UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

AREA SOCIOHUMANISTICA

TITULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Prevalencia del estrés laboral y las variables asociadas en cuidadores de dos instituciones geriátricas privadas, ubicadas al norte de la ciudad de Quito, durante el año lectivo 2017-2018.

TRABAJO DE TITULACION.

AUTORA: Valencia Morales, María Alejandra

DIRECTORA: Andrade Quizhpe, Livia Isabel, Mgtr.

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2018

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

Loja, octubre del 2018

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister

Livia Isabel Andrade Quizhpe

DOCENTE DE LA TITULACION

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: Prevalencia del estrés laboral crónico y las variables asociadas en cuidadores de dos instituciones geriátricas, ubicadas al norte de la ciudad de Quito, durante el año lectivo 2017-2018, realizado por Valencia Morales María Alejandra ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Quito, julio de 2018

f:……

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESION DE DERECHOS

Yo, Valencia Morales María Alejandra declaro ser autora del presente trabajo de titulación: Prevalencia del estrés laboral crónico y las variables asociadas en cuidadores de dos instituciones geriátricas, ubicadas al norte de la ciudad de Quito, durante el año lectivo 2017-2018, de la Titulación de Psicología General, siendo la Mgtr. Livia Isabel Andrade Quizhpe directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además, certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

f…….
Valencia Morales María Alejandra
CI: 171921642-4

DEDICATORIA

Dedico la realización del presente trabajo, principalmente a Dios por ser mi luz y guía en la vida, a mi madre Anita y a mi hermano Carlos, por su ejemplo de trabajo, sacrificio y virtud.

A mi esposo Christian y a mi hija Anina, por la confianza, el amor, la motivación permanente y por ser mi inspiración y fortaleza en todo momento.

A mis tutores y maestros por sus nobles enseñanzas a lo largo de este camino.

A mis amigos, compañeros y a todos quienes de una u otro manera me han apoyado en la consecución de esta meta.

Alejandra Valencia

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todos los docentes de la Universidad Técnica Particular de Loja; por el tiempo, dedicación, y su acertada dirección en el camino hacia la culminación exitosa de esta titulación.

Así mismo agradezco a las instituciones y al personal de las mismas, por la apertura y colaboración en el proceso investigativo.

Pero, sobre todo, agradezco a mi esposo y a mi hija por la lealtad, la paciencia y el tiempo concedido de nuestra vida familiar, para la obtención de este logro.

Alejandra Valencia

INDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESION DE DERECHOS iii
DEDICATORIA iv
AGRADECIMIENTO v
INDICE DE CONTENIDOS vi
RESUMEN 1
SUMMARY 2
INTRODUCCION 3
CAPITULO I 5
MARCO TEORICO 5
1.1. Definiciones del estrés laboral crónico en cuidadores. 6
1.2. Consecuencias del estrés laboral crónico en cuidadores. 9
1.2.1. Consecuencias en la salud en los cuidadores. 9
1.2.2. Consecuencias en el trabajo de los cuidadores. 12
1.3. Modelos explicativos del estrés laboral crónico. 13
1.3.1. Modelos basados desde la teoría socio-cognitiva. 14
1.3.2. Modelos elaborados desde las teorías del intercambio social. 18
1.3.3. Modelos elaborados desde la teoría organizacional. 20
1.3.4. Modelos sobre el proceso del síndrome de quemarse en el trabajo. 24
1.3.5. Modelo de la teoría estructural de Gil – Monte. 27
1.4. Importancia del estudio del estrés laboral crónico en cuidadores. 28
1.5. Prevalencia del estrés laboral crónico en los cuidadores. 29
1.5.1. Prevalencia del estrés laboral crónico en cuidadores a nivel mundial. 30
1.5.2. Prevalencia del estrés laboral crónico en cuidadores a nivel de Latinoamérica. 31
1.5.3. Prevalencia del estrés laboral crónico en cuidadores a nivel nacional. 32
1.6. Variables asociadas del estrés laboral crónico en cuidadores. 33
1.6.1. Variables Sociodemográficas. 33
1.6.2. Variables laborales. 35
1.6.3. Variables asociadas al compromiso y satisfacción vital. 36
1.6.4. Variables moduladoras. 37
CAPITULO II 40
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION 40

2.1. Objetivos. 41
2.2. Preguntas de investigación..... 41
2.3. Contexto de la investigación..... 42
2.4. Diseño de investigación..... 43
2.5. Población y muestra..... 43
2.6. Métodos y técnicas..... 44
2.7. Procedimiento. 45
2.8. Recursos..... 45
2.9. Instrumentos. 46
2.10. Técnicas..... 49
CAPITULO III: 51
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS..... 51
3.1. Cuestionario sociodemográfico y laboral. 52
3.2. Inventario de burnout (MBI)..... 55
3.3. Entrevista de carga para cuidadores formales..... 56
3.4. Cuestionario de salud general (GHQ-28)..... 57
3.5. Cuestionario BRIEF-COPE..... 57
3.6. Cuestionario de Apoyo social (MOSS). 58
3.7. Escala de satisfacción vital (ESV). 59
3.8. Escala de resiliencia (BRS). 59
3.9. Discusión de resultados. 61
CONCLUSIONES..... 66
RECOMENDACIONES..... 68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 70
ANEXOS 83

RESUMEN

La presente investigación fue realizada, con el fin de constatar la prevalencia del estrés laboral crónico y las variables asociadas, en 40 cuidadores de dos instituciones geriátricas privadas, ubicadas al norte de la ciudad de Quito, durante el año 2017-2018, siendo el objetivo principal, identificar la prevalencia del síndrome de burnout y sus tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

El tipo de investigación fue exploratoria, descriptiva, cuantitativa, transversal y no experimental a través de los siguientes instrumentos de evaluación: cuestionario de variables sociodemográficas y laborales (AD-HOC); inventario de burnout de (MBI-HSS); entrevista de carga para cuidadores formales; escala de satisfacción vital (ESV); cuestionario de salud mental (GHQ-28); escala multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento (BRIEF-COPE); cuestionario de apoyo social (MOS) y la escala de resiliencia (BRS).

Los resultados obtenidos, revelan que no existen casos de burnout en los cuidadores investigados, como determinan los porcentajes de cada dimensión: alto agotamiento emocional 5%, alta despersonalización 0% y, baja realización personal 12%. Datos congruentes con respecto al resto de evaluaciones aplicadas.

PALABRAS CLAVES: estrés laboral crónico, cuidadores, geriátricos, prevalencia.

SUMMARY

The present investigation was carried out, in order to verify the prevalence of chronic work stress and the associated variables, in 40 caregivers of two private geriatric institutions, located in north of Quito city, during the year 2017-2018, being the objective principal, to identify the prevalence of burnout syndrome and its three dimensions: emotional exhaustion, depersonalization and low personal fulfillment.

The type of research was exploratory, descriptive, quantitative, transversal and non-experimental methodology was used through the following assessment instruments: sociodemographic and labor variables questionnaire (AD-HOC); burnout inventory of (MBI-HSS); load interview for formal caregivers; Life satisfaction scale (ESV); Mental health questionnaire (GHQ-28); multidimensional scale of evaluation of coping styles (BRIEF-COPE); social support questionnaire (MOS) and the resilience scale (BRS).

The results obtained reveal that there is no prevalence of chronic stress in the caregivers of the sample, as determined by the percentages of each dimension: high emotional exhaustion 5%, high depersonalization 0% and low personal achievement 12%. Data congruent with respect to the rest of the evaluations applied.

KEY WORDS: chronic work stress, caregivers, geriatrics, prevalence.

INTRODUCCION

Actualmente la Universidad Técnica Particular de Loja, a través del Proyecto Puzle, perteneciente al Departamento de Titulación de Psicología, denominado: “Estrés laboral en cuidadores en el Ecuador” coordina la presente investigación, relacionada con la prevalencia del estrés laboral y las variables asociadas en cuidadores de dos instituciones geriátricas, ubicadas al norte de la ciudad de Quito, durante el período 2017-2018.

El estrés laboral crónico o burnout, es un proceso en el cual las condiciones y la conducta del cuidador cambian de manera negativa en respuesta a una tensión producida en el contexto laboral (Cherniss, 1980). El mismo que está caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal (Maslasch & Jackson, 1981ª).

Para una mejor comprensión, el estudio, ha sido estructurado de la siguiente manera: En el Capítulo I.- encontramos todo lo referente a la perspectiva teórica del fenómeno estudiado, desde su conceptualización, hasta su asociación con otras variables. En el capítulo II.- Se determina los objetivos, las preguntas, el diseño y el contexto de la investigación; así como las técnicas y los procedimientos efectuados. En el capítulo III.- Se detallan los análisis de los datos estadísticos encontrados, así como, la discusión de los resultados con datos de investigaciones similares, desde la perspectiva teórica antes expuesta. Y finalmente encontraremos las conclusiones y recomendaciones concernientes a todo el proceso investigativo.

Respecto a la prevalencia del estrés en cuidadores, se sabe que la mayor cantidad de estudios acerca del mismo, han sido realizados en Europa, ya que es una dolencia que traspasa los límites geográficos y culturales e incluso los laborales, pues en la actualidad, no solo se lo relaciona con las labores humanitarias sino con todo tipo de profesiones (Gil-Monte 2008). De esta manera una encuesta a nivel mundial determino que los trabajadores que más sufrían de estrés y ansiedad, eran los maestros y trabajadores de la salud con el 12.7% de incidencia (OIT, 2016).

Mientras que estudios realizados a nivel de Latinoamérica, encontraron los siguientes datos referentes a su prevalencia: En Chile, el 11%; en México, 74,6 %; en Perú, 19%; Argentina, el 26,7 y en Brasil, el 27,5% (García, et al., 2008; Contreras, et al., 2013; Gómez & Ruiz, 2015; OIT, 2016). Sin embargo, a pesar de que el estrés laboral, cada vez va en aumento, en nuestro país no existen datos, ni estudios consistentes referentes a este tema, solamente investigaciones

fraccionadas e independientes como por ejemplo un estudio realizado en un hospital de la ciudad de Ambato, en el que se encontró el 32,43% de incidencia (Aveiga, 2014). Otras investigaciones realizadas en la ciudad de Quito muestran prevalencias que van desde el 5%, hasta el 67% (Cevallos, 2015; Coello, 2016).

Por esta razón se hace necesario e importante estudiar los procesos, las variables y los mecanismos de afrontamiento involucrados en el desarrollo del síndrome de burnout, y a partir de estos conocimientos, desplegar nuevos estudios enfocados en el perfeccionamiento de planes de prevención o de intervención frente a esta patología, que se presenta en mayor medida en los sectores de salud, específicamente los relacionados a la atención y cuidado de personas dependientes.

Para dar respuesta a los objetivos planteados en esta problemática, se procedió a recopilar información en una muestra de 40 cuidadores, a través de varios instrumentos o baterías psicológicas, como: el cuestionario de variables sociodemográficas y laborales (AD-HOC); inventario de burnout de (MBI); entrevista de carga para cuidadores formales; escala de satisfacción vital (ESV); cuestionario de salud mental (GHQ-28); escala multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento (BRIEF-COPE); cuestionario de apoyo social (MOS) y la escala de resiliencia (BRS).

El inventario de burnout (MBI), permitió dilucidar el objetivo principal acerca de la prevalencia de estrés crónico a partir de sus tres dimensiones, como son el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal, concluyendo que en esta investigación no se determinó su incidencia. Así mismo se pudo dar respuesta a los objetivos planteados en cuanto a las variables asociadas al burnout, como: características sociodemográficas, laborales, de bienestar general, de mecanismos de afrontamiento, de apoyo social, así como del nivel de satisfacción vital y su capacidad de resiliencia.

Se debe mencionar que las instituciones brindaron el apoyo necesario para la recopilación de la información, sin embargo, tomo más tiempo del estipulado, debido al poco tiempo disponible del cuidador por el alto grado de responsabilidad en cuanto a sus funciones. Para la consecución de este estudio, se utilizó metodología descriptiva, exploratoria, cuantitativa y transversal.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1. Definiciones del estrés laboral crónico en cuidadores.

Para poder abordar esta temática que ha generado gran interés en las últimas décadas, debido a su compleja etiología, debemos conocer como se ha ido definiendo a través del tiempo gracias a los pensamientos y opiniones de diversos autores, que han realizado estudios e investigaciones desde diferentes puntos de vista.

Es a través de la experiencia en servicios de voluntariado en una Clínica para Toxicómanos, que se pudo analizar que quienes desarrollaban sus actividades laborales en este centro llegaban a sacrificar su salud física y psicológica, y esto producía; comportamientos abarrotados de rabia, extenuación e indiferencia frente a los pacientes. Este conjunto de síntomas psicosociales, se despliegan como resultado de una demanda de energía en la actividad laboral y se consideran de manera importante en profesionales para quienes la intervención está centralizada en el ser humano, como: médicos, enfermeras psicólogos, psiquíatras y trabajadores sociales (Freudenberger, 1974).

Más adelante Maslach (1976) expone el término burnout, como una manifestación emocional y plantea que este, se aplique solo a profesionales adheridos al ámbito laboral de manera formal, así como a los profesionales cuya actividad primordial sea la asistencia y el contacto directo con las personas en servicios de salud.

Por su parte Cherniss (1980) conceptualiza al burnout, como un proceso en el cual las condiciones y la conducta del profesional cambian de manera negativa en respuesta a la tensión producida en el contexto laboral; estos cambios llevan a una serie de consecuencias tanto a nivel personal, económico y social del entorno laboral.

Las mismas, que se producen debido a la exposición prolongada y permanente a la presión o estrés emocional causado por situaciones labores que requieren constante relación con otras personas (Pines, Aronson & Kafry, 1981).

Es así que Maslasch & Jackson (1981a) afirman: “El burnout es un síndrome caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo, manifestado en individuos que trabajan en servicio hacia otras personas” (p.101).

Más adelante Pines & Aronson (1988) definen el síndrome no solo para individuos que trabajan en asistencia social, si no por el contrario sus indagaciones al respecto, muestran que este trastorno puede presentarse en cualquier tipo de profesión como: educadores, médicos, deportistas e incluso amas de casa.

Entendiéndose el burnout como el resultado del agotamiento tanto físico como mental debido a situaciones colmadas de exigencia emocional (Pines, 1993).
No necesariamente relacionado con el contexto laboral, sino con algún suceso vital colmado de una fuerte tensión o estrés, que provoquen en el sujeto una evaluación cognoscitiva deformada, más la escasa habilidad para utilizar estrategias de afrontamiento eficaces, dan como resultado la aparición del síndrome (Garcés de los Fayos, 1995).

En cambio, Moreno & Peñacoba (1999) manifiestan que el burnout, no es causados solo por un exceso de trabajo, sino por la ausencia de satisfacción emocional y cognoscitiva que incita el abandono de intereses laborales y personales. En cierto modo el síndrome como tal estaría relacionado con la desmotivación o poco interés frente a varios acontecimientos de la vida diaria.

Por su parte Gil Monte (2001) a conceptualizado el fenómeno del estrés laboral crónico, como un síndrome de: a) disminución de la realización personal, autoevaluación o autocritica negativa, por parte del sujeto, la misma que a su vez provoca conflictos en las relaciones con sus propios pares, b) agotamiento emocional, exteriorizado como la incapacidad para resolver necesidades de tipo afectivo, y c) despersonalización, caracterizado por comportamientos irascibles y distantes hacia los pacientes. El estrés laboral crónico como tal, es una respuesta que aparece cuando fracasan las habilidades y estrategias de afrontamiento que normalmente utiliza el individuo para manejar los estresores laborales (Gil Monte, 2002).

A medida que pasa el tiempo y en base a las investigaciones realizadas, el termino burnout se extiende, abarcando las distintas ocupaciones o profesiones, porque se concibe al síndrome como una consecuencia gradual que se desarrolla como una respuesta a un proceso de estrés laboral prolongado (Maslasch 2004).

Aun mas, Maslasch (2009) afirma:

> En años recientes, “burnout” se ha convertido en una forma popular de describir la agonía personal del estrés laboral. La imagen evocadora de una llama que se está reduciendo a

> cenizas parece resonar con la propia experiencia de la gente de una erosión psicológica con el paso del tiempo. El “fuego” inicial de entusiasmo, dedicación y compromiso con el éxito se ha “quemado” (burned out), dejando detrás las brasas humeantes del agotamiento, cinismo e ineficacia. (p.37)

En un sentido amplio, las investigaciones más recientes relacionan al síndrome con las características o aspectos propios del entorno laboral como: alto grado de actividades repetitivas, tiempo prolongado de trabajo, así como el anhelo de cumplir dichas exigencias de la forma más competente, todos estos factores son fundamentales para el aparecimiento de esta patología (Martínez, 2010).

Y más aún, la Organización Internacional del trabajo OIT (2016) afirma que, el síndrome de burnout como tal, se refiere a una respuesta del estrés laboral, debido a situaciones de presión, tensión, y exigencias desmedidas que provoca un desgaste paulatino, que desemboca en agotamiento del ser humano; estos eventos estresantes crónicos provocan un cansancio permanente, que junto a condiciones de trabajo rigurosos e interacciones personales conflictivas, confluyen en la aparición del síndrome.

Sin embargo, Díaz & Gómez (2016) afirman que, particularmente en Latinoamérica, no se conciben conceptos o definiciones del burnout ajustados a su realidad, pues todos los aportes respecto al tema, son provenientes de procesos investigativos y metodológicos de países en desarrollo, lo que no permite, conocer a profundidad su etiología, en otros ambientes culturales.

Como se puede apreciar en la literatura antes expuesta, no existe una definición específica, pues de manera general este término se lo relaciona con: estar agotado, desgastado, desmotivado, sin energía; no existe un solo concepto definido, pues hasta la década de los noventa aproximadamente al termino burnout se lo consideraba como un síndrome asociado solo a los profesionales de cuidados o servicios de relación directa con otras personas, sin embargo, más adelante se asocia al burnout también con componentes emocionales y cognitivos que afectan de manera particular la interacción laboral del individuo; por consiguiente, el fenómeno no se desarrolla en base a una profesión específica, sino que puede surgir de la tensión e impotencia frente a una situación intensa y prolongada, para la cual no existen mecanismos de afrontamiento efectivos.

En resumen, podemos concluir que el burnout en cuidadores es una pérdida de energía física como mental, debido a los estresores propios a los que son sometidos en su contexto laboral, sea este o no, relacionado con atención continua en servicios de ayuda. Además, el esfuerzo constante por cumplir con ciertas expectativas, así como la autoevaluación negativa de su desempeño, provocan actitudes de indiferencia, sentimientos de frustración y hasta aislamiento, razones que hacen que un empleado soporte altos índices de angustia, agotamiento e intranquilidad, que confluyen en situaciones emocionalmente conflictivas, deteriorando su desempeño profesional y su calidad de vida.

1.2. Consecuencias del estrés laboral crónico en cuidadores.

Para adentrarnos en las consecuencias del estrés laboral crónico o síndrome de burnout, debemos partir de la definición de estrés, Lazarus & Folkman (1984) dicen: “El estrés se produce como consecuencia del desequilibrio entre las demandas del ambiente (estresores internos o externos) y los recursos disponibles del sujeto” (p.51).

Este desequilibrio, prolongado en el tiempo y de manera crónica, provoca en los cuidadores un agotamiento físico y mental, así como la perdida de motivación por las funciones que desempeña, esto a su vez trae consigo un sinfín de consecuencias tanto en la salud de los cuidadores, como en el entorno propiamente laboral. De ahí la importancia de conocer hasta donde llegan las afectaciones de este síndrome, a nivel personal y profesional.

1.2.1. Consecuencias en la salud en los cuidadores.

Primeramente, definiremos como cuidador a la persona que se encarga de atender o ayudar a otra, en actividades diarias como: alimentación, salud, aseo y movilización, esta ayuda se puede dar de manera voluntaria, o por responsabilidad laboral (Ruiz & Nava, 2012).

Por esta razón, los profesionales de enfermería que desempeñan las funciones de cuidado diario están más expuestos a sufrir este síndrome.
Por ejemplo, Bonilla (1998) afirma:

> La carga de tensión para la enfermera, es más fuerte que la de otros profesionales en salud, porque el personal de enfermería está más tiempo en contacto con el paciente y con el dolor de sus familiares. Si a esto añadimos la escasez de personal en los hospitales, los

turnos agobiantes, especialmente por las noches y el poco estímulo, se entiende porque este trabajo es propicio para la desmoralización y el desgaste.

Este conjunto de actividades que debe realizar el cuidador, provoca consecuencias en la salud, que no solo afectan al individuo sino al entorno: familiar, laboral y social; porque las repercusiones psicológicas, lo vuelven vulnerable a la somatización, fragmentación cognitiva e inestabilidad social; pero los síntomas más intensos tienen que ver con cambios en el carácter y las relaciones interpersonales, llegando a desinteresarse de su propia salud, empeorando la situación y haciendo cada vez más difícil, encontrar una manera eficiente de afrontarla (SECPAL, 2008).

Este desequilibrio a nivel físico y psicológico afecta de manera directa la salud del profesional con sintomatología múltiple, que al estar interrelacionadas agrava aún más el síndrome. Estas consecuencias pueden ser a nivel físico, emocional, cognitivo, conductual y social, como se detalla a continuación.

Tabla 1.

Cuadro descriptivo de las consecuencias del estrés laboral crónico

Físicos	Emocionales	Cognitivos	Conductuales	Sociales
Fatiga	Ansiedad	Desorientación	Ausentismo laboral	Problemas de pareja
Dolores musculares	Depresión	Distracción	Conducta violenta	Aislamiento
Contracturas	Tristeza	Autocritica	Pérdida de productividad	Conflictos interpersonales
Dolores cervicales	Irritabilidad	Falta de creatividad	Ludopatía	Problemas intrafamiliares
Problemas estomacales	Indiferencia	Auto-concepto erróneo	Indolencia hacia los pacientes.	
Dolores de pecho	Apatía	Falta de compromiso	Desorganización consumo de sustancias: alcohol, tabaco, drogas	
Insomnio	Desilusión	Indecisión		
Alergias	Pesimismo	Despersonalización		
Falta de energía	Desmotivación	Poca tolerancia a la frustración.		
	Mal humor			
	Insatisfacción laboral			

Disfunción sexual

Fuente: Recuperado de SECPAL, 2008; Buendía y Ramos, 2001; Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo, 2000.
Elaborado: Valencia, M. (2018)

Respecto a las consecuencias conductuales, la más predominante es la despersonalización que conlleva una serie de acciones fallidas respecto de la propia salud; como el consumo y abuso de sustancias psicotrópicas, que revelan perturbaciones y sintomatologías fisiológicas como: inapetencia, insomnio, migrañas y dolencias musculares. Por otra parte, las consecuencias sociales, inducen al aislamiento, baja satisfacción personal, así como actitudes de desprecio e irritabilidad incluso con su círculo más cercano (Martínez, 2010).

En relación al tema, Freudenberger (1974) afirma que, las personalidades que más riesgo tienen de presentar este síndrome son: la personalidad empática, sensitiva, altruistas, idealista y con extrema preocupación por su desempeño laboral y que utilice el trabajo como fuente de realización personal.

Dado que la labor del cuidador consiste en ofrecer atención a individuos que carecen de autonomía e independencia propia, sea esto debido a condiciones médicas crónicas, o alteraciones físicas o mentales, no hay duda, de que presentan un mayor riesgo de padecer afecciones en su salud, debido al esfuerzo y a la exigencia de dichas actividades. Siendo presa fácil de malestares a nivel físico, cognitivo, social y conductual como coinciden varios autores (SEPCAL, 2008; Buendía & Ramos, 2001; INSHT, 2000).

En suma, las secuelas en la salud de los cuidadores, vienen dadas debido a un desequilibrio entre el nivel de exigencia laboral y su capacidad de afrontamiento frente a las eventualidades de la profesión, es así, que puede ser de origen psicológico, cuando se presentan sentimientos de insatisfacción, acompañados de pensamientos autocríticos, debido al extremo idealismo en su labor, lo que da lugar a comportamientos violentos, ocasionando conflictos a nivel interpersonal e intrafamiliar. O por otro lado, la afectación puede empezar por el agotamiento y el esfuerzo físico, que conlleva el cuidado de un individuo dependiente a nivel físico e incluso emocional.

Es importante puntualizar que este tipo de sintomatología está estrechamente relacionada, razón por la cual, sin importar si se originó a nivel físico o psicológico, la afectación de una, dará origen al desarrollo de la otra, alterando de manera integral la salud del cuidador.

1.2.2. Consecuencias en el trabajo de los cuidadores.

Ahora, en el ámbito laboral las consecuencias están directamente relacionadas con las condiciones físicas, ambientales o psicológicas que el cuidador, debe afrontar a diario en su puesto de trabajo, si estas condiciones no son las más adecuadas se produce un desequilibrio a nivel conductual, emocional o físico como vimos anteriormente, y esta suma de factores negativos afectan a la institución; debido a que es un círculo vicioso que acrecienta sus consecuencias a medida que crece su intensidad.

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2000) afirma que las consecuencias en el ámbito laboral debido al estrés crónico son:

- Deterioro de la comunicación
- Deterioro de las relaciones interpersonales
- Indiferencia o frialdad con los compañeros de trabajo y pacientes
- Disminución de la capacidad de trabajo
- Bajo rendimiento y eficacia
- Mayor absentismo
- Aumento en el número de rotaciones
- Quejas por parte de usuarios o clientes
- Falta de compromiso y proactividad.
- Disminución en la calidad de los servicios prestados

Más aun en la actualidad resulta necesario investigar y tomar en cuenta diferentes criterios para la mejora del contexto laboral, así como del bienestar personal, para el perfeccionamiento y eficiencia de las instituciones, pues queda claro que estas influyen de manera directa en el progreso de una organización (Gil Monte, 2001).

Al respecto Apiquian (2007) afirma que, la causa del burnout es un ambiente laboral tenso y autoritario, el mismo que provoca conflictos en el grupo laboral, así como un comportamiento hostil o indiferente. Este tipo de actitudes puede traer graves repercusiones con las familias del paciente y obviamente con la institución en la que labora.

De esta manera, las consecuencias del burnout en el ámbito laboral del cuidador, están directamente relacionadas con el contexto físico y psicológico del ambiente laboral, así pues, de lo citado anteriormente, se sabe que un ambiente negativo, provoca baja motivación y compromiso, falta de comunicación, relaciones interpersonales conflictivas, lo que a su vez origina sentimientos de indiferencia hacia los pacientes y los pares, aumentando las rotaciones y el absentismo laboral, factores que repercuten de manera directa, en la eficacia de la atención brindada.

1.3. Modelos explicativos del estrés laboral crónico.

A partir de la definición del burnout se ha manifestado la importancia de exponer dicho fenómeno para poder identificar su causa a partir de sus distintas perspectivas (Freudenberger, 1974).

Por esta razón Gil Monte & Peiró (1997) lo categorizaron en cuatro modelos explicativos: modelo de la teoría socio-cognitiva del yo, modelo de las teorías del intercambio social, modelo de la teoría organizacional y por último el modelo la teoría estructural.

Más adelante se considera al síndrome de burnout a partir de dos aspectos diferentes: Desde el aspecto psicosocial, como un proceso que involucra variables cognitivas, emocionales, actitudinales y aptitudinales, a partir del cual se pretende explicar el contexto ambiental en el que se desarrolla el síndrome; así mismo desde el aspecto organizativo, se da importancia a las causas que originan el síndrome desde el ámbito individual, social y organizativo, por ejemplo: clima laboral inadecuado, escasas habilidades sociales, así como altas expectativas respecto al desarrollo personal (Gil Monte, 2001).

Estos modelos han aparecido a través del tiempo y gracias a las investigaciones de diferentes autores con el objetivo de comprender mejor la etiología del síndrome y comprender el impacto que este genera en el plano organizacional y humano.

1.3.1. Modelos basados desde la teoría socio-cognitiva.

La teoría socio-cognitiva enfatiza el comportamiento psicológico a través de distintas interacciones conductuales o cognitivas que pueden darse con el ambiente, o con componentes propios de la personalidad y afirma que un individuo siempre espera obtener algún tipo de gracia o beneficio como consecuencia de sus actos, y de esta misma forma intentara evadir posibles dificultades (Bandura, 1987).

Por otro lado, Parraga (2005) afirma que esta teoría está relacionada con la manera en que una cognición influye en la percepción o en el comportamiento de un individuo; siendo esta conducta susceptible de modificación de acuerdo a los resultados obtenidos, en base a un comportamiento, así como por la observación de las consecuencias de ciertas actuaciones en otros. Siendo el estrés o la depresión, reacciones emocionales debido a la inseguridad que experimenta el individuo en relación a sus capacidades, en la plasmación de un objetivo.

De ahí que los pensamientos influyen en la forma de comprender una situación, pues estos se modifican en función de las causas y consecuencias; es decir, que la consecución de objetivos y los problemas que ello implique; pueden provocar síntomas psicológicos de estrés o depresión y estarán determinadas por la autoconfianza y capacidades del individuo (Maicon, 2014).

En base a lo citado, se puede concluir que esta teoría intenta explicar el desarrollo del síndrome de burnout a través de la asociación simbólica o real, que encuentra el sujeto entre su comportamiento o el de otros y las posibles consecuencias que estas desencadenarían, permitiéndole modificar sus comportamientos de acuerdo al nivel de confianza y a su capacidad en el manejo de una situación estresante.

1.3.1.1. *Modelo de competencia social de Harrison*.

La competencia social se refiere a una serie de componentes cognitivos, así como de destrezas sociales, que dan como resultado comportamientos acordes a una sociedad, los mismos que permiten la adaptación al entorno y el desarrollo de la autoeficacia y los refuerzos positivos gracias a la percepción de aceptación por parte de los demás (Martínez, 2007).

Harrison (1983) afirma que el modelo de competencia social, se basa en los aspectos motivacionales, pues las cogniciones percibidas influyen de manera directa en la eficacia para alcanzar los objetivos propuestos, para lo cual cuenta con *factores de ayuda*; que incrementaran la efectividad y por consiguiente desarrollará sus sentimientos de competencia social. Sin embargo, si aparecen *factores de barrera* como: falta de recursos, sobrecarga laboral, ambigüedad de rol y conflictos interpersonales; no se podrá alcanzar los objetivos planteados, lo que disminuirá los sentimientos de eficacia y se dará cabida al síndrome de burnout. También indica que este modelo, se aplica frecuentemente a individuos cuya motivación de éxito supera las expectativas.

Así mismo Gil- Monte (2001) afirma que, en el modelo de competencia social la motivación es la clave de un sobresaliente desempeño laboral, conjuntamente con la presencia de otras variables como: altruismo, un entorno favorable, disponibilidad de recursos y capacitación profesional.

En definitiva, el modelo de competencia social propuesto por Harrison, relaciona directamente al entorno o a la percepción que un individuo pueda tener del mismo, con la capacidad para auto motivarse y sentirse competente. Convirtiéndose en un factor clave para el desempeño laboral exitoso.

1.3.1.2. *Modelo de autoeficacia de Cherniss*.

En sentido amplio, Bandura (1987) en su teoría del aprendizaje social, se refiere a la autoeficacia como las habilidades o creencias que posee un individuo para hacerle frente a las diversas situaciones a las que se expone durante la vida. Pues, son estas creencias o pensamientos acerca de su propia capacidad, las que determinaran su accionar exitoso a nivel cognitivo, motivacional y afectivo.

A continuación, Cherniss (1993) plantea que, quienes mantienen fuertes sentimientos de autoeficacia percibida, tienen menos probabilidades de sufrir de estrés crónico, lo que les permite alcanzar las metas propuestas de manera exitosa. Sin embargo, si ocurre lo contrario, se produce un desgaste psíquico, con la consecuencia lógica de la disminución de la autoeficacia y por ende el proceso del burnout, esto como resultado de una falta de convicción acerca de sus propias capacidades.

La autoeficacia es importante porque interviene en el aspecto conductual, cognitivo y emocional de las personas; dependiendo de la percepción de dificultad a enfrentar se puede establecer el nivel de energía, constancia y tiempo que se requerirá para alcanzar el objetivo propuesto, creando un vínculo con la actividad laboral, que genere esmero y jubilo con el mismo; lo que los autores denominan “engagement” (Salanova & Schaufeli, 2009).

Finalmente, podemos afirmar que la autoeficacia es una variable importante en el desarrollo del síndrome de burnout, por ser concebida como una herramienta de acción frente a posibles problemáticas, ya sean estas: cognitivas, conductuales o afectivas; pues se centra en la valoración de las propias capacidades y recursos al momento de plantearse un objetivo. Es decir, si se percibe una alta eficacia, el individuo manifestara pensamientos y creencias positivas acerca de si mismo, lo que le permitirá un accionar exitoso.

1.3.1.3. *Modelo de Pines.*

Pines (1993) explica que su modelo está compuesto de tres objetivos o aspiraciones laborales y pueden corresponder a una motivación integral, a una motivación acorde a su laboral, o a una motivación íntima. Y la consecución de las mismas dependerá en gran medida, de un contexto laboral positivo, es decir, que pueda dotar de los recursos necesarios para facilitar el desarrollo personal y profesional; que permitan alcanzar el deseado sentido existencial.

De no ser este el caso, un ambiente estresante y negativo produciría un desgaste físico y psicológico. Por esta razón, la comprensión y mezcla de estas tres expectativas motivacionales establecerán el designio de fracaso o crecimiento de este sentido existencial (Estramiana, Garrido, Schweiger & Torregrosa, 2007).

Entonces el estrés laboral surge cuando el individuo percibe que su existencia es válida debido solo a las labores humanitarias que desempeña, es decir, si establece expectativas sobre-elevadas y difíciles de alcanzar, liberara un proceso de desilusión, disminuyendo su capacidad de adaptación, pues el profesional está motivado con su trabajo, al punto de considerar que las actividades de cuidado y ayuda que realiza son importantes, que nada más podría darle sentido a su vida, por lo que, en cuanto percibe que no está haciendo lo suficiente por alcanzar esta meta, se siente frustrado, desilusionado y lo suficientemente desmotivado como para desarrollar el síndrome (Pines, 1993).

Es así, que este modelo surgió como respuesta al estudio de la sensación de fracaso o crisis existencial relacionada directamente con las actividades laborales, y con la motivación del individuo (Napiore, 2008).

Ciertamente, este modelo afirma que, las expectativas y motivaciones individuales, influyen en la consecución de un objetivo o en el fracaso del mismo, todo depende de las competencias personales, así como, de los recursos provenientes del ambiente laboral, de esta forma, cuando estos recursos o competencias se vuelven incapacitantes al punto de acaparar todas las instancias vitales, se produce una crisis existencial debido a la poca eficacia en la consecución de las metas propuestas, produciendo cansancio emocional y desilusión, que llevarían al desarrollo del síndrome de burnout.

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

Thompson, Page, & Cooper (1993) proponen cuatro variables para explicar la existencia del síndrome de burnout:

El primero se refiere a desajustes producidos entre las exigencias de la tarea y los medios disponibles del trabajador. - Es decir, si estas diferencias se acrecientan negativamente, el estado anímico se ve afectado, provocando falta de confianza y bajos sentimientos de realización personal.

El segundo se centra en el nivel de autoconciencia del trabajador. - Que se refiere a la capacidad que tiene un sujeto para autorregular sus percepciones acerca del estrés, en el desarrollo de una tarea específica o en la consecución de un objetivo. Mientras más autoconciencia mayor probabilidad de caer en estados de estrés crónico.

Y por último las expectativas de éxito y sentimientos de autoconfianza. - Si estas dos variables no permiten cumplir las metas propuestas, debido a fracasos constantes entre los requerimientos y los recursos disponibles; el profesional tiende a experimentar sentimientos de frustración, con la particularidad de que, al intentar resolver la dificultad, tiende a retirarse mental o conductualmente de la situación estresante (conducta de despersonalización), produciéndose el agotamiento emocional.

En general, la teoría socio cognitiva del yo explica el desarrollo del síndrome de burnout a través de variables cognitivas como motivación, autoconciencia, y autoeficacia; a manera de competencias que influyen y determinan la capacidad de un sujeto, de superar los obstáculos y alcanzar los objetivos propuestos, de la misma forma estas variables determinan las respuestas emocionales a las situaciones estresantes percibidas y de esta manera establece el nivel de energía y los recursos necesarios para vencer los factores de riesgo como: conflictos interpersonales, carga laboral y falta de recursos, elementos que reducen los niveles de autoeficacia y a consecuencia provocan el desarrollo del síndrome de burnout.

1.3.2. Modelos elaborados desde las teorías del intercambio social.

La teoría del intercambio social se refiere al estudio e interacción de los seres humanos y afirma que las relaciones sociales se construyen, permanecen y se pueden echar abajo por la apreciación del costo - beneficio respecto al intercambio de recursos, los mismos que pueden ser tangibles o intangibles como un reconocimiento, un ascenso o simplemente un agradecimiento, lo importante es que llegue aportar un alto beneficio al menor costo posible. Esto quiere decir que la conducta puede ser modificada de acuerdo a los parámetros de satisfacción de cada individuo (Homans, 1962).

Por otra parte, Blau (1964) afirma que no todas las interacciones sociales esperan un intercambio positivo o negativo; sino más bien puede ser una relación basada en empatía y sinceridad mutua que responden a una conducta consciente del sujeto, que actúa de acuerdo a sus principios. De esta manera, cuando se habla de intercambio social, necesariamente se debe tomar en cuenta las necesidades de los individuos que participan de este intercambio o relación social (Estramiana, Garrido, Schweiger & Torregrosa, 2007).

En resumen, a través de este modelo se puede establecer, que las relaciones interpersonales son las desencadenantes de la comparación social o principio de equidad, y que la falta de equilibrio de las mismas, es el causante del desarrollo del síndrome.

1.3.2.1. Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli.

A partir de, Festinger (1954) aparece la teoría de comparación, que establece que los grupos sociales suelen perpetuarse en igualdad de creencias y opiniones, por lo que ejercerán la

influencia necesaria para que todos sus miembros se ajusten al modelo del grupo. Generando una predisposición a evaluar las propias creencias o habilidades en base a un individuo o grupo próximo.

A continuación, Buunk & Schaufeli (1993) exponen un doble motivo para el desarrollo del burnout; por un lado, la interacción social con los pacientes, con tres variables que intensifican el síndrome como:

Incertidumbre. - se refiere a una falta de certeza de los sentimientos o pensamientos, y de cómo actuar frente a ellos

Percepción de equidad. - es la interpretación que el individuo hace acerca de lo que da y lo que recibe a través de sus interrelaciones

Falta de control. - la imposibilidad que tiene el sujeto de auto-dominarse frente a sus acciones laborales.

Y por otro el proceso de interacción con sus compañeros de trabajo, que en situaciones de estrés crónico les impide buscar apoyo y por el contrario tienden a aislarse de sus compañeros o directivos por miedo al rechazo.

Esta búsqueda de certezas en sus sentimientos y cogniciones, llevaran al individuo a compararse con las conductas de otros individuos o grupos, a quien el percibe un sentimiento de pertenencia, logrando de esta manera, establecer una forma apropiada y aceptada socialmente, para conducirse (Hogg & Vaughan, 2010).

Este modelo explica el desarrollo del síndrome de burnout, no solo a través de la interacción o comparación con su similar; sino que también propone variables relacionadas específicamente con el entorno laboral del cuidador, como la incertidumbre, la falta de control y la percepción de equidad, Y debido a la complejidad de su labor no siempre sus sentimientos o pensamientos son certeros, es decir presume que no son aceptados por sus pares, lo que le impide la búsqueda de apoyo, y afirma su percepción de estar dando más de lo que recibe

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

La teoría acerca de la conservación de recursos postula que, el estrés crónico aparece debido a un proceso de disminución o pérdida de herramientas personales los mismos que pueden ser

cognitivos, emocionales o físicos y que provocan en el individuo una necesidad incipiente de recuperarlos, lo que agrava más el cuadro (Gálvez, Moreno & Mingote, 2009).

Es así, que este modelo, centra sus explicaciones en la motivación y las relaciones interpersonales, señalando que las relaciones con los demás y sus consecuencias son un factor preponderante en el desarrollo del estrés, que influye en la percepción de situaciones de pérdida o ganancia. Para evitar una situación de inseguridad y frustración, es sustancial mantener los recursos, habilidades y estrategias, así como cogniciones afirmativas en torno a sus propias capacidades. Se debe mantener un mínimo de recursos, que intentar conseguir nuevos, debido al carácter complicado de la profesión de servicio, el cual no facilita la obtención de nuevos mecanismos de afrontamiento. Si el trabajador logra mantener sus recursos, o a su vez ampliarlos, podrá adquirir una percepción o cognición positiva, respecto al evento estresante, lo que por consiguiente evitará el proceso del burnout (Hobfoll & Fredy, 1993).

Asimismo, Bakker & Demerouti (2013) afirman que, dentro del contexto laboral encontramos dos condiciones: por un lado, las demandas, que se refieren a todos los aspectos relacionados con el contexto organizacional y que además requieren de una energía física o psicológica, como por ejemplo: trabajo bajo presión, horarios rotativos o extenuantes y el conflicto de roles. Mientras que, por otro lado, tenemos los recursos laborales que son las características propias de la estructura organizacional, cuyo objetivo es reducir el desgaste de energía física o psicológica en las actividades antes mencionadas, como por ejemplo apoyo social, adaptación puesto-persona, y programas de recompensas.

De forma general, se entiende como recursos, los aspectos psicológicos, cognitivos y emocionales con los que cuenta un individuo para desenvolverse en el plano laboral y personal. Es así, que el desarrollo del síndrome, depende en gran medida de la percepción que posea un individuo acerca de sus propias competencias, por lo que es fundamental desarrollar una motivación intrínseca que haga valorar los factores positivos y disponibles en el entorno laboral, para reducir la frustración debido a cogniciones erróneas.

1.3.3. Modelos elaborados desde la teoría organizacional.

La teoría organizacional explica el desarrollo del síndrome de burnout a través del estudio de las variables implicadas en los sistemas y funciones dentro de la organización y de la relación

existente entre estos procesos y el ser humano, que involucran el deterioro o quema del profesional (Gálvez, Moreno & Mingote, 2009).

De esta manera, al identificar los estresores como: disfunción del rol, falta de salud organizacional, y todo lo referente a la estructura y clima laboral, se puede desarrollar estrategias para afrontar estas variables de acuerdo al esquema de cada empresa y a los componentes de riesgo que estén provocando un desgaste emocional acelerado, y evitar a futuro el desarrollo del síndrome (Camacho, Juárez & Arias, 2010).

Con el pasar del tiempo las organizaciones intentan proporcionar espacios y sistemas más acordes al crecimiento personal de sus funcionarios, proveyendo de los recursos necesarios para el incentivo de la autoestima y la motivación, como el desarrollo del sentido de pertenencia, ato-concepto y la comunicación apreciativa, que forjen un compromiso legitimo con la institución (Ciófalo, 2013).

En suma, este modelo explica la aparición del síndrome de burnout como una respuesta a los factores estresantes provenientes del contexto organizacional y de las relaciones socio-culturales que se desarrollan dentro de los mismos, relacionándolo con la capacidad del individuo para afrontar dichos estresores.

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

Este modelo se centra en las descripciones y puntuaciones provenientes del Maslasch Burnout Inventory, que define al síndrome de burnout, a partir de tres dimensiones o variables que son: la despersonalización, acompañado de una poca realización personal y la presencia de agotamiento emocional (Maslasch & Jackson, 1981a).

Describiendo al síndrome de burnout, como una respuesta al estrés y a la tensión que crea la sobrecarga laboral o, por el contrario, puede ser la escasa estimulación en relación al rol que desempeña y se refiere a una etapa en la que se pierde el compromiso con las obligaciones del puesto laboral. Frente a esta problemática el profesional desarrolla estrategias de afrontamiento, como forma de distanciamiento del problema o medio estresante. Normalmente la aparición de uno, da partida al progreso de otro; pero no todos atraviesan todas las fases, estas variables y el orden en que aparecen, según los autores son: despersonalización, baja realización personal y

por último el agotamiento emocional. Dependiendo de la fase o la evolución del síndrome, las consecuencias serían significativamente diferentes (Golembiewski, Munzenrider & Carter, 1983).

Golembiewski & Munzenrider (1990) afirman que está compuesto de ocho fases, creadas de la combinación de las puntuaciones del MBI (altas y bajas), con cada sub-escala (despersonalización, baja realización personal y agotamiento emocional), lo que da como resultado, la siguiente clasificación de los niveles de burnout: fase de la 1 a 3, nivel bajo; fase de la 4 a 6, nivel medio y fase de la 7 a 8, nivel alto de burnout.

En cierto modo, los autores intentan interpretar de manera más clara, el aparecimiento del burnout desde la perspectiva cognitiva de cada individuo, enfatizando que no todos atraviesan las mismas fases, pero si enfatizan en que la despersonalización es el detonante del mismo, lo que de alguna manera deja excluido y con menor importancia a las otras dos variables: baja realizan personal y agotamiento emocional.

1.3.3.2. *Modelo de Cox, Kuk y Leiter*.

Este modelo se da paso, como una crítica, a la metodología utilizada en el modelo de fases antes descrito (Leiter, 1993).

Por lo cual, Cox, Kuk & Leiter (1993) afirman que el síndrome de burnout es una respuesta a las estrategias de afrontamiento no adecuadas, frente a situaciones o roles estresantes, exclusivos de las labores humanitarias y lo explican a través de sus variables transaccionales, que son: Sentirse gastado (Cansancio emocional, y debilidad emocional) Sentirse presionado y tenso (sentimientos de tensión, ansiedad y amenaza).

Estar emocionalmente agotado está directamente relacionado con “sentirse gastado”, y como estrategia de afrontamiento ante estos sentimientos de cansancio emocional, aparece la despersonalización y finalmente los sentimientos de baja realización personal se apoyan en la valoración cognitiva, en cuanto a las expectativas planteadas por el trabajador y sobre su experiencia estresante frente a ellas.

Por esta razón se sugiere, que la organización restructure sus procedimientos de manera que permita un adecuado e individual manejo del personal, enfocándose en los estresores que

producen un cansancio emocional, como por ejemplo, alternar las tareas que son muy rutinarias y de esta manera prevenir el aparecimiento del burnout (Dewe, Leiter & Cox, 2000).

No hay duda que estos autores enfatizan la aparición del burnout a partir del agotamiento emocional, a diferencia del modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter, sin embargo, coinciden en que el síndrome se da, debido a la exposición a estresores propiamente laborales del contexto organizacional como el conflicto de rol o sobre carga de trabajo y a los mecanismos de afrontamiento utilizados por el individuo.

1.3.3.3. *Modelo de Winnubst*.

Continuando con la teoría organizacional, este modelo centra su estudio de manera extensiva, en las variables generadoras de estrés que están directamente relacionadas con la estructura laboral y el apoyo social, sin enfocarse exclusivamente en profesionales de servicios o cuidado, principalmente expone el nexo entre estructura, cultura y clima organizacional.

El síndrome puede producirse por la tipificación del cargo, que causa cansancio emocional, debido al trabajo rutinario, abrumador y sin una guía adecuada, pero también puede aparecer por una débil o baja formalización de dicha estructura, en la que se produce conflictos entre pares, así como disfunción del rol. Otro factor importante es el apoyo social recibido, pues de este dependerá la percepción positiva o negativa que el profesional tenga de la estructura organizacional (Winnubst, 1993).

Este postulado fue validado gracias a investigaciones realizadas sobre la influencia de la cultura corporativa y la estructura organizacional respecto al burnout, a través de la aplicación del MBI y el perfil de características organizativas de Rensis Likert, que mostró una fuerte relación entre un estilo de gestión autoritaria y el burnout en los trabajadores (Radha & Cooper, 2017).

De ahí que, Winnubst (1993) afirma que su modelo parte de cuatro supuestos:

- Todos los procedimientos organizativos tienen un esquema de apoyo social de acuerdo al tipo de sistema.
- El apoyo social aparece y se relaciona de manera interdependiente con el clima laboral, lo que lo hace susceptible de mejoramiento.

- Los componentes organizativos como el apoyo social y la cultura, están planteados de acuerdo a los valores culturales y éticos que rigen en la organización.
- Los principios éticos, permiten a las organizaciones prever en qué grado se suscitará los síntomas de estrés o tensión, que llegaran a desarrollar el síndrome de burnout.

Debido a que el apoyo social está estrechamente relacionado con el ambiente laboral, se da en mayor medida en organizaciones que disponen de recursos favorables de afrontamiento frente al desgaste laboral, como una línea de comunicación abierta, que fomente e incentive la salud ocupacional (Gil Monte & Peiró, 1997).

Está claro que, este modelo enfatiza que el cansancio emocional, se produce debido a un mal manejo de la gestión o estructura organizacional, pues influye de manera directa en el clima y cultura laboral, afectando la percepción de apoyo social, dando como resultado un agotamiento físico o psicológico del personal, que consecuentemente desarrollaría el burnout.

1.3.4. Modelos sobre el proceso del síndrome de quemarse en el trabajo.

El burnout se ha vuelto una problemática sanitaria que cada día va en aumento, y se produce en el contexto laboral, lo que lleva a la interrogante sobre su aparición y desarrollo, por la compleja coyuntura de factores y procesos tanto psicológicos como socio-culturales que lo componen (Sánchez y López, 2010).

Cherniss (1980) afirma que, los procesos del burnout están interrelacionados con el aspecto laboral, así como de las cogniciones y emociones del individuo, es decir, cuenta con una infinidad de posibilidades para encontrar las fuentes provenientes de estrés. Y es a través del análisis de estos procesos actitudinales y cognoscitivos que se intenta dar respuesta a su origen (Vega & González, 2009).

Debemos aclarar que el burnout no se limita a una serie de fases pre- establecidas, sino por el contrario se va desarrollando de acuerdo a los diferentes enfoques. Su proceso dependerá también de las características psicológicas del individuo, el tipo de trabajo, y todas las particularidades asociadas al contexto.

1.3.4.1. *Modelo tridimensional de MBI-HSS.*

Maslach y Jackson (1981b) afirman que existe un conflicto a la hora de reconocer cuales son los síntomas del burnout, debido al número de variables vinculadas al mismo, como lo confirman estudios realizados al respecto. Sin embargo, lo han podido catalogar como un síndrome tridimensional caracterizado por:

Afectos o emociones negativas. - Como cólera, agotamiento emocional, ira, etc.
Actitudes equívocas. - Como hostilidad, indolencia, apatía, despersonalización, etc.
Cogniciones erróneas. - Que provocan baja realización personal, perdida de la ilusión, problemas de atención, etc.

Entendiendo todos estos síntomas como una respuesta a un estrés laboral crónico, siendo el agotamiento emocional, el síntoma principal que indica que las estrategias emocionales están colapsadas, seguido de la despersonalización que provoca una actitud de apatía y hostilidad hacia las personas y por último el deterioro de la realización personal que dejan al individuo sin mecanismos de afrontamiento, debido a una autoevaluación negativa de sí mismo (Maslach et al., 2001). Este modelo, ha sido el más utilizado y aceptado en los diferentes estudios en cuanto al burnout, por el esquema original y claro que ha llegado a resumir más de cien sintomatologías adscritas al mismo (Olivares, 2017).

Ciertamente este es el modelo más utilizado, púes plantea que el síndrome de burnout aparece de la combinación de contradicciones entre un funcionario y su ocupación, al que ha clasificado de manera acertada en tres dimensiones que abarcan toda su sintomatología; como son, el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal.

1.3.4.2. *Modelo de Edelwich y Brodky.*

Edelwich & Brodsky (1980) detallan que el síndrome de burnout, se da a partir de un proceso de creciente desmotivación, desilusión y decepción, frente al rol laboral que desempeña, acontecido habitualmente a las personas que ejercen profesiones de ayuda y cuidado, esto como resultado de los conflictos y limitaciones propios del contexto laboral, razón por la que se vuelve cíclico, pudiendo aparecer más de una vez, dentro de un proceso de cuatro etapas que son:

1. Expectativa o entusiasmo
2. Estancamiento, por expectativas difíciles de alcanzar.
3. Frustración
4. Apatía, como componente de protección frente a la frustración.

Bosqued (2008) afirma que, la primera etapa está cargada de optimismo con expectativas ilusorias acerca de sus habilidades o posibilidades, en la segunda etapa se produce un agotamiento físico o psicológico debido al esfuerzo voluntario por cumplir sus expectativas, lo que lo atrapan en la tercera etapa en la que empieza la autocrítica por no alcanzar los resultados esperados, sí, esta crítica se vuelve constructiva o reflexiva, existe la posibilidad de encontrar una solución, pero si esto no sucede, atraviesa a la siguiente etapa de apatía, en la que el individuo se ha rendido a sus posibilidades.

Por esta razón el síndrome de burnout está asociado a expectativas sobre elevadas respecto al desempeño laboral, característico de individuos con fuerte compromiso con sus tareas, pero que no cuentan con pacientes dóciles y colaboradores, lo que provoca insatisfacción, exponiéndolos a bajos niveles de energía y motivación que causan desilusión y apatía (SECPAL, 2008).

Las etapas de este modelo permiten conocer de forma clara el proceso que sigue el síndrome de burnout, para realizar estrategias preventivas a nivel organizacional a través de una motivación eficiente del personal, así como mejoras en los procesos de las tareas para evitar la insatisfacción laboral y por ende las posibilidades de frustración de los empleados.

1.3.4.3. *Modelo de Price y Murphy.*

Por otro lado, Price y Murphy (1984), plantean que su modelo se ajusta a la propiedad adaptativa del síndrome ante el factor estresante, que conlleva una serie de procesos a nivel personal, interpersonal y social, establecido en diferentes fases que van de la siguiente manera:

1. Desorientación, debido a la pérdida de ilusión
2. Labilidad emocional, por escasa capacidad de afrontamiento
3. Culpa, por la ruina profesional
4. Soledad y tristeza que pueden generar recursos de afrontamiento, para poder avanzar a la siguiente fase

5. Solicitud de ayuda, con el fin de alcanzar estrategias de respuesta, para restaurar,
6. El Equilibrio

Este modelo relaciona a las cogniciones, la identidad y la autoestima de un individuo con las prácticas laborales, como referentes positivos o negativos en su proceso de crecimiento o satisfacción vital (SECPAL, 2008).

Asimismo, se debe agregar que existen factores desencadenantes como las condiciones del ambiente laboral, el trabajo rotativo, el conflicto de roles y la falta de autonomía, que hacen que los factores facilitadores, como una personalidad impaciente y competitiva se pongan al límite, aumentando la posibilidad de desarrollar el síndrome (Bosqued, 2008).

A diferencia del modelo anterior, este centra la evolución del síndrome en los detonantes psicológicos o físicos, y en la capacidad del individuo de hacerles frente a través de la búsqueda estrategias que ayuden a equilibrar las emociones a nivel social o intrapersonal.

1.3.5. Modelo de la teoría estructural de Gil – Monte.

Este modelo ofrece una amplia explicación sobre las causas del síndrome de burnout abarcando las tres teorías expuestas anteriormente, de una manera integrativa considerandos antecedentes de nivel:

Personal. - Como la competencia, autoconciencia, y la satisfacción vital.
Interpersonal. - Que abarca la interacción, social con los iguales y con la institución.
Y por último el nivel organizacional. - En el que se incluye todo lo relacionado a la estructura y clima organizacional (Gil-Monte, 1994).

Gil-Monte, Peiró & Valcárcel (1995) basándose en estas tres líneas de investigación, integran el proceso de la siguiente manera:

La primera. - Da importancia a las variables cognitivas del “yo” en la causa del síndrome y destaca variables como los sentimientos de competencia y sentido existencial, señalando que las personas sienten necesidad de creer que su vida es significativa y que el desarrollo de este objetivo se alcanza a través del trabajo y los niveles de autoconciencia.

La segunda. - Destaca la importancia que tiene la percepción de relaciones equitativas y que estas no presuman ningún tipo de amenaza o pérdida.
La tercera. - Enfatiza la importancia de las variables del ambiente laboral, en especial la disfunción del rol, los problemas derivados del tipo de estructura organizacional, la formalización y el clima.

Las variables de tipo organizacional, personal y de estrategias de afrontamiento, aseguran que el burnout se desarrolla como una respuesta al estrés percibido frente a los conflictos derivados de la ambigüedad de rol (Gil-Monte & Peiró, 1997).

Finalmente, Gil-Monte (2005) agrega a lo ya antes mencionado, la posibilidad de predecir el síndrome a través de dos perfiles en el proceso del burnout; un perfil que añade el sentimiento de culpa en su desarrollo y otro sin él. De esta forma, afirma que el sentimiento de culpa es el resultado de la poca capacidad de afrontamiento del individuo, que da como resultado cogniciones negativas respecto a su propio accionar, situación que se vuelve cíclica aumentando la sintomatología del síndrome, siendo la consecuencia más probable el absentismo laboral.

Sin duda, los aportes de Gil-Monte, no solo muestran las características del síndrome, sino también intentan dar un diagnostico preventivo a través del anexo de la variable culpa, descubriendo un antecedente clave, no solamente para su diagnóstico sino también, para la creación de estrategias enfocadas a la prevención del mismo.

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

La importancia del estudio de los problemas asociados al síndrome de burnout, surge como un mecanismo para atenuar sus implicaciones a una población que ha sido identificada con una alta propensión a desarrollarla, como son los cuidadores al servicio de la salud, esto con el fin de atenuar y prevenir sus efectos tanto en la salud mental, como emocional de los profesionales, que se ven afectados a nivel personal, ambiental, social y psicológico. A través de la identificación y discusión de los factores sociodemográficos, los procesos y las variables implicadas en el desarrollo del síndrome, así como de las habilidades de afrontamiento (Ávila, 2011).

Frente a esta situación, surge la necesidad del estudio de los procesos, la prevalencia y las variables implicadas en el síndrome, pues es a partir de la revisión literaria y el estudio de campo que se puede tener una visión completa y actualizada de esta patología.

A si mismo Expósito & López (2016) afirman, que el estudio permite establecer el nivel de afectación a través del conocimiento de las particularidades físicas que se presentan en el cuidador profesionalizado y de esta manera intervenir con el objetivo de reducir su prevalencia a través de programas de prevención en salud y manejo del estrés, tanto a nivel personal como corporativo, para poder reconocerlo a tiempo y hacer un diagnóstico acertado, para su tratamiento; todo esto, con el fin de alcanzar una asistencia profesional de calidad para las personas que están bajo sus cuidados, mejorando el servicio como tal y las interrelaciones dentro de la institución.

En definitiva, es importante conocer a fondo los procesos de desarrollo, las variables implicadas, las causas y sus consecuencias tanto físicas como psicológicas, para poder instaurar un plan de intervención adaptado a las necesidades y especificaciones del contexto laboral; partiendo de que todas las personas tienen derecho a la mejor condición de salud posible, para que puedan contribuir a la sociedad a través de un empleo que no solo sea productivo, digno y bien remunerado, sino que también le permita alcanzar un progreso pleno a través de una tranquilidad emocional.

1.5. Prevalencia del estrés laboral crónico en los cuidadores.

Con el inicio de la globalización y el creciente desarrollo tecnológico; el mundo laboral ha dado un giro importante con respecto a las formas de organización, los modelos de relaciones, así como los cambios e innovaciones en los procesos, en los que el trabajador ha tenido que adaptarse rápidamente, a mayores exigencias laborales, un menor control, una mayor probabilidad de despido e incluso se ha expuesto a ciertos tipos de inseguridad laboral, con el fin de mantener cierta rentabilidad o dependencia económica.

El hecho de dedicar más tiempo a las labores, hace pensar que es un signo de buen rendimiento, y esto lleva a realizar trabajos fuera de los horarios establecidos, desembocando en una incompatibilidad de los roles del trabajo y la familia, lo que incita a desarrollar actitudes hostiles y

le impide cumplir con los deberes y responsabilidades de cada aspecto de la vida (Organización Internacional del Trabajo OIT, 2016).

Por lo tanto, ser un profesional de la salud dedicado al cuidado y atención de otro ser humano, lo coloca frente a un riesgo inminente de padecer el síndrome de burnout, por encontrarse expuesto a condiciones específicas como horarios rotativos y extenuantes, percibir sentimientos de muerte y desolación, así como estar constantemente evaluado por parte de los pacientes y colegas, puede llegar a provocar un desgaste tanto físico como emocional (Gil-Monte, 2005).

Para poder tener una visión más clara del tema, se citan varios estudios realizados sobre el síndrome de burnout en el mundo, en Latinoamérica y a nivel local.

1.5.1. Prevalencia del estrés laboral crónico en cuidadores a nivel mundial.

Gil-Monte (2008) afirma que la mayor cantidad de estudios acerca del burnout, han sido realizados en Europa y asegura que esta patología no es un problema exclusivamente de los países en desarrollo o primer mundo, pues es una dolencia que traspasa los límites geográficos y culturales e incluso los laborales, pues en la actualidad, no solo se lo relaciona con las labores humanitarias sino con todo tipo de profesiones.

Una encuesta sobre las Condiciones de Trabajo a nivel mundial, confirmo que el 36% de los funcionarios encuestados, pasa largas jornadas expuesto a trabajo bajo presión; el 33% asegura que sus funciones requieren de mucha velocidad y el 16%, se encuentra expuesto a procederes hostiles como: intimidación física, acoso sexual y bullying. Así mismo de acuerdo a un informe de riesgos laborales, relacionado con el trabajo concluyo que los trabajadores que más sufrían de estrés y ansiedad, eran los maestros y trabajadores de la salud con el 12.7% de incidencia (OIT, 2016).

Navarro, Ayechu & Huarte (2014) realizaron un estudio en España en cincuenta y cuatro centros de salud, durante cuatro meses en el año 2010, con la colaboración de 178 profesionales a quienes se les administro el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory, presentando los siguientes resultados, en el nivel alto: cansancio emocional, 15,7%, despersonalización 18,5% y, baja realización personal el 25,8%; de los cuales solo el 4,5% de la muestra presenta afectación en las tres dimensiones.

Además, otra investigación realizada en España, a través de una muestra de 105 enfermeras, de las cuales 64 laboraban en la Unidad de Cuidados Paliativos y el resto a diferentes unidades de hospitalización, presentándose los siguientes datos: Cansancio emocional; 58%(OTROS) frente al 62% (UCP). Despersonalización; 66% (OTROS) frente al 59% (UCP). Baja realización personal; 66% (OTROS) frente al 70% (UCP), como se puede apreciar estas diferencias no alcanzan una significación estadística, en las muestras estudiadas, pero el análisis general muestra una incidencia alta del síndrome de estrés crónico y de estos datos, solo el 17% (OTROS) y el 8% (UCP), presentan afectación en los tres niveles asociados al burnout, (Martínez, Centeno, Sanz & Del Valle, 2009).

1.5.2. Prevalencia del estrés laboral crónico en cuidadores a nivel de Latinoamérica.

Un estudio en la ciudad de Barranquilla, realizado a 103 enfermeras/os que ejercen labores de cuidado a pacientes en la zona metropolitana, arrojo los siguientes datos respecto a la prevalencia del estrés laboral crónico, en esta ocasión no se demostró el síndrome, sin embargo, con respecto a cada dimensión, se presentó la siguiente condición: cansancio emocional 15.5%, despersonalización 16.5%, y para baja realización personal el 9.7% (Tuesca, Iguarán, Suarez, Vargas & Vergara, 2006).

También un estudio realizado en Chile a varios funcionarios de una institución de salud, con profesionales dedicados al cuidado de pacientes, encontró una prevalencia del 11% de los cuales, más del 80% corresponden al género femenino, es importante mencionar que, de esta muestra aproximadamente el 70% está en condición vulnerable para desarrollar el síndrome (García, Spröhnle &Sapag, 2008).

Una encuestadora sobre trabajo y salud ECCTS (2012) afirma que, generalmente en Centroamérica uno de cada 10 individuos asegura haberse sentido de manera constante, estresado y tensionado, representado por las siguientes variables: tristeza o depresión de 12% a 16%, perdida de sueño de 9% a 13%, y preocupación por las condiciones laborales de 13% a 19%, esta información fue obtenida de diversos países como: Guatemala, Honduras, Costa Rica, Panamá y el Salvador con el apoyo de diversas organizaciones y entidades universitarias.

Por otra parte, en México, en el estado de Yucatán, se realizó un estudio a 46 cuidadores asistenciales de adultos mayores, de los cuales el 65% correspondía a mujeres y el 35% a

hombres, la aplicación del Maslasch Burnout Inventory arrojo la siguiente información: agotamiento emocional 30%, despersonalización 46%, y baja realización personal en el trabajo 95%. De estos datos, de manera general, la afectación por Burnout para las mujeres fue del 90%, frente al 81% para los hombres (Vásquez, Esperón & González, 2013). Así mismo otra investigación, realizada a un total de 201 profesionales, demostró que el 74.6% presenta estrés laboral crónico (Contreras, Avalos, Priego, Morales & Córdova 2013).

En Chiclayo Perú, se encontró que de un total de 43 encuestados el 19% de trabajadores asistenciales presentaron el síndrome de burnout (Gómez & Ruiz, 2015).
Mientras que una encuesta en Argentina demostró que el 26.7% de la población indicaba que sufría de carga mental, presentando síndrome de burnout debido al trabajo excesivo.

Finalmente, en Brasil otro estudio, encargado de medir el ausentismo, debido a enfermedades como consecuencias de accidentes laborales, concluyo que el gasto en prestaciones sanitarias al año, por enfermedades mentales correspondientes al estrés laboral crónico era del 14%; y de estos datos, el 9% correspondía a hombres y el 16.7% a mujeres (OIT, 2016).

1.5.3. Prevalencia del estrés laboral crónico en cuidadores a nivel nacional.

Con respecto al análisis estadístico del estrés laboral crónico en el Ecuador, no existen estudios a gran escala sobre este tema, lo que podemos encontrar son diversas investigaciones fraccionadas por provincias, a diversos profesionales de la salud, que laboran en áreas asignadas para el cuidado de pacientes.
Es así que, en un hospital de la ciudad de Ambato, se realizó una investigación para evaluar la prevalencia del síndrome de burnout, el cuestionario fue aplicado a 74 cuidadores profesionalizados en enfermería; de los cuales el personal femenino representa el 72%. De la información recolectada se pudo evidenciar una prevalencia del síndrome de 32.43% (Aveiga, 2014).

En otro estudio realizado a 70 personas, que laboraban en el área de cuidados de un hospital en la ciudad de Quito, en relación a las dimensiones del síndrome de burnout, se reflejaron los siguientes valores: para cansancio emocional el 23%, mientras que en despersonalización 19% y en baja realización personal, 77%. Estos datos muestran una prevalencia del 5% del total de casos (Cevallos, 2015).

Mientras que, de otra investigación realizada a 22 cuidadores, profesionalizados como enfermeras y auxiliares de enfermería del Hospital Militar en la ciudad de Quito, se obtuvieron los siguientes resultados: agotamiento emocional 73.6%, despersonalización 67.5%, y falta de realización personal 39.58% (Sarango, 2016).

Por último, una encuesta realizada al personal sanitario de un hospital en Quito y otro en Ambato, confirmó que el 67% de los profesionales presentaba estrés emocional ligado al trabajo, debido a jornadas prolongadas, carencia de materiales y la generalización del servicio (Coello, 2016).

En conclusión, a pesar de los aportes investigativos referentes al tema, se puede apreciar que los datos no son homogéneos, pues dependen de varios factores al momento de realizar el estudio, como: factores sociodemográficos, geográficos y culturales, por esta razón en la información recopilada encontramos, por un lado, prevalencias inferiores al 10%, mientras, que otras pueden llegar a superar el 50%, pues estos datos varían de acuerdo a cada muestra estudiada. Sin embargo, se puede establecer que la prevalencia en menor o mayor escala, es para el género femenino.

1.6. Variables asociadas del estrés laboral crónico en cuidadores.

Las variables, son características, factores o condiciones que están presentes en un suceso investigativo e influyen de manera directa o indirecta en una propiedad o condición, dependiendo del contexto especifico. Y a partir de estas características se puede determinar la aparición o no del síndrome de burnout.

1.6.1. Variables Sociodemográficas.

Las variables sociodemográficas están relacionadas con la edad, estado civil, sexo, y número de hijos. Con respecto a la variable sexo, se presume que las mujeres son más propensas a padecer las consecuencias del estrés, a diferencia de los empleados masculinos, a causa de la doble jornada o carga que deben afrontar, tanto profesional como familiar (OIT, 2016). Sin embargo, existen estudios, que identificaron mayor incidencia en el género masculino (Navarro, Ayechu & Huarte, 2014; Moreno, Ríos, Canto, San Martín & Perles, 2010)

Golembiewski, Scherb y Boudreau (Citado por Gil-Monte, 2008) afirman que, “Los resultados de los estudios transculturales tienden a encontrar perfiles diferenciales semejantes. Por ejemplo, todos los estudios obtienen niveles más elevados del SQT y sus consecuencias en las mujeres” (p.7).

González, Lacasta, & Ordoñez (2008) informan que los hallazgos se presentan, en edades comprendidas entre los 30 y 40 años, lo que muestra que, a mayor edad, mayor probabilidad de desarrollar el síndrome. Este dato concuerda con la edad comprendida entre 37 y 39 años de un estudio realizado en España (Navarro, Ayechu & Huarte, 2014).

Así mismo González, Lacasta, & Ordoñez (2008) afirman que los hombres solteros, poseen mayores probabilidades de sufrir de estrés laboral crónico, probablemente porque no cuentan con una representación de soporte y apego, dentro de un hogar establecido. Pero Atance (1997) lo esclarece refiriéndose a un factor determinante el que no posean una pareja estable. Mientras que un estudio de Navarro, Ayechu & Huarte (2014) concluyo que la mayoría de afectados por el síndrome corresponden al estado civil casado.
Por esta razón el estado civil, no es una variable determinante, que influya directamente en el síndrome porque no manifiesta de manera clara el tipo de relación sentimental con las parejas.

Respecto al número de hijos, los estudios no son concluyentes porque por un lado afirman que menos hijos está asociado a la presencia de agotamiento emocional (García, 1991). Sin embargo, otros concluyen que a mayor número de hijos mayor incidencia del síndrome de burnout (Maslach & Jackson, 1985; Campos, Córdoba, Silva & Rivera, 2008).

Intentar predecir el síndrome a través de las variables sociodemográficas, es bastante complicado, pues estos varían en torno a las características culturales, económicas y demográficas de cada individuo estudiado, sin embargo, se ha encontrado ciertas consistencias al momento de identificar el género femenino como el más expuesto a desarrollar el síndrome, pues son las mujeres quienes están más relacionadas con las labores humanitarias y de cuidado, así como en quienes recaen más responsabilidades a nivel familiar. Mientras que la edad es más consistente en un rango de 30 a 40 años. Por otro lado, el estado civil y el número de hijos no es una variable consistente con el desarrollo del burnout.

1.6.2. Variables laborales.

Las variables laborales son las que están asociadas directamente con los factores organizacionales como son: los turnos rotativos, horario de trabajo, conflicto de roles, relaciones interpersonales, satisfacción laboral, contacto con la muerte y el sufrimiento.

En relación al horario, se debe considerar que la labor de cuidados requiere un servicio de 24 horas al día, siendo necesaria una distribución de turnos para completar la jornada, entre estos el turno de la noche es el que mayores complicaciones genera a nivel profesional y social, debido a que altera los ritmos circadianos y el sueño, los que a su vez provocan estrés crónico y fatiga que desencadenan en alteraciones digestivas y del sistema nervioso (Berón & Palma, 2001). Es decir, entre más horas laboradas, más probabilidades de desarrollas el síndrome debido al cansancio emocional (Betancur, et al., 2012).

Así mismo el tipo de relaciones interpersonales, está asociada con el aumento o disminución del estrés crónico, se sabe que cuando existe una correcta organización y coordinación entre áreas de trabajo se percibe bajos niveles de burnout (Aries & Ritter, 1999). Mientras que la falta de coordinación, en el trabajo en equipo, repercute en la calidad del servicio, por presencia de síntomas de cansancio emocional (Cubillos, Guevara, Pereda, González, González, 2012).

De esta manera, cuando el individuo percibe que sus expectativas no concuerdan con las de la organización, se produce un conflicto, acerca del rol que debe desempeñar, provocando una ambigüedad en las funciones y las exigencias del trabajo (Sauter, Murphy, Hurrell & Levi, 1998). Pero si el profesional recibe un feedback positivo, acerca de su trabajo, esta menos propenso de sufrir estrés (González, et al. 2008).

Por otro lado, Robbins (1999) señala que la suma de estas variables, como: remuneraciones justas, trabajo mentalmente desafiante, condiciones favorables de trabajo, compatibilidad entre la persona – puesto, determinan la satisfacción laboral. Sí existe inestabilidad laboral, los niveles de realización personal tienden a disminuir, sobre todo en servidores de género masculino (Moreno, Ríos, Canto, San Martín & Perles, 2010). Estas variables son de gran importancia porque de ellas dependerá en gran medida, la respuesta emocional del individuo hacia el ambiente laboral.

Por ultimo las apreciaciones negativas de la vida, como emociones de ansiedad y depresión frente a la muerte, disminuyen la competencia profesional y la capacidad de afrontamiento, favoreciendo la aparición del estrés laboral crónico, que además se intensifica cuando no existe una formación profesional adecuada (González, et al. 2008). Por esta razón los cuidadores profesionalizados como auxiliares de clínica son más propensos a padecer el síndrome, frente a los empleados diplomados en enfermería (González, Lacasta, & Ordoñez, 2008).

Mediante lo citado, se puede evidenciar que las variables del síndrome de burnout son: disponibilidad de recursos, capacidad de liderazgo organizacional, eficacia de las interrelaciones sociales, estabilidad laboral y la propia competencia profesional, porque de cada una se desprende factores específicos de acuerdo al puesto y al tipo de estructura organizacional, siendo aspectos consistentes en la investigación del síndrome.

1.6.3. Variables asociadas al compromiso y satisfacción vital.

El compromiso vital, es una obligación adquirida en base a unos principios o metas en función de ciertos objetivos planteados, con la intención de alcanzar una realización personal plena que abarque tanto los aspectos profesionales, sociales, emocionales e incluso espirituales; el camino de esta realización personal, no es fácil, siempre habrá obstáculos que vencer. Por esta razón es importante mantener el dominio sobre sí mismo y la disciplina para cumplir con las responsabilidades cotidianas (Gil-Lacruz, 2007).

Esencialmente la labor de cuidado, coloca al profesional frente a situaciones complejas y estresantes, por lo que es importante ejercer un control, asumiendo un papel activo y participativo en el trabajo, esto reduce las respuestas corporales al estrés e incrementan la autoestima, ayudando a desarrollar competencias útiles para hacer frente a las cargas laborales (Sauter, Murphy, Hurrell & Levi, 1998). Dentro de estas competencias también se debe mencionar el mantener hábitos de vida saludable, como alimentación y ejercicio adecuado, evitando el consumo de alcohol y drogas. Realizando actividades de esparcimiento como viajes, deportes, lectura, etc. (Meldrum, 2010).

En cuanto a la satisfacción vital, podemos decir que es un sentimiento de dicha y reconocimiento por haber conseguido el ideal de vida, en base al compromiso vital adquirido. Cuando uno de los aspectos mencionados anteriormente, no han sido satisfechos, existe mayor probabilidad de

desarrollar el síndrome (Peinado, Garcés de los Fayos, 1998). De esta manera Yip & Martin (2006) percibieron que las personas que manejan de forma adecuada sus emociones, mantienen altos niveles de alegría y satisfacción con la vida.

Ahora, cuando nos referimos específicamente al aspecto laboral, un estudio determinó que existe una asociación directa y significativa entre; sobrecarga laboral, niveles altos de afectación de la salud en general (GHQ-28) y baja percepción de apoyo social; con bajas puntuaciones respecto a la satisfacción vital (Domínguez, 2015).

Al respecto, debo mencionar que estas variables hacen énfasis en el manejo y dominio de las emociones como vía, para un adecuado desarrollo humano, entendiéndose éste, como la capacidad de mantener una buena salud física y psicológica, que permita combatir de manera eficiente los estresores ambientales y personales que dan lugar al síndrome de burnout.

1.6.4. Variables moduladoras.

Cuando hablamos de variables moduladoras, nos referimos a las estrategias o mecanismos de defensa para hacer frente a las situaciones estresantes que provocan las labores de atención y cuidado, como son: el apoyo social, afrontamiento y resiliencia.

El apoyo social proviene de las relaciones con la familia, amigos, compañeros de trabajo, y la comunidad en general, es decir son una parte central e influyente en la vida de un individuo, pues de estas dependen las costumbres, hábitos e incluso la forma de enfrentar las adversidades laborales o de la vida en general (OIT, 2012). Este tipo de relaciones crea experiencias positivas en los cuidadores, en base a la instauración de vínculos de apoyo para enfrentar situaciones estresantes a nivel físico o emocional (Vega & Gonzales, 2009).

Específicamente en el sentido profesional, tener la oportunidad de dedicar un espacio a las amistades y a la familia generan un apoyo social estable (Felton ,1998). Y forman relaciones saludables entre colegas y directivos, mejorando el clima organizacional (Meldrum ,2010).

Por otra parte, Sauter, Murphy, Hurrell & Levi, (1998) afirman que el afrontamiento es un conjunto de composiciones caracterológicas de pensamientos, credos y comportamientos, que pueden

mostrarse independientemente del tipo de estresor, ser estables en el tiempo e influenciables por los rasgos de personalidad.

Con respecto al estrés laboral crónico, se sabe que para algunas personas los valores espirituales o religiosos sirven como mecanismos de defensa frente a las apreciaciones negativas de la vida, como la enfermedad y la muerte, reduciendo el impacto de miedo y preocupación personal (González, et al., 2008; Cerquera & Pabon, 2016). Por otro lado, la aceptación es una estrategia facilitadora que permite obtener una tranquilidad psicológica al reconocer la condición laboral o el padecimiento del síndrome si los hubiere (Betancurt, et al.,2012; García, Manquián & Rivas, 2016).

Así mismo mantener un afrontamiento activo, permite iniciar acciones en base a sus conocimientos o habilidades para contrarrestar los acontecimientos estresantes de una manera positiva utilizando los recursos disponibles (Sauter, Murphy, Hurrell & Levi, 1998). Cabe añadir, que la estrategia menos utilizada por los cuidadores es el uso de sustancias, como lo confirman varios estudios (García, Manquián & Rivas, 2016; Pérez, D.; Rodríguez, A.; Herrera, D.; García, R.; Echemendía, B. & Chang de la Rosa, M. (2013); Morales, Cuellar, Castellanos, Fernández, De Tena, 2008).

Finalmente, la resiliencia es la capacidad de interpretar, así como de reaccionar frente a una adversidad, permitiendo re direccionar la situación delimitante, hacia la posibilidad de una nueva oportunidad o fortaleza para salir de aquello que es adverso o catastrófico.

En el ámbito laboral la resiliencia se refiere a la capacidad del ser humano de promover diversas responsabilidades respecto de su salud emocional, como: dar sentido a la vida a través de la realización personal y profesional, proveer identidad, transferir normas, creencias y perspectivas sociales, estimular la interacción y los contactos sociales, así como desarrollar habilidades y destrezas. Todo lo mencionado, no como un proceso propio de afrontamiento, sino como una posibilidad de fortalecimiento y crecimiento personal, apoyándose en los factores del “yo puedo”, “yo estoy”, “yo tengo”, que le permiten desplegar una serie de esfuerzos cognitivos y conductuales (Filippi, Ferrari, & Sicardi, 2016).

Crespo & Fernández-Lansac (2015) aseguran que los niveles de resiliencia en cuidadores no se ven afectados significativamente por las variables como edad, sexo, estado civil, etc. sino más

bien dependen de la capacidad de adaptación y de las estrategias internas, cuando los mecanismos de afrontamiento están efectivamente centrados en el problema y no en la emoción; encontrándose una asociación significativa entre mayor nivel de resiliencia y mayor percepción de apoyo social recibido, esto permite una valoración positiva de los sucesos estresantes, evitando el surgimiento de problemas psicológicos como la ansiedad y la depresión.

Así mismo, de manera general otros autores señalan que, existe una correlación significativa entre sobrecarga y resiliencia, entre menor percepción de sobrecarga laboral, mayor nivel de resiliencia, que dan como resultado bajo agotamiento emocional, reduciendo la posibilidad de desarrollar el síndrome (Navarro, López, Climent & Gómez, 2017).

Los estudios citados en esta investigación, sobre las variables moduladoras, son bastante consistentes, respecto a la correlación existente entre cada uno de ellos y la baja probabilidad de desarrollar el síndrome de burnout. Manifestando que el dominio de una variable, puede favorecer en la influencia de otra variable. Por ejemplo, tener una percepción de apoyo social por parte de compañeros y administrativos, incrementan la capacidad de resiliencia, facilitando el reconocimiento de las propias capacidades o habilidades al momento de enfrentar situaciones estresantes.

CAPITULO II

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

2.1. Objetivos.

Objetivo general

- Identificar la prevalencia del síndrome de burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal) en cuidadores de dos instituciones geriátricas privadas ubicadas al norte de la ciudad de Quito, durante el año 2017-2018.

Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas (edad, género y estado civil) y laborales de los cuidadores de dos instituciones geriátricas privadas, ubicadas al norte de la ciudad de Quito.
- Determinar las tres dimensiones del estrés laboral crónico (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) en cuidadores de dos instituciones geriátricas privadas, ubicadas al norte de la ciudad de Quito.
- Identificar el bienestar general (síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión), así como el nivel de carga percibido en cuidadores de dos instituciones geriátricas privadas, ubicadas al norte de la ciudad de Quito.
- Conocer las formas de afrontamiento más utilizadas por los cuidadores de las dos instituciones geriátricas de acuerdo al Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).
- Identificar si el apoyo social es procedente de: vínculos familiares o vínculos procedentes del lugar de trabajo de los cuidadores.
- Identificar el nivel de satisfacción vital y la capacidad de resiliencia de los cuidadores de las dos instituciones geriátricas privadas, ubicadas al norte de la ciudad de Quito.

2.2. Preguntas de investigación.

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales de los cuidadores de las dos instituciones geriátricas privadas, ubicadas al norte de la ciudad de Quito?

- ¿Cuál de las tres dimensiones del estrés laboral crónico (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) es la que más prevalece en los cuidadores de las dos instituciones geriátricas privadas, ubicadas al norte de la ciudad de Quito?
- ¿Cuáles son los síntomas asociados al bienestar general y el nivel de carga percibido, en los cuidadores de las dos instituciones geriátricas privadas, ubicadas al norte de la ciudad de Quito?
- ¿Cuáles son los tipos de afrontamiento más utilizados, por los cuidadores de las dos instituciones geriátricas privadas, ubicadas al norte de la ciudad de Quito?
- ¿De dónde proviene el apoyo social percibido de los cuidadores de las dos instituciones geriátricas privadas, ubicadas al norte de la ciudad de Quito?
- ¿Cuál es el nivel de satisfacción vital y la capacidad de resiliencia en los cuidadores de las dos instituciones geriátricas privadas, ubicadas al norte de la ciudad de Quito?

2.3. Contexto de la investigación.

Para la realización de la presente investigación se contó con la colaboración de cuidadores formales que laboran en dos instituciones geriátricas privadas, (cada una con dos sucursales) ubicadas al norte de la ciudad de Quito, estas instituciones prestan una atención geriátrica integral y continua para mantener el bienestar físico, emocional y social del adulto mayor, a través de servicios de: enfermería, terapia física, terapia ocupacional, programas nutricionales, servicios de residencia, servicios espirituales, servicios de guardería, así como atención en cuidados paliativos y post – operatorios, de acuerdo a cada requerimiento, con el objeto de ser un apoyo tanto para el adulto mayor como para su familia; sus servicios están enfocados a un sector de la población con un nivel socioeconómico alto.

Cuentan con amplios espacios equipados para cada necesidad, así como del personal calificado para brindar una atención oportuna y eficaz, los Directivos y cuidadores siempre estuvieron prestos a colaborar de la mejor manera.
Respecto a los cuidadores es importante mencionar que en una de las instituciones se pudo observar personal de nacionalidad extranjera, debido al fenómeno migratorio que vive actualmente nuestro país.

2.4. Diseño de investigación.

El tipo de investigación es exploratorio, descriptivo, cuantitativo, no experimental y transversal.

Exploratorio: Se utiliza para familiarizarse con el estudio sobre un tema desconocido o del cual se tiene poca información, con el fin de marcar un precedente para futuros estudios.
Descriptivo: Permite explicar y analizar las variables, sucesos, conceptos y propiedades del fenómeno investigado.
Cuantitativo: la información recopilada e interpretada de las baterías psicológicas aplicadas, fue numérica a través de análisis estadísticos.
No experimental: fue realizada sin la intervención ni la manipulación de variables y se limitó a la observación del fenómeno en su contexto real.
Transversal: Analiza cuál es el nivel o estado de una o diversas variables, en un momento dado de espacio y tiempo, ajustándose lo más posible a la realidad (Hernández, Fernández & Baptista, 2003).

2.5. Población y muestra.

La población objeto de este estudio fueron, 46 cuidadores formales que laboran en instituciones geriátricas de la ciudad de Quito.
La muestra fue casual–accidental y no probabilística, en el proceso de depuración, la muestra final fue constituida por 40 cuidadores de dos instituciones geriátricas privadas ubicadas al norte de la ciudad de Quito, quienes cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

- Encontrarse en situación laboral activa.
- Tener mínimo un año de experiencia profesional.
- Aceptar y firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- No encontrarse en la institución al momento de la investigación.
- Reusarse a participar del estudio.

- Tener menos de un año de experiencia profesional.

2.6. Métodos y técnicas.

Para el desarrollo de la respectiva investigación se utilizó los siguientes métodos y técnica.

Método descriptivo. - permite explicar de manera cuantitativa las variables predominantes a través del análisis de datos obtenidos de los cuestionarios psicológicos.

Método analítico – sintético. - permite estudiar el fenómeno a partir de cada elemento o característica y lo relaciona con el todo, para poder tener una visión integral frente al estrés laboral crónico en cuidadores.

Método inductivo y deductivo. - a través del método inductivo se puede establecer conclusiones generales en base a fundamentos particulares; mientras que el deductivo manifiesta que las conclusiones se basan explícitamente en fundamentos generales, de esta forma permite organizar y simplificar los datos relacionados con el estrés crónico de manera lógica.

Método estadístico. - Permite el procesamiento de datos tanto cuantitativos como cualitativos de manera organizada para facilitar la comprensión de la información obtenida en esta investigación.

Técnicas

Las técnicas que proporciona una mejor comprensión del tema investigado son las siguientes:

La encuesta. - es una técnica estandarizada de investigación que permite recopilar y analizar datos de una muestra sobre diversos temas de manera rápida, oportuna y eficaz.

Técnica de investigación bibliográfica. - provee de conocimientos, conceptos, metodologías y definiciones solidas acerca del estrés laboral crónico.

La lectura permite la comprensión de la información seleccionada.

El resumen o paráfrasis pretende explicar un texto o discurso de manera sintetizada, para que resulte de fácil comprensión para el lector.

La entrevista.- es una técnica de recolección de información a través de la comunicación entre el entrevistador y el entrevistado, la misma que puede ser estructurada previamente a través de un cuestionario de preguntas o a su vez no estructurada, lo que genera un clima más informal y flexible que permite ahondar en el tema de interés.

2.7. Procedimiento.

Para el desarrollo de esta investigación se procedió a contactar vía telefónica a los directivos de las instituciones geriátricas, para acordar una reunión en la que se presentó el documento emitido por parte de la Universidad Técnica Particular de Loja, específicamente de la carrera de Psicología, solicitando la apertura y colaboración para la realización del proyecto investigativo, así como de la recolección de datos a través de las baterías psicológicas.
Se visitó seis casas de atención geriátrica de las cuales solamente dos dieron la apertura para el trabajo investigativo, estos establecimientos cuentan con dos sucursales cada uno, lo que facilito el contar con un número de personal, adecuado para la muestra.

Una vez obtenida la autorización de las instituciones geriátricas, los directivos designaron una persona encargada de vincular al investigador con los cuidadores, a quien se le informó de los objetivos de la investigación, el proceso de recolección de datos, así como del tiempo requerido, de esta manera se asignó un horario pertinente que no entorpeciera el trabajo de los cuidadores y se procedió a solicitar la firma del consentimiento informado a quienes deseaban participar. Así mismo de manera detallada se explicó los parámetros para el ingreso de información en las diferentes baterías psicológicas.

Pero debido al nivel de responsabilidad en la labor del cuidador y el poco tiempo disponible, se me solicito dejar las baterías para llenar la información en su tiempo libre, de esta forma se pudo recopilar los datos requeridos, sin interrumpir el normal desenvolvimiento de su profesión, en un lapso aproximado de dos meses, de acuerdo a la disponibilidad de los cuidadores.
Una vez terminado el proceso de recolección de datos, se descartó las baterías incompletas, o que no cumplieron con los criterios de inclusión antes expuestos, para finalmente realizar el procesamiento de datos a través del ingreso de información a una matriz en el software Excel y se trabajó con datos descriptivos.

2.8. Recursos.

Para la realización de esta investigación se consideró los siguientes recursos:

Humanos

- Estudiante de la titulación de psicología de la UTPL.

- Tutor y director de tesis.
- 46 cuidadores formales.

Institucionales

- 2 Instituciones geriátricas privadas.
- Universidad Técnica Particular de Loja.

Materiales

- Baterías de investigación: Cuestionario sociodemográfico y laboral, Inventario de MBI, Entrevista de carga para cuidadores formales, Escala de satisfacción vital, Cuestionario de salud mental, Cuestionario de apoyo social, Escala multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento.
- Computadora
- Impresora
- Copias
- Útiles de escritorio

Movilización

- Taxi
- Transporte publico

Económicos

- Presupuesto total de $ 72.00

2.9. Instrumentos.

Los instrumentos utilizados en ésta investigación fueron escogidos de acuerdo a los objetivos planteados anteriormente, los mismos que se describen a continuación.

Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC.

En este instrumento se detallan 22 ítems que facilitan la obtención de información referente a edad, genero, etnia, estado civil, número de hijos, remuneración salarial, profesión, años de experiencia, tiempo de trabajo, número de personas a las que asiste y calidad en los recursos

institucionales. La recolección de la información no requiere de mucho tiempo ni esfuerzo ya que está establecido con opciones de contestación reducida.

Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory) [MBI-HSS]

Este cuestionario está diseñado con 22 enunciados y con una escala de puntuación tipo Likert que va de 0 a 6 para evaluar la presencia del síndrome de burnout a través de tres variables que son:

Agotamiento emocional constituido por los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

Despersonalización constituida por los ítems 5, 10,11, 15, 22.

Realización personal constituida por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18,19, 21.

Para considerar la presencia del burnout las puntuaciones deben marcar: alto en agotamiento emocional, como en despersonalización (sobre el percentil 75) y una puntuación baja en realización personal (por debajo del percentil 25). El tiempo de realización es de aproximadamente 10 minutos (Maslach & Jackson, 1981).

Escala de satisfacción vital (ESV)

Este instrumento consta de cinco ítems, que se puntúan en una escala tipo Likert que va de 1= muy en desacuerdo a 7 = muy de acuerdo, los mismos que permiten valorar el nivel de satisfacción vital de una manera global, con variables psicológicas, sociales y físicas como componentes del bienestar subjetivo. Sus características psicométricas, son admisibles por lo que representan una alta consistencia interna. Así mismo constituye una aceptable persistencia en la fiabilidad test-retest de 0.82. (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985).

Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28)

Goldberg (1978) afirma, que este cuestionario fue elaborado con el fin de valorar el estado de salud mental a través del auto-reporte, que permite conocer la percepción de molestia o bienestar respecto a la salud emocional por parte del individuo. Existen varias versiones compuestas de diferente número de ítems; pero el utilizado en esta investigación consta de 28 ítems que describen:

Síntomas somáticos, como dolores de cabeza, agotamiento, calentura, escalofríos.

Síntomas de ansiedad, como: problemas de insomnio, tensión, nervios, mal humor.

Síntomas de disfunción social, como: insatisfacción hacia las actividades diarias.
Síntomas de depresión, como: Sentimientos de desesperanza, ideas suicidas.
Respecto a la consistencia del cuestionario psicométrico, varias investigaciones demostraron coeficientes alfa de Cronbach entre 0,82 y 0,85 (Estramina, 1992).

Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE)

Este instrumento fue diseñado por Carver (1997), con el objeto de investigar y evaluar las respuestas del individuo ante condiciones estresantes y conocer si estas son eficaces o no, consta de 28 ítems, los mismos que están categorizados en sub-escalas, con dos ítems cada uno, con 4 opciones de respuesta que van de 0 = “No he estado haciendo esto en absoluto” a 3 = “He estado haciendo esto, mucho”.

Las sub-escalas o variables a evaluar son:

Planificación.- desarrollar estrategias para afrontar las condiciones estresantes.
Negación.- no aceptar que está ocurriendo y que es real.
Retirada de comportamiento.- evadir el problema.
Uso de sustancias.- ingesta de fármacos o sustancias psicotrópicas con la idea de sobre llevar o evadir el estresor.
Uso de poyo instrumental.- se informa y busca ayuda a través de fuentes competentes.
Uso de apoyo emocional.- busca el afecto y la comprensión de sus semejantes.
Desahogo.- expresión de los sentimientos y emociones que causa el estresor.
Replanteamiento positivo.- encuentra soluciones a través de la experiencia.
Humor.- bromea acerca de la situación estresante.
Aceptación.- hacer consciencia de la realidad del problema.
Religión.- encontrar la calma a través del fervor.
Culpa de sí mismo.- atribuirse toda la responsabilidad por el hecho.
Auto-distracción.- realizar diferentes actividades con el fin de olvidar el problema.
Afrontamiento activo.- crear mecanismos para acabar con el estresor.

Cuestionario de Apoyo Social MOS

Este instrumento fue elaborado para determinar la percepción de un individuo acerca de del apoyo social recibido, consta de un total de 20 enunciados y las opciones de respuesta se establecen en una escala tipo Likert y oscilan de 1(Nunca) a 5 (siempre).
Las sub-escalas que se evalúan son: Apoyo emocional, apoyo instrumental, relaciones sociales, amor y cariño. Numerosos estudios lo consideran una herramienta útil que reconoce el apoyo social de una manera multidimensional, con medidas estables, que permiten descubrir a tiempo condiciones de riesgo (Sherbourne & Stewart, 1991).

Brief Resilence Scale (BRS)

Smith et al. (2008) lo diseñaron con el objeto de evaluar el nivel de resiliencia de un individuo, es decir la capacidad de superar un evento estresante o adverso, está compuesto de 6 enunciados con opciones de respuesta en una escala tipo Likert siendo:
1 = muy en desacuerdo
2 = en desacuerdo
3 = neutral
4 = de acuerdo
5 = muy de acuerdo
Es de fácil puntuación, a mayor calificación mayor resiliencia, la valoración más alta es de 30 puntos.

2.10. Técnicas.

Para el desarrollo de esta investigación se utilizó como recurso la técnica de la entrevista

Entrevista de carga para cuidadores formales

Revuelta & Andújar, (2005) afirman que:
“es una adaptación de la Entrevista de Carga del Cuidador, pensada para cuidadores informales, desarrollada por Zarit et al. Inicialmente, constaba de 29 ítems y posteriormente se redujo a 22 elementos (Zarit, Orr y Zarit, 1985), en el original se ha informado de una consistencia interna entre .76 y .95.” (Citado por Torres, 2010, p.251).

Estos enunciados se refieren al sentimiento del cuidador frente a su labor y consta de cinco opciones de respuesta, que van de: 1 = nunca, 2 = rara vez, 3 = algunas veces, 4 = bastantes veces y 5 = casi siempre.

CAPITULO III:
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

3.1. Cuestionario sociodemográfico y laboral.

Tabla 2.

Características sociodemográficas de los cuidadores

Variables	Cuidadores	
	n	%
Sexo		
Hombre	1	2.5
Mujer	39	97.5
Etnia		
Mestizo	33	82.5
Blanco	5	12,5
Afro ecuatoriano	2	5,0
Indígena	0	0,0
Estado civil		
Soltero	8	20
Casado	18	45
Viudo	0	0
Divorciado	7	17,5
Unión libre	7	17,5
Edad		
M	38,32	
DT	9.03	
Max	57	
Min	24	
Número de hijos		
M	1,85	
DT	0,98	
Max	4	
Min	0	

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral AD HOC

Elaborado por: Valencia, M. (2018)

En la tabla 2 podemos identificar que el 97,5% de los participantes pertenecen al género femenino, y el 2.5% al género masculino. La etnia de mayor representación es la mestiza con el 82.5%, seguida de blanco con el 12,5% y, afro ecuatoriano con el 5%. Con respecto al estado civil, el 45% se reconoce como casado, con una edad media de 38,32 años y un número promedio de 1,85 hijos.

Tabla 3.

Características laborales de los cuidadores

Variables	**Cuidadores**	
	n	%
Años de experiencia		
M	9.82	
DT	7,94	
Max	35	
Min	1	
Profesión		
Auxiliar de enfermería	33	82,5
Enfermera	4	10
Medico	2	5
Técnico en enfermería	1	2,5
Tipo de trabajo		
Completo	32	77,5
Parcial	8	20
Tipo de contrato		
Eventual	3	7,5
Ocasional	1	2,5
Plazo Fijo	13	32,5
Indefinido	21	52,5
Servicios profesionales	2	5
Ninguno	0	0
Horas de trabajo diario		
M	7,75	
DT	1,77	
Max	12	

Min	4	
Trabajo en turno		
si	32	80
no	8	20
Provisión de recursos para el trabajo		
Totalmente	29	72,5
Medianamente	11	27,5
Poco	0	0
Nada	0	0
Número de ancianos que atiende a diario		
M	17,22	
DT	7,85	
Max	40	
Min	1	

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral AD HOC

Elaborado por: Valencia, M. (2018)

En la tabla 3, con respecto a las variables laborables encontramos que los años de experiencia oscilan entre un máximo de 9.82 años de experiencia a 1 año. La profesión de los cuidadores se despliega de la siguiente manera; auxiliar de enfermería 82.5%; enfermera 10% y, médicos 5%. El tipo de trabajo puntúa alto en completo, con el 77,5%. Con respecto al tipo de contrato, el indefinido alcanzó el 52,5%, seguido de plazo fijo con 32,5% y en menor puntuación el tipo de contrato eventual con el 7,5%.

En referencia a las horas de trabajo diario, el máximo es de 12 horas, frente a un promedio de 7.75 horas diarias; siendo el trabajo por turnos la opción más puntuada con el 80%. De la muestra estudiada el 72,5% se siente totalmente conforme con la provisión de recursos por parte de la institución donde labora. Los mismos que atienden un promedio de 17.22 ancianos al día.

3.2. Inventario de burnout (MBI).

Tabla 4.

Dimensiones del síndrome de estrés crónico en cuidadores

Variables		Cuidadores	
		n	%
Agotamiento emocional	Bajo	31	77,5
	Medio	7	17,5
	Alto	2	5
Despersonalización	Bajo	32	80
	Medio	8	20
	Alto	0	0
Realización personal	Bajo	5	12,5
	Medio	10	25
	Alto	25	62,5
MBI total	Bajo	1	2,5
	Medio	31	77,5
	Alto	8	20

Fuente: Cuestionario MBI

Elaborado por: Valencia, M. (2018)

Con respecto a la tabla 4, encontramos que la variable de agotamiento emocional alcanza el 77,5%, (bajo) frente a un 5%; (alto); en despersonalización se obtiene un 80% (bajo), mientras que en el rango alto no se presenta puntuación y en lo que se refiere a la realización personal alcanza un 62,5% (alto). La sub-escala de realización personal, es la única que puntúa de manera significativa en el rango bajo, con 12,5%; frente a las otras dos variables que no alcanzaron una valoración representativa en los rangos negativos.

Por otro lado, la puntuación total de la escala MBI es de 77.5% que corresponde a un rango medio.

Tabla 5.
Casos de síndrome de estrés crónico en cuidadores

Burnout	Cuidadores	
	n	%
Caso	0.0	0.0
No caso	40	100.00

Fuente : Cuestionario MBI

Elaborado por: Valencia, M. (2018)

En la tabla 5, se muestra el análisis anterior correspondiente a las tres dimensiones del burnout: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal de la muestra, se puede observar que ninguno de los participantes presenta dicho síndrome.

3.3. Entrevista de carga para cuidadores formales.

Tabla 6.
Nivel de carga en los cuidadores

Niveles	Cuidadores	
	n	%
No sobre carga	27	67,5
Sobre carga leve	10	25
Sobre carga intensa	3	7,5

Fuente: Entrevista de carga para cuidadores formales
Elaborado por: Valencia, M. (2018)

Así mismo en la tabla 6, observamos que el 67.5 % no se siente sobrecargado; mientras que la percepción de sobrecarga leve es del 25% y, solo el 7.5% se muestra sobre cargado de manera intensa.

3.4. Cuestionario de salud general (GHQ-28).

Tabla 7.

Resultado de la salud general de los cuidadores

Variables		Cuidadores	
		n	%
Síntomas somáticos	Presencia	10	25
	No Presencia	30	75
Ansiedad	Presencia	7	17,5
	No Presencia	33	82,5
Disfunción Social	Presencia	0	0
	No Presencia	40	100
Depresión	Presencia	0	0
	No Presencia	40	100

Fuente: Cuestionario de Salud General (GHQ-28)

Elaborado por: Valencia, M. (2018)

En cuanto a la tabla 7, referente al estado de salud y bienestar general de los cuidadores, podemos observar la presencia de síntomas somáticos en un 25%, seguido de ansiedad con un 17,5%; mientras que en las variables de disfunción social y depresión no alcanzo puntuación alguna.

3.5. Cuestionario BRIEF-COPE.

Tabla 8.

Estilos de afrontamiento de los cuidadores

Variables	Cuidadores			
	M	DT	Max	Min
Autodestrucción	1.30	1.44	5	0
Afrontamiento activo	2.22	1.93	6	0
Negación	0.82	1.47	6	0

Uso de sustancias	0.07	0.47	3	0
Apoyo emocional	0.70	1.11	5	0
Apoyo instrumental	1.25	1.43	4	0
Retirada de comportamiento	0.65	1.00	4	0
Desahogo	0.95	1.26	4	0
Replanteamiento positivo	1.97	1.67	6	0
Planificación	2.00	1.41	4	0
Humor	0.65	1.10	4	0
Aceptación	2.20	1.81	6	0
Religión	2.00	1.72	6	0
Culpa	1.10	1.57	6	0

Fuente: Cuestionario de Afrontamiento (BRIEF-COPE)

Elaborado por: Valencia, M. (2018)

En la tabla 8, los participantes de la muestra obtuvieron una puntuación alta en afrontamiento activo con una media de 2.22, seguido de aceptación con una media de 2.20, continuando con planificación y religión con un promedio de 2.00.

Por otro lado, la puntuación más baja es definida en la variable uso de sustancias; la que alcanzó un promedio 0.07.

3.6. Cuestionario de Apoyo social (MOSS).

Tabla 9.
Tipos de apoyo social de los cuidadores

Variables	Cuidadores			
	Med	Dt	Max	Min
Apoyo emocional	31,00	8.72	40	14
Apoyo instrumental	17.55	5.06	34	8
Relaciones sociales	19.45	3.04	22	13
Amor y cariño	12.52	5.10	36	5

Fuente: Cuestionario de Apoyo Social MOSS

Elaborado por: Valencia, M. (2018)

La puntuación obtenida en la tabla 9, muestra que el apoyo emocional alcanza una media de 31.00 (Max 40). Seguido de relaciones sociales con 19.45 (Max 22), en tercer lugar, el apoyo

instrumental con una media de 17.55 (Max 34) y, por último la variable de amor y cariño que tiene la puntuación más baja con una media de 12.52 (Max 36).

3.7. Escala de satisfacción vital (ESV).

Tabla 10.
Nivel de satisfacción vital en los cuidadores

Escala	Cuidadores	
	n	%
Muy insatisfecho	0	0
Insatisfecho	5	12,5
Ligeramente por debajo de la media en satisfacción vital	1	2,5
Ligeramente satisfecho	12	30
Satisfecho	8	20
Altamente satisfecho	14	35

Fuente: Escala de Satisfacción vital (ESV)

Elaborado por: Valencia, M. (2018)

En la tabla 10 referente a la satisfacción vital, apreciamos que, el 35% se siente altamente satisfecho, continuando con un 20%, para satisfecho; seguido de un 30% que se siente ligeramente satisfecho, frente a un 12% que se siente insatisfecho con su calidad de vida.

3.8. Escala de resiliencia (BRS).

Tabla 11.
Capacidad de resiliencia en cuidadores a nivel global

	Cuidadores			
	M	DT	Max	Min
Resiliencia	18,7	4,14	26	9

Fuente: Brief Resilence Scale (BRS)

Elaborado por: Valencia, M. (2018)

En la tabla 11, la media obtenida referente a la capacidad de resiliencia de los cuidadores fue de 18.7; de una máxima de 26 y una mínima de 9, es decir, más del 50% de los participantes tiene la capacidad de superar situaciones adversas.

Tabla 12.

Capacidad de Resiliencia en los cuidadores

Enunciados	Escala	Cuidadores	
		n	%
Tiendo a recuperarme rápidamente tras pasar por momentos difíciles.	Muy en desacuerdo	6	15
	En desacuerdo	3	7,5
	Neutral	10	25
	De acuerdo	9	22,5
	Muy de acuerdo	12	30
Lo paso mal superando situaciones estresantes.	Muy en desacuerdo	6	15
	En desacuerdo	12	30
	Neutral	12	30
	De acuerdo	7	17,5
	Muy de acuerdo	3	7,5
No me lleva mucho tiempo recuperarme de una situación estresante.	Muy en desacuerdo	2	5
	En desacuerdo	3	7,5
	Neutral	11	27,5
	De acuerdo	16	40
	Muy de acuerdo	8	20
Para mi es difícil recuperarme cuando algo malo sucede.	Muy en desacuerdo	8	20
	En desacuerdo	8	20
	Neutral	9	22,5
	De acuerdo	11	27,5
	Muy de acuerdo	4	10
Normalmente paso momentos difíciles sin gran problema.	Muy en desacuerdo	4	10
	En desacuerdo	4	10
	Neutral	11	27,5
	De acuerdo	14	35
	Muy de acuerdo	7	17,5

Suele llevarme mucho tiempo superar complicaciones en la vida.	Muy en desacuerdo	10	25
	En desacuerdo	10	25
	Neutral	10	25
	De acuerdo	5	12,5
	Muy de acuerdo	5	12,5

Fuente: Brief Resilience Scale (BRS)

Elaborado por: Valencia, M. (2018)

En la tabla 12, presentamos de manera detallada los enunciados más puntudos, respecto a la capacidad de resiliencia. Así tenemos que, los cuidadores que participaron en la investigación están “muy de acuerdo” en un 30% sobre recuperarse rápidamente de los momentos difíciles. Presentando una postura “neutral” y en “desacuerdo” del 30% acerca de sentirse mal en situaciones de estrés. A sí mismo el 40% está “de acuerdo” en relación al poco tiempo requerido para recuperarse de la situación estresante.

Por otro lado, el 27.5% se mantiene en la postura “de acuerdo”, respecto a la dificultad de recuperarse cuando algo malo sucede, seguido de un 27.5% que se encuentra en estado “neutral” con respecto al enunciado sobre atravesar momentos difíciles sin gran problema. Finalmente existe una coincidencia del 25% en tres rangos: “muy en desacuerdo”, “en desacuerdo” y “neutral” en relación al enunciado de requerir mucho tiempo para superarse de complicaciones en la vida.

3.9. Discusión de resultados.

Con la finalidad de dar cumplimiento al objetivo principal de esta investigación, que es identificar la prevalencia del síndrome de burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) se desarrolló esta investigación, con la participación de 40 cuidadores formales de dos instituciones geriátricas ubicadas al norte de la ciudad de Quito. Los datos obtenidos y debidamente analizados, revelan que el personal de estas instituciones no manifiesta el síndrome, como lo indica las puntuaciones en las dimensiones antes mencionadas.

El primer objetivo de este estudio fue determinar las características sociodemográficas y laborales de los cuidadores de las dos instituciones geriátricas. Del análisis sociodemográfico, podemos puntualizar que los cuidadores de este estudio, en su mayoría pertenecen al género femenino (97,5%), dato que concuerda con otros estudios; como el realizado a cuidadores asistenciales de

adultos mayores, en el que el género femenino supero al masculino, con un 65 %, (Vásquez, et al., 2013). Así mismo, otra investigación realizada en la ciudad de Ambato, determino un 72% de participantes femeninos (Aveiga, 2014).

La edad promedio de los participantes es de 38.32 años, edad que se encuentra en el rango establecido en otras investigaciones. Como la de Gonzales, et al. (2008) comprendida entre los 30 y 40 años. Y la de Navarro, et al. (2015), entre los 37 y 39 años.

En relación al estado civil, el 45%, es decir, la mayoría se identifica como casado. Porcentaje similar con otra investigación, que también alcanzo una mayoría, (54%) en esta variable (Vásquez, et al., 2013). Hay que recalcar que este dato, es afín con el 40.1 % de la población total dentro de la provincia, según el último censo realizado (INEC, 2010).

Respecto al número de hijos, se encontró que el máximo es de 4 y la media de 1.85, cantidad por debajo del rango de 2.5 a 2.8 para la provincia de Pichincha, según una encuesta realizada en el año 2012 (ENSANUT, 2012), por otro lado, el 82.5% de los cuidadores se autodenomina mestizo, porcentaje que se aproxima, al dato por provincia con 82,1% (INEC, 2010).

En cuanto a las características laborales se determinó que el 77,5%, de la muestra, trabaja a tiempo completo, manteniendo un tipo de contrato indefinido (52,5%,), como lo establece la Ley orgánica para la justicia laboral y reconocimiento del trabajo en el hogar, 2015. Respecto a la carga horaria, encontramos que la máxima es de 12 horas, y la mínima de 4 horas de trabajo, es importante aclarar que este rango es amplio, debido a que ésta labor requiere de turnos rotativos para cubrir todas las demandas de los ancianos, de esta manera el promedio de trabajo es de 7.75 horas diarias, es decir 38,75 horas semanales, una cantidad superior a la confirmada por la encuestadora a nivel nacional de 36,29 horas para las mujeres, que es el género mayoritario en esta investigación (INEC, 2015).

Su trabajo consiste en atender diariamente un promedio de 17.22 ancianos, labor que se realiza de manera organizada y en conjunto con el resto de cuidadores, con el fin de facilitar la atención, así mismo poseen una experiencia laboral de 9.82 años, estos resultados concuerdan con una investigación afín que reveló una experiencia superior a 9 años (Bustamante & Flores, 2015). La mayoría de cuidadores (82.5%) esta profesionalizada como auxiliares de enfermería.

Durante el proceso de recolección de la información, se pudo apreciar que los establecimientos prestan las comodidades en infraestructura, suministro de recursos, así como del personal suficiente para realizar las tareas o actividades que no sean concernientes al cuidado, como limpieza de áreas, cocina, y transporte, razón por la cual el 72,5% está conforme con la provisión de recursos por parte de la institución.

Otro objetivo específico fue determinar las tres dimensiones del estrés laboral crónico de los cuidadores, de las dos instituciones geriátricas. Del análisis del Cuestionario del Síndrome de Burnout (MBI), se muestra que no existe la presencia de dicho síndrome, pues los datos obtenidos de las tres dimensiones evaluadas no cumplen con los criterios de diagnóstico que son: agotamiento emocional = alto, despersonalización = alto y realización personal = bajo, por el contrario la puntuación alcanzada en esta investigación arrojo los siguientes porcentajes : agotamiento emocional bajo (77,5%), despersonalización bajo (80%), y realización personal alto (62,5%), siendo el enunciado más puntuado en esta dimensión, “siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros”. Estos porcentajes varían de otra investigación (en la cual no se manifestó el síndrome y alcanzo un 91,7% en el nivel bajo de agotamiento emocional, mientas que en un estudio de Bustamante & Flores, (2015), supero al encontrado en esta muestra, en despersonalización puntuó 79,2% en nivel bajo, en realización personal alcanzo un 10,1% menos, es decir, valores muy próximos a los establecido en esta investigación.

Si bien es cierto, no existen casos de burnout, pero la evaluación total de la escala, puntúa dentro del rango medio con el 77,5% un dato que refleja en los cuidadores la presencia de una o más variables del síndrome, en este caso, el de realización personal en nivel bajo alcanzo el 12.5% a diferencia del encontrado en otra investigación, en la que esta dimensión punto un 35% en nivel medio (Arakaki, 2017), frente a las otras dos dimensiones que no alcanzaron porcentajes representativos en los niveles altos. Sin embargo, la puntuación total de MBI, pertenece al 77,5% de rango medio, que los coloca en una posición de vulnerabilidad en un futuro. Considerando que el agotamiento emocional, y la realización personal no solo proviene del ambiente netamente laboral, sino también de las horas dedicadas a otros ámbitos, como la familia, que en el caso del género femenino supera en horas a las del masculino, lo que las coloca en un estado de mayor vulnerabilidad (Quintanilla, 2015).

Ahora bien, cumpliendo el objetivo de identificar el bienestar general de los cuidadores en lo que respecta al estado de salud general, podemos observar la presencia de síntomas somáticos en

un 25% de los participantes, un síntoma representativo en otros estudios (Valencia, 2017; Bustamante & Flores, 2015), de este porcentaje la pregunta con la que más se identificaron los cuidadores es la concerniente a padecimientos de dolores de cabeza. Posteriormente la variable ansiedad obtuvo un porcentaje 17,5%, un dato por debajo (70.1%) de una investigación similar (Santaloria, 2016). Es preciso mencionar que no se ubicaron síntomas de disfunción social y depresión por lo que se concluye que no existen síntomas clínicos relevantes.

De modo semejante son los resultados obtenidos en la entrevista de carga para cuidadores formales, pues solo el 7.5% de los cuidadores afirma sentirse sobrecargado, Se evidencio que un 25% de los cuidadores formales presentan una sobre carga leve, estos datos se relacionan con la información laboral (tabla 6) pues la institución ofrece las posibilidades para que su labor sea satisfactoria, datos contrarios a investigaciones realizadas en cuidadores informales, en las que se puede observar que existe falta de motivación, respaldo y capacitación; lo que muchas veces provoca, que el cuidador se rehúse a realizar ciertos compromisos (Barrera, et al., 2006). Estos factores marcan la diferencia, razón por la que el 67,5% afirma no sentirse sobrecargado.

Centrándonos en el objetivo de conocer las formas de afrontamiento más utilizadas por los participantes de las instituciones geriátricas, se comprobó que, el afrontamiento activo es el más puntuado como mecanismo de resistencia al estrés, el mismo que alcanzó una media de 2.22, superior al (1,3) encontrado en una investigación similar (Valencia, 2017), seguido de planificación con 2,0 que indica que las estrategias principales de esta muestra están centradas en el problema (Carver, 1997).

De las estrategias centradas en la emoción, solo dos fueron relevantes, como aceptación (2.20) y religión (2.00) lo que se entiende como conformidad con la situación laboral y que trascienden los obstáculos a través de sus creencias espirituales, hay que puntualizar que un solo un individuo (0.07) recure al consumo de alcohol, como mecanismo de superación de dificultades.

En cuanto al objetivo de identificar si el apoyo social es procedente de vínculos familiares, o vínculos procedentes del lugar de trabajo, se puede observar que existe una notable diferencia entre el número de amigos y el de familiares cercanos, 29,95 % y 70,05%, respectivamente, pero lo importante no es solo la cantidad de personas provenientes de la red social, sino determinar que componentes del apoyo social han mantenido niveles controlados de agotamiento emocional y despersonalización, para que hasta el momento no existan casos de burnout.

Es así que el factor de apoyo emocional (M = 31.00) alcanzó el valor más alto, sin embargo este no coincide con otro estudio, en el que las demostraciones de amor y cariño fueron las que puntuaron más alto, mientras que en este estudio estas se ubicaron el último lugar (M = 12,52), por otro lado el apoyo instrumental y las relaciones sociales también son consideradas por los participantes; de esta manera se demuestra que el grupo dispone de niveles adecuados, como se demostró en el estudio de Pabón, Galvis & Cerquera (2014).

Y el último objetivo de esta investigación fue identificar el nivel de satisfacción vital y la capacidad de resiliencia de los cuidadores, y se pudo determinar que un 35% de los cuidadores se sienten altamente satisfechos con respecto a su calidad de vida, así como otro porcentaje importante varia de ligeramente satisfecho a satisfecho, siendo el enunciado más puntuado respecto a estos datos, el que revela, si hasta el momento han podido conseguir las cosas importantes que querían en la vida; a mayor satisfacción, alta sensación de bienestar (físico y psicológico) del cuidador, (Sotto, Ribeiro & Costança, 2009). Del 12,5% que manifiesta sentirse insatisfecho, se pudo conocer que también perciben un apoyo social de medio a bajo en la puntuación individual, es decir se mantiene una estrecha relacionan entre apoyo social y nivel de satisfacción vital.

Mientras que la capacidad de resiliencia está establecida en un nivel adecuado, con una media de 18.7, considerando que la puntuación total es de 30, pero en esta investigación oscila entre 26 y 9. Cerquera & Pabón (2016) encontraron un nivel de resiliencia de 56.40%, es decir, inferior al 62,33% de esta investigación. Resultados positivos en resiliencia están estrechamente relacionados con los mecanismos de afrontamiento efectivos, para mitigar los sucesos estresantes, medio favorable para inducir bajos niveles de burnout (Meneses, Fernández, Hernández, Ramos & Contador, 2006).

De estos datos es importante reconocer que se suscitó una constante respecto a la manera de puntuar el test por parte de los cuidadores, como se puede observar en la tabla 10, concerniente a la satisfacción vital, en la que las preguntas obtuvieron una puntuación promedio del 26,25% en la escala “neutral” es decir, una valoración de 3 puntos de un total de 5, propuesto para esta escala en cada ítem. La precisión en la medición de rasgos y constructos psicosociales como la actitud y el tiempo que lleva superar una situación desagradable o estresante, no siempre indican el grado exacto en el que el individuo se siente identificado con ese constructo (Abad, et al., 2004).

CONCLUSIONES

Las características sociodemográficas reflejan que los cuidadores en su mayoría son de género femenino, con una edad promedio de 38,32 años, de estado civil casados con al menos 1 hijo, los mismos que en su mayoría se auto identifican como mestizos.

Respecto a las características laborales de los cuidadores, se encontró que la mayor parte de la muestra tiene una experiencia profesional promedio de 9.82 años, están profesionalizados como auxiliares de enfermería, trabajan a tiempo completo mediante contrato indefinido, aproximadamente 7.75 horas diarias de manera rotativa, atendiendo a un promedio de 17 ancianos al día. En lo que se refiere a la provisión de recursos por parte de las instituciones, los cuidadores demuestran conformidad.

En cuanto a las dimensiones del burnout se pudo establecer, que el agotamiento emocional presenta un nivel bajo con el 77,5 %; la despersonalización también en nivel bajo, con el 80%; y finalmente la realización personal, alcanzo un nivel alto con el 62,5%.

De la investigación realizada en las dos instituciones geriátricas de la ciudad de Quito, podemos determinar que no existe prevalencia del síndrome de burnout, ya que ningún cuidador presentó las tres condiciones, que lo establecen: alto agotamiento emocional, alta despersonalización y baja realización personal.

Por otro lado, se refleja un bienestar general en cuanto a la salud de los cuidadores, sin presencia de síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social o depresión.

Los estilos de afrontamiento, que utilizan los cuidadores como estrategia para sobrellevar el estrés son: en primer lugar, el afrontamiento activo, seguido de aceptación y, por último planificación y religión.

Así mismo se estableció que, los cuidadores reciben apoyo social, procedente de los vínculos familiares, siendo el de tipo emocional y el referente a las relaciones sociales, los más favorables como mecanismos de soporte, frente al agotamiento emocional y los estresores propios de su contexto laboral.

Finalmente, respecto al nivel de satisfacción vital, podemos afirmar que los cuidadores se encuentran satisfechos con su calidad de vida, presentando una alta capacidad de resiliencia, lo que muestra que los mecanismos de afrontamiento utilizados, son favorables para atenuar los síntomas asociados al burnout.

RECOMENDACIONES

Recomiendo a la Universidad Técnica Particular de Loja, coordinar un estudio delimitando el tipo de cuidador, así como la institución a la que está dirigida, con el objetivo de obtener una muestra amplia y representativa que permita emitir un informe para futuras investigaciones, acerca de la prevalencia del síndrome de burnout, en una población específica, ya que en nuestro país actualmente no existen estudios acerca del tema a nivel local, o nacional.

Para futuros estudios, es preciso considerar dentro las variables sociodemográficas; la nacionalidad del cuidador, ya que es un factor determinante en el estado psicológico del 10% del personal, ya que actualmente la migración, es un fenómeno social que crece cada día en nuestro país.

A pesar, de no existir una prevalencia del síndrome en la muestra estudiada, se recomienda a las instituciones geriátricas, que ejecuten un programa de intervención primaria en la identificación de los síntomas del burnout, con el fin de cuidar de la salud psicológica de sus trabajadores.

A las instituciones geriátricas se les recomienda mantener políticas laborales, encaminadas al desarrollo de la realización personal de los cuidadores, con el fin de prevenir la aparición de síntomas asociados como: cansancio, fatiga, y actitudes frías e indiferentes hacia quienes cuida o a sus propios compañeros.

Considerando, que el apoyo social centrado en las relaciones sociales de tipo familiar ha resultado favorable para enfrentar los estresores laborales, es importante que las instituciones geriátricas, implementen actividades que fomenten la comunicación y la empatía, entre el personal, con el fin de generar fuentes de apoyo entre compañeros de trabajo.

Es importante mencionar, que a pesar de no haberse encontrado síntomas de malestar en la salud de los cuidadores, las instituciones deben incorporar un sistema que permita evaluar la salud física como psicológica de los cuidadores con el fin de mantener su calidad de vida y evitar errores en el manejo y atención al paciente geriátrico.

Así también, se recomienda fortalecer el afrontamiento menos puntuado en este estudio, que fue el referente al humor, a través de actividades centradas en la recreación y el descanso para mejorar el estado anímico de los cuidadores, así como su capacidad de resiliencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abad. F., García, C., Gil, B., Olea, J., Ponsoda, V. & Revuelta, J. (2004). *Introducción a la psicometría: Teoría clásica de los test y Teoría de la respuesta al Ítem*. Universidad Autónoma de Madrid, España.

Apiquian, A. (abril, 2007). El síndrome de burnout en las empresas. Psicología Laboral. Presentación realizada en el Tercer Congreso de Escuelas de Psicología de la Universidades Red Anáhuac, Mérida, Yucatán.

Arakaki, D. (2017). *Incidencia del Síndrome de Burnout en los cuidadores de adulto mayor en la Clínica Bamboo de junio a octubre de 2016.* Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima – Perú.

Aries, M. & Ritter, I. (1999) Enfermeras con y sin burnout: una comparación. Resultados de un estudio longitudinal cuantitativo y un estudio cualitativo de profundidad. *Pflege, 12*(2), 83-88. DOI:10.1024/1012-5302.12.2.83

Atance, J. (1997). Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal Sanitario. *Revista Española de Salud Pública, 71*(3), 293-303.

Aveiga, M. (2014). *Influencia de los Factores Sociodemográficos y Laborales en la Prevalencia del Síndrome de Burnout en el Personal de Salud que labora en el Hospital provincial docente de Ambato durante el período enero – abril 2014*. Universidad Técnica de Ambato, Ambato, Ecuador.

Ávila, J. (2011). *Síndrome de Burnout y Autoeficacia Profesional: Análisis de un caso desde la investigación aplicada con profesionales Sanitarios*. Colombia: Académica Española.

Bakker, A. & Demerouti, E. (2013). La teoría de las demandas y los recursos laborales. *Journal of Work and Organizational Psychology, 29* (3), 107-115.

Bandura, A. (1987). *Pensamiento y Acción*. Barcelona: Martínez Roca.

Barrera, O., Galvis, L., Moreno, F., Pinto, A., Pinzón, R., Romero, G., & Sánchez, H. (2006). La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Invest.educ.enferm, 24*(1), 36-46.

Berón, D., & Palma, F. (2011). *Factores que Influyen en el Rendimiento Laboral del Personal de Enfermería*. Universidad Nacional de Cuyo, Malargüe, Argentina.

Betancur, A., Guzmán, C., Lema, C., Pérez, C., Pizarro, M., Salazar, S., Uribe, L. & Vásquez E. (2012, julio-diciembre). Síndrome de Burnout en trabajadores del sector salud. *CES Salud Pública, 3* (2), 184-192.

Blau, P. (1964). *Intercambio y poder en la vida social.* Nueva York.

Bonilla, F. (1998*).* Profesionales Socialmente Orientados: Prisioneros entre la Fatiga y la Entrega. *Revista Educación*, *12*(2), 5-12.

Bosqued, M. (2008). *Quemados: El Síndrome de Burnout, qué es y cómo superarlo*. Barcelona, España: Paidós.

Buendía, J. & Ramos, F. (2001). *Empleo, estrés y salud*. Madrid, España: Pirámide.

Bustamante, M. & Flores, N. (2015). *Síndrome de burnout y características sociodemográficas del personal de enfermería de un centro residencial geronto –geriátrico*. Universidad privada Norbert Wiener, Lima - Perú.

Buuk, B. & Schaufeli, W. A. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory. En W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: recent developments in theory and research* (53-69). Londres: Taylor & Francis.

Camacho, A., Juárez, A., &, Arias, F. (2010). Síndrome de Burnout y factores asociados en médicos estudiantes. *Ciencia & Trabajo, 12* (35), 251-256.

Campos, V., Córdoba J., Silva, L. & Rivera, D. (2008). Prevalencia de Síndrome de Burnout y sus principales factores de riesgo en fisioterapeutas del municipio de Popayán, *Ciencias de la salud, 10*(1), 15-22.

Carver, C. (1997). Usted quiere medir el afrontamiento, pero su protocolo es demasiado largo: considere el Brief CO-PE. *International Journal of Behavioral Medicine*, *4*(1), 92-100.

Cerquera, A. & Pabón, D. (2016, enero-junio). Resiliencia y variables asociadas en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer. *Revista Colombiana de Psicología*, *25*(1), 33-46.

Cevallos, V. (2015). *Estudio de la influencia del síndrome de burnout en las agresiones intrafamiliares*. Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador.

Ciófalo, M. (2013). *El auto concepto a partir del uso del dialogo apreciativo*. Estados Unidos de América: Palibrio.

Coello, C. (2016, febrero, 25). Ecuador no tiene Políticas de Prevención contra el Burnout. *Redacción Médica*. Recuperado de https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-no-tiene-pol-tica-de-prevenci-n-contra-el-burnout-87258

Contreras, S., Ávalos M., Priego, H., Morales, M., & Córdova J. (2013, mayo-agosto). Síndrome de Burnout, funcionalidad familiar y factores relacionados en personal médico y de enfermería de un hospital de Villahermosa. *Horizonte Sanitario.12* (2), 45-57.

Cox, T., Kuk, G. y Leiter, M. (1993). *Burnout, health, work stress, and organizational healthiness*. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.). Professional burnout: Recent developments in theory and research (pp. 177 -193). Reino Unido: Taylor y Francis.

Crespo, M. & Fernández-Lansac, V. (2015). Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Anales de Psicología*, *31*(1), 19-27. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282015000100003

Cubillos, A., Guevara, J., Pereda, M., González M. & González A. (2012). Evolución del burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria. *Atención primaria 44*(9), 532-539.

Cherniss, C. (1980). *Burnout profesional en organizaciones de servicios humanos*. New York: Praeger.

Cherniss, C. (1993). El papel de la autoeficacia profesional en la etiología del agotamiento. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Burnout profesional: desarrollos recientes en teoría e investigación* (pp. 135-149). Londres: Taylor y Francis.

Dewe, P., Leiter, M. & Cox, T. (2000). *Coping health and organizations*. Nueva York: Taylor & Francis.

Díaz, F., Gómez, I. (2016, enero-abril). La investigación sobre el síndrome de burnout en Latinoamérica entre 2000 y 2010. *Psicología desde el Caribe, 33*(1), 113-131. DOI: http://dx.doi.org/10.14482/psdc.33.1.8065

Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, *49*(1), 71-75.

Domínguez, L. (2015). *Aspectos psicológicos en cuidadores informales de personas dependientes: carga y afrontamiento del estrés*. Universidad de Huelva. España.

Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980). *Burnout: Etapas de la desilusión en las profesiones de ayuda*. Nueva York: Human Sciences Press.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012). *Tasa Global de Fecundidad por Provincia.* Recuperado de https://www.salud.gob.ec/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-ensanut/

Estramiana, J., Garrido, A., Schweiger, I. & Torregrosa, J. (2007). *Introducción a la psicología social sociológica*. Barcelona: Editorial UOC.

Estramina, A. (1992). *Desempleo y bienestar psicológico*. Madrid, España: Siglo XXI.

Expósito, A. & López, F.J. (2016). *Ciencia de la Administración y Sanidad*. Madrid, España: ACCI.

Felton J. (1998). Burnout como una entidad clínica: su importancia en los trabajadores de la salud. *Ocupación médica, 48*(4), 237-250.

Filippi, G., Ferrari, L., & Sicardi, E. (2016) *Psicología y Trabajo, una relación posible*. Buenos Aires: Universitaria de Buenos Aires.

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout*. Journal of Social Issues*, *30*(1), 159-165).

Gálvez, M., Moreno, B. & Mingote, J. (2009). *El desgaste profesional del médico. Revisión y guía de buenas prácticas*. Madrid: Díaz de Santos S.A.

Garcés de los Fayos, E. (1995). Burnout en niños y adolescentes: Un nuevo síndrome en psicopatología infantil. *Psicothema, 7*(1), 33-40.

García, D., Spröhnle, C. & Sapag, J. (2008). Cuidar a los cuidadores: Un desafío para los profesionales de la salud. *Revista médica de Chile, 136*(6), 809-811. Recuperado de https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000600019

García, F., Manquián, E. & Rivas, G. (2016). Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales. *Psicoperspectivas, 15*(3), 101-111.

García, M. (1991) Burnout en profesionales sanitarios de centros hospitalarios. *Psicología del trabajo y de las organizaciones, 7*(18), 3-12.

Gil Monte, P. & Peiró J. (1997): *Desgaste psíquico en el trabajo*: el Síndrome de quemarse; Madrid: Editorial Síntesis.

Gil-Lacruz, M. (2007). *Psicología social: Un compromiso aplicado a la salud*. Zaragoza, España: Prensas Universitarias.

Gil-Monte (2008). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) como fenómeno transcultural. *Información Psicológica* (91-92), 4-11.

Gil-Monte, P. (2014). Manual de Psicología aplicada al trabajo y a la prevención de los riesgos laborales. Madrid: Ediciones Pirámide.

Gil-Monte, P. R. (1994). *El síndrome de burnout: un modelo multicausal de antecedentes y consecuentes en profesionales de enfermería*. Universidad de la Laguna, España.

Gil-Monte, P. R. (2001, 25 de julio*).* El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Revista Psicología Científica. Com*. Recuperado de http://psicopediahoy.com/burnout-teoria

Gil-Monte, P., & Peiró, J. (1999). Perspectivas Teóricas y Modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15(2), 261-268.

Gil-Monte, P., Peiró, J., & Valcárcel, P. (1995). Un modelo causal del desarrollo del proceso de burnout: una alternativa a los modelos de Golembiewski y Leiter. Trabajo presentado en el VII Congreso Europeo sobre *Trabajo y Psicología Organizacional*. Gyor: Hungría.

Gil-Monte, P.R. (2005). *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo. Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.

Gil-Monte, P.R. (30 de agosto, 2002). El síndrome de quemarse en el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Estrés o burnout*. Ponencia presentada en el primer Seminario Internacional sobre Estrés y Burnout, Curitiba, Brasil.

Goldberg, D., Gater R., Sartorius, N., Ustun, T., Piccinelli, M., Gureje, O. & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the Who study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*, *27*(1), 191-197.

Golembiewski, R. & Munzenrider, R. (1990). Fases del burnout; modalidades y apoyo social: Contribuciones para explicar las diferencias en los síntomas físicos. *Journal of Managerial Issues*, *2* (2), 176-183.

Golembiewski, R., Munzenrider, R., & Carter, D. (1983). Fases progresivas del burnout y sus covariantes del sitio de trabajo. *The Journal of applied behavioral science*, *19*(4), 464-481.

Gómez, M., & Ruiz, M. (2015). *Dimensiones del síndrome de burnout en personal asistencial de salud de un Hospital de Chiclayo 2014*. Universidad Católica de Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú.

González, M., Lacaste, M., & Ordoñez, A. (2008). *El Síndrome de Agotamiento Profesional en Oncología*. Madrid, España: Panamericana.

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación Sexta edición*. México: Mc Graw Hill.

Hogg, M. & Vaughan, G. (2010). *Psicología Social 5ta edición*. Madrid: MÉDICA PANAMERICANA. S.A.

Homans, G. C. (1962). *Sentiments and Activities, essays in social science*. Nueva York: The Free Press.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2010). *Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador (Fascículo Provincial, Pichincha).* Recuperado de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/pichincha.pdf

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (septiembre de 2015). *Reporte de Economía Laboral* Recuperado de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/EMPLEO/2015/Septiembre-2015/Informe%20de%20Economia%20Laboral_septiembre2015%20(final).pdf

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2000). *Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (II): Consecuencias, Evaluación y Prevención* (NTP704) Recuperado de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping /Estrés y Procesos Cognitivos, Nueva York, Barcelona: Springer / Martínez Roca.

Leiter, M.P. (1993). *Burnout as a developmental process: Consideration of Models*. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds). Professional Burnout: Recent developments in theory and research. Washington DC: Hemisphere, 237-250.

Maicon, C. (2014). El Síndrome de Burnout: Comprensión del pasado, Análisis del Presente y Perspectivas de Futuro: Wanceulen.

Mansilla, F. (2009). *Manual de Riesgos Psicosociales en el Trabajo*: Teoría y Práctica. Recuperado de: http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/index.shtml

Martínez, A. (2010). El Síndrome de Burnout, Evolución Conceptual y Estado Actual de la Cuestión. *Vivat Academia*, (112), 42-80.

Martínez, M., Centeno, C., Sanz, A., & Del Valle. (2009). Estudio sobre el Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería de Cuidados Paliativos del País Vasco. *Revista Médica de la Universidad de Navarra, 53*(1), 3-8.

Martínez, V. (2007). *La buena educación: Reflexiones y propuestas de psicopedagogía humanista*. Barcelona: Anthropos.

Maslach C. Jackson (1985). Las variables del rol de sexo y familia en el síndrome de burnout. *Sex Roles, 12*(7-8), 837-851. Recuperado de http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.877.6399&rep=rep1&type=pdf

Maslach, C & Jackson, C. (1981b). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour, 2*, 99-113.

Maslach, C. (1982). Burnout the Cost of Caring, Hall. Estados Unidos: Prentice.

Maslach, C. (2004). Different perspectives on job burnout. Diferentes perspectivas sobre el burnout. *Psyccritiques, 49*(2), 168-170.

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

Maslach, C., Schaufeli, W. & Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology, 52*, 397-422.

Maslach, C., y Jackson, S. (1981a). MBI: Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

Meldrum H. (2010, oct-dic). Exemplary physicians' strategies for avoiding burnout. *Health Care, 29*(4), 324 -331.

Meneses, V., Fernández, B., Hernández, L., Ramos F. & Contador, I. (2006). Resiliencia y el modelo de Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, *18*(4), 791-796.

Ministerio de Relaciones Laborales (2015) *Ley orgánica para la justicia laboral y reconocimiento del trabajo en el hogar.* Recuperado de https://www.iess.gob.ec/documents/10162/62dafcef-b77e-4a62-b063-9dcc5482dd84

Morales, F., Cuellar, I., Castellanos, B., Fernández, M. & De Tena, A. (2008). *Proyecto 24/07 titulado "La salud física y psicológica de las personas cuidadoras: comparación entre cuidadores formales e informales"*. Universidad Complutense Madrid. España.

Moreno, B. & Peñacobo, C. (1999). *Estrés asistencial en los Servicios de Salud*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.

Moreno, M., Ríos, M., Canto, J., San Martín J. & Perles, F. (2010). Satisfacción laboral y burnout en trabajos poco cualificados: Diferencias entre sexos en población inmigrante. *Psicología del Trabajo y las Organizaciones, 26*(3), 255-265.

Napiore, M. (2008). *¿Cuándo se quema el profesorado de secundaria?* Madrid: Díaz de Santos S.A.

Navarro, D., Ayechu, A., & Huarte, I. (2015, Mayo/Junio). Prevalencia del síndrome de burnout y factores asociados ha dicho síndrome en los profesionales sanitarios de Atención Primaria. *SEMERGEN-Medicina Familiar, 41*(4), 191-198.

Navarro, Y., López, M., Climent, J. & Gómez, J. (2017). *Sobrecarga, empatía y resiliencia en cuidadores de personas dependientes*. Universidad de Huelva, España.

Olivares, V. (2017). Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout. *Ciencia & trabajo, 19*(58), 59-63. Recuperado de https://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492017000100059.

Organización Iberoamericana de Seguridad Social (2012) I Encuesta Centroamericana de condiciones de Trabajo y Salud. Recuperado de http://www.oiss.org/estrategia/encuesta/lib/iecct/ENCUESTA_DEFINITIVA_IECCTS.pdf

Organización Internacional del Trabajo. (2012). *Integrando la promoción de la salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo*. Recuperado de http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2012/471811.pdf

Organización Internacional del Trabajo. (2016). *Estrés en el Trabajo: Un Reto Colectivo*. Recuperado de http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2016/490658.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Protección de la salud de los Trabajadores*. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs389/es/

Pabón, D., Galvis, M. & Cerquera, A. (2014). Diferencias en el apoyo social percibido entre cuidadores informales y formales de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicología dese el Caribe, 31*(1), 59-77.

Párraga, J. (2005). *Eficacia del programa I.R.I.S. para reducir el síndrome de burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios. Universidad de Extremadura. Cáceres, España.*

Peinado, A. & Garcés de los Fayos, E. (1998). Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido. *Anales de Psicología, 14*(1), 83-93.

Pérez, D., Rodríguez, A., Herrera, D., García, R., Echemendía, B. & Chang de la Rosa, M. (2013). Caracterización de la sobrecarga y de los estilos de afrontamiento en el cuidador informal de pacientes dependientes. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, 51*(2), 174-183.

Pines, A. & Aronson, E. (1988*). Career Burnout: causes and cures*. New York: The Free Press.

Pines, A. (1993). Burnout: Una perspectiva existencial, En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.). *Burnout profesional: Desarrollos en teoría e Investigación* (35-51). Londres: Taylor & Francis.

Pines, A., Aronson, E. & Kafry, D. (1981). *Burnout: from tedium to personal growth*. New York: Macmillan.

Price, D. & Murphy, P. (1984). El desgaste del personal desde la perspectiva de la teoría del duelo*. Educación para la Muerte, 8*(1), 47-58.

Quintanilla, M. (2015). *Prevenir el burnout y promover el engagement.* México: IPADE publishing.

Radha, R. & Cooper, C. (2007). *Executive burnout. Eastern and western concepts, models, and approaches for mitigation*. United Kingdom: Emerald group publishing limited.

Robbins, S. (1999). *Comportamiento Organizacional*. México: Pearson/Prentice Hall.

Ruiz, A., Nava, M. (2012). Cuidadores: responsabilidades – obligaciones. Revista de enfermería neurológica, 11(3), 163-169.

Salanova M. & Schaufeli W. (2009). El “engagement” en el trabajo: Cuando el trabajo se convierte en pasión. Madrid: Alianza Editorial.

Sánchez, M. & López, C. (2010). *Estrés y salud: aportaciones desde la psicología social*. México: Miguel Ángel Porrúa.

Santolaria, S. (2016). *Actitudes hacia la muerte y salud biopsicosocial en cuidadores profesionales de personas mayores dependientes*. Universidad de Salamanca. España

Sarango, L. (2016). *Síndrome de Burnout en el Personal de Enfermería del Servicio de Recuperación del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas. Nº1 de la ciudad de Quito, período de julio septiembre del 2015*. Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Ecuador.

Sauter, S., Murphy, L., Hurrell, J., & Levi, L. (1998). Factores Psicosociales y de Organización. En Oficina Internacional del Trabajo y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España (Ed.) *Enciclopedia de Seguridad y Salud en el Trabajo* (34,2-34,87). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Schaufeli, W. Enzmann D. (1988). *El Burnout como compañero para estudiar y practicar: un análisis crítico*. Hong Kong: Tom Cost y Amanda Griffiths.

SECPAL, (2008). *Guía de prevención del "Burnout" para profesionales de cuidados paliativos*. Madrid, España: Arán.

Sherbourne, C. & Stewart, A. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science and Medicine, 32* (6), 705-714.

Smith, B., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P. & Bernard, J. (2008). The Brief Resilience Scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine, 15*(3), 194-200.

Sotto, M., Ribeiro, O. & Costança, P. (2009). Percepción de la satisfacción de cuidadores de personas con demencia y de cuidadores de personas con avc*. Latino-am Enfermagen, 17*(5) 1-16.

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

Torres, J. (2010) *Aspectos psicológicos en cuidadores formales de ancianos: carga y afrontamiento del estrés: (un estudio en población socio sanitaria).* Universidad de Huelva, España.

Tuesca, R., Iguarán, M., Suarez, M., Vargas, G., & Vergara, D. (2006, Julio/Diciembre). Síndrome de desgaste profesional en enfermeras/os del área metropolitana de Barranquilla. *Salud Uninorte*, *22*(2), 84-91.

Valencia, D. (2017). *Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno. Investigación realizada en un hospital del norte de Quito – Ecuador, año 2017.* Universidad Técnica Particular de Loja. Quito, Ecuador.

Vázquez, C., Esperón, R., & González, M. (2013, noviembre/diciembre). Síndrome de Burnout en cuidadores de adultos mayores que trabajan en casas de asistencia social. *Revista de Investigación Clínica*, *65*(6), 510-514.

Vega, O. & Gonzales, D. (2009, junio). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería global*, (16), 1-11.

Winnubst, J. (1993). Estructura organizativa, apoyo social y agotamiento. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.). *Burnout profesional: Desarrollos recientes en teoría e investigación* (151-162). Washington DC: Hemisferio.

Yip, J. & Martin, R. (2006). Sentido del humor, inteligencia emocional y competencia social. *Revista de investigación en personalidad, 40*, 1202-1208.

ANEXOS

ANEXO 1

Documento de información para participantes y consentimiento informado

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

Departamento de Psicología

Investigador responsable: Rocío Ramírez Zhindón

Estudiante de la UTPL:

Información General

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

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

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

¿Quiénes participarán en el estudio?

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

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

Procedimientos del estudio

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

Beneficios de su participación:

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

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

¿Incurriré en algún gasto?

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

Riesgos y molestias:

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

Confidencialidad de los datos:

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

Participación voluntaria:

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

Contactos para preguntas acerca del estudio:

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

.....

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

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

NOMBRE: ……..

……

FIRMA

ANEXO 2

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos Personales

Sexo Masculino ☐ Femenino ☐

Edad ____ años

Mencione la ciudad en la que trabaja actualmente……

La zona en la que trabaja es: Urbana☐ Rural ☐

Etnia Mestizo☐ Blanco☐ Afro ecuatoriano☐ Indígena ☐

Estado Civil Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado o separado ☐ Unión Libre ☐

Número de Hijos: _____

Recibe su remuneración salarial: si ☐ no ☐

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Profesión: …….

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐

Sector en el que trabaja: …….

Tipo de contrato que posee:

Eventual ☐ Ocasional ☐ Plazo Fijo☐ Indefinido (Nombramiento) ☐

Servicios profesionales ☐ Ninguno ☐

Horas que trabaja diariamente _____

Trabaja usted en turno SI ☐ No ☐

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente ☐ Medianamente ☐ Poco ☐ Nada ☐

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

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario (GHQ-28)

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

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

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

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

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

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

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

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

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

Brief Resilence Scale (BRS)

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

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

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