$0 y \$1000, estando en segundo lugar con un 12.5% los ingresos entre \$2001 y \$3000.

Tabla 6. Inventario de estrés laboral crónico de Maslach MBI

	n	%
Agotamiento Emocional (EE)		
Alto	4	10%
Medio	9	22,50%
Bajo	27	67,50%
Despersonalización (D)		
Alto	8	20%
Medio	5	12.5%
Bajo	27	67.5%
Realización Personal (PA)		
Baja	6	15%
Medio	11	27.50%
Superior	23	57,49%
Total		
Bajo burnout	1	2,50%

Medio burnout	29	72%
Alto burnout	10	25%

Fuente: Inventario del Estrés laboral crónico de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, 1986)

Elaborado por: Erazo, S. (2018)

En la tabla 6 podemos observar que el 10% de los participantes presentan un puntaje alto en agotamiento emocional, el 20% en despersonalización y en cuanto a baja realización personal el 15%. La prevalencia de síndrome de burnout, en nuestra muestra, es de 25%.

La escala que obtuvo mayor puntuación fue la de despersonalización.

Tabla 7. Entrevista de carga para cuidadores formales

	N	%
Sobrecarga intensa	7	17,50%
Sobrecarga leve	8	20%
No hay sobrecarga	25	62,50%

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

Elaborado por: Erazo, S. (2018)

Podemos observar que en el 17.50% de nuestra muestra, observamos una sobrecarga intensa.

La escala que obtuvo mayor puntuación fue la de “No hay sobrecarga” con un 62.50%.

Tabla 8. Escala de satisfacción vital (ESV)

	n	%
Muy insatisfecho	1	2,50%
Insatisfecho	2	5%
Ligeramente por debajo de la media	0	0%
Ligeramente satisfecho	12	30%
Satisfecho	9	22,50%
Altamente satisfecho	16	40%

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

Elaborado por: Erazo, S. (2018)

El 2.50% de nuestra muestra se encuentra “muy insatisfecho”, seguido por un 5% que se encuentran insatisfechos.

La escala que obtuvo mayor puntuación fue la de “altamente satisfecho” con un 40%.

Tabla 9. Cuestionario de Salud General

	N	%
Síntomas somáticos		
No caso	29	72,50%
Caso	11	27,50%
Ansiedad		
No caso	27	67,50%
Caso	13	32,50%
Disfunción social		
No caso	39	97,50%
Caso	1	2,50%
Depresión		
No caso	39	97,50%
Caso	1	2,50%

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

Elaborado por: Erazo, S. (2018)

En la muestra observamos un 27.50% de presencia de síntomas somáticos, en el área de ansiedad la prevalencia es de 32.50%, en disfunción social y depresión el puntaje es 2.50%. Las escalas que obtuvieron mayor puntuación fueron el área de disfunción social y depresión, ambas con un 97.50% de inexistencia de casos.

Tabla 10. Inventario COPE-28

	M	DT	Max	Min
Autodestrucción	1	1.65	6	0
Afrontamiento activo	2	1.47	6	0
Negación	0	1.17	4	0
Uso de sustancias	0	0.56	3	0
Apoyo emocional	1	1.17	4	0
Apoyo instrumental	1	1.5	5	0
Retirada de comportamiento	0	1.68	5	0
Desahogo	0,5	1.48	6	0
Replanteamiento positivo	1	1.85	5	0
Planificación	2	1.61	6	0
Humor	0	1.39	5	0
Aceptación	2	2.06	6	0
Religión	3	2.32	6	0

Culpa	0	1.88	6	0
-------	---	------	---	---

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

Elaborado por: Erazo, S. (2018)

Las estrategias de afrontamiento que prevalecen son en primer lugar la religión, lo cual es congruente con que el contexto donde aplique las evaluaciones es de origen y formación religiosa. En segundo lugar, se encuentran el afrontamiento activo, la planificación y la aceptación.

Existe una ausencia total del uso de las estrategias de: negación, uso de sustancias, retirada de comportamiento, humor y culpa.

Tabla 11. Cuestionario de Apoyo Social MOS

	M	DT	Max	Min
Apoyo emocional	29	8.86	40	12
Apoyo instrumental	14,5	5.90	20	4
Relaciones sociales	15	4.70	20	4
Amor y cariño	12,5	3.76	20	4

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

Elaborado por: Erazo, S. (2018)

En la muestra, la media predominante es 29 en apoyo emocional, seguida por el 15 en relaciones sociales.

Las media más baja es de 12.5 en amor y cariño, seguida por el 14.5 de apoyo instrumental.

Tabla 12. Brief Resilience Scale (BRS)

	M	DT	Max	Min
A mayor puntaje, mayor resiliencia	18	2.99	24	6

Fuente: Brief Resilience Scale (BRS) (Smith et al., 2008).

Elaborado por: Erazo, S. (2018)

En la Brief Resilience Scale el puntaje máximo a obtener es de 30, en nuestra muestra observamos que la media es de 18 lo que nos indica que la prevalencia de resiliencia es media.

DISCUSION DE RESULTADOS

El objetivo general y el segundo objetivo específico encuentran su respuesta en que luego de la aplicación del Inventario de estrés laboral crónico de Maslach, los resultados fueron que el 10% de los participantes presentan un puntaje alto en agotamiento emocional, el 20% en despersonalización y en cuanto a baja realización personal el 15%. La prevalencia de síndrome de burn alto, en nuestra muestra, es de 25%. Esta información contrasta con la presentada por Trujillo (2011) quien en su investigación realizada en un hospital de la misma ciudad encontró: “La tendencia a padecer el síndrome es del 31.3%... El porcentaje de la misma de acuerdo a cada subescala es: de agotamiento emocional 20.8%, despersonalización 16.7% y 34.4% para la subescala de realización personal.” (p.86)

El primer objetivo específico fue de “Identificar las características sociodemográficas y laborales de los profesionales de la salud investigados”, el cual se cumplió. En la muestra evaluada podemos encontrar que hay mayor número de hombres con un 55%, sin embargo, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2010) en la ciudad de Quito, la cual tiene una población de 2.576287 habitantes, existen 3% más mujeres que hombres.

Los participantes se identifican principalmente como mestizos con un 87.5%, lo cual es congruente con el INEC (2010) que, en el mismo estudio, nos menciona que el 82.1% de mujeres y el 80.3% de la población quiteña, se identifican como mestizos.

En cuanto a la edad, la media es de 47.5 años, sin embargo, en el censo del INEC (2010) menciona que la edad promedio del quiteño es 29 años. Por medio de lo cual concluimos que nuestra muestra está compuesta de personas de edad superior a lo prevaleciente en la población quiteña.

El estado civil predominante es casado con un 50%, el cual es congruente con los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2016) quien nos menciona que el 40.1% de los quiteños han contraído matrimonio.

El promedio de hijos es de 2.5 y según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2015) el número medio de hijos es de 2.51, lo que coincide totalmente con lo observado en la muestra.

El 100% de los participantes son cuidadores formales.

La media de los años de experiencia es 21.5; esta variable es fundamental para predecir burnout ya que, en el estudio de Tena, Sobrequés, Rodríguez, García & Cebrià (2002) se concluyó que: “Actualmente el porcentaje de médicos de Atención Primaria que muestran

desgaste profesional es elevado, sobre todo los profesionales de edad media (37-45 años), que trabajan más de 40 horas semanales y con más de 10 años en el mismo centro.” (párr.1)

En cuanto al tipo de trabajo el 57.49 % de los participantes trabajan a tiempo completo. La media de horas de trabajo son 13 siendo congruente con que el 60% de los participantes realizan turnos. En el estudio de Ordenes (2004) “La frecuencia de casos sintomáticos aumenta linealmente con las horas de trabajo semanal, llegando hasta un 83% entre los trabajadores con más de 60 horas a la semana.” (parr.6)

En la muestra, el 42.50% de participantes tienen un contrato indefinido. Lo que es congruente con que, en el área urbana, el 41% de mujeres y el 33.4 % de hombres tienen un contrato permanente (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2012).

El 90% de la muestra recibe remuneración salarial, misma que en 62.50% oscila entre los \$0 y \$1000. En el mismo estudio del INEC, mencionado en el párrafo anterior, se estima que, en el área urbana, el ingreso económico promedio para las mujeres es de \$421 y para los hombres es \$524; cifras que concuerdan con las características de remuneración salarial de la muestra.

En cuanto a los recursos, el 52.50% dicen que los tienen medianamente frente a un 37.5% que consideran que los poseen en su totalidad. Como vimos en el marco teórico en el apartado 3.2.2 Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddy (1993) se plantea la importancia de que el trabajador reciba todos los recursos que necesita para realizar su trabajo, así se evita la frustración y el consecuente burnout.

El tercer objetivo específico es “Identificar el bienestar general de los profesionales de la salud investigados.” En la entrevista de carga para cuidadores formales, podemos observar su cumplimiento, la misma arroja por resultado que en el 17.50% de nuestra muestra, tiene una sobrecarga intensa. En el cuestionario de salud general observamos que un 27.50% de la muestra presenta síntomas somáticos y un 32.50% tiene ansiedad. En el estudio de Gil Monte & Peiró (1997) observamos que en el síndrome de burnout existen somatizaciones y en la investigación de Calvete & Villa (2000) se evidenció la presencia de ansiedad en los cuidadores.

El cuarto objetivo específico fue “Conocer los modos de afrontamiento más utilizados por los cuidadores formales” y se respondió a la pregunta planteada. Las estrategias de afrontamiento que prevalecen son en primer lugar la religión, lo cual es congruente con que el contexto donde aplique las evaluaciones es de origen y formación religiosa. En la aplicación del inventario BRIEF-COPE pudimos observar como la estrategia de afrontamientos más prevalente: la religión. En el estudio de Quiceno & Vinaccia (2009) se concluyó que:

“La religión y la espiritualidad mediante sus prácticas de meditación y el uso de técnicas como la relajación y la imaginación, así como el soporte del grupo o social, principalmente, posibilitan, en última instancia, estados de "tranquilidad" que favorecen los procesos cognitivos y la salud mental y física en las personas, en tres aspectos: consigo mismo, con los demás y con el futuro.” (párr.61)

Las siguientes tres estrategias de afrontamiento que obtuvieron mayor puntuación, en orden ascendente a descendente fueron: aceptación, afrontamiento activo y planificación. Como se observa, todas esas estrategias son positivas ya que benefician a las personas ante la presencia de dificultades permitiendo que las afronten de una manera provechosa. (Macías, Orozco, Amarís, & Zambrano, 2013)

El quinto objetivo específico fue “Identificar el apoyo social procedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo de los cuidadores formales”, el cual se cumplió. En el cuestionario de apoyo social observamos que la media predominante es 29 en apoyo emocional. En la muestra observamos que los participantes se encuentran casados y tienen hijos, es de la familia de donde se tiende a percibir mayor apoyo emocional, el cual nos permite tolerar las situaciones cotidianas de estrés. (Maslach, 1982)

El último objetivo es “Identificar la satisfacción vital y la resiliencia de los cuidadores formales investigados.” En la escala de satisfacción vital (ESV) pudimos observar que la mayor puntuación fue la de “altamente satisfecho” con un 40%. Lo cual es un factor positivo en la prevención del burnout ya que Pavot, Diener, Colvin & Sandvik (1991) nos mencionan que un individuo satisfecho en su vida personal también lo será en su vida laboral.

En cuanto a la resiliencia, en la Brief Resilience Scale observamos que la media es de 18 lo que nos indica que la prevalencia de resiliencia es media. Ramos (2006) nos dice que las personas resilientes son capaces de enfrentar situaciones estresantes de manera positiva, por lo cual es un factor fundamental para prevenir la aparición del burnout.

CONCLUSIONES

1. En el perfil sociodemográfico de los participantes sobresalieron las siguientes características: es hombre, mestizo, casado, 47.5 años, con 2.5 hijos y son cuidadores formales. En las características sociodemográficas tienen 21.5 años de experiencia, trabajan a tiempo completo y poseen un contrato indefinido; laboran durante 13 horas, realizan turnos. Disponen medianamente de recursos. Reciben remuneración salarial, la misma que se encuentra entre \$0 y \$1000.
2. Existieron 25% de cuidadores formales con síndrome de burnout. El 10% de los participantes presentaron agotamiento emocional, el 20% despersonalización y el 15% baja realización personal.
3. El 17.50% de cuidadores formales presentaron son una sobrecarga intensa.
4. En cuanto a la satisfacción vital, un 40% de los participantes se sentían altamente satisfechos y apenas el 2.50% se sentían insatisfechos.
5. En el área de la salud, el 27.50% de los participantes presentaron síntomas somáticos, 32.50% ansiedad, 2.50% depresión y 2.50% disfunción social.
6. La estrategia de afrontamiento principal mayor puntuada fue la religión con una media de 3. En orden de ascendente a descendente, las siguientes fueron aceptación con una media de 2, afrontamiento activo con una media de 2 y planificación con una media de 2.
7. El apoyo social que mayor recibieron los participantes fue el "apoyo emocional" con una media de 29.
8. Finalmente, con un puntaje de 18 se concluyó que su resiliencia es media, lo que equivale a un nivel superior de la capacidad de afrontamiento positivo ante los problemas.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere tratar con el departamento de recursos humanos del centro médico, el manejo adecuado de los turnos rotativos para evitar una excesiva carga horaria en los profesionales, lo cual es un factor de riesgo para desarrollar síndrome de burnout; así como también es el factor que hace que algunos cuidadores sientan una “sobrecarga intensa”.
2. Se recomienda al personal directivo del centro médico que se analicen los recursos con los que cuenta cada área para evitar escases o carencia lo que podría generar situaciones conflictivas evitables.
3. Debido al puntaje de empleados con síndrome de burnout es alto, se recomienda al personal directivo del centro médico y como una intervención grupal, realizar charlas a todo el personal para enseñarles mayor variedad estrategias de afrontamiento positivas que les permitan tolerar el trabajo bajo presión al que están expuestos por su oficio. En especial debido a que los profesionales de la salud, con tantos años de experiencia como los que participaron en esta investigación, tienden a reprimir sus emociones lo cual explicaría la alta presencia de síntomas somáticos y ansiosos que se observó en las evaluaciones.
4. En cuanto a los empleados con diagnóstico confirmado, se recomienda a los directivos del centro médico, coordinar acciones para que reciban tratamiento psicoterapéutico individual por parte del psicólogo clínico de la Institución.
5. La satisfacción vital si bien obtuvo un puntaje positivo, esta se puede potenciar aun más, fomentando momentos de esparcimiento que permitan al profesional de la salud, disfrutar de su tiempo libre y realizar actividades que le generen mayor bienestar. Por lo cual se le sugiere al departamento de recursos humanos promover dichos eventos.
6. Se sugiere al ministerio de salud, realizar programas psicoeducativos sobre la resiliencia para lograr que aumente, ya que es fundamental en la profesión que ejercen por el alto número de situaciones con resultados mortales a las que se exponen. No debemos olvidar que ante todo el profesional de la salud es un ser humano con emociones y sentimientos que inevitablemente genera un lazo de empatía con el paciente a quien cuida durante tiempo prolongado.
7. Se recomienda a los investigadores trabajar en aumentar el nivel de apoyo instrumental, ya que aun cuando el paciente tenga relaciones sociales mediante las cuales sienta apoyo emocional, no es suficiente como factor de protección a menos que esa percepción sea llevada a la realización de acciones concretas.

8. Así también sugiero a los participantes de la investigación promover la práctica de actividades de relajación, como deportes, que les permitan disminuir sus niveles de síntomas somáticos, ansiosos y depresivos.
9. A los investigados, se les motiva a auto educarse en nuevos estilos de afrontamiento para que, al poseer más, aumenten su capacidad positiva de solución de conflictos.
10. Al grupo de investigación de la UTPL se sugiere establecer convenios en la ciudad de Quito con diferentes Instituciones donde den total apertura para poder realizar las futuras investigaciones.
11. A los futuros investigadores del presente tema recomiendo que enfoquen su investigación hacia los tipos de personalidad relacionándolos con el aumento o disminución de la posibilidad desarrollar de burnout que presenta cada uno.

BIBLIOGRAFÍA

- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M., y Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78(4), 505-516.
- Aldrete Rodríguez, M. G., Pando Moreno, M., Aranda Beltrán, C., & Balcázar Partida, N. (2003). Síndrome de Burnout en maestros de educación básica, nivel primaria de Guadalajara. *Investigación en salud*, 1, 1-10.
- Álvarez, E. & Gallegos, F. (1991). El síndrome de burnout o el desgaste profesional. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11, 257-265.
- Álvarez Gallego, E., & Fernández Ríos, L. (1991). El Síndrome de " Burnout" o el desgaste profesional. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 11, 257-265.
- Ávila, J., Gómez, L., & Montiel, M. (2010). Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud. *Pensamiento psicológico*, 8, 39-52.
- Borda, M., Navarro, E., Aun, E., Berdejo, H., Racedo, K., & Ruiz, J. (2006). Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. *Salud Uninorte*, 23, 43-51.
- Brill, P.L. (1984) The need for an operational definition of burnout. *Family and Community Health*, 6, 12-24.
- Buunk, B. P., y Schaufeli, W. B. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp.53-69).
- Caballero, M., Bermejo, F., Nieto, R., & Caballero. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud." *Atención primaria*, 27, 313-317.
- Calabrese, Gustavo. (2005). Guía de prevención y protección de los riesgos profesionales del anestesiólogo. *Anestesia Analgesia Reanimación*, 20, 5-108.
- Calvete, E, & Villa, A. (2000). Burnout y síntomas psicológicos: modelo de medida y relaciones estructurales. *Ansiedad y Estrés*, 6, 117-130.
- Carlotto, M., & Gobbi, M. (2001). Desempleo y síndrome de Burnout. *Revista de Psicología*, 10(1), Pág. 131-139.
- Cherniss, C. (1993). El papel de la autoeficacia profesional en la etiología del burnout. *Burnout profesional: desarrollos recientes en teoría e investigación*. Londres, Inglaterra.

- Cockerham, W.C. (2001). *Handbook of medical sociology*. Nueva York: Prentice-Hall.
- Corr, C. & Corr, D. (2006). "Desarrollo de una filosofía para la atención." Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Cox, T., Kuk, G., y Leiter, M. (1993). Burnout, health, work stress, and organizational healthiness. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (eds), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 177-193)
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49, 71-75.
- Dunwoodie, D., & Auret, K. (2007). Psychological morbidity and burnout in palliative care doctors in Western Australia. *Internal Medicine Journal*, 37, 693-698.
- Durán, M.A., Montalbán, F.M., Rey, L, Extremera, N. (2005). Engagement y burnout en el ámbito docente: análisis de sus relaciones con la satisfacción laboral y vital en una muestra de profesores. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21, 145-158.
- Dyrbye, L., Thomas, M., Massie, S., Power, D., Eacker, A., Harper, W., Shanafelt, T. (2008). Burnout and Suicidal Ideation among U.S. Medical Students. *Annals of Internal Medicine*, 149, 334-341.
- Edelwich, J. y Brodsky, A. (1980). *Stages of disillusionment in the helping professions*. Nueva York: Human Sciences Press.
- Emener, W.G., Luck, R.S. & Gosh, F.X. (1982). A theoretical investigation of the construct burnout. *Journal of Rehabilitation Administration*, 6(4), 188-196.
- Estela, L., Jiménez, C., Landeo, J., Tomateo, J., & Vega, J. (2010). Prevalencia de síndrome de burnout en alumnos del séptimo año de medicina de una universidad privada de Lima, Perú. *Revista Neuropsiquiatría*, 73, 147-156.
- Farber, B.A. (1984). Stress and Burnout in suburban teachers. *Journal of Educational Research*, 77 (6), 325-331.
- Fernández Ríos, L. (1991). El Síndrome de " Burnout" o el desgaste profesional. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 11, 257-265.
- Forbes, R. (2011). El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. *Éxito empresarial*, 160, 1-4.

Gallegos, E. & Fernández, R. (1991) El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional (II): Estudio empírico de los profesionales gallegos del área de Salud Mental. *Revista de la Asociación de Especialidades Neuropsicológicas*, 11, 267-271.

García, J. (2007). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory (MBI) en una muestra de trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. *Apuntes de psicología*, 25, 157-174.

Gavilema, P., & Pilamunga, M. (2014). Factores de riesgo asociados al síndrome de burnout en el personal profesional de enfermería del hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, provincia del Guayas, mayo 2013 - marzo 2014. Universidad Estatal de Bolívar, Guaranda, Ecuador.

Gil-Monte, P. & Peiró, J. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse. *Síntesis*, 1, Pp. 13-15.

Gil-Monte, P. (2001). Falta de reciprocidad en los intercambios sociales como antecedente del "síndrome de quemarse por el trabajo" (burnout) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal. *Revista de psicología social aplicada*, 11, 21-31.

Gil-Monte, P. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em Estudo*, 7, 3.10.

Gil-Monte, P. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Eletrônica Interação Psy*, 1, 19-33.

Gil-Monte, P. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la sociedad de bienestar. Madrid, España: Ediciones pirámide.

Gil-Monte, P. (2015). El síndrome de quemarse por el trabajo: burnout. *Congreso Internacional de Ergonomía y Psicología Aplicada*, 6, 1-27.

Gloria, R. (1984). El agotamiento (Burnout) en las profesiones de ayuda. *Revista de Treball Social*, 94, 42-57.

Golembiewski, R. T., Munzenrider, R. y Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site co-variants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19(4), 461-481

Gómez, M. (2016). Cuidado informal y formal de personas mayores dependientes. Universidad Pontificia Comillas Madrid, Madrid, España.

Gonçalves, E, Azpiri, J., Barbado, J., Cañones, P., Garzón, P., Fernández, A., Sandin, J., Serna, I. & Solla, J. (2002). Síndrome de Burn-out en el médico general. *Medicina general*, 43, 278-283.

Grajales, T. (2000). Tipos de investigación. *Altius*, 1, 1-4.

Grantham, H. (1985). Le diagnostic différentiel et le traitement du syndrome d'épuisement professionnel (burn-out). *Annual Médical Pshychologie*, 143, 776-7811.

Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Font-Mayola, Prats, M., & Braga, F. (2007). El burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados. *Información psicológica*, 91-92, 64-79.

Greenglass E. (1989). Career orientations and a career development among male and female teachers. *Psychol Report*, 64, 591-598

Guevara, C., Henao, P., & Herrera, J. (2004). Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. *Colombia médica*, 35, 173-178.

Harrison, W.D. (1983). «Un modelo de competencia social de Burnout». El estrés y el agotamiento en las profesiones de servicios humanos. Nueva York: Pergamon Press. pp. 256.

Hernández, J. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana Salud Pública*, 29, 103-110.

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2003). Metodología de la investigación. Ciudad de México, México: Editorial McGraw Hill.

Herrera, P. (2016). Estudio comparativo de prevalencia de síndrome de burnout en estudiantes de pregrado de facultades de psicología y medicina matriculados de quinto a decimo nivel y de la facultad de enfermería, nutrición y terapia física. Pontificia Universidad Católica, Quito, Ecuador.

Hirohisa, I., Hiroyuki, N., Yoshihiko, N., Satoko, N., Yoshihiko, S., Toshihiro, I., & Takahiko, Y. (2006). Prevalence of Burnout among Public Health Nurses in Charge of Mental Health Services and Emergency Care Systems in Japan. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 11, 286-291

Hobfoll, S. E. & Freedy, J. (1993). Conservation of re-sources: A general stress theory applied to burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), Professional burnout: Recent developments in theory and research (pp. 115-129).

- House, JS. & Kahn, R. (1985). Measures and concepts of social support. *Social Support and Health, 1*, 83–108.
- Howard, S., & Johnson, B. (2004). Resilient teachers: Resisting stress and burnout. *Social Psychology of Education, 7*, 399-420.
- Ibáñez, N., Vilaregut, A., & Abio, A. (2004). Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enfermería clínica, 14*, 142-151
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2010). “Estadísticas de matrimonios y divorcios 2016.” Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/censo-de-poblacion-y-vivienda/>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2010). “Mujeres y hombres del Ecuador en cifras III” Obtenido de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2015). “La natalidad se reduce en Ecuador en 2015.” Obtenido de <https://www.datosmacro.com/demografia/natalidad/ecuador>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2016). “Estadísticas de matrimonios y divorcios 2016.” Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/matrimonios-divorcios/>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. Estados Unidos, New York: Springer.
- Lobo, A., & Muñoz, P. E. (1996). Cuestionario de Salud General (GHQ). Guía para el usuario de las distintas versiones.
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M. J., & Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological medicine, 16*, 135-140.
- López, C. & Dominguez, A. (2010). Funcionamiento de la atención a la diversidad en la enseñanza primaria según la percepción de los orientadores. *Revista de Investigación en Educación, 7*, 50-60.
- López, C. (2004). Síndrome de burnout. *Revista Mexicana de Anestesiología, 27*, 131-133.
- Macías, M., Madariaga Orozco, C., Valle Amarís, M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe, 30* (1), 123-145.

- Marek (Eds), Professional Burnout. Recent developments in theory and Research. London:
- Marrau, C. (2004). El síndrome de burnout y sus posibles consecuencias en el trabajador docente. *Fundamentos en Humanidades*, 5, 53-68.
- Martínez, A. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Revista de Comunicación Vivat Académica*, 112, 42-80.
- Martínez, J. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista especialidad salud pública*, 71, 293-303.
- Martínez, S. & Preciado, M. (2009). Consecuencias de las políticas neoliberales sobre el trabajo y la salud de académicos universitarios: el burnout como fenómeno emergente. *Psicología y salud*, 19, 197-206.
- Marucco, M., Gil-Monte, P., & Flamenco, E. (2007). Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en pediatras de hospitales generales, estudio comparativo de la prevalencia medida con el mbi-hss y el cesqt. *Información psicológica*, 91-92, 33-42.
- Maslach, C. (1982) After-effects of job-related stress: Families as victims. *Journal of Organizational Behavior*, 3, 63-77.
- Maslach, C. (2014). Reflexiones sobre el síndrome de Burnout. *Liberabit*, 20, 199-208.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1986). Maslach burnout inventory (Vol. 21, pp. 3463-3464). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1981). Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. & Leiter, M. (1997) The truth about burnout: How organizations cause stress and what to do about it. San Francisco, Estados Unidos: JosseyBass.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. y Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Mejía, G. & Manrique, N. (1991). El estrés y sus relaciones con las condiciones de trabajo del personal de enfermería. *Investigación y educación en enfermería*, 9, 83-99.
- Montalvo, P. (2011). Prevalencia del síndrome de intestino irritable y su relación con el estrés laboral (burnout) en personal médico y administrativo del hospital regional IESS de la ciudad de Riobamba durante junio - julio del 2011. Pontificia Universidad Católica, Quito, Ecuador.

Morales, L., Vélez, R., Ramírez, C., Largada, M., Martínez, R. & Rodríguez, G. Prevalencia del síndrome de burnout en docentes de la Universidad Autónoma de Baja California, Mexicali, México. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 17, 36-40.

Moreno, B. (1997). La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 13, 185-207.

Moriana, J. & Herruzo, J. (2003). Estrés y burnout en profesores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 597-621.

Nagy, S. (1985). Burnout and selected variables as components of occupational stress. *Psychological Reports*, 56, 195-200.

Ordenes, N. (2004). Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río. *Revista Chilena Pediatría*, 75, 449-454

Organización Mundial de la Salud. (2018). "Onceava revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento." Madrid, España: Organización Mundial de la Salud.

Pascual, C., Pañego, M., & González, E. (2008). El pensamiento de los profesores de educación física sobre los factores que inciden en el síndrome del burnout. *Revista Fuentes*, 8, 84-102

Pavot, W., Diener, E. D., Colvin, C. R., & Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction with Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of personality assessment*, 57, 149-161.

Pearlin, L. I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of health and social behavior*, 11, 241-256.

Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of health and social behavior*, 30, 2-21.

Peiró, J. (1992). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid, España: Editorial Eudema.

Peiró, J. (1993). Estrés de rol y autoconfianza como variables antecedentes en el síndrome de burnout en profesionales de Enfermería. *Gestión de recursos humanos y calidad de vida laboral*, 1, 231-241.

Pines, A., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). Burnout: From tedium to personal growth. Free Pr.

Pines, A.M. (1993). Burnout: An existential perspective. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T.

- Price, D. M. & Murphy, P. A. (1984). Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death Education, 8*, 47-58.
- Quiceno, J. & Vinaccia, S. (2009). La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Diversitas, 5*, 321-336.
- Ramírez Pérez, M., & Zurita Zurita, R. (2010). Variables organizacionales y psicosociales asociadas al síndrome de burnout en trabajadores del ámbito educacional. *Pols Revista Latinoamericana, 25*, 1-19.
- Ramos, C. (2006). *Frecuencia y factores de riesgo asociados al síndrome de Burnout en un hospital de segundo nivel. Colima, Colima, México.*
- Rocha, J. (2002). Síndrome de "Burnout. ¿El médico de urgencias incansable?" *Revista Mexicana de Medicina de Urgencias, 1*, 48-56.
- Rodríguez Carvajal, R., & Rivas Herмосilla, S. D. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina y seguridad del trabajo, 57*, 72-88.
- Rubio, J. (2003). Fuentes de estrés, Síndrome de Burnout y Actitudes disfuncionales en Orientadores de Instituto de Enseñanza Secundaria. Universidad de Extremadura, Badajoz, España.
- Rubiol, G. (1984). El agotamiento (Burnout) en las profesiones de ayuda. RTS. *Revista de Treball Social, 94*, 42-57.
- Salanova, M., Bresó, E. & Schaufeli, B. (2005). Hacia un modelo espiral de las creencias de eficacia en el estudio del burnout y del engagement. *Ansiedad y estrés, 11*, 215-231.
- Sandín, B. (2002). Papel de las emociones negativas en el trastorno cardiovascular: un análisis crítico. *Revista de psicopatología y psicología clínica, 7*, 1-18.
- San-Juan, C. (2005). Burnout profesional ¿Un problema nuevo?: Reflexiones sobre el concepto y su evaluación. *Research Gate, 1*, 1-31.
- Schaufeli, W. B., & Van Dierendonck, D. (1993). The construct validity of two burnout measures. *Journal of organizational behavior, 14*, 631-647.
- Schaufeli, W.B., Martínez, I., Marqués-Pinto, A., Salanova, M. y Bakker, A. (2002). Burnout and engagement in university students: A cross-national study. *Journal of Cross-Cultural Studies, 33*, 464-481.
- Schweitzer, B. (1994). Stress and burnout in junior doctors. *Journal Home, 84*, 352-354.

Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social science & medicine*, 32, 705-714.

Taylor y Francis.

Tena, P., Sobrequés J., Segura, J., Manzano, E., Rodríguez, C., García, M., & Cebrià, J. (2002). Desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Barcelona. *Medifam*, 12, 17-25.

Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next?. *Journal of health and social behavior*, 8, 53-79.

Thomaé, M. N. V., Ayala, E. A., Sphan, M. S., & Stortti, M. A. (2006). Etiología y prevención del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud. *Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina*, 153, 41-43.

Thompson, M. S., Page, S. L., Cooper, C. L. (1993). A test of Caver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*, 9, 221-235.

Trujillo, M. (2011). "Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste ocupacional en el personal de salud del hospital de la policía Quito n°1, en las especialidades clínicas, quirúrgicas y críticas, asociado a características sociodemográficas, medioambientales y consumo de sustancias moduladoras en los meses de septiembre y octubre del 2011". Pontificia Universidad Católica del Ecuador: Quito, Ecuador.

Viera, A., Hernández, P., & Hernández, I. (2007). Estrés laboral y el síndrome de burnout en docentes venezolanos. *Salud de los Trabajadores*, 15, 71-87.

Vinaccia Alpi, S., & Alvaran Flórez, L. (2004). El síndrome del Burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: un estudio exploratorio. *Universitas Psychologica*, 3, 36-45.

Walker, G. A. (1986). Burnout: From metaphor to ideology. *Canadian Journal of Sociology/Cahiers canadiens de sociologie*, 11, 35-55.

Winnubst, J. (1993). Organizational structure, social support, and burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Series in applied psychology: Social issues and questions. Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 151-162). Philadelphia, PA, US: Taylor & Francis.

ANEXOS