



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

AREA SOCIOHUMANISTA

TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

“Estrés Laboral en cuidadores formales de un Centro de Diálisis y cuidadores informales de la ciudad de Quito durante el año 2017”

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Azar Mandujano, Janisa Danae

DIRECTORA: Tamay Montero, Yonny Cecilia, Dra.

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2018



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

Loja, octubre del 2018

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Doctora

Yonny Cecilia Tamay Montero

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación “Estrés Laboral en cuidadores formales de un Centro de Diálisis y cuidadores informales de la ciudad de Quito durante el año 2017”, realizado por Azar Mandujano, Janisa Danae, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja,2018

f)

DECLARACIÓN DE AUTORIA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Azar Mandujano, Janisa Danae, declaro ser autor(a) del presente trabajo de titulación “Estrés Laboral en cuidadores formales de un Centro de Diálisis y cuidadores informales de la ciudad de Quito durante el año 2017” de la titulación Psicología, siendo Yonny Cecilia Tamay, directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además, certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

f)

Autor: Azar Mandujano, Janisa Danae

Cédula: 1711137131

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación está dedicado a mi familia en general, ya que cada uno fue un apoyo importante durante este proceso de estudio.

A mi esposo Diego, a mis hijos Ramla y Kalem por su paciencia, tolerancia y por siempre estar a mi lado en todo momento.

A mis padres, por ser incondicionales. A mi madre por darme la fortaleza para seguir mis sueños y a mi padre por mirarme desde el cielo y sonreír.

A mi hermano por alentarme con energía positiva y saber que todo saldrá bien.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi familia por el apoyo incondicional, por su comprensión y paciencia.

Agradezco a cada una de las personas que fueron parte de este proceso, aportando de cierta manera para el logro de este trabajo; sobre todo a mi compañera y amiga Jacqueline Brandt, por sus consejos y ánimos en todo momento.

Agradezco a la UTPL por entregarme una formación educativa correcta y completa para culminar de buena manera este proceso educativo, especialmente a la Dra. Yonny Cecilia Tamay Montero, directora de tesis, y a Mgs. Mercy Ontaneda, Tutora de tesis, por su ayuda y guía en todo momento.

¡Gracias por todo!

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	I
APROBACIÓN DEL DIRECTOR.....	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
INDICE DE CONTENIDOS.....	VI-VII
RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN.....	3-7
1.- CAPITULO 1 – MARCO TEORICO	8
1.1.- Definiciones de Estrés	9-11
1.1.1.- Definiciones década 1980.....	11-12
1.1.2.- Definiciones década 1990.....	12
1.1.3.- Definiciones década 2000.....	12-13
1.1.4.- Definiciones década 2010 hasta la actualidad	13-14
1.2.- Consecuencias del Estrés Laboral Crónico.....	14-15
1.2.1.- Consecuencias en la salud de los cuidadores.....	15
1.2.2.- Consecuencias laborales de los cuidadores.....	15
1.3.- Modelos explicativos del estrés laboral crónico.....	16
1.3.1.- Modelos basados en la teoría Sociocognitiva.....	16
1.3.1.1.- Modelo de Competencias Social de Harrison.....	16
1.3.1.2.- Modelo de Autoeficacia de Cherniss	16
1.3.1.3.- Modelo de Pines	17
1.3.1.4.- Modelo de Autocontrol de Thompson, Page, Cooper	17
1.3.2.- Modelos Desarrollados desde la Teoría del Intercambio Social.....	18
1.3.2.1.- Modelo de Comparación Social de Buunk y Shaufelo.....	18
1.3.2.2.- Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freddy.....	18-19
1.3.3.- Modelos Desarrollados desde la Teoría Organizacional	19
1.3.3.1.- Modelos de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter	19
1.3.3.2.- Modelo de Winnubst	19-20
1.3.3.3.- Modelo de Cox, Kuc y Leiter	20

1.3.4.- Modelos sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el trabajo	21
1.3.4.1.- Modelo Tridimensional de MBI-HSS (Maslach y Jackson).....	21
1.3.4.2.- Modelo de Edelwich y Brodsky	22
1.3.4.3.- Modelo de Price y Murphy	22
1.3.5.- Modelo de la Teoría Estructural Modelo de Gil Monte	23
1.3.- Importancia del estudio del estrés laboral crónico en cuidadores	23
1.4.- Prevalencia del estrés laboral crónico en cuidadores	24-25
1.4.1.- Prevalencia en cuidadores a nivel mundial.....	25
1.4.2.- Prevalencia en cuidadores a nivel de Latinoamérica	26
1.4.3.- Prevalencia en cuidadores a nivel nacional.....	26-27-28
1.5.- Variables Asociadas del estrés laboral en cuidadores	28
1.5.1.- Variables sociodemográficas	28
1.5.2.- Variables laborales.....	29
1.5.3.- Variables asociadas al compromiso vital y satisfacción vital.....	30-31
1.5.4.- Variables moduladoras como: Apoyo social, afrontamiento y resiliencia	31-32
2.- CAPITULO 2 – METODOLOGIA	33
2.1.- Objetivos.....	34
2.1.1.- Generales	34
2.1.2.- Específicos	34
2.2.- Preguntas de Investigación.....	35
2.3.- Contexto	35-36
2.4.- Diseño de Investigación.....	36
2.5.- Población y Muestra	37
2.6.- Participantes.....	37
2.7.- Métodos, técnicas (Investigación Bibliográfica).....	37-38
2.8.- Procedimientos	38
2.9.- Recursos	39
2.10.- Instrumentos.....	40-42
3.- CAPITULO 3 – ANALISIS Y DISCUSION DE INVESTIGACION	43
3.1.- Análisis de Resultados.....	44
3.1.1.- Tabla 1.....	44-45
3.1.2.- Tabla 2.....	46
3.2.3.- Tabla 3.....	46
3.2.4.- Tabla 4.....	47
3.2.5.- Tabla 5.....	47
3.2.6.- Tabla 6.....	48
3.2.7.- Tabla 7.....	48-49

3.2.8.- Tabla 8.....	49
3.2.- Discusión de Resultados	50-55
Conclusiones	56-57
Recomendaciones	58
Bibliografía.....	59-63
Anexos	64-80

RESUMEN

El presente trabajo tiene como propósito identificar la prevalencia del Estrés Laboral en cuidadores formales de un hospital privado y de cuidadores informales de distintos lugares de la ciudad de Quito, a través de la utilización de los siguientes cuestionarios: Sociodemográfico y Laboral, Inventario de Burnout de Maslach, Entrevista de carga para cuidadores formales, Escala de Satisfacción Vital, Cuestionario de Salud General, Cuestionario de Apoyo Social MOS, Inventario COPE-28, Brief Resilience Scale (BRS). La metodología utilizada fue de estilo exploratoria, descriptiva, estadística y analítica. La técnica que se utilizó fue bibliográfica y de encuesta por medio de cuestionarios.

La población estuvo conformada por 39 cuidadores, de los cuales; 19 correspondían a cuidadores formales que trabajan en el centro de Diálisis y 20 a cuidadores informales que trabajan en distintos lugares de la ciudad de Quito.

Aunque se observa un 45% en realización personal en los cuidadores informales, los resultados demostraron que no existe estrés laboral crónico en ninguno de los dos grupos (cuidadores formales e informales).

PALABRAS CLAVES: Estrés laboral, Burnout, cuidadores, profesionales de la salud.

ABSTRACT

The purpose of this work is to identify the prevalence of Work Stress in formal caregivers of a private hospital and informal caregivers in different places of the city of Quito using the following questionnaires: Sociodemographic and Labor, Burnout Inventory of Maslach, Charge interview for formal caregivers, Life Satisfaction Scale, General Health Questionnaire, MOS Social Support Questionnaire, COPE-28 Inventory, Brief Resilience Scale (BRS). The methodology used was exploratory, descriptive, statistical and analytical. The technique used was bibliographic and survey by means of questionnaires.

The population consisted of 39 caregivers, of which; 19 corresponded to formal caregivers who work in the Dialysis center and 20 to informal caregivers who work in different places in the city of Quito.

Although there is a 45% in personal performance in informal caregivers the results showed that there is no chronic work stress in any of the two groups (formal and informal caregivers).

KEYWORDS: Stress, Burnout, Health professionals, caregivers.

INTRODUCCIÓN

El estrés laboral o también conocido como Burnout es el síndrome de agotamiento profesional, ya sea físico o mental; en el cual se presenta desmotivación, fatiga y cansancio debido a un largo periodo de exceso de trabajo, generando en el individuo problemas de salud físicos y/o emocionales.

Se conoce como cuidador formal al profesional con estudios previos en salud, que trabaja en instituciones privadas o públicas, que recibe una remuneración bajo un contrato o acuerdo formal, otorgando atención a enfermos. Los cuidadores informales son individuos, algunos con estudios previos, otros con estudios incompletos o inclusive, sin capacitación previa alguna; dedicados al cuidado de los enfermos, recibiendo un pago de manera mensual o también trabajando de manera voluntaria.

Siempre existe la posibilidad de que haya casos de estrés laboral en cuidadores del área de la salud, debido a que el cuidador; ya sea formal o informal, enfrenta de manera continua, momentos o situaciones que pueden generar estrés, ocasionando en el individuo malestares emocionales, físicos y psicológicos. Hay que tomar en cuenta que cada ser humano tiene su manera de afrontar el estrés y de esto depende que dichos malestares se presenten o no.

La realización de este estudio forma parte importante de la investigación puzzle que está realizando la UTPPL a nivel nacional, ya que es primordial que las instituciones públicas y privadas tengan conocimiento de estos datos para que el profesional de la salud tenga las herramientas necesarias para afrontar de manera correcta las adversidades que se presentan día a día en sus labores. Se analiza la prevalencia del estrés laboral y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización) en cuidadores formales de un Centro de Diálisis y cuidadores informales de la ciudad de Quito durante el año 2017.

Dentro de los objetivos específicos se consideran:

Identificar las características sociodemográficas y laborales de los cuidadores formales e informales.

Determinar las dimensiones del estrés laboral crónico en cuidadores formales e informales.

Identificar la presencia de sobrecarga laboral en cuidadores formales e informales.

Reconocer el bienestar o salud en general de los cuidadores formales e informales.

Determinar los modos de afrontamiento más utilizados por los cuidadores formales e informales.

Investigar el apoyo social procedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo de los cuidadores formales e informales

Examinar la satisfacción vital y resiliencia de los cuidadores formales e informales.

El siguiente trabajo está compuesto por tres capítulos: marco teórico, metodología y análisis de datos; además de conclusiones y recomendaciones.

En el Marco Teórico se mencionan las definiciones de estrés de acuerdo a la American Psychological Association (APA) y estrés laboral crónico según la década del 1980, periodo en el cual se pudo observar que el estrés empezó a desarrollarse dentro del ámbito laboral como consecuencia de querer satisfacer la necesidad de los clientes en el menor tiempo posible, es decir, más requerimientos, más demandas, más objetivos por cumplir. Según la década de 1990, los individuos seguían manteniendo un nivel de estrés alto debido a la influencia que ejercía el ambiente laboral o las distintas circunstancias que se presentaban durante sus jornadas de labores. Según la década de 2000, las actividades laborales siguen siendo un motivo por el cual las personas presentan o experimentan Síndrome de Burnout, debido a que las labores a realizar en un determinado trabajo, requieren de más habilidades por parte del individuo para poder ejercerlas de manera rápida y eficaz. Según la década de 2010 hasta la actualidad, se ha podido constatar que el cuidador vive constantemente en estrés laboral debido al ritmo de vida más agitado, a las demandas que su trabajo conlleva (largas jornadas laborales y/o explotación) y a la situación económica que experimentan diversos países.

Además, se mencionan las consecuencias, modelos explicativos, prevalencia y variables asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.

Dentro de los modelos explicativos se mencionan:

Modelos basados en la Teoría Sociocognitiva, en la cual se encuentra el Modelo de competencia social de Harrison (1983), incentivando la cooperación y ayuda entre compañeros de trabajo. Modelo de autoeficacia de Cherniss (1993), en donde se menciona el autocontrol para aminorar el estrés y mejorar la manera de afrontamiento. En el Modelo de Pines (1993), la motivación es primordial para evitar el estrés. En el Modelo de Autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993), se mencionan las variables en las que se

basa el estrés laboral crónico: Las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del trabajador, el nivel de autoconciencia del trabajador, expectativas de éxito y sentimientos de autoconfianza.

Modelos desarrollados desde la Teoría del Intercambio Social, la cual consta del Modelo de Comparación social de Buunk y Shaufeli (1993), indicando como base el intercambio social entre el personal de la salud con el paciente y comparación social con los compañeros de trabajo. En el modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freedy (1993), se indica que el estrés aparece cuando la motivación del individuo se ve amenazada o frustrada.

Modelos desarrollados desde la Teoría Organizacional, compuesto por el Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983), mencionando que el estrés laboral producido por la sobrecarga de trabajo, hace que el profesional pierda el compromiso que tenía con su trabajo. El Modelo de Winnubst (1993), comenta que el estrés laboral crónico afecta a todos los profesionales, influyendo la estructura organizacional, la cultura y el apoyo social. El Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993), habla de que el estrés laboral crónico es producto de no saber afrontar de correcta manera el estrés.

Modelos sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el trabajo, constituido por el Modelo Tridimensional de MBI-HSS (Maslach y Jackson, 1981/1982) en donde se indica que el Síndrome de Burnout se basa en el cansancio emocional, despersonalización y dificultad en la realización personal. El Modelo de Edelwich y Brodsky (1980), define al Síndrome de Burnout en 4 fases: Idealismo y Entusiasmo, Estancamiento, Apatía, Distanciamiento. El Modelo de Price y Murphy (1984), menciona que el Síndrome de Burnout es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral.

Modelo de la Teoría Estructural Modelo de Gil Monte (1995), en donde se menciona que el Síndrome de Burnout es la respuesta al estrés laboral.

Dentro de las variables asociadas al estrés laboral encontramos:

Variables sociodemográficas asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores, variables laborales, variables asociadas al compromiso y satisfacción vital, Variables moduladoras como apoyo social, afrontamiento y resiliencia.

En el segundo capítulo se menciona la Metodología de la investigación, técnicas e instrumentos de investigación. Se utilizó el método exploratorio, de tipo descriptivo, estadístico y analítico-sintético. La técnica de investigación fue: la encuesta, por medio de la cual se obtuvo información de los participantes que formaron parte de la muestra investigada, constituida por 39 cuidadores (19 cuidadores formales y 20 cuidadores

informales). Los instrumentos utilizados fueron: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral, Inventario de Burnout de Maslach, Entrevista de carga para cuidadores formales, Escala de Satisfacción Vital, Cuestionario de Salud General, Cuestionario de Apoyo Social MOS, Inventario COPE-28, Brief Resilience Scale (BRS).

El tercer capítulo se refiere al análisis de datos, resultados obtenidos y discusión. Dentro del apartado de análisis y resultados se observan: las características sociodemográficas y laborales de los cuidadores, siendo mayor porcentaje de mujeres con un 79% sobre 21% hombres en los cuidadores formales; y en los cuidadores informales se observa una equidad del 50% en hombres y mujeres. Se destaca la etnia mestiza con un 63% en cuidadores formales y 95% cuidadores informales, y los solteros con un 42% los cuidadores formales y 55% los cuidadores informales, con remuneración mensual en los dos grupos.

Con respecto a la prevalencia del estrés laboral crónico en cuidadores formales e informales, los resultados nos indican que ningún individuo de la muestra presenta estrés laboral crónico teniendo porcentajes bajos en agotamiento emocional y despersonalización.

Se presentan porcentajes medios en realización personal siendo el 53% en cuidadores formales y 50% en cuidadores informales, tomando en consideración que el 45% de los cuidadores informales se encuentra con baja realización personal; porcentaje a considerar al momento de los análisis finales.

La presencia de sobrecarga laboral se encuentra en un nivel leve, siendo 32% en cuidadores formales y 35% en cuidadores informales.

En el reconocimiento del bienestar o salud en general se observa porcentajes por encima de la media en síntomas somáticos (65%) y ansiedad (60%) en cuidadores informales, al contrario que los cuidadores formales, todos los porcentajes se encuentran en niveles bajos en las cuatro subescalas.

Al determinar los métodos de afrontamiento más utilizados se observa que la autoculpabilidad tiene porcentajes de 2.53% en cuidadores formales y 3.14% en cuidadores informales. La religión también se emplea por parte de los cuidadores informales con un 3.25% sobre 2.37% en cuidadores formales.

Al definir el apoyo social procedente de las redes sociales cercanas, se indica que el apoyo emocional es primordial para los cuidadores formales con una media de 28.89 y para los cuidadores informales una media de 32.25

El análisis de la satisfacción vital indica que los dos grupos se encuentran satisfechos con su trabajo con un 53% los cuidadores formales y 50% los cuidadores informales.

En el caso de resiliencia, se observa que existe un nivel medio de porcentaje, con un 58% los cuidadores formales y un 75% los cuidadores informales.

En la discusión se contrastan y comprueban los resultados obtenidos del presente estudio con otras investigaciones relacionadas con el tema y así poder dar respuesta a las preguntas estipuladas en la investigación.

Esta investigación se realizó con normalidad, cumpliendo los objetivos planteados al inicio del trabajo, ya que el centro de diálisis permitió el ingreso y desarrollo del estudio sin problemas, debido a que entienden que dicho análisis es importante para saber cómo se encuentra el personal que trabaja ahí (cuidadores formales). Con respecto a los cuidadores informales, también facilitaron la investigación debido a que no pertenecen a ninguna institución, sintiéndose más relajados al momento de las evaluaciones.

Uno de los limitantes que se pudo observar fue que, algunos cuestionarios son muy extensos para los cuidadores formales. Al contrario de los cuidadores informales, esto por motivo de tiempo. Otro inconveniente fue la falta de anonimato al momento de contestar los cuestionarios, ya que ese es un motivo que preocupa a los cuidadores formales pensando que esto puede afectar su relación con la institución, por lo cual evitan dar mucha información con respecto al ámbito laboral. Los cuidadores informales no se preocuparon por eso y se sintieron cómodos al momento de contestar.

CAPÍTULO 1

MARCO TEORICO

Estrés laboral crónico en cuidadores.

El estrés laboral crónico es un término utilizado por primera vez en medicina por el psiquiatra Herbert Freudeberger (1974 como se cita en Martínez, A. 2010, p.3). Explicó el deterioro físico y mental que presentó de un grupo de voluntarios que trabajaban en Free Clinic, Nueva York luego de pasar un periodo prolongado de estrés durante su jornada laboral, lo cual generó mala atención hacia los pacientes, agotamiento y evitación.

Mikhail (1981 como se cita en Blanco, M. 2003, p.72-73) “indicó que el estrés es un estado psicológico y fisiológico que se presenta cuando ciertas características del entorno retan a una persona y producen un desequilibrio, real o percibido, entre lo que se le pide y la capacidad para ajustarse a ello”.

De acuerdo a Invancevich y Matteson (1980, como se cita en Blanco, M. 2003, p.73), “el estrés es la respuesta de adaptación, mediatizada por las características y/o procesos psicológicos del individuo, resultado de alguna acción, situación o suceso externo que plantea exigencias físicas o fisiológicas especiales a una persona”.

Por otro lado, Hans Selye (1974, como se cita en Blanco, M. 2003, p.73) comentó que los sucesos positivos como negativos, pueden desencadenar una respuesta idéntica de tensión que puede resultar beneficiosa o nociva.

El Estrés Laboral Crónico o también conocido como Síndrome de Burnout es una manifestación que se presenta en el ser humano luego de estar expuesto a largos periodos de estrés durante su jornada laboral. Este síntoma se presenta en la mayoría de los casos en el personal de la salud o cuidadores, los cuales mantienen una constante relación con el paciente y su enfermedad día a día.

Los cuatro autores coinciden en que el estrés tiene un componente psicológico y fisiológico a causa de la sobrecarga en situaciones específicas que acontecen a una persona, debiendo afectar su desempeño, ya que puede desencadenar una respuesta cargada de tensión que puede resultar beneficiosa o nociva para ella y/o para su entorno.

El estrés es un conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción (OMS, 2010). Es también una respuesta psicológica que experimenta el ser humano ante una determinada situación que se perciba como amenaza o desafío. El estrés positivo o

eustrés, como preocupaciones por cumplir un plazo determinado, impulsa y ayuda a realizar una determinada actividad; y el estrés negativo es el que perdura por mucho tiempo, generando ansiedad, ocasionando problemas de salud en la persona.

De acuerdo a la American Psychological Association – APA, (2018), se puede mencionar distintos tipos de estrés:

Estrés agudo: tiene una duración corta, momentánea y no genera en el ser humano malestares de salud. Se manifiesta por emociones fuertes al enfrentarse a distintas situaciones, ya sea al afrontar un nuevo desafío, retos, algún peligro o ante una discusión. Sirve como incentivo para realizar una determinada actividad.

Estrés crónico episódico: tiene una duración extensa, continúa por semanas, inclusive meses, desarrollando en el ser humano un comportamiento prolongado que lo lleva a vivir en ese estado de estrés, con los consabidos problemas de salud manifiestos. Este tipo de estrés puede generar varios síntomas físicos o emocionales como: depresión, hipertensión, insuficiencia cardíaca, diabetes, problemas de la piel. Si el estrés perdura por demasiado tiempo, pueden aparecer malestares como: dolores de cabeza constantes, cansancio, fatiga, problemas para dormir, pérdida o aumento de peso, músculos rígidos como cuello, hombros, hasta puede ocasionar parálisis facial por tanta tensión, siendo necesaria la intervención de un profesional.

Estrés crónico: este tipo de estrés tiene una duración a largo plazo, ocasiona crisis nerviosa en la persona con resultados negativos como violencia, ataques al corazón, llegando inclusive a fallecer. El estrés que perdura por 6 meses o más, es conocido como trastorno de ansiedad generalizada, lo cual significa que la persona requiere un tratamiento prolongado para lidiar con esta situación, ya que manifiesta preocupación constante y excesiva sobre el presente y futuro. Esta situación es producida también por algún evento o experiencia traumática de la infancia o adolescencia, afecta la conducta y personalidad de los individuos. Hay ocasiones que este tipo de estrés produce sensaciones como: trastornos de pánico, fobias, tener miedos excesivos, trastorno obsesivo-compulsivo, vértigo, lo cual impide que pueda desempeñarse de manera correcta y normal en la sociedad.

Uno de los problemas recurrentes del siglo XXI que se presentan en las empresas u organizaciones es el estrés laboral crónico o síndrome de Burnout, manifestándose como

un agotamiento laboral debido a la sobrecarga de actividades que conlleva realizar una determinada actividad, más demanda de horas laborales, todo esto por un periodo prolongado de tiempo, generando agotamiento físico y mental. Produce malestares emocionales, físicos y hasta mentales, es por esto que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la califica como riesgo laboral.

Según Greenglass, Burke y Moore (2003, como se cita en Patlán, J. 2013m p.447), la sobrecarga laboral incluye demandas cuantitativas, es decir, tener mucho trabajo para realizar en poco tiempo; y demandas cualitativas relacionadas con la dificultad de las funciones y el procesamiento de la información.

Actualmente este trastorno se ha vuelto común en toda clase de trabajos, debido al constante cambio que la sociedad experimenta día a día al realizar más actividades complejas durante la jornada laboral; todo esto forma parte de una mala interpretación de lo que es ser una persona proactiva, que genera en el individuo un desgaste psicoemocional, sobre todo cuando la persona no tiene el conocimiento y/o las herramientas para controlarlo, lo cual puede desencadenar en estrés crónico laboral.

1. Definiciones del estrés laboral crónico en cuidadores.

1.1. Definiciones de la década de 1980.

Es la década en que se inician los estudios acerca del estrés laboral, refiriéndose a lo mencionado por Cristina Maslach sobre el Síndrome de Burnout, como resultado de un estrés laboral crónico en el personal de la salud y educación. (Gálvez, M.; Moreno, B.; Mingote, J. 2011, p.8). Durante esta década las condiciones sociales y económicas afectaban a las personas, lo cual determinaría que estos factores influyan en las conductas de las personas dentro del ámbito laboral y profesional.

Hans Selye (1982, como se cita en Cirera. O. 2012, p.69), define el estrés como un quiebre en la homeostasis del organismo que provoca una respuesta en el comportamiento. La homeostasis es el esfuerzo psicológico que mantiene al organismo en equilibrio.

Farber (1983, como se cita en Quiceno, J. 2007 p.118), relaciona el Síndrome de Burnout con el ambiente laboral, existiendo un desacuerdo entre las metas y los esfuerzos

por lograrlas, generando diversos síntomas como falta de energía, baja autoestima, desgaste del rendimiento laboral, repudio al trabajo, irritabilidad, desgano, ansiedad.

Para Cooper, Cooper; Eaker (1988, como se cita en Cirera. O. 2012, p.70), el estrés laboral puede verse como cualquier fuerza que conduce a que un factor psicológico o físico vaya más allá de sus límites de estabilidad y produzca tensión en el individuo.

Durante este periodo se pudo observar que el estrés empezó a desarrollarse dentro del ámbito laboral como consecuencia de querer satisfacer la necesidad de los clientes en el menor tiempo posible, es decir, más requerimientos, más demandas, más objetivos por cumplir.

1.2. Definiciones de la década de 1990.

Según Siegrist (1996, como se cita en Cirera. O. 2012, p.70), “el estrés laboral se asocia al desequilibrio entre el esfuerzo y la recompensa en el trabajo, es decir, desequilibrio entre costo y beneficio”.

Moreno y Peñacoba (1999, como se cita en Quiceno, J. 2007, p.118), indican que el Síndrome de Burnout se relaciona con la desmotivación emocional y cognitiva que experimenta el individuo luego de prescindir de algo que fue importante en algún momento de su vida.

Para Grandjean (1998, como se cita en Cirera, O. 2012, p.71), “la causa del estrés laboral es la discrepancia entre el grado de exigencia del trabajo y los recursos disponibles para asumirlo”.

Al igual que en la década anteriormente mencionada, se puede observar que durante la década de 1990 los individuos seguían manteniendo un nivel de estrés alto debido a la influencia que ejercía el ambiente laboral o las distintas circunstancias que se presentaban durante sus jornadas de labores, las cuales afectaban el rendimiento y el estado emocional y psicológico de la persona.

1.3. Definiciones de la década del 2000.

Franca; Rodríguez (2005, como se cita en Cirera, O. 2012, p.70) define el estrés laboral como: “situaciones en que la persona percibe a su ambiente de trabajo como amenazador para sus necesidades de realización personal o profesional o para su salud física o mental, lo que perjudica su integración en el ámbito de trabajo”.

El estrés laboral para Schaufeli y Salanova (2002, como se cita en Martín, P. y cols. 2003, pág.10), “es un proceso en donde intervienen estresores o demandas laborales de diversa índole, consecuencias del estrés y recursos, tanto de la persona como del trabajo”.

De acuerdo a Apiquian (2007, como se cita en Quiceno, J. 2007, p.120), “algunos autores han encontrado una relación positiva en la manifestación del síndrome en dos periodos de tiempo: durante los dos primeros años de carrera profesional y después a los 10 años de ejercer la profesión”. Afecta a nivel somático (cansancio, dolores de cabeza, espalda y cuello, hipertensión, insomnio, etc.), a nivel conductual (aislamiento, poca concentración, conductas agresivas hacia los pacientes, absentismo, etc.), a nivel emocional (enojo, irritabilidad, desgano, ansiedad, aburrimiento, depresión, etc.), a nivel cognitivo (baja autoestima, mal desempeño profesional, etc.).

Según Peiró (2001, como se cita en Martín, P. y cols. 2003, pág.1), “el trabajo ha evolucionado desde lo físico y lo manual para ser cada vez más una actividad mental, que implicaría el procesamiento de la información y la solución de problemas”

Basándonos en estos análisis, se llega a la conclusión de que las actividades laborales durante esta década, siguen siendo un motivo por el cual las personas presentan o experimentan Síndrome de Burnout, debido a que las labores a realizar en un determinado trabajo, requieren de más habilidades por parte del individuo para poder ejercerlas de manera rápida y eficaz, yendo acorde con las exigencias del cliente – paciente y de la institución, manteniendo el mismo resultado de años atrás: la afectación de un alto número de empleados, ya sea de manera psicológica, emocional y/o física.

1.4. Definiciones de la década del 2010 hasta la actualidad.

Para Duran (2010, p.72), el estrés es uno de los responsables directos de las más comunes y mortales enfermedades que afectan al trabajador y trabajadora del nuevo siglo.

De acuerdo a la Organización Internacional del Trabajo OIT (2016), el estrés laboral es un problema global que afecta a todos los países, sean estos desarrollados o subdesarrollados. El ser humano está en constante relación con diversos riesgos que atentan contra su tranquilidad laboral, afectando al mismo tiempo, el ámbito personal.

El estrés laboral se ha definido como resultado de la aparición de factores psicosociales de riesgo teniendo alta probabilidad de afectar de forma importante a la salud de los trabajadores y al funcionamiento empresarial a medio y largo plazo, (Moreno y Báez, 2010, como se cita en Osorio, J. 2017, p.82).

Durante esta última década se ha podido constatar que el cuidador vive constantemente en estrés laboral debido al ritmo de vida más agitado, a las demandas que su trabajo conlleva (largas jornadas laborales y/o explotación) y a la situación económica que experimentan diversos países.

Cada día el individuo experimenta situaciones de agitación y de toma de decisiones rápidas. Igualmente, los salarios actuales no son de la satisfacción del profesional por lo cual el individuo decide obtener otro empleo en otra entidad de salud, ya que de esta manera puede lograr una mejor remuneración.

Algo que también se debe recalcar es que existen casos donde el cuidador tiene que aceptar trabajos de manera independiente, provisionales o temporales, lo cual ocasiona estrés por la inseguridad que conlleva trabajar así, sin afiliación a un seguro social o a una jubilación a futuro.

En síntesis se puede indicar que el estrés ocasionado por situaciones laborales presionantes ha existido durante décadas. Cada situación, sobretodo negativa que experimenta el individuo en el trabajo, ocasiona malestar emocional, físico y psicológico. La década del 1980 es primordial, ya que en ella surgió el interés por analizar los motivos que generan estrés en las personas y sus repercusiones en su desempeño, ya sea en el ámbito personal, como laboral.

2.- Consecuencias del estrés laboral crónico.

El individuo que experimenta estrés laboral crónico durante meses, sin recibir tratamiento adecuado por parte de un profesional, se encuentra en riesgo de sufrir deterioro a nivel emocional, cognitivo, físico y conductual. Produce consecuencias negativas, afecta la calidad de vida de la persona, las relaciones interpersonales; ya sea con la familia, amigos y compañeros de trabajo, debido a la tensión y escasez de comunicación.

2.1. Consecuencias en la salud en los cuidadores.

Según Durán (2007, p.79), se identifica como consecuencias en la salud lo siguiente:

- *Síntomas físicos:* insomnio, desordenes gastrointestinales (falta o aumento de apetito), hipertensión, pérdida de peso, cardiopatías y cansancio.
- *Síntomas emocionales:* aburrimiento, poca concentración, frustración, irritabilidad, baja autoestima, depresión, sentimientos de culpabilidad, de soledad, de impotencia, agotamiento emocional.
- *Síntomas conductuales:* cambios bruscos de humor, consumo de drogas legales e ilegales, aumento de conductas hiperactivas y agresivas, quemimportismo, apatía.

Este conjunto de síntomas generan actitudes negativas en la persona, como por ejemplo, desgano para trabajar, intenciones de renunciar al trabajo, aislamiento, comportamientos violentos, conducta despersonalizada en relación con el paciente, inclusive cuando las situaciones de estrés sobrepasan la tolerancia, pueden llegar a tener pensamientos suicidas.

2.2. Consecuencias laborales de los cuidadores.

El estrés laboral crónico, además de ocasionar malestares en la salud de las personas, también produce consecuencias negativas a nivel laboral, debido a que las personas afectadas por este síndrome se aíslan, afectan a la comunicación organizacional y las relaciones interpersonales, dando como resultado la baja productividad, un defectuoso trabajo en equipo, mal desempeño y poco rendimiento, alto nivel de absentismo y desmotivación (Gil-Monte, 2003, p.183).

3. Modelos explicativos del estrés laboral crónico.

Para explicar la etiología del estrés laboral crónico o Síndrome de Burnout, varios investigadores se han basado en diversos modelos teóricos, sus antecedentes y sus consecuencias

3.1. Modelos basados en la teoría Sociocognitiva.

3.1.1. Modelo de competencia social de Harrison.

De acuerdo a lo expuesto por Harrison (1983, como se cita en Martínez, A. 2010, p.14), el estrés laboral crónico se basa en sentimientos de competencia y cooperación, relacionándose con factores de ayuda que facilitan las labores, como por ejemplo: capacitaciones constantes, toma de decisiones, fácil disponibilidad de recursos, materiales adecuados, etc., el resultado será un buen desempeño laboral, ya que el empleado se encontrará motivado. Sin embargo, si existen factores de barrera como ambigüedad del rol, sobrecarga laboral, etc., el empleado se siente desmotivado y si esta situación perdura por un largo periodo, da como resultado el estrés laboral.

Lo anteriormente expuesto representa a trabajadores con altas expectativas para lograr sus metas laborales y anhelos de ayudar a los demás.

3.1.2. Modelo de autoeficacia de Cherniss.

Cherniss (1993, como se cita en Martínez, A. 2010, p.15), habla de la autoeficacia percibida de Bandura (1989 como se cita en Caballero, Hederich y Palacio. 2010, p.134), es decir, lo que piensan las personas sobre sus capacidades para ejercer control sobre alguna circunstancia que les perjudican. Si esta capacidad de mantener el control se mantiene fuerte y constante, los trabajadores se estresaran menos y enfrentaran de manera positiva las distintas situaciones que se presenten en sus labores cotidianas. Cumplir con los objetivos personales planteados por uno mismo nos hace sentir personas eficientes; mientras que el no cumplirlos, produce sentimientos de fracaso, pudiendo desarrollarse el estrés crónico laboral.

3.1.3. Modelo de Pines.

De acuerdo a lo indicado por Pines (1993, como se cita en Martínez, A. 2010, p.15), los trabajadores experimentan estrés laboral crónico debido a que justifican su vida en torno a sus actividades laborales, ya que dichas actividades son útiles e importantes. Al igual que en la Teoría de Harrison, los trabajadores se mantienen altamente motivados, fijándose metas que al no cumplirse, generan frustración y desmotivación, sintiéndose que no aportan de manera positiva a la vida y a la ciudadanía. Si los empleados no están altamente motivados, usualmente podrán estresarse pero no llegarán a un estrés crónico.

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

Los tres investigadores: Thompson, Page y Cooper (1993, como se cita en Martínez, A. 2010, p.16) mencionan cuatro variables en las que se basa el estrés laboral crónico: Las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del trabajador, el nivel de autoconciencia del trabajador, expectativas de éxito y sentimientos de autoconfianza.

Las discrepancias entre las demandas y los recursos intensifican el nivel de autoconciencia de ciertos trabajadores, afecta de manera negativa el estado anímico, genera desconfianza para afrontar las discrepancias, perjudica la realización personal en el trabajo. Los trabajadores con autoconciencia y pesimismo alto, se retiran mental y conductualmente de las situaciones conflictivas como una manera de resolver los problemas. Evitan experiencias negativas, despersonalizándose, siendo partícipes de un patrón de retiro conductual. Cuando las personas no pueden realizar este retiro, sienten agotamiento emocional y desamparo profesional, ya que los altos niveles de autoconciencia influyen en las experiencias de desilusión y frustración. Sin embargo, tener una predisposición optimista para resolver conflictos, fortalece la autoconfianza para disminuirlos.

Al analizar los modelos anteriormente expuestos, el estrés laboral se genera por no alcanzar las metas y objetivos planteados con anticipación, ya sean de manera individual o grupal. Esta preocupación puede empeorar cuando el individuo no tiene el apoyo de la organización y solo recibe exigencias por parte de los mandos superiores o jerárquicos, restando importancia al bienestar del personal; es por eso importante el modelo de competencia social de Harrison, ya que este modelo entrega las herramientas necesarias para que el empleado tenga independencia de acción y pueda desarrollar competencias que le ayuden al realizar un buen desempeño dentro de la empresa, afrontando de una mejor y correcta

manera las distintas situaciones que puedan percibirse como limitantes para realizar sus actividades diarias.

3.2. Modelos Desarrollados desde la Teoría del Intercambio Social

3.2.1. Modelo de Comparación social de Buunk y Shaufeli.

Buunk y Shaufeli (1993, como se cita en Martínez, A. 2010, p.16), indican como bases del modelo a los procesos de intercambio social entre el personal de enfermería con los pacientes y los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros de la misma área. Con respecto a los procesos de intercambio social con los pacientes hay tres variables que influyen en la aparición del estrés laboral crónico: percepción de equidad, incertidumbre y falta de control.

La percepción de equidad se relaciona con lo que el trabajador da y lo que recibe. La incertidumbre es la falta de claridad en los pensamientos y sentimientos al momento de realizar una labor. La falta de control se refiere a la posibilidad del individuo de controlar los resultados de sus actividades laborales. El personal que realiza labores en el área de enfermería siempre posee dudas con respecto a la manera en que ejercen las tareas, ya sea en cómo tratar a los pacientes y si lo realizan de la manera correcta. La percepción de equidad falla debido a que los pacientes no tienen buena actitud como consecuencia de la preocupación y ansiedad que les genera la enfermedad. En esta área de trabajo, los procesos de afiliación social y comparación con los compañeros desvanece, ya que el personal de enfermería evita relacionarse con compañeros en momentos de estrés para eludir comentarios o ser rechazados por incompetentes.

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

Hobfoll y Freedy (1993, como se cita en Martínez, A. 2010, p.17) señalan que los individuos se estresan cuando se percatan que aquello que los motiva se encuentra amenazado o frustrado, ocasionando la amenaza de los recursos de los trabajadores, desarrollando inseguridad sobre sus habilidades para desempeñarse exitosamente en el área profesional. Se toman en cuenta las relaciones con los demás compañeros de trabajo y de las consecuencias como fuente de estrés en la percepción de situaciones de pérdida o ganancia. Los individuos se esmeran en mantener sus recursos, que conseguir extras; ya que ese es un motivo importante que les genera estrés. Utilizar estrategias de afrontamiento

de carácter activo reduce el estrés, generando recursos que permitan un buen desempeño, modificando las percepciones y cogniciones de los trabajadores.

Parte importante de sentirse a gusto en una organización es contar con la cooperación y fidelidad de los compañeros de trabajo, la ayuda continua y comunicación clara facilita las labores y da seguridad al momento de realizar las labores. Del mismo modo, tener una buena relación con los pacientes, genera una alta motivación en el cuidador, es por eso que el modelo de comparación social de Buunk y Shaufeli es importante ya que se basa en las relaciones interpersonales que crea el individuo dentro de la empresa.

3.3. Modelos Desarrollados desde la Teoría Organizacional.

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

Según Golembiewski Munzenrider y Carter (1988, como se cita en Martínez, A. 2010, p.17-18), el estrés laboral crónico es un desarrollo en donde los profesionales pierden el compromiso inicial que tenían con su trabajo en respuesta al estrés y a momentos de tensión producidos por la sobrecarga de labores (demasiada estimulación) y por la pobreza de rol (poca estimulación). Estas dos situaciones desarrollan en los individuos despersonalización, pérdida de autonomía y control, dando como resultado cansancio e irritabilidad al momento de realizar sus tareas. El profesional puede crear maneras de afrontar las distintas situaciones de estrés, alejándose de manera constructiva, ya que mantiene la empatía pero no se involucra con el paciente; o puede ser contraproducente ya que puede alejarse mediante un trato frío, siendo hipócrita, llegando inclusive a ser indiferente con el paciente, ocasionando mal desempeño por agotamiento emocional, tensión psicológica y problemas psicosomáticos.

3.3.2. Modelo de Winnubst.

Winnubst (1993, como se cita en Martínez, A. 2010, p.18), estima que el estrés laboral crónico o Síndrome de Burnout afecta a todos los profesionales, no solo al personal de la salud. Las variables que influyen para que se desarrolle un estrés laboral crónico son: la estructura organizacional, su cultura, el clima y apoyo social, siendo este último la variable principal.

Sobre la base de las ideas expuestas, Winnubst se basa en cuatro supuestos:

- 1.- Toda empresa tiene su sistema de apoyo social.
- 2.- Los sistemas de apoyo social tiene interdependencia con el clima laboral por lo que pueden ser sustentados y desarrollados para una mejora continua.
- 3.- La estructura organizacional, la cultura y el apoyo social están dirigidos por criterios éticos basados en valores sociales y culturales de la empresa.
- 4.- Los criterios éticos indican en qué medida la empresa influye en la tensión y en el origen del estrés laboral crónico.

3.3.3. Modelo de Cox, Kuk y Leiter.

Cox, Kuk y Leiter (1993, como se cita en Martínez, A. 2010, p.18), plantean el estrés laboral crónico desde la perspectiva transaccional del estrés laboral que se produce en el personal de la salud, debido a que sus habilidades para afrontar el estrés no resultan eficaces. Las variables que afectan al individuo son: Sentirse gastado, con cansancio, confusión y debilidad emocional; y sentirse presionado y tenso, es decir, sentimientos de amenaza, tensión y ansiedad.

El agotamiento emocional es el primer factor que conlleva al estrés laboral crónico o Síndrome de Burnout. La despersonalización es la manera de afrontar los sentimientos de agotamiento emocional y los sentimientos de baja realización personal en el trabajo es la respuesta a la evaluación cognitiva del individuo frente al estrés, relacionándolo con su significado del trabajo o expectativas profesionales frustradas.

La salud de la empresa es una variable a tomar en cuenta en la relación estrés – Síndrome de Burnout, siendo determinada por la coherencia, ajuste e incorporación de los sistemas psicosociales de la empresa y como sus empleados perciben las políticas y procedimientos. Por otra parte, la realización personal en el trabajo influye en los efectos que los sentimientos de agotamiento emocional desempeñan en las actitudes de despersonalización.

Dentro de los modelos de la teoría organizacional, es importante destacar las habilidades que debe desarrollar el individuo ante situaciones de preocupación y estrés cuando algo no resulta como corresponde o no logra cumplir todas las obligaciones que tiene a su cargo.

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

La manera como las personas manejan o enfrentan las distintas situaciones dentro de sus actividades laborales, pueden generar resultados positivos o negativos, ya que el individuo de acuerdo a sus capacidades mentales y comportamiento puede convertir la angustia y tensión de un determinado momento, en algo pasajero, en un problema cotidiano que no cause mayor daño a su persona, pero si esta situación se repite constantemente por un largo periodo, puede agravar de manera psicoemocional a la persona, afectando las habilidades que posee para enfrentarla, tornándose en algo tedioso y en un problema para realizar su labores cotidianas. Dentro de esta clasificación, analizaremos los siguientes:

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

Cristina Maslach, psicóloga, mencionó en el año 1976 el termino Burnout como Síndrome de desgaste profesional, resultado de un estrés laboral crónico que experimenta el profesional dedicado al servicio humano. (Gil-Monte, 2005, p.119)

Cristina Maslach y Susan Jackson (1981/1982 como se cita en Gil-Monte, P.; Peiró, J. 1999, p. 261) indican al Síndrome de Burnout como un síndrome tridimensional basado en el cansancio emocional (CE), despersonalización (DP), dificultad en la realización personal (RP).

El Maslach Burnout Inventory – MBI (1982), es el primer instrumento que se utilizó para medir el Burnout en educadores y el personal que trabaja en el área de la salud (médicos, enfermeros, psicólogos, asistentes sociales, etc.). Este instrumento ha sido utilizado en varios ámbitos laborales, teniendo tres versiones, validado al español en Chile y España. La primera versión MBI – Human Service Survey (MBI-HSS) es la versión clásica, dirigida a profesionales del área de la salud, formado por 22 ítems distribuidos en tres escalas, analizando la percepción de los profesionales acerca de su baja realización personal en el trabajo (8 ítems), agotamiento emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems). La segunda versión es el MBI-Educators Survey (MBI-ES) es la primera versión modificada para profesionales de la educación. La tercera versión es el MBI-General Survey (MBI-GS) enfocado a todo tipo de trabajadores, solo tiene 16 ítems, tomando en cuenta la baja eficacia profesional, agotamiento y cinismo. Los ítems se valoran en escala de Likert y las puntuaciones se clasifican en percentiles para cada escala.

3.4.2. Modelo de Edelwich y Brodsky.

Edelwich y Brodsky (1980, como se cita en Martínez, A. 2010, p.8) definen al Síndrome de Burnout en 4 fases, resumiendo detalladamente, paso a paso, las actitudes y emociones que experimenta el individuo:

Fase del Idealismo y entusiasmo: El profesional se involucra demasiado con las labores, posee excesiva energía que lo llevan a realizar más labores de las que están permitidas, posee expectativas poco realistas, sin definición de límites. El fracaso en sus actividades, conlleva a la frustración y desilusión.

Fase del Estancamiento: Continuación de la primera fase, experimentando un deterioro en el desempeño de sus labores al darse cuenta que no se cumplen las expectativas esperadas, manifiesta poca emoción.

Fase de Apatía: Luego de no cumplir los objetivos planteados, se empieza a manifestar falta de interés por las labores, poca relación con los compañeros de trabajo, llegando inclusive a abandonar el puesto de trabajo.

Fase de Distanciamiento: Desmotivación total por parte del profesional, presentando sentimientos de vacío personal como profesional, evita desafíos y a los clientes.

3.4.3. Modelo de Price y Murphy.

Price and Murphy (1984, como se cita en Caballero, Hederich & Palacio. 2010p.135-136), indican que el Síndrome de Burnout es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral y esta adaptación consta de 6 ciclos sintomáticos:

- 1.- Desorientación
- 2.- Labilidad emocional
- 3.- Culpa debido al fracaso profesional
- 4.- Soledad y tristeza (si esta etapa se supera, continua al siguiente ciclo)
- 5.- Solicitud de ayuda
- 6.- Equilibrio

En cada modelo se puede observar que el estrés laboral es ocasionado por preocupaciones constantes y repetidas siendo estímulos negativos que impiden una correcta adaptación, generando en el individuo malestares físicos, emocionales y psicológicos, agravando sus síntomas de incomodidad en general. El Modelo Tridimensional de MBI-HSS (Maslach y Jackson) es el más completo para analizar la existencia del estrés laboral en los integrantes

de una organización, ya que abarca varias áreas de interés que son primordiales de conocer para mantener el bienestar de los empleados.

3.5. Modelo de la Teoría Estructural Modelo de Gil Monte.

Gil Monte, Peiró y Valcárcel (1998, como se cita en Martínez, A. 2010, p.19), indican que el Síndrome de Burnout es la respuesta al estrés laboral percibido, es decir, al conflicto y ambigüedad de rol, producto de una reevaluación cognitiva cuando las habilidades de afrontamiento de los profesionales, ya sea activo o de evitación, no han sido satisfactorias para reducir el estrés laboral. Es en ese momento que surge una variable entre el estrés percibido y las consecuencias, tales como: salud deficiente, baja satisfacción laboral, etc. Gil-Monte (2005) menciona que el Síndrome de Quemarse en el trabajo es una manera de acoso psicosocial en el área laboral, como respuesta a los estresores crónicos laborales, transformándose en algo negativo para la organización donde se desempeña el individuo afectado.

4. Importancia del estudio del estrés laboral crónico en cuidadores.

Debido a la carga laboral que presenta o experimenta el personal de la salud, ha surgido la necesidad de dar un análisis más amplio y detallado para verificar que tan afectados se encuentran, tomando en cuenta no solo el aspecto laboral, sino un conjunto de factores que rodean al individuo, influyendo en su estado psico-emocional como por ejemplo: tipo de personalidad, edad, interrelaciones con compañeros de trabajo, autoestima, nivel socioeconómico, etc. El estrés laboral crónico también es conocido como Síndrome de Burnout.

Para Covalan (1996, como se cita en Cirera, O. 2012, p.71), “este síndrome se caracteriza como un estado de fatiga o frustración causado por la dedicación excesiva y prolongada a una causa y también por la falta de habilidad para encarar alguna situación”.

El trabajo de los cuidadores demanda más tiempo de ayuda presencial hacia el paciente, por lo cual es primordial que dicho trabajador se encuentre en buenas condiciones físicas, emocionales y psicológicas para poder entregar un servicio correcto. Es conveniente que todas las instituciones de salud tengan un programa de medición y prevención del estrés laboral, ya que de esta manera se puede prevenir y ayudar a tiempo al profesional.

5. Prevalencia del estrés laboral crónico en cuidadores.

De acuerdo al análisis que se ha llevado a cabo en el Centro de Diálisis durante el año 2017, el cuidador tiene que realizar labores de servicio a la comunidad durante toda su jornada laboral, independiente si es jornada diurna o nocturna, lo cual implica estar en contacto con los pacientes y sus familiares o amigos, enfrentando enfermedades que producen momentos de angustia y preocupación y también, enfrentando muertes, ante lo cual el personal debe mantener una actitud de despersonalización, es decir, no puede expresar sus sentimientos frente al paciente o a sus seres queridos.

Asimismo, durante sus jornadas laborales siempre están expuestos a sobrecarga física, ya sea movilizándolo al paciente de una camilla a otra o al baño, movilizándolo equipos o instrumentos médicos que puedan generar lesiones físicas, o también están expuestos a radiación, riesgos biológicos, contraer enfermedades infecto-contagiosas, alteraciones del sueño por cumplir turnos nocturnos. Realizar estas labores durante varios turnos y varios días, junto con otros factores que influyen en los comportamientos, origina insatisfacción profesional.

Lo anteriormente expuesto representa las actividades del cuidador desde la creación de dicha profesión, reconociendo que sus labores siempre han acarreado problemas de salud mental y física.

Con el pasar del tiempo, han surgido cambios que han obligado a que dicha profesión en la actualidad requiera de más compromiso y tiempo por parte del cuidador, siendo una de las profesiones que más experimenta estrés durante la jornada laboral.

De acuerdo a un estudio acerca del estrés laboral realizado en Cartagena, por la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena - Colombia, durante el año 2011 a cuidadores informales de pacientes de Diálisis, demostró que la sobrecarga física que recibe dicha persona al trabajar durante prolongados periodos de tiempo, afecta su calidad de vida, sea de manera psicológica, física y/o emocional; ya que siendo la persona que se encuentra a cargo del cuidado constante del paciente, debe encargarse de organizar y coordinar su actividades laborales (muchas veces tienen una duración de 12 horas o más) con las actividades personales o privadas, las cuales se dejan de lado por tener la responsabilidad de estar a cargo del paciente con Insuficiencia Renal Crónica, ocasionando el Síndrome del

Cuidador, es decir, puede presentar patologías físicas y/o psicológicas consideradas como un cuadro clínico que requiera de un determinado tratamiento.

Una investigación acerca del Síndrome de Burnout realizada en 2012 en Chile, por parte de la Dirección de Investigación Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile, a enfermeras y auxiliares de Enfermería que trabajan en un Centro de Diálisis, determinó que el personal presenta niveles altos de estrés laboral o Burnout debido a la sobrecarga de trabajo durante su jornada laboral, ya que están expuestas a nuevas tecnologías que requieren capacitación y la preocupación que implica el no poder realizar de correcta manera dichas tareas, la exposición constante a agentes químicos y biológicos, la carga afectiva que se experimenta diariamente, la percepción que tienen las enfermeras con respecto a que es lo que piensan los pacientes acerca de ellas (imagen profesional), poca información entregada de parte de la institución donde trabajan, entre otros.

Todo esto es parte de un conjunto de factores que afectan la salud del trabajador y que debe tomarse en cuenta para prevenir problemas mayores y así poder otorgar un servicio adecuado a los pacientes.

5.1. Prevalencia en cuidadores a nivel mundial.

A través de investigaciones realizadas a 11 países europeos y Turquía, se pudo comprobar que el 43% de los encuestados presentaron niveles altos de estrés laboral, demostrando que este fenómeno es un problema común en toda Europa. (Soler et al. 2008 como se cita en Olivares, V. et al. 2009, p.64).

De acuerdo a información publicada por la “Fundación Europea para el Desarrollo de las Condiciones de Trabajo”, el 44.1% de los médicos y enfermeras padece estrés laboral” (Gil-Lacruz, 2009, p.12).

En la actualidad, la necesidad de actualizar conocimientos acerca de procedimientos y la tecnología, genera preocupación y estrés en el profesional; sin embargo, la remuneración salarial que reciben al no ser la adecuada, también conlleva a que el profesional tenga otras labores en otras instituciones, formando parte de un desgaste de energía continuo.

5.2. Prevalencia en cuidadores a nivel de Latinoamérica.

A través de una investigación realizada por el Banco Mundial acerca del impacto económico de las enfermedades de salud mental en Latinoamérica (2016), se indica: “Tenemos como resultado una población altamente estresada y proclive a enfermedades mentales más severas”.

De acuerdo a estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se puede verificar que el estrés laboral es un problema primordial en Latinoamérica, siendo Chile el país con la tasa más alta de prevalencia de 83%, representada por las mujeres que son las más afectadas, influyendo las condiciones de trabajo, jornadas laborales, antigüedad en el puesto, afectando el desempeño laboral.

Otro motivo que afecta la vida de los ciudadanos es la negación de tener estrés, por ejemplo, en Perú, el 50% de la población sufre alguna enfermedad mental pero no la relacionan con la salud. De acuerdo con el Dr. Humberto Castillo, Director General del Instituto de Salud Mental (2016), “Estas personas no buscan ayuda profesional y eso disminuye su capacidad para colaborar con la sociedad”.

Igualmente, de acuerdo a una encuesta realizada por la OPS/OMS en Argentina, en el año 2009 se pudo observar que el 26.7% de los empleados padecían estrés mental debido a la excesiva carga de trabajo.

Con lo anteriormente expuesto se deja en claro que no hay análisis con resultados integrales de toda Latinoamérica, pero si existen investigaciones realizadas en cada país, basándose en la realidad que vive cada población y la necesidad de su estudio.

5.3. Prevalencia en cuidadores a nivel nacional.

De acuerdo a mediciones del estrés realizadas por el Dr. Guillermo Barragán, Presidente del Colegio de Médicos de Pichincha (2016), en el Hospital Carlos Andrade Marin y en el Hospital de Ambato en el año 2012, se refleja que gran parte del profesional de la salud del país sufre estrés laboral crónico debido a las prolongadas jornadas laborales, a la falta de insumos, a la gran cantidad de pacientes que deben atender, lo cual genera desorden, haciendo del lugar de trabajo una área poco confortable y cómoda.

De acuerdo a estudios realizados por estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Chimborazo acerca de “Estrategias Psicoterapéuticas para el manejo del Estrés Laboral en el área de emergencias del Hospital del IESS de Riobamba (2013)”, demostraron que, de las 43 personas analizadas, 4 se encontraban con estrés laboral.

Así mismo, estudios realizados por estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Enfermería de la Universidad Técnica de Manabí acerca del “Burnout y sus efectos en el desempeño laboral del personal de enfermería que trabaja en el quirófano del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo” (2014), demostraron que el 47.06% del personal se encuentra con estrés laboral debido a la carga horaria de trabajo (turnos prolongados).

Al siguiente año (2015), estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas, Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Guayaquil, realizaron un análisis de “Las complicaciones frente al estrés laboral del personal de enfermería del quirófano de emergencias del hospital Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil” (2015), indicando que de la muestra de 45 trabajadores, el 56% se encuentra con estrés laboral debido al exceso de pacientes que deben atender diariamente.

Como se puede apreciar, el estrés laboral se ha ido incrementando con el pasar del tiempo. Se debe aclarar que el factor sociodemográfico influye en estos ejemplos, ya que la cantidad de población en las ciudades mencionadas no es la misma, pero se refleja que siempre está presente el desgaste laboral en el personal de la salud.

Como indica Guillermo Barragán (2016, como se cita en Sanitaria. 2016), el Síndrome de Burnout no era reconocido como un riesgo psicosocial pero en la actualidad esto ha ido cambiando y, el Ministerio del Trabajo se ha propuesto registrarlo como un riesgo psicosocial, debido a la influencia que ejerce sobre el individuo tanto en lo profesional como en lo personal.

Es importante mencionar que los cuidadores informales también forman parte del grupo de trabajadores que se ven afectados por el estrés laboral, tal vez no de una manera crónica como los profesionales que trabajan en entidades de Salud, pero si con un estrés laboral que influye en sus actividades y comportamientos habituales.

Los cuidadores informales son personas sin estudios previos relacionados con el área de la salud que prestan ayuda, ya sea física o emocional a familiares, amigos o conocidos de manera voluntaria, sin percibir alguna remuneración económica. En la mayoría de los casos, los cuidadores informales son mujeres entre 40 a 60 años de edad que comparte la misma vivienda con la persona que cuida

Según estudios realizados por estudiantes de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a 60 cuidadores informales que trabajan en el “Centro de Salud Chimbacalle” acerca del “Síndrome del Cuidador Cansado” (2016), demostraron que el 38.3% presentaron estrés laboral, siendo las mujeres las más afectadas debido a las horas diarias que deben realizar sus trabajos de cuidados al paciente.

No se encontró bibliografía suficiente acerca de la prevalencia del estrés laboral crónico en los cuidadores a nivel nacional, pero se evidencia que los factores primordiales que más afectan al cuidador son la carga horaria y de labores que ejerce en su jornada de trabajo

6. Variables asociadas del estrés laboral en cuidadores.

El estrés laboral crónico se origina como resultado del estrés laboral que enfrentan los cuidadores durante un periodo prologando, en el cual las habilidades de afrontamiento se ven disminuidas o deterioradas ocasionando un sinnúmero de síntomas negativos, afectando la salud de los trabajadores. En este estado influyen diversas variables que indican como el contexto social afecta de alguna manera al individuo, por lo cual es importante utilizar instrumentos que tomen en cuenta las variables que a continuación expondremos para desarrollar un trabajo de investigación confiable.

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

El estudio o análisis de las variables sociodemográficas ayudan a determinar cómo estas influyen en los comportamientos de las personas, utilizándolas como indicadores de estilos de vida, clasificándolos por edad, sexo, nivel socioeconómico, nivel de escolaridad, estado civil, etnia, número de hijos, rango de salarios, etc. La relación de esta variable y el estrés laboral crónico en cuidadores o personal de la salud es fundamental para el análisis que realizaremos en esta investigación.

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

Una de las variables que también deben analizarse en este estudio es la relacionada con la satisfacción laboral que siente el cuidador o profesional, es decir, todo lo relacionado con su ambiente dentro de la institución como, la interrelación con los compañeros de trabajo, la dirección de la organización, trabajo en equipo, horarios, actividades por cumplir, etc.

Parte de la variable laboral que se debe tomar en cuenta son los procesos laborales que se realizan diariamente; si alguno de los procedimientos falla o hay errores en el diagnóstico, esto ocasionará preocupación y ansiedad en niveles altos.

Si bien es cierto, cada individuo realiza una determinada actividad en la institución, pero en el caso de los cuidadores o personal de la salud, las actividades de cada uno están relacionadas con la de los demás, y sobre todo, en momentos de complicaciones o conflictos, el apoyo entre compañeros es primordial para sobrellevar situaciones estresantes.

Otra tarea prioritaria para analizar dentro de las variables laborales es el Síndrome de acoso Laboral o Mobbing, el cual eleva los niveles de estrés en la organización, generando inconformidad y/o preocupación, irritabilidad individual y colectiva, desarrollando una disposición violenta. (Sieglin, 2011, como se cita en Arciniegas, R. 2012, p.621). Todo lo expuesto anteriormente se manifiesta a través de maltrato verbal y moral que recibe el individuo por parte de los compañeros de trabajo, y/o por parte de los cargos superiores de la organización, además de maltrato por parte de los pacientes y sus familiares.

En síntesis, es conveniente que las organizaciones den seguimiento a estos factores que influyen en la estabilidad emocional y psicológica de los empleados, tal como lo menciona la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004), "Los objetivos de las prácticas óptimas para gestionar el estrés son prevenir su aparición o en el caso de que los empleados ya lo estén sufriendo, impedir que perjudique gravemente su salud o el buen funcionamiento de la entidad para la que trabajan".

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

Los cuidadores o el personal de la salud, al igual que cualquier profesional en cualquier ámbito que se desempeñe, se caracterizan por comprometerse con sus labores al 100%, entregándose por completo a sus actividades. En el caso de los cuidadores, estos profesionales se comprometen al servicio de la comunidad.

Este compromiso vital conlleva múltiples satisfacciones, ya sea en lo profesional como en lo personal, generando en el individuo el deseo de seguir aportando de manera eficiente, convirtiéndose en una motivación constante para cumplir objetivos personales como organizacionales.

Sin embargo, a pesar de entregarse por completo a las labores profesionales, si las metas no se consiguen o cumplen en un periodo determinado, empieza a generarse en el individuo sentimientos negativos como frustración y desilusión, ya sea con la empresa por no entregar las herramientas necesarias para realizar de manera correcta las labores o consigo mismo por no sentirse capaz de cumplir con los objetivos planteados.

De acuerdo a Baumeister, Stillwell y Heatherton (1994, como se cita en Chiang, M.; Sigoña, M. 2011, p.39), “los sentimientos de culpa llevaran a los profesionales a una mayor implicación laboral para disminuir la culpabilidad.” Esto puede ocasionar una baja realización personal, aumentando el agotamiento emocional y la despersonalización.

Estos sentimientos producen estrés laboral en el profesional, el cual empieza a cuestionarse si realmente está o no realizando el trabajo de manera correcta o si la empresa lo valora o no como profesional.

Gil – Monte (2003, p.27), afirma. “La existencia de sentimientos de altruismo e idealismo acentuados por la forma en que una parte importante de estos profesionales abordan la profesión, podrían facilitar el desarrollo del proceso”.

Hay ocasiones que el compromiso desmedido por parte de los profesionales con sus actividades, es decir, cuando se convierte en profesionales trabajajólicos, supone una despreocupación personal por parte del mismo individuo, llegando a un punto de desinterés por su persona, por su apariencia y necesidades; pero a pesar de lo negativo que puede

parecer, el trabajar de manera desmedida por jornadas largas de trabajo, produce en el individuo sentimientos de satisfacción consigo mismo, ya que se tiene la percepción de que mientras más horas se trabaja, más pacientes pudo atender y más problemas pudo resolver; sin embargo, trabajar de esa manera durante largos periodos de tiempo, por varios meses y años conlleva a un estrés laboral, debido a que el profesional no ha tenido sus periodos de descanso como corresponde, surgiendo problemas emocionales, físicos y psicológicos, afectando el rendimiento laboral y la calidad de vida.

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

Las variables moduladoras como el apoyo social, las habilidades de afrontamiento y la resiliencia ayudan a que los factores estresantes que experimenta el individuo durante su jornada laboral, sean más tolerantes, disminuyendo su intensidad o hasta anularse por completo, evitando que afecte la salud del profesional.

El apoyo social es una dimensión evaluativa que lleva a cabo una persona acerca de la ayuda con la que cree contar (Caplan, 1974 como se cita en Cerquera, A. 2016, p.36). Es la ayuda, soporte o protección que recibe el profesional de parte de sus compañeros de trabajos, jefes, familiares y amigos.

El afrontamiento es el esfuerzo cognitivo y conductual, utilizado para manejar las demandas específicas externas y/o internas evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de las personas, (Lazarus y Folkman, 1984 como se cita en Cerquera, A. 2016, p.36). Es la manera en que el profesional enfrenta las situaciones estresantes, ya sea como un afrontamiento dirigido al problema, dirigida a la emoción o dirigida a la evitación. Si las habilidades de afrontamiento se dirigen al problema, los resultados serán positivos ya que no afectara la salud del profesional, siendo esto controlable, pero si estas habilidades están dirigidas a las emociones, pueden generar problemas de salud afectando el bienestar de la persona, ya que se perciben como incontrolables; y por último, dirigidas a la evitación, es decir, evadiendo el problema.

La resiliencia es cuando una persona se enfrenta a una situación adversa, de riesgo o traumática, lo hace de modo que pueda normalizar su vida sacando provecho de la experiencia, mas no desarrollando patologías (Carretero, 2010 como se cita en Cerquera,

A. 2016, p. 35). Es la capacidad del ser humano de adaptarse de manera positiva a situaciones desfavorables, confrontar momentos estresantes, recuperarse y superarse.

Es importante que los cuidadores de la salud adquieran habilidades de resiliencia como una manera de resguardar sus emociones al momento de afrontar situaciones traumáticas dentro de su jornada laboral, ya que estar expuestos a momentos preocupantes como malestares continuos del paciente, dolor, sufrimiento, malos tratos, inclusive hasta la muerte; desarrolla en el cuidador sentimientos de angustia y estrés, pero estar con el paciente en esos momentos, entregando la ayuda necesaria y reponerse a estos eventos negativos, produce en el personal de la salud una satisfacción personal y profesional.

Al hablar de resiliencia, no se puede dejar de lado los conceptos de apoyo social y afrontamiento, se trabajan en conjunto para lograr mayor impacto en los cuidadores (Garassini, 2010 como se cita en Cerquera, A. 2016, p.42). Si estas tres variables siempre están presentes en la vida del profesional, la manera de enfrentar las distintas circunstancias estresantes que puedan afectar sus labores profesionales y personales, tendrán resultados positivos; ya que estos elementos forman un grupo de factores eficaces que ayudan al individuo para que los efectos del estrés laboral crónico sean disminuidos o anulados. Este grupo de variables ejercen una importante influencia en la manera en que se desenvuelve el personal de la salud, otorgando seguridad en sí mismo, mejorando la autoconfianza y dando tranquilidad al momento de confrontar alguna situación poco agradable.

CAPÍTULO 2

METODOLOGÍA

2.1. Objetivos.

2.1.1. Objetivo General.

Esta investigación tiene como objetivo principal identificar la prevalencia del Síndrome de Burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización) en cuidadores formales que trabajan en un Centro de Diálisis de la ciudad de Quito y al mismo tiempo, cuidadores informales que trabajan de manera independiente en distintos lugares en la ciudad de Quito, durante el año 2017.

2.1.2. Objetivos Específicos.

- Identificar las características sociodemográficas y laborales de los cuidadores formales de un centro de Diálisis y de cuidadores informales que trabajan dentro de la ciudad de Quito, durante el año 2017.
- Determinar las dimensiones de estrés laboral crónico en cuidadores formales de un Centro de Diálisis y de cuidadores informales que trabajan dentro de la ciudad de Quito, durante el año 2017.
- Identificar la presencia de sobrecarga laboral en cuidadores formales de un Centro de Diálisis y de cuidadores informales que trabajan dentro de la ciudad de Quito, durante el año 2017.
- Reconocer el bienestar o salud en general de los cuidadores formales de un Centro de Diálisis y de cuidadores informales que trabajan dentro de la ciudad de Quito, durante el año 2017.
- Determinar los modos de afrontamiento más utilizados por los cuidadores formales de un Centro de Diálisis y de cuidadores informales que trabajan dentro de la ciudad de Quito, durante el año 2017.
- Investigar el apoyo social procedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo de los cuidadores formales de un Centro de Diálisis y de cuidadores informales que trabajan dentro de la ciudad de Quito, durante el año 2017.
- Examinar la satisfacción vital y la resiliencia de los cuidadores formales de un Centro de Diálisis y de cuidadores informales que trabajan dentro de la ciudad de Quito, durante el año 2017.

2.2. Preguntas de investigación.

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales de los cuidadores formales de un Centro de Diálisis y de cuidadores informales que trabajan en distintos lugares de la ciudad de Quito, durante el año 2017?
- ¿Cuál de las tres dimensiones del estrés laboral crónico es la que presenta un alto nivel en los cuidadores formales de un Centro de Diálisis y de cuidadores informales que trabajan en distintos lugares de la ciudad de Quito, durante el año 2017?
- ¿Cuál es la prevalencia de sobrecarga laboral en los cuidadores formales de un Centro de Diálisis y de cuidadores informales que trabajan en distintos lugares de la ciudad de Quito, durante el año 2017?
- ¿Qué nivel de satisfacción vital presentan los cuidadores de un Centro de Diálisis y de cuidadores informales que trabajan en distintos lugares de la ciudad de Quito, durante el año 2017?
- ¿En cuál de las 4 dimensiones de la salud en general presentan casos los cuidadores formales de un Centro de Diálisis y de cuidadores informales que trabajan en distintos lugares de la ciudad de Quito, durante el año 2017?
- ¿Cuáles son los tipos de afrontamiento y grado de resiliencia que presentan los cuidadores formales de un Centro de Diálisis y de cuidadores informales que trabajan en distintos lugares de la ciudad de Quito, durante el año 2017?
- ¿De qué manera reciben apoyo social los cuidadores formales de un Centro de Diálisis y de cuidadores informales que trabajan en distintos lugares de la ciudad de Quito, durante el año 2017?

2.3. Contexto de investigación.

Este trabajo está basado en la evaluación del personal de enfermería y un médico, conocidos como cuidadores formales, del Centro de Diálisis de un hospital ubicado la ciudad de Quito; y en la evaluación de cuidadores informales, siendo ellos auxiliares o licenciados de enfermería o de otras profesiones pero por razones personales o de necesidad, dedicaron su tiempo a cuidar a una persona enferma, en distintos lugares en la ciudad de Quito.

El Centro de Diálisis se encuentra ubicado en la ciudad de Quito, Cantón Quito y atiende a 36 pacientes por día, en tres turnos distintos, de lunes a sábados. Posee 12 camas, cada una con modernos equipamientos de Hemodiálisis e instrumentos médicos de alta tecnología, cuenta con 18 enfermeras/os y 2 médicos Nefrólogos. El equipo humano recibe

constantes capacitaciones, siguiendo los estándares de calidad requeridos para entregar un servicio adecuado, comprometidos a trabajar por el bienestar de los pacientes, siendo respetuosos y atentos en todo momento.

Con respecto a los cuidadores informales, ellos realizan sus labores de manera independiente, en centros de salud, algunos con ingresos y otros de manera voluntaria en casas particulares. Algunos de estos trabajadores cuentan con estudios profesionales completos y otros no, pero en general, todos realizan una labor completa, es decir, dedican su tiempo al 100% a la atención del paciente para que este se sienta a gusto y cómodo.

Algunos de los cuidadores informales que evaluamos en este trabajo, mencionaron que tienen una distinta profesión pero han tenido que abandonarla o dedicarse de manera parcial a sus funciones debido a que tienen ahora la responsabilidad de cuidar a un familiar enfermo y que necesita de su ayuda.

En general, los cuidadores formales e informales realizan dichas labores hace más de un año y están conscientes de que son parte fundamental del tratamiento que se le otorga al paciente.

2.4. Diseño de investigación.

El diseño empleado en este trabajo de investigación presenta las siguientes características: no experimental, ya que en ningún momento se manipularon las variables investigadas. Fue un estudio transeccional o transversal, debido a que los cuidadores formales fueron observados dentro de la institución privada donde realizan sus labores.

Con respecto a los cuidadores informales, algunos fueron observados y entrevistados en sus lugares de trabajo y otros en sus casas, debido a la distancia donde trabajan.

Fue una investigación exploratoria, pues es el primer acercamiento al tema que se desea investigar sin haber tenido un conocimiento previo del asunto, obteniendo un resultado inicial pero simple; fue descriptiva porque detalla el contexto donde se realizó la investigación, es decir; a las personas, lugar, situaciones, etc.

Finalmente tuvo un diseño cuantitativo, debido a que entrega datos numéricos que pueden ser medidos por medio de herramientas estadísticas e informáticas, cuantificando el problema para comprobar y analizar datos y por último, fue correlacional ya que se tomó en cuenta la relación entre las variables vinculadas al fenómeno estudiado (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

2.5. Población y muestra.

La población considerada para el estudio estuvo conformada por 39 cuidadores, 19 correspondían a cuidadores formales (18 enfermeras/os y 1 médico) del Centro de Diálisis y 20 correspondían a cuidadores informales que realizan las labores en distintos lugares de la ciudad de Quito, quienes cumplieron con los criterios de inclusión de muestra, contando para este estudio con una muestra de 33 profesionales de la salud (Médico, Licenciadas/os Enfermería, Auxiliares Enfermería), 2 profesionales de distintas carreras no relacionadas con la salud y 4 con estudios incompletos.

Esta investigación cumplió las normas éticas basadas en el Acuerdo de Helsinki, el cual respeta a los individuos investigados, evita cualquier tipo de riesgo, y se mantiene la confiabilidad de la información adquirida por medio del consentimiento informado, firmado por cada participante (Franca-Tarragó, 1996)

Los criterios considerados para seleccionar la muestra fueron:

Criterios de Inclusión: Ser trabajador activo, tener mínimo un año de experiencia en las labores de cuidador, firmar el consentimiento informado, ser mayor de edad.

Criterios de Exclusión: No trabajar en la actualidad como cuidador, no tener la experiencia requerida, ser menor de edad, no querer participar en la investigación, ni firmar el consentimiento informado.

2.6. Métodos y técnicas e instrumentos de evaluación.

Se utilizaron distintos métodos o pasos para obtener una descripción completa de la investigación.

2.6.1. Métodos.

Método Exploratorio: debido a que se analizó un tema no estudiado antes, en un momento y tiempo específico, adquiriendo información nueva con respecto a la Prevalencia del Síndrome de Burnout en cuidadores formales de una institución privada y de cuidadores informales de la ciudad de Quito.

Método descriptivo: Explica y evalúa características que se presentan en el personal de la salud, específicamente en los cuidadores formales e informales.

Método Estadístico: Permite ordenar la información por medio de test o cuestionarios, cuyos resultados son tabulados al finalizar la investigación, ayudando a adquirir información acerca de la Prevalencia del Síndrome de Burnout en cuidadores formales e informales.

Método Analítico – Sintético: Estudia cada individuo de manera individual para luego hacer el análisis global de la prevalencia del Síndrome de Burnout en el conjunto de cuidadores formales e informales de la ciudad de Quito.

2.6.2. Técnicas de Investigación.

Durante el estudio se utilizó la técnica de investigación bibliográfica, es decir, se investigó acerca del Síndrome de Burnout en bibliotecas y artículos publicados en Internet de páginas reconocidas como honestas y fiables; es decir, se recopiló información de material documental, ya sea en físico o digital, realizando resúmenes de todos los datos adquiridos (Palella y Martins, 2012). Además, se empleó la técnica de la encuesta por medio de la utilización de cuestionarios, aplicada a las personas investigadas, algunas en sus jornadas laborales y otras, durante sus horas o días libres.

2.7. Procedimiento.

Para realizar esta investigación, se elaboró una carta dirigida al Director del Centro de Diálisis, solicitando el permiso para poder ingresar y reunir toda la información requerida. Una vez aprobada la realización de este estudio, se estipularon los horarios en los cuales se podía ingresar para conversar con los cuidadores y realizar las baterías. Se les informó acerca de la investigación, se les entregó el consentimiento informado y explicó el procedimiento para completar los cuestionarios que se requerían realizar.

Con respecto a los cuidadores informales, se conversó con ellos directamente, explicando el objetivo de este estudio, indicando el consentimiento informado y los cuestionarios a realizar.

Al finalizar este procedimiento, se organizaron los cuestionarios por grupos: cuidadores formales e informales y se ingresó toda la información a un documento Excel. Luego de tener todos los datos en la matriz, se trabajó con datos descriptivos, es decir, datos nominales y ordinales. Con respecto a los datos nominales se refieren a la información como etnia, género, profesión; datos que no influyen unos en otros. Los datos ordinales son los que tienen jerarquía como el nivel de instrucción, salario, y al finalizar el ingreso de toda la

información, obtenemos frecuencias y porcentajes que ayudaron a adquirir los resultados que se explican más adelante.

2.8. Recursos.

Para la realización de esta investigación, se utilizaron los siguientes recursos:

Tabla # 1		
<u>Recursos Institucionales</u>	Matriz de tabulación de datos otorgada por la UTPL para el ingreso de la información y obtener resultados requeridos. Entidad privada que permitió el ingreso y realizar la investigación.	\$0
<u>Recursos Humanos</u>	Psicóloga en formación encargada de realizar la investigación, ya sea mediante la observación y/o tabulación de información, individuos investigados, compañeros de universidad, directora de tesis, tutora de la materia, personal de la UTPL.	\$0
<u>Recursos Económicos</u>	Insumos de Oficina: Hojas, esferos, lápices, copias, borrador, anillados, carpeta, sobres manila, flash memory.	\$50
	Material Bibliográfico: Impresiones, libros.	\$100
	Transporte y alimentación.	\$50
	TOTAL	\$200

Elaborado por: Azar, J. (2018)

2.9. Instrumentos.

En la realización de este estudio, se utilizaron ocho instrumentos de medición, por medio de los cuales se adquirió toda la información necesaria para completar la investigación. Conforme a lo mencionado por Hernández et, al; 2010 “Un instrumento de medición adecuado es aquel que registra datos observables que representan verdaderamente los conceptos o las variables que el investigador tiene en mente”.

Los cuestionarios son los siguientes:

2.9.1. Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC.

Obtiene información sociodemográfica como: edad, genero, etnia, estado civil, número de hijos, ingresos económicos, experiencia profesional, sector de trabajo, profesión, tipo de contrato, turnos, número de pacientes, recursos institucionales, clima laboral.

2.9.2. Inventario de Burnout de Maslach (MBI-HSS Maslach Burnout Inventory).

Versión española de Seisdedos (1997) que evalúa las tres dimensiones del Burnout en una escala de Likert con puntuaciones de 0 a 6:

- a) Agotamiento emocional (señala el nivel de cansancio y si la persona se siente exhausta por las actividades laborales).
- b) Despersonalización (niveles de distanciamiento laboral).
- c) Realización personal (niveles de satisfacción en el trabajo).

Este instrumento está compuesto por 22 ítems: Con respecto a agotamiento emocional, existen 9 ítems (1,2,3,6,8,13,14,16,20), con respecto a despersonalización existen 5 ítems (5,10,11,15,22) y acerca de realización personal, compuesta por 8 ítems (4,7,9,12, 17,18, 19, 21). Las puntuaciones máximas son en agotamiento emocional: 54, despersonalización: 30 y realización personal: 48. Pese a que no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la presencia o ausencia del Burnout, se toman las puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización, y las puntuaciones bajas en realización personal. (Maslach y Jackson, 1986; versión española de Seisdedos, 1997).

En cuando a propiedades psicométricas, el cuestionario es óptimo si el coeficiente alfa de Cronbach se encuentra entre el 0.7 y 0.9 (González, Lacasta y Ordoñez, 2008).

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

Es una adaptación de la Entrevista de carga del cuidador, pensada en cuidadores informales, desarrollada por Zarit et al. Inicialmente constaba de 29 ítems y luego se modificó a 22 elementos (Zarit, Orr y Zarit, 1985).

Presenta cinco alternativas de respuesta, que van desde 1 (nunca) a 5 (Casi Siempre). Aparecen cinco factores que reflejan: agotamiento y desesperanza, consecuencias negativas personales y sociales, preocupación por los receptores del cuidado, responsabilidad y respuesta emocional al cuidado. Con esta adaptación para cuidadores formales se ha obtenido un valor de alfa de Cronbach de 0.85.

2.9.4. Escala de Satisfacción Vital (ESV) (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985).

Esta escala mide la satisfacción vital global, uno de los componentes del bienestar subjetivo. Ha mostrado unas aceptables propiedades psicométricas, incluyendo una alta consistencia interna, así como una buena estabilidad de la fiabilidad test-retest de 0.82 y de un coeficiente alfa de 0.87. Tiene siete ítems desde el 1 (muy en desacuerdo) a 7 (muy de acuerdo). La versión que se utilizará es de Revuelta y Andujar (2005).

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

Cuestionario auto administrado que evalúa el nivel de malestar emocional y que diferencia probables casos de salud mental de aquellos que no lo son. Está compuesto por 28 ítems, divididos en 4 sub escalas: Síntomas somáticos ($a_1 + a_2 + a_3 + a_4 + a_5 + a_6 + a_7$), ansiedad e insomnio ($b_1 + b_2 + b_3 + b_4 + b_5 + b_6 + b_7$), disfunción social ($c_1 + c_2 + c_3 + c_4 + c_5 + c_6 + c_7$) y depresión grave ($c_1 + c_2 + c_3 + c_4 + c_5 + c_6 + c_7$), de siete ítems cada una; en cada uno de ellos el individuo debe indicar su situación actual en comparación con las últimas semanas marcando una de las cuatro opciones de respuesta, desde encontrarse mejor de lo habitual hasta lo peor de lo habitual. El rango va desde 0 a 28, donde mayor puntuación indica mayor malestar. Posee un punto de corte donde la puntuación de 5/6 indica un caso probable, con sensibilidad = 84.6% y especificidad = 82% (Lobo, Perez-Echeverria y Artal, 1986).

2.9.6. Cuestionario de Apoyo Social MOS (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991; versión española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, 2005).

Es un cuestionario reducido o corto, multidimensional y auto administrado que evalúa los aspectos cuantitativos del apoyo social (p1 – red social) y los cualitativos (apoyo

instrumental (p1, p4,p11, p14), apoyo emocional (p2, p3, p7, p8, p12, p15, p16, p18), amor y cariño (p5, p9, p19) y relaciones sociales (p6, p10, p13, p17). Consta de 20 ítems. El primer ítem hace referencia al tamaño de la red social y los 19 restantes mencionan cuatro dimensiones del apoyo social funcional como: apoyo social emocional/informacional (alguien que preste guía y consejo), apoyo instrumental (alguien que preste ayuda en casa), interacción social positiva y apoyo afectivo (alguien para comunicarse, distraerse). Es una escala de Likert desde el 1 (nunca) al 5 (siempre) que analiza la frecuencia del tipo de apoyo con el que cuenta el participante, consta de un alfa de Cronbach de 0.97 y para las subescalas entre 0.91 y 0.96.

El rango de puntuación va desde el 0 al 100, donde una mayor puntuación indica mayor apoyo social percibido.

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

Es un instrumento autoadministrado que consta de 28 ítems, las cuales describen distintas conductas o estrategias de afrontamiento pasivo y activo. Cada ítem evalúa la frecuencia de su realización, iniciando desde 0 (no he estado haciendo eso en absoluto) hasta el 3 (he estado haciendo eso mucho) (Vargas, Herrera, Rodriguez y Sepulveda, 2010). Tiene 14 subescalas (con dos ítems cada una): autodistracción (p1, p19), afrontamiento activo (p2,p7), negación (p3, p8), uso de sustancias (p4, p11), búsqueda de apoyo social emocional (p5, p15), búsqueda de apoyo social instrumental (p10, p23), retirada de comportamiento (p6, p16), desahogo (p9, p21), replanteamiento positivo (p12, p17), planificación (p14, p25), humor (p18, p28), aceptación (p20, p24), religión (p22, p27)y autoculpabilización (p13, p26). En cuanto a las propiedades psicométricas cuenta con un alfa de Cronbach de 0.50 y 0.80 para cada una de sus estrategias (Carver, 1997)

La puntuación de cada escala se obtiene sumando los dos ítems correspondientes de cada subescala, mientras mayor calificación en cada subescala, mejor utilización de la determinada estrategia.

2.9.8. Brief Resilience Scale (BRS).

Consta de 6 ítems que evalúan el grado de resiliencia o capacidad del individuo para adaptarse al estrés y situaciones desagradables. La escala es de tipo Likert que va de 1 (muy en desacuerdo) al 5 (muy de acuerdo) con el siguiente rango de puntuación: 6 a 15 bajo, 16 a 22 normal, 23 a 30 alto. Mientras mayor sea la puntuación, mayor es la resiliencia. (Smith et al., 2008).

CAPÍTULO 3

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

3.1. Análisis de resultados.

En este apartado se expone la información obtenida durante la investigación de la prevalencia del Síndrome de Burnout en cuidadores formales de una institución privada y en cuidadores informales que trabajan en distintos lugares de la ciudad de Quito, durante el año 2017.

TABLA 1. Características Sociodemográficas y Laborales de la muestra.

	Cuidadores Formales		Cuidadores Informales	
	N	%	N	%
Sexo				
Hombre	4	21%	10	50%
Mujer	15	79%	10	50%
Etnia				
Mestizo / a	12	63%	19	95%
Blanco	6	32%	1	5%
Afroecuatoriano	1	5%	0	
Indígena	0		0	
Estado Civil				
Casado	7	37%	5	25%
Soltero	8	42%	11	55%
Viudo	0		1	5%
Divorciado	1	5%	2	10%
Union Libre	3	16%	1	5%
Edad				
M	36,95		33,65	
DT	10,30		\$ 12,17	
Max	56		56	
Min	21		19	
Número de hijos				
M	1,11		0,7	
DT	1,05		0,98	
Max	3		3	
Min	0		0	
Zona donde trabaja				
Rural	0		3	15%
Urbana	19	100%	17	85%
Remuneración Mensual				
Si	19	100%	15	75%
No	0		5	25%

Salario				
0- 1000	10	53%	19	95%
1001 – 2000	9	47%	1	5%
Tipo de trabajo				
Completo	18	95%	14	70%
Parcial	1	5%	6	30%
Tipo de contrato				
Eventual	2	11%		
Ocasional			1	5%
Plazo Fijo	9	47%	2	10%
Indefinido	7	37%	1	5%
Servicios Profesional	1	5%	5	25%
Ninguno			11	55%
Trabajo por turnos				
Si	17	89%	5	25%
No	2	11%	15	75%
Provisión de Recursos				
Totalmente	15	79%	2	10%
Medianamente	4	21%	8	40%
Poco	0		2	10%
Nada	0		8	40%

*Fuente: Cuestionario Ad-Hoc
Elaborado por: Azar, J. (2018)*

En la muestra de cuidadores formales se observa que el porcentaje de mujeres dedicadas al cuidado del paciente es mayor que los hombres con un 79% sobre 21%, al contrario de la muestra de cuidadores informales, en donde el género está distribuido con el mismo porcentaje 50% ambos. La etnia que sobresale es la mestiza, siendo en los cuidadores formales el 63% y en cuidadores informales el 95%, predominando las personas solteras con 42% en el grupo de cuidadores formales y 55% en cuidadores informales. Con estos datos se establece que dentro de la muestra recogida para esta investigación, las personas solteras predominan en los dos grupos.

TABLA 2. Resultado de la Dimensión de Burnout en los Cuidadores formales e informales.

		<u>Cuidadores Formales</u>		<u>Cuidadores Informales</u>	
		<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Agotamiento Emocional	Alto	1	5%	3	15%
	Medio	2	11%	7	35%
	Bajo	16	84%	10	50%
Despersonalización	Alto	0		0	
	Medio	1	5%	2	10%
	Bajo	18	95%	18	90%
Realización Personal	Alto	10	53%	10	50%
	Medio	5	26%	0	5%
	Bajo	4	21%	0	45%

Fuente: Maslach , C y Jackson. S.E. 1981; (1986). Seidedos, (1997).

Elaborado por: Azar, J. (2018)

En la tabla se puede observar que los dos grupos evaluados presentan niveles bajos de agotamiento emocional y despersonalización, pero si se sienten confortables con sus labores y su realización personal, ubicándose los dos grupos con un porcentaje alto, indicando el 53% los cuidadores formales y un 50% los cuidadores informales.

TABLA 3. Resultados de la entrevista de carga para cuidadores formales e informales.

		<u>Cuidadores Formales</u>		<u>Cuidadores Informales</u>	
		<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Sobrecarga	No Presenta	9	48%	4	20%
	Leve	6	32%	7	35%
	Intensa	4	21%	9	45%

Fuente: Revuelta y Andujar, (2005).

Elaborado por: Azar, J. (2018)

En la muestra se detalla que un 48% los cuidadores formales no presentan sobrecargas en sus labores profesionales, mientras que los cuidadores informales presentan 45% en nivel intenso de sobrecargas. Se toma en cuenta que los dos grupos tienen un porcentaje similar en el nivel leve, siendo el 32% de cuidadores formales y el 35% de cuidadores informales.

TABLA 4. Resultado de la Satisfacción Vital en cuidadores formales e informales.

	<u>Cuidadores Formales</u>		<u>Cuidadores Informales</u>	
	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Muy Insatisfecho	0		0	
Insatisfecho	0		0	
Ligeramente por debajo de la media en satisfacción vital	1	5%	1	5%
Ligeramente Satisfecho	1	5%	4	20%
Satisfecho	10	53%	10	50%
Altamente Satisfecho	7	37%	5	25%

Fuente: Diener, Emmons, Larsen y Griffin, (1985).

Elaborado por: Azar, J. (2018)

En la tabla se observa un nivel de satisfacción en los dos grupos, correspondiente al 53% en cuidadores formales y 50% en cuidadores informales; al mismo tiempo se observa un porcentaje muy mínimo del 5% en los dos grupos en el nivel debajo de la media

TABLA 5. Salud General en los cuidadores formales e informales.

		<u>Cuidadores Formales</u>		<u>Cuidadores Informales</u>	
		<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Síntomas Somáticos	Caso	8	42%	13	65%
	No Caso	11	58%	7	35%
Ansiedad	Caso	7	37%	12	60%
	No Caso	12	63%	8	40%
Disfunción Social	Caso	6	32%	9	45%
	No Caso	13	68%	11	55%
Depresión	Caso	1	5%	4	20%
	No Caso	18	95%	16	80%

Fuente: Goldberg y Hillier, (1979).

Elaborado por: Azar, J. (2018)

Se evidencia en los cuidadores informales un porcentaje por encima de la media de síntomas somáticos y ansiedad con un 65% y 60% respectivamente; mientras que los cuidadores formales demuestran niveles bajos en las cuatro subescalas. Estos factores son relevantes al momento de analizar la salud, ya que los porcentajes altos en casos nos pueden dar indicios de que existe la posibilidad de que se desarrolle en el profesional de la salud, el estrés laboral o que se convierta en crónico.

TABLA 6. Resultado de Herramientas de Afrontamiento de los cuidadores formales e informales.

	<u>Cuidadores Formales</u>				<u>Cuidadores Informales</u>			
	<u>M</u>	<u>DT</u>	<u>Max.</u>	<u>Min.</u>	<u>M</u>	<u>DT</u>	<u>Max.</u>	<u>Min.</u>
Autodistracción	1,89	1,70	6	0	2,60	1,50	5	0
Afrontamiento Activo	1,89	1,70	6	0	2,58	1,54	5	0
Negación	2,11	1,70	6	0	2,50	1,54	5	0
Uso de Sustancias	2,11	1,70	6	0	2,47	1,59	5	0
Apoyo Emocional	2,05	1,68	6	0	2,50	1,63	5	0
Apoyo Instrumental	2,00	1,70	6	0	2,60	1,64	5	0
Retirada de Comportamiento	2,05	1,72	6	0	2,57	1,70	5	0
Desahogo	2,05	1,72	6	0	2,69	1,70	5	0
Replanteamiento Positivo	2,05	1,72	6	0	2,75	1,76	5	0
Planificación	2,05	1,72	6	0	3,00	1,61	5	0
Humor	2,16	1,71	6	0	3,00	1,70	5	0
Aceptación	2,37	1,67	6	0	2,89	1,76	5	0
Religión	2,37	1,67	6	0	3,25	1,49	5	1
Culpa de sí mismo	2,53	1,68	6	0	3,14	1,57	5	1

Fuente: 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).

Elaborado por: Azar, J. (2018)

Los dos grupos estudiados utilizan como herramienta de afrontamiento la autoculpabilidad con 2.53% en cuidadores formales y 3.14% en cuidadores informales; la religión y aceptación con 2.37% y 2.37% en cuidadores formales y 3.25% y 2.89% respectivamente, en cuidadores informales. No se puede dejar de mencionar que los cuidadores informales manifiestan una media alta en todos los modos de afrontamiento en comparación con los cuidadores formales.

TABLA 7. Resultado del Apoyo Social de los cuidadores formales e informales.

		<u>Cuidadores Formales</u>		<u>Cuidadores Informales</u>	
		<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Apoyo Emocional	M	28,89		32,25	
	DT	8,98		7,30	
	Max	40	211%	40	200%
	Min	12	63%	11	55%
Apoyo instrumental	M	14,42		15,85	
	DT	4,81		3,75	
	Max	20	105,26%	20	100%
	Min	4	21,05%	5	25%

Relaciones Sociales	M	14,32		16,95	
	DT	5,71		4,35	
	Max	20	105,26%	20	100%
	Min	4	21,05%	4	20%
Amor y Cariño	M	12		13,3	
	DT	3,61		3,53	
	Max	15	79%	15	75%
	Min	4	21%	3	15%

Fuente: *Medical Outcomes Study Social Support Survey. MOS-SSS. Sherbourne y Cols (1991)*

Elaborado por: Azar, J. (2018)

En la tabla se observa que, para los dos grupos investigados, es primordial sentirse apoyado por familiares y amistades cercanas, demostrando en el factor de apoyo emocional una media de 28.89 los cuidadores formales y 32.25 los cuidadores informales. Los cuidadores informales perciben también como importante las relaciones sociales con una media de 16.95, demostrando una red social activa y dinámica; mientras que los cuidadores formales dan prioridad al apoyo instrumental con una media de 14.42, manifestando confort con la ayuda y compañía que recibe en su hogar y en su lugar de trabajo.

TABLA 8. Resultado del nivel de resiliencia de los cuidadores formales e informales

	<u>Cuidadores Formales</u>		<u>Cuidadores Informales</u>	
	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
<u>Rango</u>				
Bajo	5	26%	2	10%
Medio	11	58%	15	75%
Alto	3	16%	3	15%

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

Elaborado por: Azar, J. (2018)

En la muestra se indica que el grado de resiliencia que poseen los dos grupos estudiados es de nivel medio, obteniendo un 58% los cuidadores formales y un 75% los cuidadores informales, demostrando que el nivel de resiliencia es mayor en los cuidadores informales.

3.2. Discusión de resultados.

Este trabajo es un aporte al programa puzzle perteneciente al Departamento y Titulación de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja, denominado: "Prevalencia del estrés laboral crónico en cuidadores en el Ecuador". En la actualidad, el estrés laboral crónico es un tipo de estrés que se desarrolla en trabajadores que se relacionan directamente con las personas, sobretodo en el personal que trabaja en el área de la salud (médicos, enfermeros, psicólogos, psiquiatras, cuidadores, etc.), debido a que los factores a los que se enfrentan diariamente influyen de manera emocional, psicológica, física; afectando la calidad del servicio que otorgan.

A este respecto, basaremos esta investigación en el personal que trabaja en el área de la salud, específicamente de los cuidadores formales (enfermeros/as) que trabajan en el Centro de Diálisis y cuidadores informales (auxiliares de enfermería y/u otros) que trabajan en distintos lugares en la ciudad de Quito, los cuales viven constantemente en contacto con personas, preocupado por sus pacientes y su bienestar, enfrentándose a la sintomatología física y emocional que presenta el paciente, incluso la muerte.

Luego de finalizadas las observaciones y tabulación de resultados, basándose en los objetivos específicos, se dio inicio a este estudio analizando los factores sociodemográficos y laborales de los participantes, utilizando el cuestionario Sociodemográfico y Laboral Ad-Hoc. De acuerdo a las características sociodemográficas se observa que el género femenino predomina en el área de la salud privada con un 70%. Similares al estudio realizado en Colombia acerca del Síndrome de Burnout en el personal médico de una institución privada en donde predomina el sexo femenino en esta área (Castillo, IY, Orozco, J, Alvis LR, 2015); mientras que en el área de cuidadores informales hombres y mujeres se encuentra por igual teniendo un 50% cada uno. Predomina la etnia mestizo/a con un 63% en el grupo de cuidadores formales y un 95% en cuidadores informales.

Con respecto a la variable estado civil vemos que el estado soltero/a predomina en general en el grupo de cuidadores, indicando un 42% en cuidadores formales y 55% en cuidadores informales. El promedio de edad oscila entre 36 en cuidadores formales con un máximo de 56 y mínima de 21 y entre 33 en cuidadores informales con un máximo de 56 y mínima de 19 años, constituyendo una población de jóvenes y adultos, contrastando con un estudio realizado en un centro de Diálisis de Chile (2012), demostrando que el personal que trabaja ahí son adultos y en su mayoría, del sexo femenino. En cuando el número de hijos, la población de cuidadores formales tiene una media de 1.11, siendo mayor a la media de los

cuidadores informales de 0.7, con una máxima de 3 en cada grupo. Los dos grupos estudiados se encuentran en su mayoría en la población urbana observando un 100% de cuidadores formales y un 85% de cuidadores informales.

En cuanto se refiere a la remuneración mensual, el estudio demuestra que los dos grupos si reciben pagos, observando el 100% de los cuidadores formales y el 75% de los cuidadores informales, lo cual indica que algunos cuidadores informales siguen siendo voluntarios sin recibir un ingreso por sus actividades. En la mayoría de los casos esto ocurre en familiares cercanos que se ven en la obligación de cuidar al individuo enfermo. El rango de salario que demuestra el estudio es en su mayoría del 0 a 1000 dólares, teniendo un 53% en cuidadores formales y un 95% en cuidadores informales; siguiendo el rango de 1001 a 2000 dólares con un 47% en cuidadores formales y un 5% cuidadores informales, siguiendo la normativa estipulada por el Ministerio de Salud, sobre todo los cuidadores formales.

Con respecto al tipo de trabajo, el 95% de cuidadores formales trabajan bajo contrato de tiempo completo, siendo el 47% con contrato indefinido, similar al estudio realizado por la Universidad de Cartagena a cuidadores de personas con trastornos mentales, presentando un 46.0% de cuidadores con contrato (Izquierdo, D. et al. 2016, pag.19).

Por otro lado el 70% de cuidadores informales trabajan a tiempo completo siendo el 55% sin contrato, de manera independiente. En referencia a los horarios laborales, los cuidadores formales mostraron aceptación al horario con un 89%, mientras que los cuidadores informales tienen un 25% de aceptación, debido a que la mayoría realiza trabajos de manera independiente, es decir, sin un horario fijo. Con lo mencionado anteriormente se explican las características sociodemográficas y laborales que se presentan en la muestra elegida para esta investigación.

El siguiente objetivo es analizar los niveles de Burnout en las tres dimensiones del síndrome: agotamiento emocional, despersonalización, realización personal a través de la aplicación del Inventario del Síndrome de Burnout (MBI), demostrando con respecto al agotamiento emocional que el 5% de cuidadores formales y 15% de cuidadores informales se encuentran en un nivel alto; similar a la despersonalización, los cuidadores formales tienen un 5% y los cuidadores informales un 10% en nivel medio.

En realización personal el 53% de los cuidadores formales y el 50% de los cuidadores informales se encuentran en un nivel alto, lo que indica que los individuos investigados no

presentan signos de alerta con respecto a estas características, ya que en el ámbito de institución privada el trabajo en equipo ha sido primordial, y dentro de los cuidadores informales el trabajo no ha sido tan extenuante, pero no está demás dar seguimiento a los individuos que pertenecen a ese pequeño porcentaje que se encuentra en un nivel alto y medio de agotamiento emocional y despersonalización, comparando con el estudio de Cox, Kuk y Leiter (1993), en donde se indica que teniendo porcentajes altos en estas variables, los profesionales de la salud no tienen las adecuadas habilidades para afrontar el estrés.

Otro objetivo es identificar el nivel de sobrecarga laboral que presentan los individuos investigados, de los cuales podemos observar que el 48% de cuidadores formales no presentan sobrecarga laboral, mientras que el 45% de cuidadores informales se encuentra en una sobrecarga intensa, lo cual contrasta con el estudio realizado por la Universidad de Cartagena a cuidadores de personas con trastornos mentales, presentando un 46.8% de sobrecarga intensa y un 40.3% ausencia de sobrecarga. (Izquierdo, D. et al. 2016, pag. 20). Al parecer y por lo que indicaban los entrevistados, al momento de llegar al lugar de trabajo, deben realizar más labores de las normales por encontrarse en la mayoría de los casos, solos con el paciente; datos relacionados con el análisis de Greenglass, Burke y Moore (2003, como se cita en Patlán, J. 2013m p.447), en donde indica que la sobrecarga laboral es un estresor significativo asociado al Síndrome de Burnout.

Un factor más que se investigó es la satisfacción vital mediante la Escala de Satisfacción Vital (ESV), en donde se puede observar que la mayoría de los entrevistados se encuentran satisfechos de manera integral con su vida, siendo el 53% en cuidadores formales y el 50% en cuidadores informales; antecedentes relacionados con el estudio de la satisfacción vital en cuidadores, desarrollado en el Hospital Central de la Policía de Bogotá, Colombia en el año 2010, en donde reportaron que el 90% de los cuidadores se sentían satisfechos con su vida. (Moreno, J.; Arango-Laspilla, J.; Rogers, H., 2010,p. 20).

Según Hurtado, (1995, como se cita en Moreno, J.; Arango, J.; Rogers, H. 2010, p.22), la cultura latina hace énfasis en el respeto por los ancianos y personas con discapacidad, otorga valor de las necesidades de la familia y la comunidad, ubicándose por encima de las necesidades individuales. Esta satisfacción personal ayuda al individuo a sobrellevar los momentos difíciles durante su trabajo, sintiéndose a gusto con lo que hace. Cabe mencionar que el 5% de cada grupo observado se ubica en el nivel ligeramente por debajo de la media, siendo un pequeño porcentaje que siente alguna disconformidad con su vida en general.

Un objetivo más que se investigó en este trabajo es el bienestar o salud en general de los cuidadores, utilizando el Cuestionario de Salud General (GHQ-28) pudimos observar que el 58% de los cuidadores formales no presenta casos dentro de los síntomas somáticos, mientras que el 65% de los cuidadores informales si presentan casos, pudiendo manifestarse como dolores de cabeza, dolores musculares, etc., concordando con el análisis de (Durán, 2007). También se observa que el 63% de cuidadores formales no presentan casos de ansiedad, pero el 60% de los cuidadores informales si presentan casos de ansiedad, como sudoración, taquicardias, falta de aire. En otro punto, el 68% de los cuidadores formales no presenta casos de disfunción social, al igual que el 55% de los cuidadores informales. Con respecto a la depresión, ninguno de los dos grupos presenta porcentajes de caso, siendo el 95% de cuidadores formales y el 80% cuidadores informales pertenecientes al grupo de no casos.

Otro propósito fue conocer los modos de afrontamiento que utilizan los cuidadores formales e informales durante sus jornadas laborales por medio del Cuestionario de Afrontamiento BRIEF-COPE, en el cual se indica que los cuidadores formales poseen una media alta en autculpabilidad, siendo el valor de 2.53, y en aceptación y religión tienen una media de 2.37. Con respecto a los cuidadores informales, ellos poseen una media de 3.25 en Religión, una media de 3.14 en autculpabilidad y un media de 3.00 en planificación y humor, siendo en todos los casos la puntuación máxima de 6 y puntuación mínima de 0 en cuidadores formales y la puntuación máxima de 5 y puntuación mínima de 0 en cuidadores informales, resultados semejantes a los realizados a cuidadores informales en la provincia de Concepción Chile, presentando una media de 4.18 en religión y 4.51 en aceptación (García, F.; Manquian, E.; Rivas, G. 2016, p. 104).

Estos valores predominan en la escala e indican la manera en que afrontan las difíciles situaciones dentro de su jornada laboral, contrastando con lo mencionado por (Cherniss, 1993), en donde se menciona el control que tienen las personas sobre sus capacidades o habilidades para dominar alguna circunstancia que les perjudican y así evitar la aparición del estrés laboral.

El siguiente objetivo analizado fue el apoyo social que recibe el cuidador mediante el Cuestionario MOS de Apoyo Social, en donde se puede observar que dentro del apoyo emocional, los cuidadores formales obtuvieron una media de 28.89 siendo la máxima 40 y la mínima 12, representando esto el apoyo familiar y de amistad que reciben los cuidadores,

siendo algo primordial para superar las dificultades que puedan presentarse. En apoyo instrumental logran una media de 14.42 siendo la máxima 20 y la mínima 4, también indicando que tienen un buen amparo en personas que los ayudan en sus actividades ya sea en su hogar como en el trabajo.

De acuerdo a las relaciones sociales la media fue de 14.32 en cuidadores formales, siendo la máxima 20 y la mínima 4, demostrando que el grupo tiene una normal interacción con amistades y redes sociales de manera constante y finalmente, en el aspecto de amor y cariño obtuvieron una media de 12, siendo la máxima 15 y la mínima 4, es decir, reciben una buena dosis de amor y cariño por parte de familiares y amigos. Ahora, los cuidadores informales obtuvieron una media de 32.25 con una máxima de 40 y la mínima de 11 en apoyo emocional, teniendo una buena relación con familiares y amigos; con respecto a apoyo instrumental tiene una media de 15.85 siendo la máxima 20 y la mínima 5, es decir, tienen una ayuda ya sea en casa o en el lugar de trabajo.

En las relaciones sociales se puede observar una media de 16.95 en los cuidadores informales, siendo la máxima 20 y la mínima de 4, donde se puede observar que mantienen una buena interacción con amistades y familiares de manera constante y por último en Amor y Cariño poseen una media de 13.3 siendo la máxima 15 y mínima 3, obteniendo una buena cantidad de amor y cariño por parte de sus seres queridos, comparando lo anteriormente dicho con el análisis de (Buunk y Shaufeli, 1993), refiriéndose al intercambio social entre el personal de la salud con el paciente y comparación social con los compañeros de trabajo.

De manera general se puede mencionar que los dos grupos se encuentran dentro de un buen nivel de apoyo social, ya sea por parte de la familia o de amigos cercanos, ayudando a superar y afrontar distintos problemas que puedan suscitarse en el día a día del cuidador. Las redes de apoyo social natural están constituidas por la familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, siendo estas, sobretodo la familia, la que entrega las herramientas necesarias para sobrellevar las dificultades.

Finalmente, se analizó el grado de resiliencia o capacidad del individuo de adaptarse al estrés y situaciones adversas. Se puede observar que los cuidadores formales obtuvieron el 58% en nivel medio, al igual que los cuidadores informales con un 75%, esto quiere decir que los dos grupos investigados se adaptan de una manera intermedia a las dificultades, teniendo todavía dificultades en sobrellevar los malos momentos, demostrado en el puntaje de alta resiliencia un 16% en cuidadores formales y un 15% en cuidadores informales;

demostrando que los cuidadores, sean formales e informales no tienen las herramientas o habilidades para sobreponerse a las situaciones adversas, datos contrastados con el estudio de (Thompson, Page y Cooper, 1993), en donde se indica que los trabajadores deben tener autocontrol para resolver conflictos, generando autoconfianza.

CONCLUSIONES

Luego de haber finalizado y obtenido los resultados de esta investigación, ninguno de los grupos, ya sean cuidadores formales o informales, presentaron estrés laboral crónico.

Dentro de las características sociodemográficas y laborales, predominan las mujeres en los cuidadores formales mientras que en los cuidadores informales esta equiparado: 50% mujeres y 50% hombres con una edad promedio de 33 en cuidadores informales y 36 en cuidadores formales, siendo la mayoría solteros y mestizos; con sueldo promedio a \$1000, realizando labores en instituciones privadas

Existen altos porcentajes en baja realización personal por parte de los cuidadores informales con un 45%, debido al descontento con sus actividades laborales, ya que no se sienten valorados en el lugar donde trabajan o por que han tenido que ejercer esta actividad sin ser su profesión o por obligación; dicha información fue entregada al momento de la entrevista y realización de evaluaciones. Este valor es contrario al de los cuidadores formales que demuestran un alto porcentaje en realización personal con un 53%.

Los cuidadores informales presentan un alto porcentaje de sobrecarga (45%), mientras que los cuidadores formales tienen un porcentaje bajo de sobrecarga (21%).

Con respecto a la salud en general, los cuidadores informales presentan un porcentaje por encima de la media en síntomas somáticos y ansiedad con un 60% y 65% respectivamente; se evidencia 1 solo caso de depresión en los cuidadores formales y 4 en los cuidadores informales.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento, los cuidadores formales utilizan la autculpabilidad, la religión y aceptación para afrontar de una correcta manera las diversas situaciones que se presentan en el día a día. Así mismo, los cuidadores informales utilizan la autculpabilidad, siguiendo la religión, planificación y humor.

En apoyo emocional se puede observar una media alta de 32.25 en cuidadores informales y un 28.89% en cuidadores formales, demostrando que existen personas cercanas que comparten con ambos grupos, otorgando soporte y ayuda.

Los dos grupos se encuentran con una media en satisfacción vital demostrando un 53% los cuidadores formales y un 50% los cuidadores informales.

En relación a la resiliencia los dos grupos tienen un porcentaje por encima de la media con 58% los cuidadores formales y 75% los cuidadores informales.

Una fortaleza que se pudo observar durante este estudio es la disciplina y organización que tienen los cuidadores, ya sean formales e informales al realizar sus actividades, la dedicación que le ponen a sus labores y al paciente.

Un limitante que se encontró durante la investigación fue el poco tiempo que tienen a veces los cuidadores para asistir a la entrevista y el no anonimato en los cuestionarios.

RECOMENDACIONES

Luego de un análisis completo de la prevalencia del estrés laboral crónico en cuidadores formales e informales, se recomienda lo siguiente:

- Se sugiere al Centro de Diálisis donde se realizó parte de la investigación, que socialicen la información de cómo prevenir el estrés laboral crónico y evaluar al personal de manera periódica.
- Es recomendable que una vez concluida la investigación, el personal del Departamento de Titulación de Psicología, en conjunto con los encargados del programa puzzle de la UTP, entreguen los resultados al Ministerio de Salud para adquirir la información por medio de estadísticas y saber cómo se encuentra el personal de salud del país con relación al Síndrome de Burnout
- Se recomienda a las instituciones públicas y privadas, incentivar el desarrollo y bienestar personal en los cuidadores, sean formales o informales; con el objetivo de cumplir las pausas activas durante su jornada laboral, realizando ejercicios de respiración y relajación como métodos de afrontamiento y así prevenir el estrés laboral crónico en el personal de la salud.
- Las instituciones, sean públicas o privadas deben dar seguimiento a sus empleados y realizar constantes programas de intervención, tomando en cuenta las necesidades y actividades del cuidador, fomentando una buena salud.
- Proveer de herramientas necesarias a los cuidadores para realizar sus actividades durante su jornada laboral como, por ejemplo: instrumentos, maquinas, uniformes, etc.; y mantener un ambiente de armonía y tranquilidad.
- Es recomendable que los cuidadores formales e informales mantengan un apoyo social activo y dinámico, fomentando la cooperación y trabajo en equipo dentro y fuera de la organización.
- Se recomienda al cuidador formal e informal, asistir a charlas acerca del estrés laboral crónico para tener conocimiento de cómo esto puede afectar su salud, ya sea de manera física, emocional y mental; además de adquirir información para la prevención y tratamiento.

Todo esto es parte de las actividades de información y prevención que deben tener las organizaciones para ayudar a los cuidadores, sean formales o informales, a afrontar de una correcta manera las distintas situaciones, entregando un buen servicio en todo momento.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, G. E. (1991). El Síndrome de Burnout o el desgaste profesional. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. España. 257-256. Recuperado de: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15231/15092>

American Psychological Association. (2018). Tipos de estrés. USA. Recuperado de: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/tipos.aspx>

Amutio, A. (2004). Afrontamiento del estrés en las organizaciones: un programa de manejo a nivel individual/grupal. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. España. 77-93. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2313/231317996006.pdf>

Ángulo R.; Bayona, J.; & Esparza, M. (2014). Estrés laboral en el sector servicios. Revista Lebre (6). Bucaramanga, Colombia: Universidad Santo Tomás. pp. 351- 366. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5983202.pdf>

Arévalo, B.I. (2015). Complicaciones frente al estrés laboral del personal de enfermería que trabaja en el quirófano de emergencia del hospital Luis Vernaza. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Ecuador. Recuperado de: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/3975>

Arciniega, R. (2012). Factores organizacionales causantes del estrés en el trabajo y estrategias para afrontarlo. Revista Venezolana de Gerencia. Universidad del Zulia Maracaibo, Venezuela. 611-634. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/290/29024892005.pdf>

Arrogante, O. (2015). Resiliencia en Enfermería: definición, evidencia empírica e intervenciones. Index de Enfermería. Scientific Electronic Library Online. España. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000300009

Ávila Toscano, José. (2010). Características sociodemográficas y Laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud. Pensamiento Psicológico, N°15, 39-52. <http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/142/422>

Blanco, Mario. (2003). El estrés en el trabajo. Revista de Ciencia y Cultura. Scientific Electronic Library Online. Bolivia. 71-78. Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-33232003000100008

Barrios, S; Arechabala, M; Valenzuela, V. (2012). Relación entre carga laboral y burnout en enfermeras de unidades de diálisis. Enfermería Nefrológica. Scientific Electronic Library Online. España. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842012000100007

Brofman J. (2007). Síndrome de Burnout y ajuste marital en un Organismo Internacional. Scientific Electronic Library Online. Bolivia. Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612007000200003

Buendía, J. (1998). *Estrés Laboral y Salud*. Madrid : Editorial Biblioteca Nueva

Campaña, C. F. (2014). Enfermería de Resiliencia. Nuestra Enfermería. España. Recuperado de: <https://www.nuestraenfermeria.es/enfermeriavisible-enfermeria-de-resiliencia/>

Caballero, C.; Hederich, C.; Palacio, J. El burnout académico: delimitación del síndrome y factores asociados con su aparición. Revista Latinoamericana de Psicología. Fundación Universitaria Konrad Lorenz Bogotá, Colombia. 131-146. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80515880012.pdf>

Carloto, Mary Sandra. (2001). Desempleo y Síndrome de Burnout. Revista de Psicología Universidad de Chile. 131-139. Recuperado de: <file:///C:/Users/Maqqk/Downloads/18558-1-55806-1-10-20120326.pdf>

Cerquera Córdoba, A. M. & Pabón Poches, D. K. (2016). Resiliencia y variables asociadas en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer. Revista Colombiana de Psicología, 25(1), 33-46. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v25n1/v25n1a03.pdf>

Chiang, M.; Sigoña, M. (2011). Burnout en trabajadores de hospitales comunitarios o de baja complejidad: una comparación de género y de nivel de escolaridad. Revista de Psicología. Chile. 33-52. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/264/26420712002.pdf>

Cirera, O; Días, E; Rueda E; Ferraz F. (2012). Impacto de los estresores laborales en los profesionales y en las organizaciones. *Análisis de Investigaciones Publicadas*. Universidad del Centro Educativo Latinoamericano Rosario, Argentina. 67-80. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/877/87724146007.pdf>

Coronado, A.F. (2008). Estrés y Técnicas de afrontamiento en Enfermeras del Hospital General Navojoa Sonora. México. 1-181. Recuperado de: http://biblioteca.itson.mx/dac_new/tesis/256_amira_coronado.pdf

Crespo, M. y Rivas, M. (2015). La evaluación de la carga del cuidador: una revisión mas alla de la escala de Zarit. *Investigación empirica en Psicología*. España. Recuperado de: <http://clysa.elsevier.es/es/la-evaluacion-carga-del-cuidador/articulo/X1130527415856218#.W5sKquhKiUk>

Durán, Maria. M. (2010). Bienestar Psicológico: El estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. *Revista Nacional de Administración*. Costa Rica. 71-84. Recuperado de: <file:///C:/Users/Magjk/Downloads/Dialnet-BienestarPsicologico-3698512.pdf>

El Universo. (2018). Aumentan trastornos causados por el estrés laboral. *El Universo*. Ecuador. Recuperado de: <https://www.eluniverso.com/2010/04/28/1/1384/aumentan-trastornos-causados-estres-laboral.html>

EU-OSHA. (2018). Los riesgos psicosociales y estrés en el trabajo. Agencia europea para la Seguridad y Salud en el trabajo. España. Recuperado de: <https://osha.europa.eu/es/themes/psychosocial-risks-and-stress>

Floría, P. M. (2013). *Control del Estrés Laboral*. Madrid : Editorial Fundación Confemetal

Fonseca, Y. (2002). El Estrés psicológico y sus principales formas de expresión en el ámbito laboral. España. Recuperado de: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2010a/643/Consecuencias%20del%20estres%20psicologico.htm>

Gallego, L.; López, D.; Piñeres J.; Rativa, Y.; Tellez, Y. (2017). El estrés laboral y las estrategias de afrontamiento en personal de enfermería de Armenia, Quindío. *Revista Psicología Científica*. Colombia. Recuperado de: <http://www.psicologiacientifica.com/estres-laboral-estrategias-afrontamiento-personal-enfermeria/>

Gálvez, M.; Moreno, B.; Mingote, J. (2011). El desgaste profesional del Médico. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid. Recuperado de: https://books.google.com.ec/books?id=UbF6LTpclSEC&pg=PA8&lpg=PA8&dq=maslach+1977&source=bl&ots=aBDgvTeCte&sig=9-LUr5oJNNH0eEPqDPktM_b8CSY&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwiu6YCB4MXdAhWSvIMKHeVvBIQ6AEwBHoECAyQAQ#v=onepage&q=maslach%201977&f=false

García-Moran, M.C.; Gil-Lacruz, M. (2016). El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. México. 11-30. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/1471/147149810001/>

García, F.; Manquían, E.; Rivas, G. (2016). Bienestar Psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales. *Psicoperspectivas*. 101-111. Recuperado de: <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/770/560>

Gil-Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de Burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1, 19-33. Recuperado de: <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd49/artigo3.pdf>

Gil-Monte, P.R. (2003). Burnout Síndrome: ¿Síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomas?. Madrid. 181-197. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2313/231318052004.pdf>

Gil-Monte, P. R. (2005). *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout)*. Madrid : Ediciones Pirámide.

Gil-Monte, P.R.; Peirò, Jose M. (1999). Perspectivas teoricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. Servicio de Publicaciones de la ciudad de Murcia. España. 261-268. Recuperado de: http://www.um.es/analesps/v15/v15_2pdf/12v98_05Llag2.PDF

Gil-Monte, P.R; García-Juesas, J.A. (2008). Efectos de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el Síndrome Burnout. Un estudio longitudinal en enfermería. *Revista Mexicana de Psicología*. México. 329-337. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2430/243016308012.pdf>

- Gómez, E.R. (2018). El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. España. 1-16. Recuperado de: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/viewFile/15881/15740>
- González, N. (2012). Estrés en el ambio laboral de las instituciones de salud. Un acercamiento a narrativas cotidianas. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco Distrito Federal, México. 171-192. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/595/59524971009.pdf>
- Herrera, A; Flores, I; Romero, E; Montalvo, A. (2012). Soporte Social a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Cartagena. Scientific Electronic Library Online. Colombia. 286-297. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n3/v12n3a08.pdf>
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. (1990). El Apoyo Social. Ministerio del Trabajo y Asuntos Laborales de España. Recuperado de: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_439.pdf
- Izquierdo, D.; Manjarrés, J.; Nieves, K.; Pacheco, W.; Pérez, B. (2016). Nivel de sobrecarga y características del cuidado en cuidadores de personas con trastorno mental. Cartagena. Recuperado de: <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/3103/1/final-entregado-SUSTENTACION.pdf>
- Jimenez, L. M. (2018). *La Resiliencia como factor modulador del estres en los profesionales de Enfermería*. España: Bubok Publishing.
- Martín, P.; Salanova, M.; Peiró, J. (2003). El Estrés Laboral: ¿Un concepto cajón de sastre?. Fundación Dialnet-Universidad de la Rioja. España. 1-17. Recuperado de: [file:///C:/Users/Maqqk/Downloads/Dialnet-ElEstrésLaboral-793102%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Maqqk/Downloads/Dialnet-ElEstrésLaboral-793102%20(2).pdf)
- Leka, S; Griffiths, A; Cox, T. (2004). La Organización del trabajo y el estrés. Reino Unido. 1-27. Recuperado de: http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf?ua=1
- Martínez, Anabella (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. nº 112. Septiembre. 2010. Recuperado de: <http://webs.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf>
- Miranda, L.V. (2016). Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de enfermería de dos instituciones de Salud. Medigraphic Revistas Médicas Latinoamericanas. México. 115-122. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim162g.pdf>
- Moreno, J.; Arango-Lasprilla, J.; Rogers, H. (2010). Necesidades familiares y su relación con las características psicosociales que presentan los cuidadores de personas con demencia. Psicología desde el Caribe. Colombia. 1-35. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n26/n26a02.pdf>
- Montorio, I.; Fernández, M.; López, A.; Sánchez, M. (1998). La Entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. Servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia. España. 229-248. Recuperado de: http://www.um.es/analesps/v14/v14_2/09-14-2.pdf
- Montoya P.; Moreno, S. (2012). Relación entre síndrome de burnout, estrategias de afrontamiento y engagement. Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte Barranquilla, Colombia. 205-227. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/213/21323171011.pdf>
- Naciones Unidas en Argentina. (2016). Estrés laboral, un problema laboral que afecta tanto a países desarrollados como en desarrollo. ONU. Argentina. Recuperado en: <http://www.onu.org.ar/estres-laboral-un-problema-global-que-afecta-tanto-a-paises-desarrollados-como-en-desarrollo/>
- Olivares, V.; Vera, A.; Juárez, A. (2009). Prevalencia del Síndrome de Quemarse por el trabajo (burnout) en una muestra de profesionales que trabajan con personas con discapacidades en Chile. Ciencia y Trabajo. Chile. 63-71. Recuperado de: <http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/25/2009%20Olivares%20et%20al.pdf?sequence=1>
- Omar Franca-Tarragò. (1996). *Manual de Psicoética para psicólogos y psiquiatras*, Montevideo, Uruguay. Editorial Desclee de Brouwer
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2016). Estrés laboral es una carga para los individuos, los trabajadores y las sociedades. OPS/OMS. Estados Unidos. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11973:workplace-stress-takes-a-toll-on-individuals-employers-and-societies&Itemid=135&lang=es

Organización Mundial de la Salud. (2016). Lograr una resiliencia de los sistemas de salud a necesidades y amenazas cambiantes debe ser una prioridad. OPS/OMS. Estados Unidos. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12755%3Amaking-health-systems-resilient-changing-needs-threats-top-priority-paho-director&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es

Osorio, J; Cárdenas, L. (2017). Estrés laboral: Estudio de Revisión. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. México. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/679/67952833006/>

Otero, M. D. (2015). Capacidad de Resiliencia que presentan las enfermeras en su trabajo. Escuela de Enfermería - Universidad Nacional de Córdoba. Argentina. 1-73. Recuperado de: http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/otero_mainelli.pdf

Pacheco, P. L. (2013). Resiliencia en el Profesional de Enfermería que cuida personas en proceso de morir. Revista de Enfermería. Santa Cruz de Tenerife. 1-7. Recuperado de: http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/280/pdf_12

Parella, S. y Martins, F. (2012). Metodología de la Investigación Cuantitativa. Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Caracas. Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/0B1sTclvKGVSYOVVkaGikY3Fobkk/view>

Palma, M.G. (2014). El Burnout y sus efectos en el desempeño laboral del personal de enfermería que labora en el quirófano del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo. Universidad Técnica de Manabí. Ecuador. Recuperado de: <http://repositorio.utm.edu.ec/handle/123456789/267>

Parada, M.E; Moreno B; Mejías Z; Rivas A; Rivas F; Cerrada J; Rivas F. (2005). Satisfacción laboral y síndrome de burnout en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes (IAHULA), Mérida, Venezuela. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Colombia. 33-45. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12023104.pdf>

Patlán, J. (2013). Efectos del Burnout y la sobrecarga en la calidad de vida del trabajo. Universidad ICESI- Elsevier España. 445-455. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/eg/v29n129/v29n129a08.pdf>

Peirò, José M.; Rodríguez, Isabel. (2008). Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional. Papeles del Psicólogo. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos Madrid, España 68-82. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/778/77829109.pdf>

Piñeiro, M. (2013). Estrés y factores relacionados en el personal sanitario de hospitalización psiquiátrica: un estudio de prevalencia. Enfermería Global. Scientific Electronic Library Online. España. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000300008

Portero, S; Vaquero, M. (2015). Desgaste profesional, estrés y satisfacción laboral del personal de enfermería en un hospital universitario. Revista Latinoamericana de Enfermagem. Scientific Electronic Library Online. Brasil. 1-10. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/es_0104-1169-rlae-0284-2586.pdf

Psicopedia Información y Recursos. (2017). Resiliencia y Estrés Laboral. Psicopedia. España. Recuperado de: <http://psicopedia.org/1552/resiliencia-y-estres-laboral-video/>

Quiceno, Japcy Margarita; Vinaccia Alpi, Stefano. (2007). Burnout: "Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)" Acta Colombiana de Psicología, Universidad Católica de Bogotá, Colombia. 117-125. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79810212>

Ramírez, M. (2017). Guía Didáctica Seminario de fin de titulación – trabajo de investigación, Loja: Editorial Universidad Técnica Particular de Loja

Riofrío, Edwin. (2018). Burnout... más que estrés laboral. Noticias Universidad Técnica Particular de Loja. Ecuador. Recuperado de: <https://noticias.utpl.edu.ec/burnout-mas-que-estres-laboral-0>

Romero, E; Rodríguez, J; Pereira, B. (2015). Sobrecarga y calidad de vida percibida en cuidadores familiares de pacientes renales. Revista Cubana de Enfermería. Scientific Electronic Library Online. Cuba. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000400001

Sanitaria 2000. (2015). Ecuador no tiene políticas de prevención contra el Burnout. Redaccion Medica. Ecuador. Recuperado de: <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-no-tiene-pol-tica-de-prevenci-n-contra-el-burnout-87258>

Trucco, M; Valenzuela, P; Trucco, D. (1999). Estrés ocupacional en personal de la salud. Revista Medica de Chile. Scientific Electronic Library Online. Chile. Recuperado de:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98871999001200006#7

Viera, Q. D. (2016). Síndrome del cuidador cansado y su relación con el control metabólico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que asisten al centro de Salud de Chimbacalle. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Ecuador. 1-113. Recuperado de:
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12591/TESIS%20%20SINDROME%20DEL%20CUIDADOR%20%20VIERA-YUGCHA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXOS

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 niños 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.

CUESTIONARIO DE MBI

A continuación, encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él.

Tiene que saber que no existen respuestas mejores o peores.

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

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

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

	0	1	2	3	4	5	6
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2. Al final de la jornada me siento agotado.							
3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan las personas							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan las personas a quienes presto mis servicios							
8. Me siento agobiado por el trabajo.							
9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							

10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.									
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.									
12. Me encuentro con mucha vitalidad.									
13. Me siento frustrado por mi trabajo.									
14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.									
15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunas de las personas que cuido o a las que tengo que atender.									
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.									
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a los que cuido.									
18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los que cuido.									
19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.									
20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.									
21. Siento que sé tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.									
22. Siento que las personas me culpan de algunos de sus problemas.									

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

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

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

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

1.	¿Cree que las personas a las que cuida le piden más ayuda de la que necesitan?	1	2	3	4	5
2.	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a las personas que cuida no tiene tiempo para Ud.?	1	2	3	4	5
3.	¿Se siente estresado por tener que cuidar a esas personas y por intentar, a la vez, satisfacer otras responsabilidades en su familia o trabajo?	1	2	3	4	5
4.	¿Se siente avergonzado por el comportamiento de las personas a las que cuida?	1	2	3	4	5
5.	¿Se siente enfadado cuando está cerca de las personas a las que cuida?	1	2	3	4	5
6.	¿Cree que el cuidar a esas personas, en estos momentos, afecta negativamente a sus relaciones con su familia o amigos?	1	2	3	4	5

7.	¿Siente temor por lo que el futuro les depara a las personas a las que cuida?	1	2	3	4	5
8.	¿Cree que las personas a las que cuida dependen de usted?	1	2	3	4	5
9.	¿Se siente estresado cuando está con las personas a las que cuida?	1	2	3	4	5
10.	¿Cree que su salud se ha resentido a causa de la responsabilidad de tener que cuidar a esas personas?	1	2	3	4	5
11.	¿Cree que no tiene tanta intimidad como quisiera debido a tener que cuidar a esas personas?	1	2	3	4	5
12.	¿Cree que su vida social se ha resentido por tener que cuidar a esas personas?	1	2	3	4	5
13.	Cuando está cuidando a las personas con las que trabaja ¿Se siente incómodo si tiene que recibir a amigos?	1	2	3	4	5
14.	¿Cree que las personas a las que cuida esperan de usted que los cuide como si fuera la única persona que puede hacerlo?	1	2	3	4	5
15.	¿Cree que no gana suficiente dinero para cubrir sus gastos, a pesar del tipo de trabajo que realiza?	1	2	3	4	5
16.	¿Cree que no será capaz de cuidar a esas personas por mucho más tiempo?	1	2	3	4	5
17.	¿Cree que ha perdido el control de su vida desde que comenzó con el trabajo de cuidar a esas personas?	1	2	3	4	5
18.	¿Desearía poder dejar el cuidado de esas personas y trabajar en otra cosa?	1	2	3	4	5

19.	¿Se siente inseguro sobre lo que debe hacer con esas personas a las que cuida?	1	2	3	4	5
20.	¿Cree que debería hacer más por las personas a las que cuida?	1	2	3	4	5
21.	¿Cree que podría cuidar mejor a esas personas?	1	2	3	4	5
22.	En general, ¿cómo se siente de agobiado por tener que cuidar a esas personas?	1	2	3	4	5

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

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

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

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

Cuestionario (GHQ-28), (Goldberg y Hillier, 1979).

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>

<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>

Cuestionario BRIEF-COPE (Carver, 1989)

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
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
He estado tomando alcohol u otras drogas para sentirme mejor.	0	1	2	3
He estado consiguiendo apoyo emocional de los demás.	0	1	2	3
He estado dejando de intentar hacerle frente.	0	1	2	3
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
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.

CUESTIONARIO DE AS
(Medical Outcomes Study Social Support Survey. MOS-SSS). Sherbourne y Cols
(1991)

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

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

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

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

	1	2	3	4	5
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) (Smith et al., 2008).

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

