



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIO HUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

“Prevalencia del estrés laboral crónico en cuidadores de adultos mayores de cinco centros gerontológicos en la ciudad de Cuenca en el año 2017”

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTOR: Vásquez Villacís, Jhonny Daniel

DIRECTORA: Mansanillas Rojas, Tatiana Cecibel, Mgtr

CENTRO UNIVERSITARIO CUENCA

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

Magister

Tatiana Cecibel Mansanillas Rojas.

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: “Prevalencia del estrés laboral crónico en cuidadores de adultos mayores de cinco centros gerontológicos en la ciudad de Cuenca en el año 2017” realizado por Jhonny Daniel Vásquez Villacís; ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, septiembre del 2018.

f)

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Jhonny Daniel Vásquez Villacís declaro ser el autor del presente trabajo de titulación: Prevalencia del estrés laboral crónico en cuidadores de adultos mayores de cinco centros gerontológicos en la ciudad de Cuenca en el año 2017, de la Titulación de Licenciado en Psicología, siendo la Magíster Tatiana Cecibel Mansanillas Rojas directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja, y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además, certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

f.

Autor: Jhonny Daniel Vásquez Villacís

Cédula: 0927237016

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación no está dedicado a alguien en especial, sino que está destinado a contribuir con el conocimiento científico. Este aporte no es algo que se pueda dedicar a un grupo de personas, sino a toda la humanidad.

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios, por haberme ofrecido la oportunidad de ser quien soy y de vivir este momento memorable. Agradezco sus bendiciones y sus lecciones, entiendo que todo ha sucedido con la finalidad de mi evolución espiritual.

Hay decenas de personas que directa e indirectamente han hecho posible de que me encuentre alcanzando una meta más. Sin duda alguna, mi mayor apoyo han sido mis padres y mis hermanos. Sin embargo, quiero mencionar a mi compañera y amiga Lucy Gómez, quien desde segundo ciclo ha sido y será un ejemplo de bondad, alegría, dedicación y superación.

Así también, gracias UTPL y a todos sus miembros que hicieron posible que, con el conocimiento y las competencias adquiridas, me dedique a contribuir profesionalmente a mi prójimo y así tener la grata satisfacción de estar colaborando a construir un mundo mejor.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA.....	i
APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO.....	5
1.1 Definiciones del estrés laboral crónico.....	6
1.1.1 Definiciones de las décadas de 1980.....	6
1.1.2 Definiciones de las décadas de 1990.....	6
1.1.3 Definiciones de las décadas del 2000.....	7
1.1.4 Definiciones de las décadas del 2010 hasta la actualidad.....	8
1.2. Consecuencias del estrés laboral crónico.....	9
1.2.1 Consecuencias en la salud en los cuidadores.....	9
1.2.2 Consecuencias en el trabajo en los cuidadores	10
1.3 Modelos explicativos del estrés laboral crónico	11
1.3.1 Modelos basados desde la teoría Sociocognitiva	11
1.3.1.1 Modelo de competencia social de Harrison.....	11
1.3.1.2 Modelo de autoeficacia de Cherniss.....	12
1.3.1.3 Modelo de Pines.....	13
1.3.1.4 Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993).....	13
1.3.2 Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social	14
1.3.2.1 Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli.....	14
1.3.2.2 Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddy.....	15
1.3.3 Modelos Desarrollados desde la Teoría organizacional.....	16
1.3.3.1 Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter.....	16
1.3.3.2 Modelo de Winnubst.....	17
1.3.3.3 Modelo de Cox, Kuk y Leiter.....	18
1.3.4 Modelos sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el Trabajo.....	18
1.3.4.1 Modelo Tridimensional de MBI- HSS (Maslach y Jackson).....	18
1.3.4.2 Modelo de Edelwich y Brodsky.....	19
1.3.4.3 Modelo de Price y Murphy.....	20

1.3.5 Modelo de la Teoría Estructural Modelo de Gil Monte	20
1.4 Importancia del estudio estrés laboral crónico en cuidadores	21
1.5 Prevalencia del estrés laboral crónico en los cuidadores	21
1.5.1 Prevalencia en cuidadores a nivel mundial.....	21
1.5.2. Prevalencia en cuidadores a nivel de Latinoamérica.....	22
1.5.3. Prevalencia en cuidadores a nivel nacional.....	23
1.6. Variables asociadas del estrés laboral en cuidadores.....	23
1.6.1 Variables sociodemográficas asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.	23
1.6.2 Variables laborales asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.	24
1.6.3 Variables asociadas al compromiso vital y satisfacción vital asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.	25
1.6.4 Variables moduladoras como: apoyo social, afrontamiento y resiliencia asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.....	26
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA.....	27
2.1 Objetivos	28
2.1.1 Objetivo general.....	28
2.1.2 Objetivos específicos	28
2.2 Preguntas de investigación:.....	28
2.3 Contexto de la investigación	29
2.4 Diseño de investigación.....	29
2.5 Población y muestra	30
2.5.1 Criterios de inclusión:	30
2.5.2 Criterios de exclusión:	30
2.5.3 Tipo de muestreo	30
2.6 Procedimiento:.....	30
2.7 Recursos	32
2.7.1 Recursos humanos	32
2.7.2 Recursos técnicos y materiales.....	32
2.8 Instrumentos de investigación	32
2.8.1. Cuestionario Sociodemográfico y laboral Ad-hoc.	32
2.8.2. Inventario del Estrés laboral crónico de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, 1986)	32
2.8.3. Entrevista de carga para cuidadores formales (Revuelta y Andújar, 2005).....	33
2.8.4. Escala de satisfacción vital (ESV) (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985)	33
2.8.5. Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire [GHQ-28]; Goldberg y Hillier, 1979)	34

2.8.6. Cuestionario de Apoyo Social MOS (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991).....	34
2.8.7. Inventario COPE-28 (Brief COPE; Carver, 1997)	35
2.8.8. Escala de resiliencia (Brief Resilience Scale, BRS; Smith et al. 2008)	35
CAPÍTULO III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	36
3.1 Características sociodemográficas de los cuidadores.....	37
3.2 Características laborales de los cuidadores.....	38
3.3 Resultados de las dimensiones del burnout en los cuidadores.....	39
3.4 Resultados de los casos de burnout en los cuidadores.	40
3.5 Resultados de la entrevista de carga para cuidadores formales.	40
3.6 Escala de satisfacción vital	40
3.7 Malestar emocional de los cuidadores.....	41
3.8 Estrategias de afrontamiento de los cuidadores	41
3.9 Percepción del apoyo social de los cuidadores.....	42
3.10 Brief Resilience Scale (BRS)	42
DISCUSIÓN.....	44
CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES	49
BIBLIOGRAFÍA:.....	50
ANEXOS.....	60

RESUMEN

El estrés laboral crónico o síndrome de burnout trae consigo problemas en la salud y en el desempeño laboral, no obstante, en Ecuador existen escasos estudios relacionados al tema, por esa razón, la presente investigación tuvo como objetivo principal identificar la prevalencia del estrés laboral crónico en cuidadores de adultos mayores de cinco centros gerontológicos en la ciudad de Cuenca en el año 2017.

La metodología empleada fue de tipo exploratoria, transaccional, cuantitativa, descriptiva y no experimental, con una muestra de 40 cuidadores a los cuales se aplicó una serie de baterías psicológicas, los instrumentos utilizados fueron: Cuestionario Sociodemográfico y laboral Ad-hoc, inventario del estrés laboral crónico de Maslach (MBI), entrevista de carga para cuidadores formales, escala de satisfacción vital, cuestionario de salud general, cuestionario de apoyo social, inventario Brief COPE-28, Brief Resilience Scale.

En relación a las dimensiones del estrés laboral crónico, se obtuvo que: el 2,5% de la muestra investigada puntuó alto en agotamiento emocional, el 12,5% obtuvo una alta despersonalización y el 25% presentó puntuaciones bajas en realización personal; no se evidenciaron casos de síndrome de burnout.

Palabras clave: cuidadores formales, síndrome de burnout, estrés laboral crónico.

ABSTRACT

Chronic work stress or burnout syndrome leads to problems in health and work performance, however, in Ecuador there are few studies related to the subject, for that reason, the present investigation had as main objective to identify the prevalence of chronic work stress in caregivers of adults over five gerontological centers in the city of Cuenca in 2017.

The methodology used was exploratory, transactional, quantitative, descriptive and non-experimental, with a sample of 40 caregivers to whom a series of psychological batteries was applied, the instruments used were: Ad-hoc Socio-demographic and labor questionnaire, Maslach Burnout Inventory (MBI), load interview for formal caregivers, life satisfaction scale, general health questionnaire, social support questionnaire, Brief COPE-28 Inventory, Brief Resilience Scale.

In relation to the dimensions of chronic work stress, it was found that: 2.5% of the sample investigated scored high in emotional exhaustion, 12.5% had a high depersonalization and 25% had low personal achievement scores; there were no cases of burnout syndrome.

Key words: formal caregivers, burnout syndrome, chronic work stress.

INTRODUCCIÓN

El burnout es un síndrome psicopatológico que sufren ciertos trabajadores como una respuesta prolongada a ciertos factores estresantes que se producen en el lugar en el cual ejercen sus labores. Las tres dimensiones del burnout que Maslach (1981) identifica son: el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal; Manzano (1998) también concuerda en la tridimensionalidad del síndrome de burnout, sin embargo, propone la siguiente secuencia: en primer lugar, aparece la baja realización personal para luego dar paso al cansancio emocional y posteriormente el sujeto desarrollará síntomas de despersonalización. Por otra parte, Edelwich y Brodsky (1980) describen al burnout como una pérdida continua de idealismo, energía y propósito.

La importancia del presente estudio radica en conocer la prevalencia de burnout en los cuidadores formales para contribuir con la construcción de un panorama a nivel nacional acerca de la situación en la que se encuentran las cuidadoras respecto a la parte psíquica, física, social y emocional; así también, la información que se recolectó y analizó permitirá desarrollar y sugerir ciertas estrategias y planes de prevención para evitar el burnout; a su vez la investigación indaga sobre ciertas variables que pueden funcionar como factores de riesgo que pueden facilitar el desarrollo del síndrome, o ciertas variables que pueden funcionar como factor de protección ante el desarrollo del burnout.

Este estudio tiene por objetivo identificar la prevalencia del estrés laboral crónico en cuidadores de adultos mayores de cinco centros gerontológicos en la ciudad de Cuenca en el año 2017, los objetivos específicos de esta investigación son: identificar las características sociodemográficas y laborales, valorar las dimensiones del estrés laboral crónico, el nivel de la carga laboral, el nivel de satisfacción vital y el bienestar general de los cuidadores de la muestra, así también, especificar las estrategias de afrontamiento más utilizadas, identificar el nivel del apoyo social percibido y calificar el nivel de resiliencia de los trabajadores participantes.

Son diversas las variables que pueden influir directa e indirectamente en el desarrollo del síndrome de burnout, por lo tanto, se ha presentado una serie de baterías psicológicas que se encargan de recoger datos necesarios para cumplir el objetivo general y los objetivos específicos. Esta investigación tuvo un enfoque cuantitativo con alcance descriptivo y fue realizada a 40 cuidadores pertenecientes a los cinco centros gerontológicos evaluados.

Este trabajo se ha dividido en cinco capítulos distribuidos de la siguiente manera:

Capítulo 1: Marco teórico, encargado de exponer el contexto acerca del síndrome de burnout, las definiciones desde el año 70 hasta la actualidad, las consecuencias, diferentes modelos explicativos del burnout, la importancia del estudio de esta psicopatología y la prevalencia alrededor del mundo y dentro del país, también se mencionan las variables que inciden en el desarrollo de este problema.

Capítulo 2: Metodología, en este capítulo se detallan los objetivos de esta investigación, el contexto en el que tuvo lugar la investigación, la muestra participante, el procedimiento que fue llevado a cabo, los recursos que fueron necesarios y los instrumentos empleados para la recolección de datos.

Respecto al diseño del estudio, es de tipo: cuantitativo, no experimental, transversal o transeccional, descriptivo y exploratorio.

Capítulo 3: Resultados, en esta sección se colocaron los resultados de cada test, los cuales fueron expresados en tabla seguidas de una descripción narrativa que expone en forma de párrafo los datos obtenidos; en total se realizaron diez tablas.

Discusión: aquí se encuentra la esencia del trabajo realizado, el cual está constituido por la exposición de los resultados obtenidos y su vinculación con los datos obtenidos por otros estudios, así también, se encuentra el aporte personal del autor de esta investigación.

Conclusiones y recomendaciones: en cuanto a las conclusiones, la información más relevante expone que no se evidenciaron casos de síndrome de burnout en la muestra aplicada, sin embargo, se plantean ciertas recomendaciones para los trabajadores y las instituciones.

Existieron ciertas limitantes, tales como la no participación de todos los centros gerontológicos que fueron visitados, así también, ciertos participantes tenían cierto miedo de que la información recabada pueda generar algún conflicto con sus superiores, en cuanto a las facilidades, la batería de test fue contestada fácilmente en el transcurso de aproximadamente media hora.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1 Definiciones del estrés laboral crónico en cuidadores

Desde los años 70 que el estrés laboral crónico comenzó a ser estudiado con la finalidad de comprender cómo y porqué se producen las fases por las que atraviesa, a su vez, todas esas investigaciones tienen la misma finalidad: mejorar la calidad de vida de aquellas personas, sugiriendo formas de evitar el síndrome de burnout.

1.1.1 Definiciones de las décadas de 1980.

En esta década se propone analizar al síndrome de burnout desde tres perspectivas: agotamiento emocional, despersonalización y el sentimiento de bajo logro, Maslach y Jackson (1986) afirman que el agotamiento emocional se entiende como el cansancio psíquico, físico o ambos; la despersonalización implica sentirse irritado, apático, sarcástico, involucra muchos sentimientos y conductas negativas, y el sentimiento de bajo logro, se relaciona con tener la impresión de no lograr ser competente en ciertas áreas de su vida, así también le suele acompañar una baja autoestima y poca motivación en la consecución de las metas.

El burnout en el trabajo implica que el empleado percibe una discrepancia entre los esfuerzos realizados y los resultados obtenidos de sus labores, además experimentan sensaciones negativas que a su vez deterioran su auto-concepto; este problema suele tener mayor prevalencia en personas que tratan directamente con los clientes o pacientes, los profesionales que muestran mayor incidencia en el síndrome de burnout son: médicos, profesores y enfermeras (Faber, 1983).

Por otro lado, Leiter y Maslach (1988) sugieren que el burnout se suele presentar siguiendo cierto patrón, al principio los requerimientos y tareas de las empresas podrían saturar psíquicamente al personal, a consecuencia de eso se da la despersonalización, la cual es empleada como un mecanismo de afrontamiento, y finalmente tiene lugar una baja realización en su ámbito laboral, donde la persona no puede desempeñarse correctamente debido a la falta de un buen estado de ánimo, motivación y confianza en sí mismo.

1.1.2 Definiciones de las décadas de 1990.

Según Gil-Monte y Peiró (1997) el síndrome de burnout es considerado como una forma de reacción que se da ante el estrés laboral crónico, la cual está acompañada de formas negativas de sentir, pensar y actuar, que afectan al individuo a un nivel psicofisiológico y por consiguiente la entidad donde labora también se ve afectada por su desempeño poco adecuado.

Lee y Ashforth (1993) mencionan que el estrés que incide en el rol del profesional tiene una relación directa con el sentimiento de agotamiento psíquico que a su vez causa la despersonalización indirecta, en 1996 los autores identifican diferentes factores que inciden en el estrés producido: estrés del rol desempeñado, presión en sus labores, sucesos estresantes, sobrecarga de trabajo, ambigüedad del rol y conflicto en los roles, los cuales mostraron una considerable relación con el agotamiento psíquico o emocional.

Por otro lado, Klarreich (1990) sostiene que el burnout se da en cuatro fases: en la primera fase se pueden encontrar sentimientos de omnipotencia, de lograr todas sus metas; en la segunda, comienzan a aparecer sentimientos negativos, su forma de actuar ya no demuestra el entusiasmo la fase anterior sino más bien se encuentra desanimado, no obstante se mantiene cierta esperanza de que esforzándose más, aún puede lograr los objetivos; en la tercera, los sentimientos negativos se intensifican, aquí la persona comienza a perder la confianza en sí mismo y en sus capacidades, constantemente se muestra irritado ,debido a que, siente que no es capaz de lograr aquella meta; en la última fase aparece un cuadro clínico de depresión, baja autoestima y un auto-concepto deteriorado,

1.1.3 Definiciones de las décadas del 2000.

Se considera al síndrome de burnout como una psicopatología que es producida debido a la presencia de estrés crónico, entre sus características más comunes está el hecho de que esa patología no desaparece con el descanso, si no que se produce por un afrontamiento ineficaz ante los requerimientos que son demandados en el lugar de trabajo (Marshall y Kasman, 1992).

El síntoma del quemado en el trabajo, suele tener mayor prevalencia en personas que se dedican al cuidado de personas que necesitan de una atención constante, tales como personas con alguna enfermedad terminal o discapacidad, afirmándose que existe mayor correlación entre el síndrome y las personas que comenzaron en el ámbito laboral con una elevada vocación en sus profesiones (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001). Burnout es una palabra de origen anglosajón que implica lo siguiente: estar quemado en el trabajo, perder la ilusión del mismo, sentirse desgastado o quemado (Aranda, 2010).

Asimismo, se identifican dos perfiles en el proceso del estrés laboral crónico: el primer perfil muestra sentimientos y conductas que son producto del estrés en el trabajo, los cuales originan un malestar, pero en un nivel moderado; eso implica que la persona aún puede realizar su trabajo, pero podría realizarlo de mejor manera, así también se experimenta una baja ilusión en el trabajo y desgaste psíquico, sin embargo, en este perfil las personas no experimentan sentimientos de culpa, en el segundo perfil se evidencian los mismos síntomas

del primer perfil, aunque se le añaden los sentimientos de culpa; este perfil conlleva una psicopatología más severa (Gil-Monte, 2007).

Leiter y Maslach (2001) presentan una nueva definición del burnout en el trabajo, en este caso como un síndrome tridimensional con las siguientes dimensiones: agotamiento extenuante o abrumador, sentimiento de cinismo y desapego del trabajo, y sensación de falta de eficacia y falta de logros o consecución de metas.

1.1.4 Definiciones de las décadas del 2010 hasta la actualidad.

De acuerdo con Martínez (2010), el síndrome de burnout se produce debido a la falta de motivación que siente el empleado, así también, por el cansancio emocional generado por el trabajo, el cual puede conllevar a la aparición de sentimientos de falta de adecuación o éxito a nivel profesional.

Por otra parte, Carrillo-Esper, Gómez y Espinoza de los Monteros (2012) identifican cuatro niveles en los que puede manifestarse el síndrome de burnout: leve, se caracteriza por presencia de cansancio y ciertas quejas, la persona comienza a mostrar una conducta un poco pasiva; moderado, en donde se comienza a aislar del resto, se evidencia una actitud negativa, problemas de concentración y atención; grave, el afectado falta varias veces al trabajo, se automedica para evitar los sentimientos negativos, consume alcohol o se droga; extremo, en este nivel se pueden encontrar cuadros clínicos graves, la persona suele somatizar el estrés y en ciertos casos puede cometer suicidio.

Según lo que afirman, Juárez, Idrovo, Camacho y Placencia (2014), la personalidad es una de las variables que influye directamente en el origen del síndrome de burnout, por ejemplo, un tipo de personalidad como la que se evidencia en el obsesivo-compulsivo va a permitir que se genere con mayor facilidad el burnout, de igual manera alguien que necesita ser el centro de atención de los demás, que tenga rasgos de una personalidad histriónica o también ciertos rasgos narcisistas, puede contraer fácilmente el síndrome de burnout; este tipo de personas suelen anhelar un alto estatus económico especialmente para demostrar a los demás su valía (Saborío e Hidalgo, 2015).

De acuerdo con, Amigo (2015), el estrés laboral crónico es una psicopatología causada por estrés crónico laboral que se origina debido a la imposibilidad de desenvolverse de forma adecuada en el trabajo, por otra parte, Ramírez (2017) afirma que el síndrome de burnout trae consigo emociones y actitudes negativas que son reacciones ante el estrés producido en el trabajo, a su vez menciona que, esa sintomatología genera problemas a nivel

personal e interpersonal; la persona suele presentarse asocial, muestra señales de apatía, afectividad aplanada y anhedonia.

1.2. Consecuencias del estrés laboral crónico

1.2.1 Consecuencias en la salud en los cuidadores

Los cuidadores se enfrentan en su diaria labor a varios eventos estresantes, entre los cuales están: pacientes que se encuentran en estado crítico, fallecimiento de algún paciente, inconformidad por el servicio recibido por parte de los pacientes, turnos de labores exigentes, etc., por este motivo, se pueden evidenciar ciertas consecuencias como: problemas al dormir, descuido en sí mismo, poca libertad, disminución de contacto en sus relaciones personales e inclusive con sus propios familiares (Santiago, Ferrara y Blank, 2008).

Gil Monte (2003) establece cuatro categorías en las que incide el burnout: a nivel emocional se evidencia cierto distanciamiento de la persona afectada hacia sus allegados; muestra síntomas de ansiedad, depresión y se generan sentimientos de soledad; en cuanto a las actitudes, se presenta la hostilidad y actitudes negativas; en lo que respecta a la conducta, la persona suele mostrar agresividad, hostilidad y cambios en su humor; a nivel somático pueden aparecer problemas en el sistema respiratorio, nervioso y cardiovascular.

Según Freudenberger (1974) menciona que los síntomas emocionales que se pueden evidenciar en la persona que sufre burnout son: ira, irritabilidad, frustración, agotamiento, llanto fácil; la persona suele volverse algo apática, terca y necia, suele sufrir de depresión el cual es el cuadro comórbido más frecuente, también se puede presentar solamente el trastorno de ansiedad o desarrollar un trastorno mixto ansioso depresivo, por otro lado, Newstrom (2011) expresa que este tipo de personas pueden vivir constantemente estresadas o preocupadas y suelen mostrarse nerviosas e irritables, se muestran pasivas y desmotivadas a colaborar con los demás.

Al analizar los síntomas somáticos, Freudenberger (1974) afirma que la persona que sufre burnout presenta: fatiga física, cefaleas, problemas de digestión, inconvenientes al dormir y mal aliento, mientras que Gil-Monte y Peiró (1997) añaden que también se presentan problemas de hipertensión, taquicardia, fallas en el sistema inmunológico, problemas sexuales, úlceras y gastritis.

La salud física no depende únicamente de factores externos que intervienen en el sistema-biológico, los seres humanos pueden enfermarse por varios motivos, uno de ellos es el estrés constante; una persona que presenta síntomas del síndrome de burnout, se encuentra más propensa a contraer alguna enfermedad, debido a que su sistema inmune se

encuentra debilitado. Si alguien vive en constante estrés no va a disfrutar plenamente su vida (Rodríguez, 2017).

1.2.2 Consecuencias en el trabajo en los cuidadores

Los trabajadores que sufren estrés laboral crónico presentan problemas en su desempeño organizacional, por ende, sus niveles de eficacia disminuyen notablemente, los afectados con el burnout suelen mantener conductas y emociones negativas no solamente en el trabajo sino también en su vida personal, entre los problemas más comunes se manifiesta: el absentismo laboral, abuso de drogas o alcohol, aparecen conductas agresivas, incluso conductas que pueden poner en riesgo la integridad propia o la de los demás (Apiquian, 2007).

Así también, disminuye de forma considerable la eficacia con la que realizaba sus labores y se muestra poco competente; las relaciones interpersonales y la comunicación sufren afectaciones, se evidencia un bajo compromiso con la organización que conlleva a un deterioro drástico del servicio prestado recibiendo más quejas de los pacientes sobre el trato recibido; también se puede evidenciar la falta de iniciativa, se muestra pasivo, además su capacidad para planificar, dirigir, proyectar, resulta empobrecida (Moreno, González, Garrosa, 2001).

Además, se debe tener en cuenta, que la institución debe vigilar y cuidar por la salud física y psicológica de sus trabajadores, si un empleado llega a desarrollar el síndrome de burnout debido a los diversos factores que ya se han mencionado, si llegase a renunciar no sólo pierde el que renuncia sino también la institución; la alta rotación de personal trae consigo mayores gastos para la entidad, tanto la organización como el individuo pierden a medida que no se atienden sus necesidades, provocando molestias en la atención que se brinda a sus pacientes o clientes (Martínez, 2010).

Si las empresas y entes públicos estuvieran conscientes de las consecuencias que conlleva una persona con síndrome de burnout, se tomarían en serio el crear estrategias para prevenirlo, en muchas instituciones se trata de obtener el mayor potencial de un trabajador, a la vez que se intenta reducir costos, sin embargo, cuando existe mucha presión o demasiadas tareas sobre los trabajadores, la productividad tiende a reducirse de manera notable (Leiter y Maslach, 2001).

1.3 Modelos explicativos del estrés laboral crónico

Con la finalidad de entender cómo el síndrome de burnout afecta a las personas en sus labores, se han desarrollado ciertos modelos que tienen la finalidad de dar sus perspectivas acerca de la etiología y el desarrollo de este trastorno psicológico.

1.3.1 Modelos basados desde la teoría Sociocognitiva

1.3.1.1 Modelo de competencia social de Harrison.

Harrison (1983) considera que las personas que deciden trabajar en profesiones dedicadas a los servicios de ayuda se encuentran con una alta motivación y a su vez tienen un alto nivel de altruismo; en el medio en el que desempeñan sus labores se pueden encontrar con factores que faciliten su labor o, al contrario, factores que dificultan sus funciones. Entre los diversos factores de ayuda o barreras que se pueden encontrar tenemos los siguientes: sobrecarga de tareas, los recursos con los que cuenta la organización, ambigüedad en el rol, la competencia profesional que tenga la persona, objetivos laborales alcanzables, el poder de tomar decisiones y la retroalimentación que recibe por parte de los mismos pacientes o de los que se encuentran en cargos superiores.

De acuerdo con el presente modelo, la eficacia con la que el profesional va a alcanzar los objetivos propuestos, depende de la motivación que tiene de ayudar a los demás, de esta forma se puede deducir que el empleado será más eficiente en su trabajo cuando tenga mayor motivación, así también, esa eficacia puede incrementarse aún más si en su medio laboral cuenta con factores de ayuda, contribuyendo a que el trabajador tenga un mejor autoconcepto y a la vez se sienta más competente en su área, la retroalimentación que ellos reciban incrementará el sentimiento de valía para la sociedad, llegando a sentirse muy importantes para el bien común y favorecerá a que la persona se mantenga laborando debido a la gran satisfacción que siente.

Cuando sucede lo contrario y se presentan factores de barrera, sus sentimientos de ser eficaz tienden a disminuir, es decir, como el profesional no logra alcanzar sus objetivos estos van a influir de tal manera en que sus esperanzas de conseguirlos van a tender a desaparecer; cuando se da esa situación con el tiempo aparece el burnout, en consecuencia, de esto los factores barrera tienden a aumentar, desencadenando acontecimientos que logran que la motivación por ayudar a los demás se desvanezcan, y a su vez el auto-concepto y sentido de eficacia vaya deteriorándose o disminuyendo; los empleados que tienen grandes expectativas en cuanto al logro de los objetivos, y sus labores involucran ayudar a los demás, suelen ser más propensos al burnout (Harrison, 1983).

Cuando uno se siente muy motivado a realizar algo, más aún si la finalidad es ayudar a los demás, puede entregar todo de sí mismo; en ciertas ocasiones la misma persona se presiona intentando brindar su ayuda descuidando aspectos de su vida personal, en otras ocasiones ciertos dirigentes pueden aprovecharse de la gran motivación de estas personas, para entregarles más tareas de las que podrían manejar.

1.3.1.2 Modelo de autoeficacia de Cherniss.

Cherniss (1993) propone que ciertos factores del entorno laboral que permiten que el profesional se sienta exitoso, son aquellos que pueden prevenir el origen del burnout, entre esos factores positivos encontramos los siguientes: capacidad de autonomía, poder controlar las diferentes situaciones, recibir una retroalimentación adecuada, constructiva y apoyo social recibido por parte de sus compañeros de trabajo o de su supervisor.

Este modelo puede deducir una relación causa y efecto en lo que respecta a la percepción que tiene el empleado de su eficiencia o nivel de competencia en relación con el desarrollo o no del síndrome de burnout, este autor se apoya del concepto de autoeficacia percibida definida por Bandura (1986) en el que se señala que la autoeficacia percibida se relaciona con la percepción que tiene la persona acerca de las capacidades que tiene para lograr controlar las diversas situaciones que se le presenten o que le afecten.

Las personas que tienen la percepción de ser altamente eficaces, suelen sentirse menos estresados ante situaciones amenazantes, es decir cuando confían en que son capaces de afrontar de manera adecuada los diferentes inconvenientes, las situaciones tensionales no les causan un gran nivel de estrés (Cherniss, 1993); cuando el trabajador logra la consecución de sus metas propuestas, consigue una retroalimentación de que es capaz de lograr lo que se propone, se siente autosuficiente, por el contrario, cuando no lo logra, aparecen sentimientos de haber fracasado, su percepción de ser eficiente disminuye y es entonces cuando se puede desarrollar el burnout.

En ciertas ocasiones cuando un trabajador no tiene mucha experiencia en alguna área, puede sentirse inseguro, esto suele ser común, por ejemplo, en profesionales recién graduados que no tienen una amplia trayectoria laboral, esta falta de experiencia es uno de los factores que inciden en que la persona no se sienta totalmente segura de que podrá afrontar cualquier situación que se le presente, por ende, una persona insegura es más propensa a que se estrese y como consecuencia comenzarán a aparecer síntomas del síndrome de burnout.

1.3.1.3 Modelo de Pines.

Este modelo propuesto por Pines (1993), muestra similitud con el modelo desarrollado por Harrison, el modelo de Pines afirma que son las personas las que le otorgan un “sentido existencial” a sus labores, lo que incrementa las posibilidades de que desarrolle el síndrome de burnout, con sentido existencial el autor desea referirse a aquellas personas que, en su ayuda social orientada al servicio de los demás en su trabajo, encuentran un sentido a la vida sintiéndose así valioso para los demás y encontrando un justificativo a su existencia.

Pines (1993) afirma que mientras más altas sean las expectativas o metas del profesional, más probable será que desarrolle el burnout, cuando esas personas no logran alcanzar las metas esperadas sienten una gran inconformidad consigo mismos, debido a que, tienen la percepción errada de que no son capaces de contribuir adecuadamente a los demás, a su vez el autor deduce que, una persona que al principio no se encuentra muy motivada con los factores tensionales puede sentirse agobiado, estresado y cansado; sin embargo, no llega a padecer del síndrome de burnout.

1.3.1.4 Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993).

De acuerdo con Thompson, Page y Cooper (1993) se identifican cuatro factores que pueden ser los desencadenantes del síndrome de burnout: la disonancia que existe entre las labores asignadas y los recursos con los que cuenta el trabajador, el autoconcepto que tenga el empleado, el gran anhelo de éxito que tenga y finalmente la autoconfianza que tenga, así también, consideran que la autoconciencia es lo más importante en la aparición del burnout, pues se atribuye a esta capacidad como un rasgo de la personalidad del empleado.

La autoconciencia es la habilidad que tiene el trabajador de regular automáticamente su nivel de estrés mientras está desarrollando ciertas actividades que tienen como finalidad alcanzar ciertas metas, los autores mencionados llegan a la conclusión de que una persona que tiene un alto nivel de autoconciencia suele tener una inclinación a auto percibirse de una forma excesiva, lo que les conduce a experimentar con más intensidad sus niveles de estrés, mientras que las personas que tienen una baja autoconciencia suelen experimentar menores niveles de estrés.

Se plantea que el estar consciente de las diferencias percibidas entre lo que les demanda el trabajo y los recursos con los que cuenta, puede aumentar el nivel de autoconciencia en ciertas personas, influyendo directamente sobre su estado de ánimo,

causando que el profesional pierda confianza en sí mismo para lograr sobrellevar aquella diferencia.

Los trabajadores que de forma continua no logran sus metas propuestas tienen un alto nivel de pesimismo y autoconciencia, suelen aliviar la disonancia cognitiva “huyendo” mentalmente o deciden mostrarse pasivos ante la situación de estrés, con una actitud pasiva o un retiro conductual suelen ir perdiendo el deseo de encontrar una solución a los factores estresantes percibidos en la consecución de sus metas, este tipo de retiro conductual se asemeja a la despersonalización; en los casos en el que los empleados no consiguen “huir” conductual o mentalmente aparece el agotamiento emocional y los sentimientos de desamparo profesional (Párraga, 2005).

La existencia de rasgos intensos de autoconciencia y pesimismo en los profesionales de servicios de ayuda, potencia el retiro del esfuerzo que deberían invertir para resolver las discrepancias, lo que supone una forma de distanciamiento frente a la experiencia o al riesgo de experimentar emociones negativas. Se señala también que altos niveles de autoconciencia aumentan la experiencia de desilusión, frustración o pérdida, por otra parte, la predisposición a adoptar unas expectativas optimistas de éxito en la resolución de las discrepancias puede reforzar la confianza de los trabajadores en su habilidad, promoviendo su persistencia en los intentos para reducir la discrepancia (López, 2013).

La percepción que tenemos sobre nosotros mismos y del mundo que nos rodea, va a determinar nuestro estado de ánimo y nuestra conducta, una persona puede analizar una misma situación desde diferentes perspectivas, es nuestra forma de pensar, la que nos puede liberar o nos puede encadenar, además es importante conocer los diferentes tipos de distorsiones cognitivas para identificarlas de manera oportuna y hacer nuestra vida más llevadera.

1.3.2 Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social

1.3.2.1 Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli.

De acuerdo con Buunk y Schaufeli (1993), la etiología del síndrome de burnout se puede explicar desde dos perspectivas: la relación interpersonal que llevan con sus pacientes y por otro lado se encuentra la comparación social con los demás trabajadores en la organización y los procesos de afiliación con los mismos; cuando los trabajadores se sienten estresados no suelen buscar el apoyo de sus compañeros de trabajo, suele suceder lo contrario, se distancian de los demás debido a que tienen la idea errada de que van a ser considerados como malos profesionales.

En lo que respecta a las relaciones interpersonales con los pacientes, los cuidadores están expuestos ante tres variables que les pueden generar estrés y aumentar el riesgo de desarrollar el síndrome de burnout; la incertidumbre, que se refiere a la falta de seguridad en relación con lo que uno está sintiendo, pensando o tiene dudas en base a la forma de actuar; la percepción de equidad, como la comparación entre lo que los trabajadores entregan y reciben por parte de los pacientes en el transcurso de sus labores, y finalmente la falta de control, que se relaciona con la baja capacidad que puede tener el cuidador en llevar el control de sus labores (Buunk y Schaufeli, 1993).

Por otra parte, los mismos autores mencionan que las labores de los cuidadores suelen producir niveles de inseguridad considerables, suelen sentir incertidumbre en relación a cómo se están desempeñando con sus pacientes, tanto en el trato como en la satisfacción de las expectativas que tienen los pacientes de los cuidadores; usualmente los pacientes suelen encontrarse en estados de ansiedad o suelen demostrar preocupación, lo cual propicia a que la interacción con los pacientes no resulte satisfactoria y a su vez influye directamente en las expectativas que tienen los cuidadores de las recompensas y la sensación de equidad en sus labores.

Para las personas de ciertas sociedades, la definición de éxito puede significar tener títulos académicos, un trabajo bien remunerado, una casa grande, un auto lujoso y viajar constantemente por el mundo, en otra sociedad tal vez consideren a aquel que tiene un amplio conocimiento sobre la vida y mucha experiencia en diferentes ámbitos; depende del lugar en donde se viva las personas suelen compartir estas metas comunes y suelen fijarse metas que su cultura le sugiere, por ende, una persona se siente exitosa en base a los parámetros en los que se esté comparando, es la sociedad la que presiona a competir el uno contra el otro enfrascando la vida en metas superficiales.

1.3.2.2 Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddy.

Hobfoll y Fredy (1993) exponen que el estrés aparece a medida que los cuidadores tienen la percepción de que lo que les mantiene motivados se está viendo amenazado o está siendo frustrado, los factores de estrés laboral suelen poner en riesgo los diferentes recursos con los que cuenta el trabajador, debido a que se produce cierta incertidumbre sobre la capacidad de sus habilidades en el desarrollo de su carrera profesional. Los autores también enfatizan lo importante que son las relaciones que tenga el profesional con las demás personas de la organización como los compañeros, pacientes y supervisores en la generación del estrés laboral.

Según este modelo planteado, los profesionales se enfocan en cuidarse de no perder los recursos con los que cuentan, lo cual es considerado como más importante que conseguir recursos adicionales, es así como se concluye que, la pérdida de recursos influye de forma directa en el desarrollo del burnout, no obstante, el hecho de lograr tener recursos adicionales puede contribuir a que el síndrome de burnout no se presente debido a que disminuye el riesgo de tener pocos recursos.

Los autores sugieren que esta estrategia de afrontamiento se basa en adoptar una conducta activa en la cual el trabajador se siente motivado a aumentar los recursos que posee, gracias a eso sus niveles de estrés se mantendrán en un nivel bajo y el burnout no se producirá, de igual manera, las percepciones sobre sí mismo se verán mejoradas al contar con mayores recursos.

1.3.3 Modelos Desarrollados desde la Teoría organizacional

1.3.3.1 Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter.

De acuerdo con los autores, el burnout se suele dar cuando los profesionales ya no cuentan con el mismo compromiso que tenían con el trabajo desde el inicio del mismo; esto se da como consecuencia del estrés producido en sus labores; estos problemas se generan debido a ciertos factores estresantes tales como: el exceso de tareas en el trabajo o también lo contrario cuando hay muy pocas tareas a desempeñar o pobre estimulación en el trabajo, en los dos escenarios el trabajador siente que no tiene la suficiente autonomía ni capacidad de control lo cual acarrea problemas en su auto-concepto y la aparición de sentimientos o conductas negativas y como consecuencia generan la última dimensión, el distanciamiento.

El trabajador puede adoptar cierta conducta para afrontar estos momentos estresantes, cuando aparece el distanciamiento del trabajador de la fuente de estrés, se pueden dar dos escenarios: en el primer caso este distanciamiento puede tener un resultado constructivo, el profesional logra atender al paciente sin perder la empatía con el mismo, pero no se involucra en mayor medida en lo que les acontece a sus pacientes; en el segundo caso se puede dar un distanciamiento que esté acompañado de cinismo, falta de empatía y apatía, lo cual sería equivalente a la despersonalización lo que implica señales del síndrome de burnout (Golembiewski, Munzenrider y Carter, 1983).

En las primeras etapas que se presentan los factores barrera el trabajador intentará solucionarlos de manera constructiva, sin embargo, si los problemas continúan apareciendo la persona puede llegar a comportarse con los demás como si ellos fuesen objetos, a consecuencia de esto surge la despersonalización que es considerada como una de las

primeras señales del origen del síndrome de burnout, luego el cuidador puede generar una sensación de bajo logro laboral lo cual tiempo después va a generar agotamiento emocional, en las fases avanzadas del burnout el trabajador siente unos bajos niveles de satisfacción, implicación y superación en el trabajo (Golembiewski, Hills y Daly, 1987).

1.3.3.2 Modelo de Winnubst.

El síndrome de burnout puede darse en trabajadores de cualquier profesión y no exclusivamente en profesionales dedicados a prestar servicios de ayuda a los demás (Winnubst, 1993), en este modelo el autor se enfoca en la interacción de diversos factores en la organización tales como: el apoyo social, el ambiente de trabajo, la estructura de la organización y la cultura de la misma, esas variables serían las implicadas en la aparición del síndrome de burnout, así también distingue dos tipos de estructuras que se pueden encontrar en las organizaciones: las burocracias mecánicas y las burocracias profesionalizadas.

Por un lado, en la burocracia mecánica nos encontramos con trabajos que son estandarizados, es decir se siguen ciertas normas y se apunta hacia la perfección; en este tipo de burocracias mecánicas el burnout puede aparecer debido al agotamiento emocional, el cual es causado debido a la monotonía del trabajo y también por falta de control debido a que prevalece una comunicación vertical.

Por otro lado, en la burocracia profesionalizada se puede evidenciar un bajo nivel de formalidad, se incentiva la creatividad y la autonomía, en las burocracias profesionalizadas el síndrome de burnout puede presentarse debido a la debilidad existente en la estructura organizacional; este tipo de estructura suele generar mayores problemas entre los trabajadores y en el rol desempeñado, sin embargo, el tipo de comunicación horizontal que prevalece en este tipo de burocracia, permite ciertas ventajas como el trabajo en equipo, una mejor dirección de las tareas y una comunicación más eficiente.

El autor Winnubst (1993) concluye señalando que el apoyo social es un factor clave que incide sobre la percepción que tiene el profesional de la organización, y por ende incide sobre la etiología del síndrome de burnout.

Cuando se considera al trabajador como una pieza más de aquella gran máquina en operación, este puede sentir que podría ser fácilmente reemplazado, han existido importantes avances desde que surgió la revolución industrial en cuanto a los derechos de los trabajadores, el medio laboral en el que se desenvuelven y la forma de ser tratados, no obstante, aún queda mucho por mejorar, ya que siguen existiendo trabajadores que sufren del síndrome de burnout.

1.3.3.3 Modelo de Cox, Kuk y Leiter.

Cox, Kuk y Leiter (1993) proponen un modelo de la etiología del síndrome de burnout a través de una perspectiva transaccional de estrés en el trabajo, consideran que es más prevalente en cuidadores dedicados a servicios humanitarios, consideran que el padecimiento se origina como una reacción ante el estrés en el trabajo, es decir, cuando la persona siente que está siendo ineficaz enfrentando los diversos estresores del entorno laboral y adopta ciertas estrategias de afrontamiento como la despersonalización; aparecen los siguientes síntomas: cansancio, sensación de debilidad, confusión mental, tensión, ansiedad y sentimientos de amenaza.

El agotamiento emocional es el factor central en la etiología del síndrome de burnout, esa sensación negativa implica tener la percepción de sentirse gastado, afecta a nivel emocional y a la sensación de bienestar, es así como se considera a la despersonalización como una respuesta para afrontar la sensación de sentirse agotado, así también los sentimientos de bajo logro en el trabajo se pueden evidenciar en las evaluaciones que se les hacen a los trabajadores en cuanto a su percepción del estrés experimentado, pues este estrés está relacionado con los objetivos no cumplidos o metas no logradas en el trabajo y el significado que tiene el trabajo para ellos (Cox, Kuk y Leiter, 1993).

Otro factor importante que se toma en consideración en la etiología del síndrome de burnout, es la salud del trabajador, la salud psicológica de los trabajadores viene influida por los siguientes ámbitos referentes a la institución: ambiente psicosocial percibido, estructura de la organización, políticas internas y procedimientos (Moreno y León, 2010), el sentimiento de un bajo logro profesional influye directamente en el agotamiento emocional, el cual, a su vez, da paso a la actitud de despersonalización (Apiquian, 2007).

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

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

Maslach y Jackson (1981) consideran al síndrome de burnout como una respuesta ante el estrés laboral experimentado en el trabajo, eso involucra actitudes y emociones negativas con los demás compañeros de trabajo, con los pacientes y hacia sí mismo, los autores identifican tres factores importantes de los cuales surge su modelo tridimensional: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

El primer factor es el agotamiento emocional, ese puede ser identificado por la sensación de falta de energía, de entusiasmo, frustración, ansiedad, irritación, sentimiento de

no poder más; puntuaciones altas en este apartado de 9 ítems corresponden a la sensación de encontrarse exhausto debido a las cargas laborales.

La segunda variable es la despersonalización que se caracteriza por una conducta que demuestra insensibilidad emocional en las relaciones interpersonales con los demás; la persona que sufre de despersonalización puede mostrarse apático, frío, indiferente, pesimista y cínico con sus compañeros de trabajo y supervisores pacientes o clientes; puntuaciones altas en este apartado de 5 ítems indican mayor nivel de despersonalización.

La última variable de baja realización personal mide la autoeficacia del trabajador en sus labores y pueden aparecer sentimientos de ineficacia, incompetencia, baja autoestima, descontento con sus labores y sensación de fracaso inminente; son 8 ítems los que se relacionan con esa variable, una baja puntuación en este factor implica una menor sensación de realización personal.

El MBI o Maslach Burnout Inventory es un instrumento de evaluación que permite detectar la presencia del síndrome de burnout en los profesionales, el test contiene 22 enunciados recabando información sobre los pensamientos y sentimientos que tiene la persona sobre sus labores; valora los ítems identificándolos en tres variables (Buzzetti, 2005).

1.3.4.2 Modelo de Edelwich y Brodsky.

El modelo de Edelwich y Brodsky (1980) considera que el síndrome de burnout se da en una serie de etapas en las cuales presenta el desencanto o decepción de las labores; además estos autores mencionan que estas fases pueden darse de manera cíclica, repitiéndose varias veces en su vida o incluso en el mismo trabajo, se plantean cuatro fases:

Entusiasmo: El trabajador se encuentra con mucha energía y ve a su trabajo como una actividad estimulante; cuenta con muchas aspiraciones y los conflictos parecen no afectar tanto en esta fase.

Estancamiento: Se produce cuando la persona no logra alcanzar los objetivos propuestos, además las expectativas del trabajo se vienen abajo y considera que las metas que se planteó son muy difíciles de lograr.

Frustración: En esta fase aparecen ciertos sentimientos y actitudes negativas tales como el estrés, ansiedad, desilusión, falta de motivación en el trabajo y problemas psicológicos.

Apatía: Se da un sentimiento de despersonalización en el cual la persona se resigna a no poder satisfacer las demandas del puesto ocupado, por lo general la persona se muestra frívola, indiferente y poco amigable en sus relaciones interpersonales.

1.3.4.3 Modelo de Price y Murphy.

Price y Murphy (1984) consideran al síndrome de burnout como un proceso en el cual la persona se adapta a las diferentes situaciones estresantes en el trabajo, estos autores proponen que el burnout se parece a un proceso de duelo, ya que el profesional siente una pérdida de ilusión del trabajo, además, en las relaciones interpersonales también se evidencia un deterioro a nivel social.

En este modelo se establecen seis fases sintomáticas comunes: el profesional se siente desorientado, experimenta labilidad emocional, comienza a sentir culpa debido al fracaso en sus labores y experimenta sensaciones negativas como la soledad y la tristeza; si supera la fase anterior puede pedir ayuda ante su situación lo cual conduce a la sexta fase que sería la obtención del equilibrio en su trabajo.

El ser humano ha sobrevivido con éxito por miles de años en entornos totalmente distintos gracias a su capacidad de adaptación, cuando una persona se enfrenta a situaciones estresantes en su trabajo y se estanca, no logra encontrar ninguna solución a su condición, comienzan a aparecer los síntomas de burnout.

1.3.5 Modelo de la Teoría Estructural Modelo de Gil Monte

Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995) propusieron un modelo estructural que identifica la etiología, el desarrollo y los problemas que causa el síndrome de burnout, consideran al burnout como una reacción ante el estrés que sufre el profesional en su trabajo debido a conflictos en el rol y ambigüedades en el mismo.

El burnout tiene lugar cuando la persona percibe que las estrategias que ha empleado para combatir el estrés no funcionan de la manera esperada; este sentimiento de impotencia puede desencadenar problemas de salud, sentimiento de poca satisfacción en sus labores, deseos de renunciar, etc.; además se ha identificado dos perfiles en el burnout: el primer perfil está caracterizado por falta de ilusión en las labores y alto desgaste emocional, no obstante, los trabajadores no sienten culpa en este perfil; el segundo perfil implica unos síntomas más acentuados del perfil anteriormente mencionado con la presencia de sentimientos de culpa.

1.4 Importancia del estudio estrés laboral crónico en cuidadores

Gil-Monte (2003) afirma que la necesidad de investigar acerca del síndrome de burnout viene de la mano de la necesidad de estudiar los procesos de estrés que se dan en el trabajo. Las diferentes instituciones cada vez se preocupan más en ofrecer mejores condiciones laborales a sus trabajadores, de esta manera se considera de gran importancia el estudio del burnout debido a que repercute en la salud física y psicológica de los individuos, afectando incluso a las personas con las que se relaciona como demás trabajadores y los pacientes o clientes, eso a su vez, trae consecuencias negativas para el desarrollo de la organización.

Feresin (2009) sostiene que la importancia del estudio del burnout también se da debido al incremento de la prevalencia de esta patología alrededor de todo el mundo, además de poner en manifiesto las diferentes consecuencias que conlleva el burnout, tales como: mal servicio brindado al paciente o cliente, ineficacia en sus labores, actitud pasiva del trabajador, mayor nivel de absentismo al trabajo, problemas en la productividad y mayor rotación de personal.

Es por esto que debido a las consecuencias de los múltiples factores estresantes que sufren especialmente los cuidadores, personas dedicadas al servicio de los demás, ha surgido el interés por mejorar las condiciones laborales de los mismo, lo que se intenta es contrarrestar los efectos negativos, conociendo su etiología, identificando sus fases de desarrollo, sus consecuencias, etc. Si no se le diera la importancia necesaria a este síndrome, la salud psicológica de aquellos trabajadores se viera afectada en gran medida, brindando un mal servicio a sus pacientes y deteriorando sus relaciones personales, en el peor de los casos se perderían profesionales muy necesarios para el bienestar de la sociedad.

1.5 Prevalencia del estrés laboral crónico en los cuidadores

1.5.1 Prevalencia en cuidadores a nivel mundial.

Un estudio realizado a fines del siglo XX demostró de una muestra de 600 enfermeras en Bélgica que el 24% de ellas sufrían del síndrome de burnout (Stordeur, 1999), otro estudio en la ciudad de Murcia, España, determinó los siguientes índices en personas profesionales de la salud y auxiliares: 30% de ellos tenía síntomas de despersonalización, 26,5% en agotamiento emocional y un 20% en cuanto a la baja realización personal (López, 2002), en Estados Unidos según un estudio realizado a 68724 cuidadores de la salud, se demostró que el 38% de los evaluados sufría estrés laboral crónico (Arias, 2012).

Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga (2009) llevaron a cabo unos de los estudios más importantes sobre el burnout a nivel mundial, el mismo lo realizaron con una muestra de 11530 profesionales en el área de la salud, otorgando los siguientes puntajes sobre el porcentaje de prevalencia de este síndrome: el 14,9% de los profesionales seleccionados en España presentaron burnout, el 14,4% en Argentina, el 7,9% en Uruguay, entre un 2,5% y 5,9% en los países de Ecuador, Perú, México, Colombia, Guatemala y El Salvador, de igual manera se determinó que en la profesión de medicina existía una prevalencia más alta de presentar el síndrome con un 12,1%, seguido por el 7,2% en profesiones como enfermería, nutrición y odontología y finalmente psicología con un porcentaje del 6%.

Miranda, Monzalvo, Hernández y Ocampo (2016) realizaron un estudio en México a 535 cuidadores de la salud, en el cual el 93,8% de la muestra la representaban mujeres, en este estudio se halló que el 33,8% de las personas evaluadas padecían el síndrome de burnout, además se determinó el 56,4% de la muestra presentaba síntomas de despersonalización, el 44,1% mostraba síntomas de agotamiento emocional y el 92,9% una baja realización personal.

1.5.2. Prevalencia en cuidadores a nivel de Latinoamérica.

Rodríguez y Vernaza (2012) realizaron un estudio que involucró a una muestra de 11530 profesionales de la salud, en donde se obtuvieron los siguientes resultados: el 14% de la muestra en Argentina padecía el síndrome de burnout, en México un 4,2%, Uruguay un 7,9%, Ecuador mostró un 4%, en Perú se evidenció un 5,9%, en Guatemala un 4,5% y en El Salvador un 2,5%.

Por otro lado, en un estudio realizado en São Paulo, Brasil a 69 cuidadoras de la salud, se demostró que el 21,4% sufría síntomas de cansancio emocional, el 9,3% despersonalización y el 31,3% baja realización personal (Gasparino, 2013).

Arteaga (2014) realizó un estudio en Perú a una muestra comprendida por 540 profesionales de la salud, en el cual se determinó que el 3,87% presentaba estrés laboral crónico.

En Chile, al estudiar una muestra de 163 cuidadores de la salud, se obtuvieron los siguientes resultados: el 33,3% mostraba agotamiento emocional, el 17,9% sentimientos de despersonalización y el 50,8% baja realización personal (Aldrete, Navarro, Gonzáles, Contreras y Pérez, 2015).

Mejía y García (2016) sostienen que en Colombia se obtuvieron los siguientes datos sobre una muestra de 44 enfermeras: baja realización personal en un 55%, agotamiento emocional en un 48%, sentimientos de despersonalización en un 50%.

1.5.3. Prevalencia en cuidadores a nivel nacional.

Tenesaca, Uzhca y Valarezo (2011) expresan que, de una muestra de 59 enfermeras en un hospital de Ecuador, 54 padecían el síndrome de burnout, además se obtuvieron los siguientes datos adicionales: el 91,5% presentaba agotamiento emocional, el 86,4% síntomas de despersonalización y un 94.9% mostraban una baja realización personal.

En una investigación realizada a las 24 provincias del Ecuador se encontró que el 36,4% del personal, entre enfermeros y médicos sufría del síndrome de burnout (Ramírez, 2015), las personas entrevistadas eran en promedio mujeres de 40 años con ingresos mensuales superiores a mil dólares, con 10 o más años de experiencia laboral y atendiendo a una media de 17 pacientes al día. La muestra tenía un total de 2404 profesionales de la salud, entre cuidadores y médicos, además, se obtuvo que el 17,6% padecía agotamiento emocional, el 13,6% síntomas de despersonalización y el 18,2% refirió una baja realización personal.

Coello (2016) refiere que en un estudio realizado en Ecuador a médicos y enfermeras del Hospital de Ambato y del Hospital Carlos Andrade Marín en Quito, se evidenció que el 67% de los profesionales sufría estrés laboral.

1.6. Variables asociadas del estrés laboral en cuidadores

1.6.1 Variables sociodemográficas asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.

Las variables sociodemográficas más importantes en la etiología del síndrome de burnout son las siguientes: edad, estado civil, género, cargo desempeñado, cantidad de horas que laboran, la profesión ejercida, ingesta de alcohol o uso de cigarrillos y tiempo que le dedican a la recreación (González y Luzuriaga, 2013), de igual manera, Sandoval (2000) menciona que la edad, el género, la etnia, remuneración, número de hijos y estado civil, son variables que inciden en el estrés laboral crónico.

En relación a la variable de edad, ciertos estudios afirman que a mayor edad hay mayor probabilidad de sufrir el burnout (Carballal, 2014), mientras que otros evidencian lo contrario, a menor edad mayor posibilidad de padecer el burnout (Cotito, 2016; Jara, 2016), de igual forma se ha encontrado que no existe una diferencia significativa en cuanto a la edad y la etiología del síndrome (Ortega, 2015). En relación a las dimensiones del síndrome, se

suele evidenciar mayor prevalencia de despersonalización en los hombres, debido a que, estos suelen encontrarse menos involucrados con los pacientes, a diferencia de las mujeres que suelen sufrir mayor desgaste emocional (Martín, 2009).

Ramírez (2015) afirma mediante un estudio realizado en Ecuador de que la etnia mestiza tiene menos probabilidades de sentirse con baja realización personal, por otro lado, Manzano (1998) plantea que las personas que se encuentran casadas, en unión libre o mantienen una relación estable suelen tener menor probabilidad de sufrir el síndrome de burnout, debido a que poseen una mejor capacidad de afrontar los factores estresantes a diferencia de las solteras.

Las personas que no tienen hijos tienen mayores posibilidades de sufrir síntomas de despersonalización, en cambio, los que tienen hijos suelen presentar mayores niveles de agotamiento emocional (Durán y García, 2013), asimismo, un profesional mal remunerado suele presentar mayor probabilidad de padecer el síndrome de burnout (Aldrete, Navarro, Gonzáles, Contreras y Pérez, 2015).

1.6.2 Variables laborales asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.

Méndez (2015) menciona las siguientes variables laborales que influyen en el padecimiento del síndrome de burnout:

- El cuidador se encuentra involucrado emocionalmente con los sentimientos y problemas de los pacientes de forma constante.
- Demasiadas tareas y responsabilidades asignadas, provocan el estrés laboral cuando las formas de enfrentar estos factores no son eficaces.
- Falta de los recursos necesarios para llevar a cabo de manera correcta todos los procedimientos de sus labores, esto involucra también la aparición de los sentimientos de baja realización personal.
- Problemas en el desempeño de las tareas debido a ambigüedades en su rol.
- Tareas asignadas que sobrepasan las capacidades de los profesionales, incluso cuando se otorgan actividades que no son responsabilidad del trabajador.
- Los trabajadores pueden sentirse inseguros cuando se dan nuevos avances tecnológicos a los cuales deben intentar adaptarse con rapidez.
- Los cuidadores de la salud frecuentemente suelen ejercer sus actividades fuera del horario laboral común, el trabajo nocturno no sólo puede conllevar problemas psicológicos a la persona, sino que también puede afectar a su sistema familiar.
- Poco reconocimiento social de las labores que desempeñan los cuidadores de la salud.

- No se le presta demasiada atención a las recomendaciones que aporten los cuidadores de la salud en lo que son los procesos con los que se realiza su trabajo.
- Falta de implementación de nuevas metodologías que pueden mejorar los servicios prestados a los pacientes.

Estas son algunas de las variables laborales que influyen directamente en los niveles de estrés en los cuidadores, sin embargo, se pueden mencionar otros factores que están relacionados con la aparición del burnout, tales como: las condiciones del entorno, las buenas relaciones interpersonales con sus compañeros de trabajo, el trato de los jefes o superiores e incluso el salario recibido.

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

Klinger (2000) afirma que el compromiso vital está relacionado con los deberes o la dedicación de una persona con la sociedad o con la vida en sí, para lograr esto, recomienda realizar de manera consecutiva ciertas metas que estén acorde con la sociedad donde vive, refiriéndose a esto, como el deseo arraigado que tiene la persona de lograr ciertos objetivos

Por otra parte, Montero (2008) sostiene que el compromiso está relacionado con la percepción de ser responsable sobre el trabajo realizado y de los objetivos de cierto grupo o alguna comunidad con la que se interactúa, así también, Parslow, Jorm, Christensen y Mackinnon (2006) afirman que tener un compromiso vital influye como una medida de protección ante las situaciones de estrés, trayendo consigo no sólo beneficios en la salud mental sino también aspectos positivos en la salud física, además, se considera que tener un compromiso vital en relación con las actividades que se realiza ayuda a disminuir el nivel de neuroticismo y a su vez incrementa la extroversión.

En cuanto a la satisfacción vital, Aznar (2004) lo define como la percepción de tipo cognitiva sobre la calidad de vida que se lleva, este proceso cognitivo se lleva a cabo por medio de una comparación social de acuerdo a los estándares que tenga cada uno, ya que, la persona hace una evaluación general de todos los aspectos que conforman su vida y de las satisfacciones que experimenta.

La satisfacción vital va a depender de los compromisos y objetivos que tenga cada persona, sentirse satisfecho con su vida va a contribuir a una buena estabilidad emocional y psicológica. Se puede listar las siguientes variables asociadas a la satisfacción vital: percepción de tener control sobre sí mismo o también sobre aspectos externos a la persona, sensación de autoeficacia, la autoestima, las redes sociales con las que cuenta la persona, el apoyo social percibido, los valores que tiene la persona y la sociedad en la que convive.

Lee y Ashforth (1993) relacionan que cuando existe una menor satisfacción en la vida de las personas mayor será el agotamiento emocional que va a experimentar, volviéndolo más vulnerable de padecer el síndrome de burnout.

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

Fernández y Abascal (2009) manifiestan que el apoyo social, hace referencia a eventos interpersonales y psicosociales que mantienen el bienestar y la salud de las personas, los individuos que son consideradas como apoyo social suelen estar vinculados a su círculo social más cercano, por ejemplo: amigos íntimos, familiares, compañeros de labores, etc., que pueden proveer consejos, compañía, apoyo en momentos difíciles, ayuda y consuelo. Pérez y García (1999) señalan que, en los cuidadores de la salud, el apoyo social es uno de los pilares fundamentales que ayuda a que la persona no padezca el síndrome de burnout, afirma que el mayor apoyo social recibido reduce los síntomas del burnout.

Se define a la resiliencia como la capacidad de una persona de adaptarse de manera positiva ante los sentimientos de estrés (Fletcher y Sarkar, 2013), por otra parte, Serrano y Parra (2013) consideran que esta implica sobrellevar de buena manera el estrés, además de aguantar la presión antes situaciones difíciles y tomar a cabo las medidas o estrategias necesarias para poder sobreponerse de aquellas situaciones problemáticas, mientras que, Mealer y Jones (2012) consideran que mejorar la resiliencia de los profesionales y cuidadores de la salud les permite enfrentarse de mejor manera ante las situaciones estresantes de sus labores lo cual va a disminuir la posibilidad de padecer el síndrome de burnout.

Referente a las estrategias de afrontamiento Pérez y García (1999) sostienen que son procesos que el profesional suele ejecutar cuando siente que se encuentra ante una situación estresante o difícil, ya que, el uso de correctas de estas estrategias de afrontamiento va a permitir afrontar de mejor manera las situaciones complicadas; es así que la aplicación de estrategias de afrontamiento adecuadas, logran reducir la probabilidad de sufrir burnout (Garrosa, Rainho, Moreno y Jiménez, 2010)

Por otro lado Connor y Smith (2007) declaran que se pueden diferenciar tres tipos de estrategias de afrontamiento: las estrategias de afrontamiento de compromiso, las cuales son considerados como constantes intentos para intentar controlar la situación; las estrategias de afrontamiento de apoyo, que se refiere a ayudar a los demás a que puedan manejar el problema presentado y finalmente las estrategias de afrontamiento de falta de compromiso, que se refiere a la separación, desapego, evitación o queme importismo de la situación conflictiva.

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo general

- Identificar la prevalencia del estrés laboral crónico y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal) en cuidadores de adultos mayores de cinco centros gerontológicos en la ciudad de Cuenca en el año 2017.

2.1.2 Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas y laborales de los cuidadores de adultos mayores de cinco establecimientos gerontológicos de la ciudad de Cuenca.
- Valorar las dimensiones del estrés laboral crónico (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal) en los cuidadores de los centros gerontológicos.
- Conocer el nivel de carga y la salud general de los cuidadores evaluados
- Identificar los modos de afrontamiento más utilizadas por los cuidadores de los centros gerontológicos.
- Identificar el apoyo social procedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo de la población investigada
- Conocer la satisfacción vital y la resiliencia de los cuidadores de los cinco centros gerontológicos

2.2 Preguntas de investigación:

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales de los cuidadores de los cinco centros gerontológicos?
- ¿Cuál es la prevalencia del síndrome del estrés laboral crónico en los cuidadores de la muestra?
- ¿En cuál de las tres dimensiones del estrés laboral crónico se evidencia un alto nivel en los cuidadores participantes?
- ¿Cuáles son los tipos de afrontamiento y apoyo social que más utilizan los cuidadores de esta investigación?

2.3 Contexto de la investigación

La presente investigación evaluó al personal de cuidadores de adultos mayores de cuatro centros gerontológicos privados y uno municipal, en la ciudad de Cuenca. El objetivo común de estos centros es de ofrecer atención integral destinada a mejorar la calidad de vida de los pacientes, esto involucra: otorgar asistencia en las actividades diarias, brindar los cuidados necesarios y realizar actividades que satisfagan las necesidades biopsicosociales y espirituales de las personas que atienden.

Los cinco centros gerontológicos brindan el servicio de internamiento; estas entidades ofrecen al adulto mayor: atención médica, atención psicológica y social, servicios de cuidado y enfermería las 24 horas, terapias ocupacionales, terapia espiritual, terapias de rehabilitación física y mental, entre otros; además los mismos cuentan con los requerimientos básicos para su funcionamiento, la mayor diferencia entre instituciones radica en la cantidad de adultos mayores que albergan, la infraestructura y la cantidad de trabajadores con los que cuenta.

Los cuidadores son los responsables de colaborar en la higiene personal de los adultos mayores, supervisan la toma de medicamentos en caso de que el adulto mayor esté con medicación, a su vez, lo ayudan en su movilidad dentro de la institución, les colaboran a levantarse y a acostarse en sus camas, realizan o cooperan en la ejecución de tareas de enfermería, en síntesis, asisten al adulto mayor en cualquier actividad que no puedan realizar solos, ya sea por discapacidad física o mental.

2.4 Diseño de investigación

Respecto a las características de la investigación: de tipo cuantitativo, ya que las mediciones con los instrumentos ofrecen datos de tipo numérico que expresan ciertas cantidades que posteriormente serán analizadas con métodos estadísticos, así también, es no experimental, debido a que no hubo manipulación de variables mientras se aplicaron los test, incluso fueron aplicados en su ambiente natural de trabajo (Hernández, 2014)

A su vez, es de tipo transversal o transeccional debido a que la información recolectada se obtuvo en un solo momento dado (Liu, 2008; Tucker, 2004), es de tipo descriptivo, porque la información de las variables fue detallada y descrita gracias a los datos obtenidos en los diferentes test y por último de tipo exploratorio porque es un tema poco explorado o nuevo, que va a contribuir a futuras investigaciones. (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

2.5 Población y muestra

La población objeto de este estudio fueron los cuidadores de adultos mayores de los cuatro centros gerontológicos privados y uno municipal ubicados en la ciudad de Cuenca en el año 2017. En estas cinco instituciones laboraban un total de 47 cuidadores de adultos mayores.

Para realizar la selección de los participantes de la muestra se establecieron ciertos criterios de inclusión y de exclusión, los cuales son expuestos a continuación:

2.5.1 Criterios de inclusión:

- Encontrarse en situación activa.
- Firmar el consentimiento informado.
- Tener como mínimo 1 año de experiencia.

2.5.2 Criterios de exclusión:

- No aceptar la participación dentro de este estudio.
- No encontrarse en la institución (maternidad o enfermedad).
- Tener más de 65 años de edad.

2.5.3 Tipo de muestreo

El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico, ya que, la elección de la muestra depende de las características o causas relacionadas con la investigación y no de una probabilidad (Hernández, 2014) y por conveniencia, debido a que, se seleccionaron los individuos que le convenía al investigador por su fácil acceso (Battaglia, 2008). La muestra final fue conformada por 40 cuidadores de adultos mayores de los cinco centros gerontológicos en ciudad de Cuenca, quienes cumplieron con los criterios de inclusión.

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.

2.6 Procedimiento:

El desarrollo de este trabajo de titulación se realizó siguiendo los pasos expuestos a continuación:

1. Previo al trabajo de campo

Auto aplicación de la batería de test: El investigador se auto aplicó la batería de test, de esta manera logró conocer las instrucciones de los instrumentos y el contenido de cada uno de los

ítems, para poder resolver de manera oportuna las dudas que surgieran en los participantes, a la vez, el tiempo de aplicación de los test fue cronometrado, siendo culminado en aproximadamente media hora; este dato fue relevante para indicar, a los directivos de los centros gerontológicos, la duración de la aplicación de los test a cada trabajador.

Visitas a los centros gerontológicos: Se visitaron varios centros gerontológicos para solicitar la autorización necesaria para desarrollar la presente investigación. En el primer acercamiento se explicó brevemente el trabajo (tema, objetivos y metodología), además fue presentado un oficio en el cual se resumía el propósito de la investigación; se informó también de la confidencialidad de los datos que se obtendrían tanto de la institución como de cada participante voluntario. Cuando se obtuvo autorización por parte de los directivos de cinco centros gerontológicos, fue establecido un cronograma, en el cual, se indicaba los horarios en los que se realizaría la aplicación de los test a los cuidadores.

2. Trabajo de campo

Socialización de la investigación a los cuidadores: Dentro de cada una de las cinco instituciones se explicó, a los cuidadores, la finalidad del trabajo investigativo para que puedan conocer: los objetivos que se persigue, los instrumentos que serán empleados, el acuerdo de confidencialidad de la información, el tiempo que tomará contestar la batería de test, y los criterios de inclusión y de exclusión.

Firma del consentimiento informado: Cuando el cuidador acepta participar y cumple con los criterios de inclusión se procede a entregarle y explicarle el oficio del consentimiento informado, el cual es indispensable que sea completado con esferográfico, indicando su nombre completo y su firma, para tener constancia de la aprobación del trabajador de participar en forma voluntaria en la investigación.

Aplicación de la batería de test a los participantes: Se aplicó la batería de test de forma individual para no interferir en el desenvolvimiento normal de las labores en la institución. Se dieron las pautas necesarias para responder los test y se contestaron todas las dudas que surgieron en los cuidadores. El tiempo promedio en que los participantes completaron los instrumentos fue de media hora. Este proceso se culminó en un mes, durante el cual se realizó una visita semanal a cada uno de los cinco centros gerontológicos.

3. Posterior al trabajo de campo

Calificación de los instrumentos aplicados, análisis y discusión de resultados: Luego de haber aplicado la batería de instrumentos a los 40 cuidadores de adultos mayores de la muestra investigada, se procedió a la calificación de los test, para lograr esto se ingresó la información

recolectada en una matriz de datos en donde se calificaron de acuerdo a los lineamientos de cada reactivo, obteniendo así el resultado cuantitativo y su equivalencia cualitativa. Finalmente, los resultados fueron descritos, analizados y discutidos en el capítulo 3 de este trabajo de titulación.

2.7 Recursos

2.7.1 Recursos humanos

- **Participantes:** Cuidadores de adultos mayores de cinco centros gerontológicos ubicados en la ciudad de Cuenca en el año 2017.
- **Investigador:** Jhonny Daniel Vásquez Villacis
- **Asesoría:** Mgtr. Tatiana Mansanillas Rojas.

2.7.2 Recursos técnicos y materiales

- Fotocopias de la batería de test para cada evaluado
- Materiales de escritorio
- Equipo de computación e impresora

2.8 Instrumentos de investigación

Para el cumplimiento de los objetivos planteados en la investigación, se utilizó la batería de instrumentos que se detalla a continuación:

2.8.1. Cuestionario Sociodemográfico y laboral Ad-hoc.

Este cuestionario fue diseñado específicamente para la investigación, el mismo se centra en obtener información de tipo sociodemográfica mostrando las siguientes variables: género, edad, ciudad, zona, etnia, cantidad de hijos y estado civil, además, recoge características de tipo laboral como: salario, años de experiencia profesional, tipo de contrato, tipo de trabajo, horas de trabajo, turnos, número de pacientes y recursos institucionales.

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

Este instrumento mide el desgaste profesional en el individuo a partir de tres constructos o dimensiones: el agotamiento emocional, entendido como la sensación de encontrarse agotado o exhausto, la despersonalización, que implica la falta de empatía o buen trato con las personas con las cuales trabaja y la realización personal que se refiere a que tan satisfecha se encuentra la persona en sus labores (Maslach y Jackson, 1986).

Este inventario emplea una escala de tipo Likert con puntuaciones de 0 a 6 (desde nunca hasta diariamente), consta de 22 ítems, los cuales buscan recabar información sobre pensamientos, sentimientos y actitudes en sus labores, estos ítems están distribuidos de la siguiente manera: el agotamiento emocional 9 ítems, (1,2,3,6,8,13,14,16,20), con una puntuación máxima de 54, la despersonalización 5 ítems, (5,10,11,15,22), con puntuación máxima de 30 y la realización personal 8 ítems (4,7,9,12,17,18,19,21), con puntuación máxima de 48.

Para evidenciar la presencia de burnout se debe observar puntajes altos en agotamiento emocional y despersonalización y un puntaje bajo en realización personal (Maslach y Jackson, 1986; versión española de Seisdedos, 1997), este inventario tiene una muy buena consistencia interna y fiabilidad que ronda el 90%. (González, Lacasta, y Ordoñez, 2008).

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

Este instrumento evalúa la carga que puede llegar a tener el cuidador hacia su labor, el mismo es una adaptación de la entrevista para cuidadores informales que fue inicialmente desarrollada por Zarit, Orr y Zarit en 1985. Se evidencian cinco dimensiones: agotamiento y desesperanza, consecuencias negativas personales y sociales, preocupación por las personas a las que cuida, responsabilidad y respuesta emocional en sus labores.

Esta adaptación consta de 22 enunciados que pueden ser respondidos en una escala de tipo Likert con cinco alternativas que va desde uno (nunca) hasta cinco (casi siempre), el resultado cuantitativo se obtiene de la sumatoria de las respuestas colocadas en cada ítem, para determinar el resultado cualitativo se utiliza los siguientes puntos de corte: si es menor a 46 no hay sobrecarga, si está entre 47 a 55 existe sobrecarga leve, si la puntuación es mayor a 56 existe sobrecarga intensa. En cuanto a la consistencia interna de este instrumento, presenta un coeficiente alfa de Cronbach de 0.85.

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

Esta escala valora el nivel de satisfacción que siente la persona en su vida a nivel global, sus logros y expectativas, el instrumento está compuesto por cinco ítems que han de ser respondidos en una escala de tipo Likert en puntuaciones de 1 a 7 que van de muy en desacuerdo a muy de acuerdo; para obtener el resultado cuantitativo se suman las respuestas marcadas en los cinco numerales.

En tanto al resultado cualitativo los puntos de corte indican que si obtiene una puntuación de 5 a 9 equivale a muy insatisfecho, de 10 a 14 insatisfecho, de 15 a 19 ligeramente por debajo

de la media, de 20 a 24 ligeramente satisfecho, de 25 a 29 satisfecho y de 30 a 35 altamente satisfecho, fue desarrollada por Diener, Emmons, Larsen y Griffin en 1985. Ha demostrado una alta consistencia interna y fiabilidad en los test-retest. Obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,87.

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

Este cuestionario autoadministrado permite conocer y valorar el nivel de malestar emocional experimentado por el evaluado para poder distinguir la presencia o ausencia de problemas en la salud mental del mismo. Se diferencian cuatro dimensiones, representados por siete ítems en cada dimensión: síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión, este cuestionario consta de 28 ítems de opción múltiple los cuales están destinados a identificar la presencia de algún problema en la salud mental de la persona evaluada, en cada ítem se presentan cuatro opciones, el evaluado debe señalar su situación actual, en relación a como se ha sentido las últimas semanas, las opciones van desde mejor que lo habitual hasta peor que lo habitual (Goldberg y Hillier, 1979).

En el resultado final se obtienen cuatro puntuaciones, una por cada dimensión, esta puntuación puede ir de 0 a 7, siendo el 7 la puntuación que indica el mayor malestar. En cuanto a los puntos de corte, si el resultado obtenido en cada una de las cuatro dimensiones es menor o igual a cuatro se considera que no existe un caso psicopatológico, mientras que si es igual o mayor a 5 existe la presencia del caso. Tiene una alta consistencia, puntuando 0.89 su valor alfa de Cronbach (Lobo, Pérez y Artal, 1986).

2.8.6. Cuestionario de Apoyo Social MOS (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Stewart, 1991).

Este es un cuestionario breve, multidimensional y autoadministrado que tiene como objetivo valorar el apoyo social que una persona posee, analizándolo tanto en forma cuantitativa en el primer ítem (identificando la extensión de su red social) así como cualitativa al valuar las siguientes cuatro dimensiones: apoyo emocional (ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17, 19), apoyo instrumental (ítems 2, 5, 12, 15), relaciones sociales (ítems 7, 11, 14, 18), amor y cariño (ítems 6, 10, 20), consiste en un total de 20 ítems, el primero admite una respuesta de tipo numérica y los restantes pueden ser contestados en una escala de tipo Likert que va de 1 (nunca) hasta 5 (siempre) (Sherbourne y Stewart, 1991).

Las puntuaciones de este cuestionario van desde 0 a 100, a mayor calificación mayor indica un mayor apoyo social percibido por el evaluado, los autores del cuestionario no recomiendan el uso de puntos de corte, sin embargo, en un estudio realizado en España por López et al. (2000) se utilizaron los siguientes puntos de corte: 57 sobre la puntuación total, 24 en el apoyo

emocional, 12 para el apoyo instrumental y 9 para las relaciones sociales y las afectivas. Tiene una alta consistencia interna con un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.97 y posee una fiabilidad test-retest de .78 (Londoño et al., 2012).

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

Este instrumento se encarga de analizar las formas de responder, afrontar o actuar que tienen las personas ante ciertos eventos que suponen estrés o dificultad (Vargas, Herrera, Rodríguez y Sepúlveda, 2010). Se diferencian 14 estrategias de afrontamiento: planificación y afrontamiento activo, auto-distracción, negación de la situación, uso de alcohol o drogas, búsqueda de apoyo social, uso de apoyo instrumental, abandono de los esfuerzos de afrontamiento, enfocarse en las emociones y desahogarse, reinterpretación positiva, humor, aceptación de lo que sucede, religión, culparse a sí mismo.

El instrumento está compuesto por 28 ítems en los cuales existen dos ítems por cada estrategia de afrontamiento, el inventario ofrece una escala de tipo Likert para responder cada ítem; esta escala va de 0 (no he estado haciendo eso en absoluto) hasta el 3 (he estado haciendo eso mucho). En cuanto a la calificación de cada estrategia de afrontamiento se deben sumar los dos ítems correspondientes entre sí; mientras más alta sea la calificación en cada estrategia, mayor será la utilización de la misma. En esta escala se ha obtenido una buena consistencia interna representada por un coeficiente alfa de Cronbach entre 0.50 y 0.80 (Carver, 1997).

2.8.8. Escala de resiliencia (Brief Resilience Scale, BRS; Smith et al. 2008)

Este instrumento permite valorar la resiliencia de la persona evaluada, es decir la capacidad que tiene una persona para enfrentarse, adaptarse y recuperarse de situaciones estresantes y difíciles (Grotberg, 1997). Esta escala breve está compuesta por 6 ítems los cuales están enfocados en valorar el nivel de resiliencia que tienen las personas, existen tres ítems los cuales están escritos de manera positiva (ítems 1,3,5) y tres ítems que plantean lo mismo, pero de manera negativa (ítems 2,4,6). Las respuestas a elegir se encuentran en una escala de tipo Likert de 5 niveles, de uno al cinco donde el uno representa muy en desacuerdo y cinco muy de acuerdo.

Cuanto más puntaje obtenga el evaluado (resultante de la sumatoria de los puntajes de cada ítem), mayor será su nivel de resiliencia. Referente a los puntos de corte si el puntaje total es menor o igual a 15 el evaluado tiene una baja resiliencia, si está entre 16 a 22 tiene un nivel normal de resiliencia y alta si es mayor o igual a 23. Este instrumento ha obtenido un coeficiente alfa de Cronbach entre 0.80 y 0.91 (Smith et al., 2008).

CAPÍTULO III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se exponen los resultados obtenidos de la aplicación de la batería de instrumentos a los cuidadores de los diferentes centros gerontológicos evaluados.

3.1 Características sociodemográficas de los cuidadores

Las características sociodemográficas adquiridas en el levantamiento de información se detallan a continuación:

Tabla 1. Características sociodemográficas de los cuidadores

	Profesión: Cuidador	
	N	%
Sexo		
Hombre	0.0	0.0
Mujer	40.0	100.0
Edad		
M	36.6	
DT	11.7	
Max	60.0	
Min	19.0	
Número de hijos/as		
M	2.0	
DT	1.3	
Max	5.0	
Min	0.0	
Etnia		
Mestizo/a	38.0	95.0
Blanco/a	1.0	2.5
Afroecuatoriano/a	0.0	0.0
Indígena	1.0	2.5
Estado civil		
Soltero/a	18.0	45.0
Casado/a	15.0	37.5
Viudo/a	1.0	2.5
Divorciado/a	4.0	10.0
Unión libre	2.0	5.0

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC

Elaborado por: Vásquez, J. (2018)

En la tabla 1 podemos observar las características sociodemográficas de la población investigada. De los datos obtenidos podemos evidenciar que la totalidad de la muestra fue constituida por mujeres, la edad promedio de los cuidadores es de 36,6 años, el promedio del número de hijos de los cuidadores es de 2, la etnia que prevalece en la muestra es la mestiza con el 95%, respecto al estado civil el 45% del personal son de estado civil soltero, el 37,5% casados, el 2,5% viudos, el 10% divorciados y 5% viven en unión libre.

3.2 Características laborales de los cuidadores.

Tabla 2. Características laborales de los cuidadores

	Profesión: Cuidador	
	N	%
Ingresos mensuales		
0 a 1000	40.0	100.0
1001 a 2000	0.0	0.0
2001 a 3000	0.0	0.0
3001 a 4000	0.0	0.0
4001 a 5000	0.0	0.0
5001 a 6000	0.0	0.0
Tipo de cuidador		
Cuidador informal	0.0	0.0
Cuidador formal	40.0	100.0
Experiencia profesional		
M	6.9	
DT	6.2	
Max	25.0	
Min	1.0	
Tipo de trabajo		
Tiempo completo	37.0	92.5
Tiempo parcial	3.0	7.5
Tipo de contrato		
Eventual	1	2.5
Ocasional	8	20.0
Plazo fijo	20	50.0
Nombramiento	11	27.5
Servicios profesionales	0	0.0
Ninguno	0	0.0
Horas de trabajo al día		
M	9.7	
DT	2.2	
Max	12.0	
Min	6.0	
N.º de pacientes/día		
M	15.9	
DT	9.4	
Max	31.0	
Min	1.0	
Recursos Institucionales		
Totalmente	31	77.5
Medianamente	6	15
Poco	3	7.5
Nada	0	0
Turnos		
Si	35	87.5
No	5	12.5

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD

HOC

Elaborado por: Vásquez, J. (2018)

En referencia a las características laborales de los cuidadores se pudo apreciar que el total de la muestra percibe una remuneración salarial que oscila entre 0 a 1000 dólares, y el 100,0% de la muestra fue constituida por cuidadores formales, con respecto a la experiencia laboral la media fue de 6,9 años, en relación al tipo de trabajo, el 92,5% de la muestra trabaja a tiempo completo, mientras que el 7,5% a tiempo parcial.

El tipo de contrato que prevaleció es el plazo fijo con 50%, el número promedio de pacientes que atienden a diario las cuidadoras es de 15,9, con una atención mínima de 1 y máximo de 31, en referencia a los recursos necesarios que les brinda la institución a las cuidadoras el 74,0% indica que el establecimiento les provee totalmente los recursos necesarios para ejercer sus labores, el 15,0% indica que sólo se les provee medianamente y apenas el 7,5% indica que se ofrecen pocos recursos y finalmente el 87,5% de las participantes afirma que realizan turnos.

3.3 Resultados de las dimensiones del burnout en los cuidadores.

Tabla 3. Resultados de las dimensiones del burnout en los cuidadores

		Profesión: Cuidador	
		N	% de columna
Agotamiento emocional	Bajo	37	92.5%
	Medio	2	5.0%
	Alto	1	2.5%
Despersonalización	Bajo	28	70.0%
	Medio	7	17.5%
	Alto	5	12.5%
Realización personal	Alto	24	60.0%
	Medio	6	15.0%
	Bajo	10	25.0%

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

Elaborado por: Vásquez, J. (2018)

Acerca del inventario del Síndrome de burnout (MBI) en la dimensión de agotamiento emocional de la muestra participante, el 92,5% obtuvieron un nivel bajo, 5,0% nivel medio y 2,5% alto, respecto a la despersonalización el 70,0% del personal puntuó un nivel bajo, el 17,5% nivel medio y un 12,5% nivel bajo, referente a la realización personal el 60,0% puntuó un nivel alto, el 15,0% indicó presentar un nivel medio y el 25,0% un nivel bajo (véase en la tabla 3).

3.4 Resultados de los casos de burnout en los cuidadores.

Tabla 4. Resultados de los casos de burnout en los cuidadores.

		Profesión: Cuidador	
		N	% de columna
Burnout	No presencia	40	100.0%
	Presencia	0	0.0%

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

Elaborado por: Vásquez, J. (2018)

De acuerdo a los datos que se obtuvieron en la aplicación del Inventario de burnout de Maslach (MBI), se puede determinar que ninguna de las cuidadoras formales padece el síndrome de burnout.

3.5 Resultados de la entrevista de carga para cuidadores formales.

Tabla 5. Entrevista de carga para cuidadores formales.

		Profesión: Cuidador	
		N	% de columna
Carga de cuidadores	No hay	27	67.5%
	Leve	10	25.0%
	Intensa	3	7.5%

Fuente: 2. Entrevista de carga para cuidadores formales (Revuelta y Andújar, 2005)

Elaborado por: Vásquez, J. (2018)

En lo que respecta a la carga que perciben las cuidadoras formales se pudo evidenciar en la tabla 5 lo siguiente: el 67,5% de la muestra considera que no hay sobrecarga, el 25,0% indica que hay una leve sobrecarga mientras que el 7,5% indica que la carga es intensa.

3.6 Escala de satisfacción vital

Tabla 6. Escala de satisfacción vital (ESV)

		Profesión: Cuidador	
		N	% de columna
Resultado cualitativo	Muy Insatisfecho	4	10.0%
	Debajo de la media	3	7.5%
	Insatisfecho	0	0.0%
	Ligeramente Satisfecho	3	7.5%
	Altamente Satisfecho	21	52.5%
	Satisfecho	9	22.5%

Fuente: 3. Escala de satisfacción vital (ESV) (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985)

Elaborado por: Vásquez, J. (2018)

Referente a los datos obtenidos en la escala de satisfacción vital, se puede apreciar que prevalece la sensación de encontrarse altamente satisfecho representando un 52,5%, el 22,5% indica encontrarse satisfecho, el 3,0% considera estar ligeramente satisfecho, el 10,0% afirma estar muy insatisfecho, mientras que el 7,5% indica que se encuentra por debajo de la media.

3.7 Malestar emocional de los cuidadores.

Tabla 7. Malestar emocional de los cuidadores.

		Profesión: Cuidador	
		N	% de columna
Síntomas somáticos	No caso	34	85.0%
	Caso	6	15.0%
Ansiedad	No caso	31	77.5%
	Caso	9	22.5%
Disfunción social	No caso	40	100.0%
	Caso	0	0.0%
Depresión	No caso	37	92.5%
	Caso	3	7.5%

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

Elaborado por: Vásquez, J. (2018)

En relación al malestar emocional, la dimensión que presentó mayor incidencia fue la ansiedad, la cual estuvo presente en el 22,5% de la muestra, el 15,0% de las cuidadoras presentaron síntomas somáticos y el 7,5% presentó casos de depresión, no se evidenciaron casos de disfunción social.

3.8 Estrategias de afrontamiento de los cuidadores

Tabla 8. Estrategias de afrontamiento de los cuidadores

	Profesión: Cuidadores			
	M	DT	Máx.	Mín.
Auto distracción	3.1	2.0	6.0	0.0
Afrontamiento activo	3.7	1.7	6.0	0.0
Negación	1.4	1.2	5.0	0.0
Uso de sustancias	0.1	0.3	2.0	0.0
Apoyo emocional	2.4	2.2	6.0	0.0
Apoyo instrumental	2.7	2.3	6.0	0.0
Retirada de comportamiento	0.9	1.1	5.0	0.0
Desahogo	1.8	1.7	6.0	0.0
Replanteamiento positivo	3.2	1.7	6.0	0.0

Planificación	3.2	1.9	6.0	0.0
Humor	1.1	1.5	6.0	0.0
Aceptación	3.2	1.4	6.0	0.0
Religión	3.0	2.1	6.0	0.0
Culpa de sí mismo	2.2	1.8	6.0	0.0

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

Elaborado por: Vásquez, J. (2018)

Las estrategias de afrontamiento que obtuvieron las medias más altas son: afrontamiento activo (3,7), el replanteamiento positivo, la planificación y la aceptación, obtuvieron una media de (3,2), auto distracción (3,1) y la religión (3.0), estas fueron las estrategias de afrontamiento más empleadas por las cuidadoras de adultos mayores.

3.9 Percepción del apoyo social de los cuidadores.

Tabla 10. Percepción del apoyo social de los profesionales de la salud.

	Profesión: Cuidadora			
	M	DT	Máx.	Mín.
Apoyo emocional	79,31	17,37	100,00	40,00
Apoyo Instrumental	79,38	18,07	100,00	35,00
Relaciones sociales	83,88	17,12	100,00	35,00
Amor y cariño	78,17	22,21	100,00	26,67

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

Elaborado por: Vásquez, J. (2018)

En lo que refiere la percepción de donde los individuos reciben su apoyo social se puede evidenciar que la media más alta se encuentra en las relaciones sociales con una media de (83,88) seguido del apoyo instrumental con un puntaje de (79,38), el apoyo emocional obtiene una media de (79,31) y por último el amor y cariño tienen una media de (78,17).

3.10 Brief Resilience Scale (BRS)

Tabla 10. Brief Resilience Scale (BRS)

		Profesión: Cuidador	
		N	% de columna
Nivel de resiliencia	Bajo	7	17.5%
	Normal	29	72.5%
	Alto	4	10.0%

Fuente: Brief Resilience Scale (BRS).

Elaborado por: Vásquez, J. (2018)

Mediante aplicación de la escala de resiliencia se obtuvieron los siguientes datos: la mayoría de los participantes de este trabajo de titulación mostraron niveles normales de resiliencia representando al 72,5%, quienes puntuaron un nivel bajo obtuvieron el 17,5%, mientras que el 10% obtuvo un puntaje alto en esta dimensión.

DISCUSIÓN

Para lograr interpretar y analizar de manera adecuada la investigación realizada sobre el estrés laboral crónico en cuidadores de adultos mayores de cinco centros gerontológicos de la ciudad de Cuenca, en este apartado se describe el análisis y discusión de los resultados obtenidos, de esta manera se puede exponer la prevalencia del síndrome de burnout en sus tres variables, agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, así también, se va a contrastar los diferentes datos obtenidos con otros estudios realizados tanto dentro y fuera del país.

Respecto al primer objetivo específico propuesto, conocer las características sociodemográficas de la muestra seleccionada, se afirma lo siguiente: todos los participantes fueron conformados por mujeres, estos resultados son similares a los encontrados en un estudio realizado en España a 256 cuidadores formales en la cual el 84,2% de la muestra total eran mujeres (Menezes, Fernández, Lorenzo, Ramos y Contador, 2006), por otro lado, las estadísticas del INEC (2010), indican que en la ciudad de Cuenca el 47,3% la población son hombres y el 52,7% mujeres.

La edad promedio de las cuidadoras se encontraba en torno a los 36,6 años de edad, este dato se asemeja al obtenido por el INEC (2010) en el que sostiene que la edad media de los ecuatorianos que viven en Cuenca es de 29 años. Acerca del número de hijos el promedio, se encuentra en 2, dato que se asemeja al estudio realizado por Salazar (2018) quien obtuvo una media de 1,5 hijos por cuidador; con respecto a la etnia la que predominó en este estudio fue la mestiza en el 95% de las cuidadoras, la cual se acerca a los datos referidos por el INEC (2010) en el que se evidenció que en la ciudad de Cuenca el 89,6% de la población se consideran mestizos.

Respecto al estado civil predominante, el 45% de la muestra se encontró soltero, lo cual mantiene cierta similitud con los datos referidos del INEC (2010) donde se afirmó que el 37,9% de las mujeres de la ciudad de Cuenca, son solteras. De acuerdo a las características laborales, el presente estudio no pudo detallar la cantidad exacta que perciben en su remuneración, no obstante, el salario que perciben los participantes es menor a \$1000, al igual que sostiene Salazar (2018) en su investigación a cuidadores en la ciudad de Ambato, por otra parte, el INEC (2017) indicó que el salario promedio es de \$375, este valor se encuentra dentro del rango de remuneración que afirman los cuidadores.

La totalidad de la muestra fue conformada por cuidadores formales, la media del número de años de experiencia profesional de los participantes fue de 6,9 años, dato que

difiere con la media de años obtenido por Menezes et al., (2006) en el cual se obtuvo una media de años de experiencia de 11,71, es decir 4,8 años más al encontrado en el presente estudio, sin embargo, León y Nazate (2016), realizaron un estudio en Bogotá con una muestra de 51 cuidadores y afirman que sus evaluados obtuvieron una media de 6,9 años de experiencia, dato idéntico al encontrado en la presente investigación.

En relación a las horas laborables, se obtuvo que, el 92,5% de la muestra trabaja a tiempo completo y un 45% de los participantes sostiene que trabajan hasta 12 horas por día, de acuerdo a Arnal (2015) la cantidad de horas trabajadas puede ser un factor desencadenante del síndrome de burnout, lo cual repercute en el ámbito laboral, personal, social, cognitivo, puede producir sentimientos de fatiga crónica, malestares emocionales y problemas a la salud, por su parte, Beltrán (2016) en un estudio realizado en Gualaceo afirma que el 86,61% de los cuidadores laboraba en promedio 9 horas al día y aquellos que habían sobrepasado ese horario eran 7,7 veces más propensos a sufrir el estrés laboral crónico.

En cuanto al número de pacientes que se atienden por día, la media obtenida en este estudio fue de 15,9 pacientes por cuidador, dato que es similar al estudio realizado por León y Nazate (2016) en Bogotá-Colombia, en el que obtuvieron una media de 17,4 pacientes por cuidador; Muñoz, Osorio, Robles y Romero (2014) ponen en manifiesto que el alto contacto con pacientes, las jornadas extensas de labores y un ambiente laboral con varios factores estresantes aumentan la probabilidad de padecer el síndrome de burnout.

En tanto a los recursos institucionales que son proporcionados a los cuidadores para ejercer sus labores, el 77,5% afirmó que estos eran otorgados en su totalidad, por su parte Salazar (2018) indica que el 57,5% de los cuidadores de su investigación afirmaron que los recursos en las instituciones eran entregados apenas medianamente; Morales (2007) sostiene que la carencia de recursos institucionales contribuye a elevar el nivel de estrés que pueden experimentar los trabajadores, así también, Rodríguez, Cruz y Merino (2008) afirman que la falta de recursos suficientes, en la institución, aumentan el riesgo de padecer el síndrome de burnout.

Con respecto al horario de los trabajadores el 87,5% manifiesta laborar en turnos. Rodríguez, Cruz y Merino (2008) señalan que los cuidadores que trabajan en turnos son más propensos a estresarse, debido a que, la carga laboral de una jornada de más de 8 horas al día, con turnos rotatorios suele incrementar la prevalencia de psicopatologías, ya que se altera el ritmo corporal. Por otra parte, Sánchez y De Lucas (2001), identificaron que los trabajadores que realizaban turnos que correspondían a 17 horas, manifestaban mayores malestares identificables en las tres dimensiones del burnout.

En este trabajo no se evidenció casos de estrés laboral crónico, no obstante, en el estudio de León y Nazate (2016), se obtuvo una prevalencia del síndrome de burnout en el 1,96% de los cuidadores participantes, por su parte, Salazar (2018) tampoco evidenció casos de burnout en su muestra. El test MBI, aplicado a los participantes, indica que: el 2,5% de puntuó alto agotamiento emocional, el 12,5% alto en despersonalización y el 25% obtuvo un nivel bajo en realización personal; el estudio de, Valle, Hernández, Zúñiga y Martínez (2014) realizado en México a 52 cuidadores informales, obtuvieron los siguientes resultados: el 33% puntuó alto en agotamiento emocional, el 20% alto en despersonalización y el 27% obtuvo una baja calificación en realización personal.

Comparando los estudios anteriores, se evidencia que, en la muestra de la presente investigación, los cuidadores reflejan menor prevalencia de agotamiento emocional y despersonalización, a su vez que, perciben una mayor sensación de realización personal, por otro lado, Vázquez, Esperón y González (2013) afirman que los cuidadores informales que trabajaban de 18 horas o más suelen ser más propensos a presentar niveles bajos en realización personal.

En relación a la percepción de carga que recibe cada cuidadora se evidenció que el 7,5% afirma que conlleva una carga intensa, sin embargo, el 25% considera que es una carga leve, el estudio de Beltrán (2016) realizado a 239 cuidadores, en el cantón Gualaceo, sostiene que el 7,95% padecía del síndrome de sobrecarga del adulto mayor, dato similar al obtenido en este trabajo de titulación, sin embargo, estos resultados difieren del estudio realizado por Salazar y Torres (2015) en la ciudad de Cuenca, en donde se investigaron a 222 cuidadores de los cuales el 33% fue detectado con el síndrome de sobrecarga.

En referencia a la escala de satisfacción vital, se constató que el 75% de la muestra se encontraba entre las categorías de satisfecho y altamente satisfecho, mientras que el porcentaje que considera estar muy insatisfecho fue del 10%, no obstante, en el estudio de Salazar (2018) se pudo evidenciar que el 92,5% de la muestra puntuó entre satisfecho y altamente satisfecho y apenas el 7,5% de sus evaluados se encontraron entre ligeramente satisfechos y ligeramente por debajo de la media de satisfacción vital.

En cuanto a la salud general de los cuidadores: no se evidenciaron casos de disfunción social, sin embargo, el 22,5% presenta síntomas de ansiedad, el 15% síntomas somáticos y el 7,5% depresión, por su parte, Aldana y Guarino (2012) realizaron una investigación en Venezuela, en donde se halló que los cuidadores formales presentaban los siguientes malestares de mayor a menor presencia: somatización, disfunción social, ansiedad y en pocas ocasiones depresión, se puede apreciar que el orden de la prevalencia de los malestares emocionales es diferente entre las investigaciones mencionadas.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento que usan las cuidadoras se puede corroborar que las estrategias más utilizadas fueron: en primer lugar, el afrontamiento activo, con una media de (3,7), el replanteamiento positivo, la planificación y la aceptación obtuvieron una media de (3,2), de acuerdo al estudio de Salazar (2018), las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron: el afrontamiento activo con una media de (2,5), la planificación con (2,15) de media y en tercer lugar la religión obteniendo una media de (2,1). Estos resultados muestran similitud entre sí, respecto a que el afrontamiento activo y la planificación son las estrategias de afrontamiento más empleadas por los cuidadores.

Al referirnos al apoyo social percibido por parte de los cuidadores, se evidencia que la mayor fuente de apoyo fue recibido mediante las relaciones sociales representando una media de (83,88) y el tipo de apoyo social menos empleado fue el amor y cariño con una media de (78,17), por su parte Salazar (2018), obtuvo datos que difieren con la presente investigación, siendo el amor y cariño la mayor fuente de apoyo social con una media de (85,0) y el apoyo instrumental la forma de apoyo social menos empleada, representando una media de (75,0).

Al procesar y analizar los datos del test de resiliencia se obtiene que el 72,5% de la muestra de este trabajo de titulación puntuaron un nivel normal de resiliencia mientras que el 17,5% obtuvo un nivel bajo, sin embargo, en el estudio desarrollado por Gómez (2018), a una muestra de 40 cuidadores de adultos mayores en la ciudad de Santo Domingo, constató que el 100% de los participantes de su investigación, obtuvieron un nivel de resiliencia normal.

En cuanto a las limitaciones que estuvieron presentes en el estudio realizado, se puede señalar que la muestra fue seleccionada en base a la apertura que se ofreció en cada centro gerontológico visitado y esto a su vez dependía de la participación voluntaria de los cuidadores de cada institución y de los criterios de inclusión y exclusión, por esta razón los datos obtenidos en este estudio no pueden ser generalizados.

CONCLUSIONES

Al concluir el trabajo de fin de titulación se pudo evidenciar que, respecto a las características sociodemográficas de la muestra investigada el 100% fue constituida por mujeres de una edad media de 36,6 años, dos hijos en promedio, identificándose como mestizas el 95% de las participantes; prevaleció el estado civil soltero representando el 45% de las trabajadoras, seguido del 37,6% que afirmaron estar casadas.

En cuanto a las características laborales, el salario que perciben las participantes de la investigación es menor a \$1000 dólares, todas las empleadas fueron cuidadoras formales que tenían una media de experiencia en sus labores de 6,9 años, el 92,5% de la muestra afirmó laborar a tiempo completo y el 45% de las trabajadoras indicaron que laboraban hasta 12 horas al día, el 87,5% afirmó que laboraba en turnos, el promedio de pacientes que atendían fue de 15,9 personas al día; el 77,5% de los evaluados confirmaron que los recursos que proveían las instituciones para el ejercicio laboral eran entregados en su totalidad.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el test MBI, no se evidenciaron casos de cuidadores con el síndrome de burnout, no obstante, el 2,5% de la muestra obtuvo puntuaciones elevadas en agotamiento emocional, así también, el 12,5% puntuó alto en despersonalización y el 25% puntuó bajo en realización personal. Respecto a la carga que percibe cada cuidador se pudo constatar que el 7,5% afirma percibir una carga intensa, mientras que el 25% considera que es una carga leve. El 75% de las participantes consideran estar entre satisfechas y altamente satisfechas con sus vidas. En cuanto a la salud mental, el mayor malestar emocional evidenciado fue la ansiedad, presente en el 22,5% de la muestra, seguido de, síntomas somáticos que se evidenciaron en un 15% de las trabajadoras.

En este estudio se comprobó que la estrategia de afrontamiento más empleada es la del afrontamiento activo, la cual indicó una media de 3,7; no obstante, el replanteamiento positivo, la planificación y la aceptación obtuvieron una media de 3,2. La mayor fuente de apoyo social en los cuidadores de adultos mayores fueron las relaciones sociales representando una media de (83,88), seguido del apoyo instrumental con una media de (79,38). El 72,5% de los participantes obtuvieron una puntuación equivalente a un nivel normal de resiliencia, mientras que el 17,5% puntuó un nivel bajo.

RECOMENDACIONES

En cuanto las recomendaciones generales, para los centros gerontológicos, se puede sugerir revisar la influencia que tiene el nivel intenso de carga laboral en sus trabajadores y cómo esto influye negativamente en la productividad de los mismos; un trabajador que tiene síntomas de despersonalización no va a tratar adecuadamente a sus pacientes, por lo tanto, eso puede influir directamente en la calidad percibida tanto por el paciente como por los familiares del mismo.

Así también, se recomienda el análisis de la cantidad de cuidadores con los que cuenta la institución en comparación con la cantidad de pacientes que atienden y los servicios que son brindados a los adultos mayores, a su vez que, se debe tener en consideración la cantidad de horas que laboran en la institución y reducir el horario de trabajo para que se encuentre entre 8 a 10 horas al día. Los centros gerontológicos deben prestar atención a las peticiones y sugerencias que hacen sus empleados sobre diversos temas, por ejemplo: el aprovisionamiento de los recursos institucionales, la sobrecarga de tareas, ambigüedades en el rol, etc.

Si bien no existieron casos de síndrome de burnout se sugiere la aplicación de planes de prevención del estrés laboral crónico, con la finalidad de que los trabajadores puedan advertir los síntomas de este padecimiento y todas las consecuencias que trae consigo y a su vez para incentivar que busquen ayuda de manera oportuna. Entre los temas que se pueden abordar están: la comunicación asertiva, las buenas relaciones interpersonales, mantener una adecuada alimentación, cuidar el estado de salud física, pasos para mejorar la autoestima y el autoconcepto, elevar los niveles de resiliencia, técnicas de relajación para afrontar situaciones de estrés, la importancia de dormir adecuadamente.

Así también, se pueden realizar capacitaciones sobre: liderazgo y trabajo en equipo, desarrollo de estrategias de afrontamiento eficaces, el control de emociones, una cultura organizacional adecuada, la importancia de mantener un nivel de apoyo saludable, formas de prevenir la monotonía en el trabajo. A los centros gerontológicos se recomienda prestar especial atención en reducir los niveles de despersonalización, sentimientos de baja realización personal, ansiedad y síntomas somáticos, presentes en sus trabajadores, para lo cual aconseja la colaboración de un profesional de la salud mental.

BIBLIOGRAFÍA:

- Aldana, G. y Guarino, L. (2012). Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer: *Summa Psicológica UST*, 9(1), 5-14. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/summa/v9n1/a01.pdf>
- Aldrete, M., Navarro, C., González, R., Contreras, M., y Pérez, J. (2015). Factores psicosociales y síndrome de burnout en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención a la salud. *Ciencia & trabajo*, 17(52), 32-36. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cyt/v17n52/art07.pdf>
- Amigo, I. (2015). *Manual de psicología de la salud*. Madrid, España: Pirámide.
- Apiquian, A. (2007). *El síndrome de burnout en las empresas*. Recuperado de <https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-30022/sindrome%20burnout.pdf>
- Aranda, C. (2010) El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de psicología*, 26(1), 169-180. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/167/16713758020.pdf>
- Arias, P. (2012). *Prevalencia del síndrome de Burnout y factores sociodemográficos y laborales asociados en enfermeros (as) profesionales del Hospital Nacional de Niños durante el mes de septiembre de 2012* (Tesis de maestría). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Arteaga, A. (2014). Prevalencia del síndrome de burnout en personal de salud. *Revista Médica Panacea*, 4(2), 40-44. Recuperado de <http://revpanacea.unica.edu.pe/index.php/RMP/article/download/140/113/>
- Aznar, F., Estrada, M., Ramírez, C., Carrasco, M., Teijón, A., Pigem, E. y Rodríguez, J. (2004). Los valores y su influencia en la satisfacción vital de los adolescentes entre los 12 y 16 años: estudio de algunos correlatos. *Apuntes de psicología*, 22(1), 3-23. Recuperado de <http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/38/40>
- Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Clinical and Social Psychology*, 4(3), 359-373.
- Buunk, B. y Schaufeli, W. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory. En Schaufeli, W., Maslach, C. y Marek, T., *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 53-69). Philadelphia, US: Taylor & Francis.

- Buzzetti, M. (2005). *Validación del Maslach Burnout Inventory (MBI), en dirigentes del colegio de profesores A.G. de Chile* (Tesis de pregrado). Universidad de Chile, Chile. Recuperado de http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/buzzetti_m/sources/buzzetti_m.pdf
- Camacho, A., Juárez, A. y Arias, F. (2010). Síndrome de burnout y factores asociados en médicos estudiantes. *Ciencia y Trabajo*, 12(35), 251-256.
- Carballal, S. (2014). Evaluación del síndrome de burnout en un centro de salud. *Revista Enfermería CyL*, 6(2), 65-73.
- Carrillo, R., Gómez, K., y Espinoza, I. (2012). Síndrome de burnout en la práctica médica. *Medicina Interna de México*, 28(6), 579-584. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2012/mim126j.pdf>
- Cherniss, C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout. En Schaufeli, W., Maslach, C. y Marek, T., *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Philadelphia, US: Taylor & Francis.
- Coello, C. (2016, febrero 25). Ecuador no tiene políticas de prevención contra el Burnout. *Redacción médica*. Recuperado de <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-no-tiene-pol-tica-de-prevenci-n-contra-el-burnout-87258>
- Cotito, J. (2016). *Prevalencia y factores asociados al síndrome de Burnout en médicos asistentes del hospital René Toche Groppo septiembre-noviembre de 2015* (Tesis de posgrado). Universidad Ricardo Palma, Perú. Recuperado de <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/500>
- Cox, T., Kuk, G. y Leiter, M. (1993). Burnout, health, work stress, and organizational healthiness. En Schaufeli, W., Maslach, C. y Marek, T., *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 177-193). Philadelphia, US: Taylor & Francis.
- Durán, M. y García, J. (2013). *Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos del Ministerio de Salud Pública del Azuay según jornada Laboral 2011* (Tesis doctoral). Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Edelwich, J. y Brodsky, A. (1980): *Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*. Nueva York, US: Human Sciences Press.

- Farber, B. (1983). *Stress and burnout in the Human Service Professions*. New York, US: Pergamon Press.
- Feresin, C. (2009). *Nuevas consideraciones sobre burnout o síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)* (Trabajo presentado en las VI Jornadas Universitarias y III Congreso Latinoamericano de Psicología del Trabajo). Universidad de Buenos Aires, Argentina. Recuperado de http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/040_trabajo1/cdcongreso/CD/TRABAJOS%20LIBRES/SALUD%20MENTAL/1.pdf
- Fernández, E. (2009). *Emociones positivas*. Madrid, España: Pirámide
- Fletcher D. y Sarkar M. (2013). A Review of Psychological Resilience. *European Psychologist*, 18(1),12-23.
- Freudenberger, H. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Garrosa, E., Rainho, C., Moreno, B. y Monteiro, M. (2010). The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: a correlational study at two time points. *International Journal of Nursing Studies*, 47(2), 205-215. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.05.014.
- Gil-Monte, P. (2003). Burnout syndrome: ¿Síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás?. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 19(2), 181-197. Valencia, España.
- Gil-Monte, P. (2007). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): una perspectiva histórica. En Gil-Monte, P. y Moreno, B., *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): grupos profesionales de riesgo*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. (2008). Evaluación psicométrica del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): el cuestionario "CESQT". En Garrido, J., *¡Maldito trabajo!* (pp. 269-291). Barcelona, España: Granica. Recuperado de http://www.uv.es/unipsico/pdf/CESQT/Internos/2008_Gil_Monte_Granica.pdf
- Gil-Monte, P., Peiró, J. y Valcárcel, P. (1995). A causal model of burnout process development: An alternative to Golembiewski and Leiter models. En Gil-Monte, P. y Peiró, J., *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse* (p. 26). Madrid: Editorial Síntesis.

- Gil-Monte, P., y Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Golembiewski, R., Hills, D. y Daly, E. (1987). *Toward the responsive organization*. Salt Lake City: Brighton.
- Gómez, L. (2018). *Estrés laboral crónico en cuidadores de centros gerontológicos de una institución pública ubicada al centro-sur y una institución privada ubicada al nor-oeste de la ciudad de Santo Domingo en el año 2018*. (Tesis de pregrado). Universidad Técnica Particular de Loja.
- González, M. y Luzuriaga, L. (2013). *Estudio analítico de las variables sociodemográficas y laborales, trastornos emocionales y perfiles de personalidad en médicos tratantes y residentes con síndrome de burnout que trabajan en el Hospital Carlos Andrade Marín en el período de diciembre del 2012 y marzo del 2013* (Tesis pregrado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ecuador.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M. y Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 215-230. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v83n2/original1.pdf>
- Grotberg, E. (1997). *La resiliencia en acción* (Trabajo presentado en el Seminario Internacional sobre Aplicación del Concepto de Resiliencia en Proyectos Sociales). Universidad Nacional de Lanús, Argentina.
- Harrison W. (1983). A social competence model burnout. En Farber, B., *Stress and burnout in the human services professions*. New York, US: Pergamon Press.
- Hobfoll, S. y Freedy, J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. En Schaufeli, W., Maslach, C. y Marek, T., *Series in applied psychology: Social issues and questions. Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 115-133). Philadelphia, US: Taylor & Francis
- Hurtado, D. (2017). *Síndrome de Burnout en conductores de una empresa de taxi de Lima Metropolitana* (Tesis de pregrado). Universidad de Lima, Perú. Recuperado de http://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/ulima/3568/Hurtado_Ramirez_David.pdf?sequence=3&isAllowed=y

- Juárez, A., Idrovo, A., Camacho, A., y Placencia, O. (2014). Síndrome de burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. *Salud Mental* 37(2), 159-176. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n2/v37n2a10.pdf>
- Klarreich, S. (1990). *Work without stress: A practical guide to emotional and physical wellbeing on the job*. New York, US: Brunner/Mazel Int.
- Lee, R. y Ashforth, B. (1993). A longitudinal study of burnout among supervisors and managers: Comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski et al. (1986) models. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 54(3), 369–398.
- Lee, R. y Ashforth, B. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81(2), 123-133. DOI: 10.1037//0021-9010.81.2.123
- Leiter, M. y Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Occupational Behavior*, 9(4), 297- 308.
- Leiter, M. y Maslach, C. (2001). Burnout and quality in a speed-up world. *The Journal for Quality and Participation*, 24, 48-51.
- León N. y Nazate C. (2016). *Prevalencia del Síndrome de Burnout en el cuidador primario institucional en centros geriátricos en la ciudad de Bogotá, Cajica y Tenjo Colombia en el segundo periodo de 2016* (Tesis de maestría). Universidad De Ciencias Aplicadas y Ambientales, Colombia.
- Londoño, N., Rogers, H., Castilla, J., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M., Aguirre, D. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International journal of Psychological research*, 5(1), 142-150.
- López, F. (2002). Prevalencia y factores asociados con el síndrome de burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Revista de Calidad Asistencial*, 17(4), 201-205.
- López, F., Cuenca, M., Viciano, D., Rodríguez, M., Martín, E., Acosta, M. y Odriozola, G. (2000). Evaluación psicosocial de los ancianos de una zona básica de salud. *Semergen*, 26(8), 387-92.
- López, V. (2013). *Rasgos, trastornos de personalidad y comorbilidad psiquiátrica de profesionales sanitarios con síndrome de burnout* (Tesis de pregrado). Universidad

Complutense De Madrid, España. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/21683/1/T34525.pdf>

Manzano, G. (1998). *Estrés en personal de enfermería* (Tesis doctoral). Universidad de Deusto, España.

Manzano, G. (2002). Bienestar subjetivo de los cuidadores formales de Alzheimer: relaciones con el burnout, engagement y estrategias de afrontamiento. *Ansiedad y Estrés*, 8(2), 225-244.

Martín, A. (2009). Influencia de factores personales, profesionales transaccionales del Burnout. *Revista de España Salud Pública*, 83(2), 216.

Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 112, 1-40.

Martínez, S. y 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(2), 197-206.

Marshall, R. y Kasman, C. (1992) Burnout in the neonatal intensive care unit. *Pediatrics*, 65, 1161-1173.

Maslach, C., Schaufeli, W. y Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Reviews*, 52, 397-422.

Maslach, C. (2009). Comprendiendo el Burnout. *Ciencia y Trabajo*, 32, 37-43.

Maslach, C. y Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.

Maslach, C. y Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.

Mealer, M., Jones, J., Newman, J., McFann, K., Rothbaum, B. y Moss, M. (2012) The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: results of a national survey. *Int J Nurs Stud*, 49, 292–299

Mejía, D., y García, L. (2016). *Síndrome de burnout en personal asistencial de un hospital de Manizales* (Trabajo de especialización). Universidad Católica de Manizales, Colombia. Recuperado de <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/1512/Luz%20Aide%20Garc%C3%ADa%20Naranjo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Méndez, G. (2015). *Diagnóstico del síndrome de burnout y sus consecuencias en la calidad del servicio que brindan los funcionarios municipales del balcón de servicios ciudadanos* (Tesis de pregrado). Universidad Central del Ecuador, Quito. Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3693/1/T-UCE-0007-179.pdf>
- Menezes, V., Fernández, B., Lorenzo, M., Ramos, F. y Contador, I. (2006). Resiliencia y el modelo Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 18(4), 791-796. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3310.pdf>
- Miranda, V., Monzalvo, G., Hernández, B. y Ocampo, M. (2016). Prevalencia del síndrome de burnout en personal de enfermería de dos instituciones de salud. *Revista enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 24(2), 115-122. Recuperado de <http://132.248.9.34/hevila/RevistadeenfermeriadellInstitutoMexicanodelSeguroSocial/2016/vol24/no2/6.pdf>
- Montero, J., García, J. y Andrés E. (2008). Análisis exploratorio de un modelo clínico basado en tres tipos de burnout. *C. Med. Psicosom*, 88, 41-49. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/232701725_Analisis_exploratorio_de_un_modelo_clinico_basado_en_tres_tipos_de_Burnout
- Moreno, B., González, J. y Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. En Buendía, J. y Ramos, F., *Empleo, estrés y salud*. Madrid, España: Pirámide. Recuperado de <https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Desgaste%20profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf>
- Moreno, J., Arango, J. y Rogers, H. (2010). Necesidades familiares y su relación con las características psicosociales que presentan los cuidadores de personas con demencia. *Psicología desde el Caribe*, 2(6), 1-35.
- Moreno, M. y León, B., (2010). *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. Universidad autónoma de Madrid, España. Recuperado de <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/PUBLICACIONES%20PROFESIONALES/factores%20riesgos%20psico.pdf>
- Muñoz, Y., Osorio, D., Robles, E. y Romero, Y. (2014). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia Ibagué, Colombia, 2014. *Enfermería Global*, 41(1), 244-257. Recuperado de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/212851/188521>

- Newstrom, J. (2011). *Comportamiento Humano en el Trabajo*. México: McGraw Hill.
- O'Dea, B., O'Connor, P., Lydon, S. y Murphy, A. (2007). Prevalence of burnout among Irish general practitioners: a cross-sectional study. *Irish Journal of Medical Science*, 186(2), 447-453. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/291553797_Prevalence_of_burnout_among_Irish_general_practitioners_a_cross-sectional_study
- Ortega, M. (2015). *Prevalencia de síndrome de burnout en internos de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza* (Tesis de posgrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4031>
- Párraga, J. (2005). *Eficacia del programa I.R.I.S. para reducir el síndrome de burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios* (Tesis doctoral). Universidad de Extremadura, Cáceres. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/tesis/595.pdf>
- Parslow, R., Jorm, A., Christensen, H. y Mackinnon, A. (2006). An instrument to measure engagement and in life: Factor analysis and associations with sociodemographic, health and cognition measures. *Gerontology*, 52(3), 188–198. doi:10.1159/000091829
- Pérez, A. (1999). *Personalidad, afrontamiento y apoyo social*. Madrid: UNED-FUE.
- Perrin, G. (2000). The integration of traumatic experiences: Culture and resources. En Violanti, J., Patton, D. y Dunning, C., *Post Traumatic stress intervention* (pp. 43-64) Springfield, US: Charles Thomas.
- Pines, A. (1993). Burnout: An existential perspective. En Schaufeli, W., Maslach, C. y Marek, T., *Professional burnout: recent developments in theory and research* (pp.35-51). Londres, UK: Taylor & Francis.
- Price, D. y Murphy, P. (1984). Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death Education*, 8(1), 47-58.
- Ramírez, M. (2015). *Burnout en profesionales de la salud del Ecuador* (Tesis doctoral). Universidad de Santiago de Compostela, España. Recuperado de https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/10347/14632/1/rep_1118.pdf
- Rissardo, M. y Gasparino, R. (2013). Exaustão emocional em enfermeiros de um hospital público. *Esc. Anna Nery*, 17(1), 128-132. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100018

- Rodríguez, A. (13 de agosto de 2017) ¿Sabemos lidiar con la sobrecarga de trabajo? *El Telégrafo*. Recuperado de <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/702/51/sabemos-lidiar-con-la-sobrecarga-de-trabajo>
- Rodríguez, A., Cruz, M. y Merino, J. (2008). Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile. *Ciencia y enfermería*, 14(2), 75-85. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532008000200010
- Rodríguez, G., y Vernaza, C. (2012). *Prevalencia del síndrome de burnout relacionado con la pérdida de interés por actividad laboral en los profesionales de salud del "Hospital Divina Providencia" del cantón San Lorenzo (provincia Esmeraldas)* (Tesis de pregrado). Universidad Técnica del Norte, Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/1269/1/TESIS.pdf>
- Saborío, L. e Hidalgo, L. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina legal de Costa Rica*, 32(1). Recuperado de <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v32n1/art14v32n1.pdf>
- Salanova, M., Grau, R., Llorens, S. y Martínez, I. (2006). Job demands and coping behaviour: The moderating role of professional self-efficacy. *Psychology in Spain*, 10(1), 1-7. Recuperado de <http://www.psychologyinspain.com/content/full/2006/full.asp?id=10001>
- Salazar, D. (2018). *Identificación del síndrome de Burnout en las cuidadoras formales e informales de los centros infantiles del buen vivir del Ministerio de Inclusión Económica y Social en las parroquias Huachi Chico y Picaihua de la Ciudad de Ambato, 2017-2018* (Tesis de pregrado). Universidad Técnica Particular de Loja, Ecuador. Recuperado de <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/20.500.11962/22183/1/Salazar%20Taboada%2c%20Diana%20Carolina.pdf>
- Salazar, S. y Torres, J. (2014). *Nivel de sobrecarga y factores asociados de los cuidadores primarios de los/as pacientes del centro de atención ambulatoria 302 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Cuenca Ecuador, 2014* (Tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Ecuador. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22499/1/TESIS.pdf>

- Sánchez A, De Lucas, N., García, M., Sánchez, C., Jiménez, J. y Arriortúa, B. (2001). Estrés laboral en el profesional de un servicio de emergencias prehospitalario. *Emergencias*, 13, 170-175. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Nieves_De_Lucas_Garcia2/publication/237490259_Estres_laboral_en_el_profesional_de_un_servicio_de_emergencias_prehospitalario_Original/links/5658de8908ae1ef9297e0e5b/Estres-laboral-en-el-profesional-de-un-servicio-de-emergencias-prehospitalario-Original.pdf
- Sandoval, J. (2000). El estudio de la alteración mental y el trabajo: el síndrome del trabajador quemado o burnout. *Nueva época-Salud Problema*, 5(8), 51-64.
- Santiago, E., Ferrara, J. y Blank, M. (2008). A full service school fulfills its promise. *Educational Leadership* 65(7), 44-47. Recuperado de http://www.ascd.org/publications/educational_leadership/apr08/vol65/num07/A_Full-Service_School_Fulfills_Its_Promise.aspx
- Stordeur, S., Vandenberghe, C. y D'hoore, W. (1999). Predictors of nurses's professional burnout: a study in a university hospital. *Rech Soins Infirm*, 59, 57-67.
- Tenesaca, J., Uzhca, M. y Valarezo, D. (2011). *Factores de riesgo asociados al síndrome de burnout en las enfermeras profesionales del hospital "Homero Castanier Crespo"* (Tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Ecuador. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3667>
- Thompson, M., Page, S. y Cooper, C. (1993). A test of Carver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*, 9, 221-235.
- Vázquez, C., Esperón, R. y González, M. (2013). Síndrome de Burnout en cuidadores de adultos mayores que trabajan en casas de asistencia social. *Revista de Investigación Clínica*, 65(6), 510-514.
- Winnubst, J. (1993). Organizational structure, social support, and burnout. En Schaufeli, W., Maslach, C. y Marek, T., *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 151-162). Washington DC, US: Hemisphere.

ANEXOS

ANEXO 1

Documento de información para participantes y consentimiento informado

Proyecto de Investigación: "Estrés laboral crónico en cuidadores en el Ecuador".

Departamento de Psicología

Investigador responsable: Rocío Ramírez Zhindón

Estudiante de la UTPL: Jhonny Daniel Vásquez Villacís

Información General

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

Este proyecto tiene por objeto: Identificar el nivel del estrés laboral crónico en los cuidadores en el Ecuador.

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

¿Quiénes participarán en el estudio?

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

La población objeto de estudio serán los cuidadores que se encuentre vinculados tanto a instituciones privadas como públicas en todo el Ecuador; independientemente de la edad, género, ubicación geográfica (urbano-rural).

Procedimientos del estudio

A los voluntarios incluidos en el estudio se les realizarán distintas pruebas psicológicas y levantamiento de información sociodemográfica, a través de los siguientes instrumentos: Cuestionario Sociodemográfico y laboral, Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), Entrevista de carga para cuidadores formales, Escala de satisfacción vital (ESV), Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28), Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), Cuestionario MOS de Apoyo Social, y Brief Resilience Scale (BRS).

Beneficios de su participación:

Con este estudio usted contribuirá al desarrollo de nuevos conocimientos destinados a la prevención del desgaste profesional.

Los resultados finales serán informados a través de artículos científicos y exposiciones académicas, y únicamente serán trabajados por el Departamento y Titulación de Psicología de la UTPL.

¿Incurriré en algún gasto?

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

Riesgos y molestias:

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

Confidencialidad de los datos:

Si acepta participar en el presente estudio, sus datos y resultados serán parte de la investigación científica y serán usados en publicaciones, sin embargo, se guardará estricta confidencialidad de todo tipo de información personal entregada y se garantizará el anonimato de cada uno de los adultos mayores participantes.

Participación voluntaria:

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

Contactos para preguntas acerca del estudio:

Rocío Ramírez Zhindón mrramirez@utpl.edu.ec 37014777ext. 2773

.....

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El/la abajo firmante, declara conocer el Proyecto "Estrés laboral crónico en cuidadores del Ecuador " y acepta que para que se pueda llevar a cabo el mismo, se hace necesario la recolección de algunos datos concernientes a su estado actual.

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

Además autoriza al personal a cargo del proyecto para que utilice su información para la consecución de los objetivos propuestos.

NOMBRE:

.....

FIRMA

ANEXO 2



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos Personales

Sexo Masculino Femenino

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: ____

Recibe su remuneración salarial: si no

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Profesión:

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja:

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

Horas que trabaja diariamente _____

Trabaja usted en turno SI No

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario (GHQ-28)

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

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

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

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

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

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

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

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

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

Brief Resilience Scale (BRS)

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

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

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