



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIO HUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Identificación del síndrome de Burnout en las cuidadoras formales e informales de los centros infantiles del buen vivir del Ministerio de Inclusión Económica y Social en las parroquias Huachi Chico y Picaihua de la Ciudad de Ambato, 2017-2018.

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Salazar Taboada, Diana Carolina

DIRECTORA: Chamba Leiva, Katy Maricela, Mgtr.

CENTRO UNIVERSITARIO AMBATO

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>

Septiembre, 2018

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister.

Chamba Leiva, Katy Maricela

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo titulado: Identificación del Síndrome de Burnout en las cuidadoras formales e informales de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Ministerio de Inclusión Económica y Social en las parroquias Huachi Chico y Picaihua de la Ciudad de Ambato, año lectivo 2017-2018, realizado por Salazar Taboada, Diana Carolina, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, Marzo del 2018

f).....

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Salazar Taboada Diana Carolina declaro ser autora del presente trabajo de titulación: “Identificación del Síndrome de Burnout en las cuidadoras formales e informales de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Ministerio de Inclusión Económica y Social en las parroquias Huachi Chico y Picaihua de la Ciudad de Ambato, año lectivo 2017-2018”, de la Titulación de Psicología, siendo Katy Maricela Chamba Leiva 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 o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f:.....

Autor: Salazar Taboada Diana Carolina

Cédula: 1804614814

DEDICATORIA

En primer lugar, dedico esta tesis a mi Dios quien, sin sus bendiciones, no podría estar en este momento dedicándole mi tesis.

A mi madre querida que sin duda alguna es mi principal ente de apoyo emocional y económico, que, pese a que tuvimos que separarnos 14 años siempre estuviste en el teléfono en los buenos y malos momentos para ser mi confidente, gracias a tu incondicional respaldo eh podido seguir adelante y cumplir con mis ideales esto lo hice por ti madre de mi vida.

A mi hija mayor Camila quien fue el motor que me impulso noche tras noche para continuar con mis estudios quien se desveló junto a mi pecho en esos momentos de estudio y dedicación.

A mi segunda hija Yuliana la cual desde mi barriguita con sus pataditas me daba su apoyo a que continúe, que no desmaye por un futuro mejor.

A mi esposo mi compañero ideal quien se desveló a mi lado en esas noches de estudio en donde me brindó su apoyo y comprensión para día con día cuidar de mis hijas para que así yo pueda cumplir mis metas académicas.

A mi único y querido hermano Darío quien desde lejos me brindo sus consejos y quien respaldo mi decisión de continuar estudiando.

A mis tres queridos sobrinos quienes en inicio fueron mi pilar fundamental para mi estudio ya que para los ojos de ellos yo soy su ejemplo a seguir.

Diana Carolina

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi Dios por todas las bendiciones recibidas y por tener a mi familia conmigo y darme hasta el día de hoy más vida para continuar cumpliendo mis ideales, junto a mi hermosa familia ya que son mis pilares fundamentales en este lindo recorrido estudiantil y sin su apoyo no podría estar en este momento culminando mi tesis y también agradezco a todas las personas que de una u otra manera pusieron su granito de arena para que este sueño se cumpla, con sus consejos y apoyo emocional.

No ha sido nada fácil este recorrido fue duro y con muchos obstáculos, pero puedo decir con certeza que al fin mi meta anhelada desde niña se está llegando a cumplir, vienen muchas cosas buenas y muchas metas más por cumplir que de seguro estos conocimientos adquirido servirán para ayudar a muchas personas.

Quiero agradecer infinitamente a la Doctora Marina del Rocío Ramírez, que sin conocernos físicamente no dudo en ayudarme en mi inicio de mi tesis, gracias por confiar en mí y permitirme a ver hecho mi trabajo de campo en una institución muy linda y con un personal muy colaborativo.

Agradezco a la Magister Katy Chamba por guiarme, por sus consejos y sugerencias para que esta tesis pueda llegar a ser una realidad.

Gracias a todos mis seres queridos y el que persevera lo logra.

Diana Carolina

ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	iii
DEDICATORIA	iv
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I.....	4
MARCO TEÓRICO	4
1.1.1. Desarrollo del término.	5
1.1.1.1. Definiciones de las décadas de 1970.	5
1.1.1.2. Definiciones de las décadas de 1980.	5
1.1.1.3. Definiciones de las décadas de 1990.	6
1.1.1.4. Definiciones de las décadas del 2000.	7
1.1.1.5. Definiciones de las décadas del 2010 hasta la actualidad.	8
1.2. Desarrollo y fases del Burnout.	8
1.2.1. Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983).....	8
1.2.2. Leiter y Maslach (1988).....	9
1.2.3. Leiter (1993).....	9
1.2.4. Lee y Ashforth (1993).....	10
1.2.5. Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995	10
1.3. Consecuencias del Burnout.	11
1.3.1. Consecuencias en la salud en profesionales de la salud.	11
1.3.2. Consecuencias en el trabajo en profesionales de la salud.	11
1.3.3. Consecuencias en la familia en profesionales de la salud.....	12
1.4. Modelos explicativos del Burnout.....	12

1.4.1.	Modelos basados desde la teoría Sociocognitiva.	12
1.4.1.1.	Modelo de competencia social de Harrison.	12
1.4.1.2.	Modelo de autoeficacia de Cherniss.	13
1.4.1.3.	Modelo de Pines.	13
1.4.1.4.	Modelo de autocontrol de Thompson, Page, Cooper.	14
1.4.2.	Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social.	15
1.4.2.1.	Modelo de Comparación Social de Buunk y Shaufeli.	15
1.4.2.2.	Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddy.	16
1.4.3.	Modelos Desarrollados desde la Teoría organizacional.	16
1.4.3.1.	Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter.	16
1.4.3.2.	Modelo de Winnubst.	17
1.4.3.3.	Modelo de Cox, Kuk y Leiter	18
1.5.	Modelos sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el Trabajo.	19
1.5.1.	Modelo Tridimensional de MBI- HSS (Maslach y Jackson)	19
1.5.2.	Modelo de Edelwich y Brodsky	20
1.5.3.	Modelo de Price y Murphy	20
1.5.4.	Modelo de la Teoría Estructural Modelo de Gil Monte.....	21
1.6.	Prevalencia del Burnout	21
1.7.	Variables asociadas de Burnout.....	22
1.7.1.	Clima Organizacional	22
1.7.2.	Estrés	23
1.7.3.	Apoyo social.....	23
1.7.4.	Satisfacción vital	23
1.7.5.	Satisfacción laboral	23
1.7.6.	Estilos de afrontamiento.....	24
1.7.7.	Variables sociodemográficas	24
CAPÍTULO 2.....		25
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN		25
2.1.	Objetivos.	26

2.1.1. Objetivo general.	26
2.1.2. Objetivos específicos.....	26
2.1.3. Preguntas de investigación.	26
2.1.4. Contexto de la investigación.....	26
2.1.5. Diseño de investigación.....	27
2.1.6. Muestra.....	27
2.1.7. Procedimiento.....	28
2.1.8. Instrumentos.....	28
2.1.8.1. Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales	29
2.1.8.2. Inventario de Burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory) [MBI-HSS].	29
2.1.8.3. Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28); (Goldberg y Hillier, 1979; versión española de Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979)	30
2.1.8.4. Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).....	30
2.1.8.5. Cuestionario MOS de apoyo social. (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991; versión española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, 2005)	31
2.1.8.6. Cuestionario Brief Resilience Scale (BRS).....	31
2.1.8.7. Escala de Satisfacción con la Vida (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985)	31
2.1.8.8. El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit (1983)	32
CAPÍTULO 3.....	34
RESULTADOS	34
3.1. Interpretación de Resultados	35
3.1.1. Características sociodemográficas.....	35
3.1.2. Características laborales.....	36
3.1.3. Inventario del Síndrome de Burnout (MBI).....	37
3.1.4. Entrevista de carga para cuidadores formales.....	38
3.1.5. Escala de satisfacción vital (ESV).....	38
3.1.6. Cuestionario de salud General (GHQ-28).....	39

3.1.7. Cuestionario de Afrontamiento BRIEF COPE.....	39
3.1.8. Cuestionario de apoyo social.....	40
3.1.9. Brief Resilience Scale (BRS).....	41
3.2. Discusión de resultados.....	42
CONCLUSIONES.....	¡Error! Marcador no definido.
RECOMENDACIONES.....	45
BIBLIOGRAFIA.....	46
ANEXOS.....	48

RESUMEN

El presente trabajo busca Identificar la prevalencia de Burnout en las cuidadoras formales e informales de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Ministerio de Inclusión Económica y Social en las parroquias Huachi Chico y Picaihua de la Ciudad de Ambato en el período 2017-2018, para lo cual luego de revisado el aporte teórico de diversos estudios; se aplicaron 8 encuestas a 40 personas de la muestra seleccionada. El método empleado en el presente estudio fue exploratorio, también fue descriptivo y adicionalmente es correlacional. Entre los instrumentos de evaluación se encuentran el cuestionario de variables sociodemográficas y laborales, el cuestionario MBI, el cuestionario de Salud Mental, la escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento, el Cuestionario MOS de apoyo social, el cuestionario BRS, la escala de satisfacción vital y el cuestionario de sobrecarga del cuidador. Luego de aplicado los test fue posible comprobar la inexistencia de Burnout en la muestra de la investigación, lo cual se apoya en una la carencia de sobrecarga, un adecuado nivel de satisfacción de vida, afrontamiento de los problemas y alto grado de apoyo para las personas, entre otros.

PALABRAS CLAVE: Burnout, cuidadoras formales e informales, sobrecarga, satisfacción vital, test

ABSTRACT

The present work seeks to identify the prevalence of Burnout in formal and informal caregivers of the Children's Centers of Good Living of the Ministry of Economic and Social Inclusion in Huachi Chico y Picaihua of the city Ambato during the years 2017-2018, for which after reviewing the theoretical contribution of Various studies were applied to 8 surveys of 40 people from the selected sample. The method used in the present study was exploratory, it was also descriptive and additionally it is correlational. Among the instruments of evaluation are the questionnaire on sociodemographic and labor variables, the MBI questionnaire, the Mental Health questionnaire, the Multidimensional scale of Assessment of Coping Styles, the MOS questionnaire for social support, the BRS questionnaire, the scale of life satisfaction and the caregiver overload questionnaire. After applying the tests, it was possible to verify the lack of Burnout in the research sample, which is based on a lack of overload, an adequate level of life satisfaction, coping with problems and a high degree of support for people, among others.

KEYWORDS: Burnout, formal caregivers, overload, life satisfaction, test

INTRODUCCIÓN

El Burnout ha sido un problema de salud que ha aparecido frecuente en años recientes, y aunque no es muy frecuente que aparezca especialmente en el medio, en ciertos lugares en donde el estrés se acumula por las labores diarias. Existen personas en la actualidad se sienten frustrados, quemados por el esfuerzo que deben realizar para cumplir sus trabajos, lo cual es realmente nocivo tanto para personas como para la empresas y clientes que no pueden obtener una atención adecuada a sus requerimientos y expectativas.

Para estudiar este particular Síndrome se ha realizado el presente trabajo enfocado en las cuidadoras formales e informales de los Centros Infantiles del Buen Vivir en las parroquias Huachi Chico y Picaihua de la Ciudad de Ambato, el cual se divide en 3 capítulos:

Capítulo 1: Marco Teórico. En este este capítulo se encontrará la información desde lo que significa el Burnout, pasando por algo de historia del desarrollo del Síndrome, sus modelos basados en diferentes enfoques y sus características principales.

Capítulo 2: Metodología: Se detalla los objetivos de la investigación, así como cuestionarios y test a ser utilizados.

Capítulo 3: Resultados: Luego de recabada la información en este capítulo se realizaron los cuadros descriptivos de las respuestas a las preguntas de los test con su respectivo análisis y discusión.

Finalmente, el trabajo termina con las conclusiones y recomendaciones, en el que se pudo comprobar que las cuidadoras formales que fueron sujetas a estudio no presentaban sobrecarga de trabajo salvo casos puntuales, situación que se pudo corroborar gracias a la aplicación de los diversos cuestionarios detallados en el presente trabajo.

Existieron dificultades en la consecución de objetivos ya que la interpretación de las tablas dependía en muchas ocasiones de criterios tan diversos que fue difícil homologarlos. Si bien existió esta limitante fue de gran apoyo contar con las personas de la muestra, quienes siempre estuvieron dispuestas a ayudar en la investigación.

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

1.1. Conceptualización del Burnout.

1.1.1. Desarrollo del término.

1.1.1.1. Definiciones de las décadas de 1970.

Para 1974, época en la que se comenzó a emplearse el término Burnout, Freudenberger comenzó a utilizar el término del presente estudio para formular conceptos sobre el estado tanto en lo físico como en lo psicológico de las personas que se encontraban trabajando a su mando en su "Free Clinic" de Nueva York. El esfuerzo que significaba realizar sus tareas comprometía su salud con el objetivo de alcanzar ciertas metas, pero a cambio no recibían ningún estímulo por su esfuerzo en la labor realizada. Entonces en un período entre uno y tres años estas personas comenzaron a sentir una sobresaturación en sus cuerpos que se podían evidenciar en conductas con irritación, agotamiento tanto intelectual como físico, cierta actitud cínica hacia los clientes y búsqueda aislamiento. Estos elementos entonces añaden propiedades que incluso va más allá del estrés laboral entre las que se incluyen el significado del trabajo de la persona, el poder de generar estrategias para afrontar situación complicadas, la tarea que desarrolla en la empresa, entre otros; que se reflejan en la poca o mala atención a los clientes, despreocupación por si mismos e incluso deserción del puesto. (Martínez, 2012)

En esta época ya se hablaba del término Burnout para describir sensaciones relacionadas con el agotamiento, la tensión, la ira, el estrés, etc., producidas por un período largo de trabajo o empleos que no ofrecían una adecuada estimulación. Este problema al final provocará que el trabajo en la organización comience a empeorar y finalmente provoque el empleado mismo abandone la empresa.

1.1.1.2. Definiciones de las décadas de 1980.

Ya en 1976 Malasch comenzó a divergir del concepto de Freudenberger acuñando el término para que se lo ocupe solo al referirse a los trabajadores insertos en el ámbito laboral y que su trabajo se relacione con personas en la organización.

De esta forma Malasch, Jackson y Leiter (citado por (Martínez, 2012)) definen al Burnout como:

“...un síndrome tridimensional caracterizado por cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) en el trato con clientes y usuarios, y dificultad para el logro/realización personal (RP). A partir de estos componentes se elaboró el "Maslach Burnout Inventory" (MBI), cuyo objetivo era medir el Burnout personal en las áreas de servicios humanos, evaluando dichas dimensiones por medio de tres subescalas.”
(p.4)

La escala MBI a pesar de no ser oficial tiene un amplio rango de uso para medir el Burnout. Desde su creación el término ha pasado por tres agregando u sustituyendo algunos elementos para adaptarse al nuevo contexto en el que se estudia el término, tal es el ejemplo del uso de “profesiones no asistenciales” que no lo consideraba la primera escala y la sustitución del término “despersonalización” por "cinismo"

Para 1987 Burke amplía la definición mencionando que el Burnout es, según Ramos y Buendía (citado por (Martínez, 2012)), “un proceso de adaptación del estrés laboral, que se caracteriza por desorientación profesional, desgaste, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento”. (p.4). Por lo que el concepto se aplica a un espectro más amplio que el citado por Malasch

Otros profesionales como Pynes y Aronson defienden en esta época que el Burnout no solo se presenta en las personas que trabajan en asistencia social sino en todos los trabajadores, y los síntomas son los mismos, es decir agotamiento total de la persona, sentimiento de impotencia e inutilidad, poca autoestima, falta de entusiasmo, sensación de encontrarse atrapado.

Esta época es de divergencias, y como no cuando el término fue acuñado apenas unos pocos años atrás, y como en la mayoría de las corrientes del pensamiento existe divergencia entre quienes consideran al Burnout como un fenómeno que se presenta exclusivamente en las personas dentro del ámbito laboral en el área de asistencia social (Malasch), a diferencia de autores como Burke que lo amplían a todos los trabajadores de cualquier organización. A pesar de esta divergencia Malasch tuvo un gran acierto al crear el MBI, de uso extendido entre los profesionales del área.

1.1.1.3. Definiciones de las décadas de 1990.

Para 1993 Burke y Richardsen definen el Burnout como algo que ocurre de forma personal como una experiencia de tipo psicológica negativa que envuelve sensaciones, motivos

actitudes y cuya ocurrencia provocan una falta de confort en la persona. En el mismo año Leal Rubio halla síntomas de depresión en los pacientes cuyo origen es la percepción de fracaso del individuo en sus labores, la baja autoestima producto de una sensación de inutilidad en su esfuerzo por realizar mejor sus actividades. Garcés de Los Fayos en 1994 menciona que tanto estrés laboral como el Burnout podrían considerarse similares o en última instancia consecuencia del primero. Para 1996 Schaufeli y Buunk menciona que el síndrome de Burnout en cuanto al comportamiento negativo afecta tanto a la persona como a la empresa. (Carlin & Garcés, 2010)

En la década del 90 al Burnout se lo relaciona con experiencias psicológicas que derivan en una actitud negativa y destructiva, provocando malestar en la persona y a la postre a la organización entera. Se la relaciona de manera muy cercana con el estrés laboral, tomándola como sinónimos en unos casos y como consecuencia de esta en otros.

1.1.1.4. Definiciones de las décadas del 2000.

Gil-Monte y Peiró en el año 2000 lo evalúa desde una perspectiva psicosocial en donde intervienen una serie de elementos tales como los cognitivo-aptitudinales (referido al sentimiento de poca realización personal en las labores diarias), agotamiento emocional y despersonalización. Peris en el 2002 lo cataloga como un trastorno en el que se presenta por el exceso o mala sincronización de las tareas mentales comunes de las personas por encima de la capacidad humana regular. En caso de que la persona sufra de estrés laboral a un grado que sobrepase la capacidad del mismo para hacerle frente inicia un período de agotamiento extremo que complica la correcta ejecución de tareas cotidianas. Para definir el Burnout se debe presentar además de lo mencionado un agotamiento emocional, aumento de despersonalización y disminución de la eficacia profesional. Por tanto, el Burnout no es lo mismo que estrés laboral, o fatiga, depresión o cualquier otro nombre que pueda relacionarse con los síntomas.

Para evitar confundir el término Burnout con el de estrés laboral se complementa mencionando que el término se refiere a toda la carga negativa emocional y física producto de un prolongado estrés laboral luego de lo cual la persona disminuye su rendimiento, se siente emocionalmente agotado, deprimido y fatigado. El término entonces adquiere un matiz diferente al del estrés laboral y de esta forma será posible tratarla de forma independiente.

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

El síndrome de *Burnout* en la actualidad se la considera una enfermedad, un problema que afecta tanto a la salud como al trabajo del individuo. Es una etapa posterior al estrés que la persona presenta como respuesta al esfuerzo de este en sus actividades, pero con resultados pocos satisfactorios o ineficaces. Esta respuesta incluye sensación de encontrarse exhausto, debilitamiento psicológico y físico, sentimiento de encontrarse indefenso. A medida que el tiempo pasa el sujeto comienza a sentir que sus fuerzas se desvanecen y comienza a desmoronarse. (Alonso, 2014)

Ya en la actualidad el síndrome Burnout se mantiene de la forma como se estudió entre los años 2000 y 2010, es decir, como la respuesta tanto física como psicológica producto de un estrés prolongado en donde el individuo presenta exhaustividad, indefensión, agotamiento, depresión, sintiendo que ya no puede continuar.

1.2. Desarrollo y fases del Burnout.

El Burnout desde su conceptualización originó ciertas discrepancias entre los diversos estudiosos del fenómeno y desde luego sus fases también tendrán esta característica debido a la enorme diferencia que se presentan en los síntomas entre una persona a otra.

1.2.1. Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983).

Estos autores proponen al Burnout como un proceso virulento que aumenta sus consecuencias negativas según aumenta su virulencia o intensidad. Su propuesta es que la secuencia real del Burnout, tal como aparece en su nivel de consecuencias prosigue con el siguiente orden: despersonalización, realización personal y agotamiento emocional. La secuencia real del proceso debería ser paralela al nivel de consecuencias que tiende a aumentar en función principalmente del cansancio emocional, por lo que debería ser considerado como el elemento más patógeno del proceso y por ello el último en aparecer. (Moreno, González, & Garrosa, 2012).

Se considera al Burnout como un virus que, al igual que su análogo, va presentando mayores y peores síntomas cada vez que se sigue prolongando. A medida entonces que el tiempo pase sin atender lo que está provocando el Burnout la persona va presentando síntomas más graves incluyendo al final el agotamiento emocional.

1.2.2. Leiter y Maslach (1988).

El modelo teórico que Leiter y Maslach elaboraron para el desarrollo de esta teoría considera, que un desajuste entre las personas y su entorno de trabajo reduce la capacidad de energía, implicación y sensación de eficacia, mientras que el ajuste produciría el efecto contrario, aumentando los niveles de compromiso. Una de las áreas más importantes considerada por los autores y la literatura científica es la carga de trabajo, que se define como la cantidad de trabajo que se realiza en un momento dado. Los autores afirman que un volumen de trabajo asequible ofrece la oportunidad de disfrutar con la tarea, para conseguir los objetivos laborales, y su desarrollo profesional. Sin embargo, el exceso de trabajo no se conceptualizaría simplemente como un desfase o exceso en los requisitos para conseguir un nuevo reto, sino ir más allá de los límites humanos. El control se considera en este modelo como el segundo factor más importante y se define como la oportunidad de hacer elecciones y tomar decisiones, resolver problemas, y contribuir al cumplimiento de las responsabilidades. Un buen ajuste se produce cuando hay una correspondencia entre el control y los niveles de responsabilidad, produciéndose una discrepancia cuando las personas carecen de control suficiente para cumplir con las tareas de las que se les hace responsables. La recompensa sería un tercer factor que recogería tanto el reconocimiento económico como social del trabajo, ofreciendo indicadores claros de lo que valora la organización, mientras que la falta de reconocimiento devalúa tanto el trabajo como a ellos mismos. (Rodríguez & Rivas, 2011)

Los autores consideran al Burnout desde tres puntos de vista: en primer lugar, la carga de trabajo la cual en exceso provocará que este síndrome aparezca; en segundo lugar, al control referido a la toma de decisiones dentro del ámbito laboral, y en donde a una mayor restricción empeorará este síntoma; y por último la recompensa, la cual si no se la considera justa entonces provocará la aparición del Burnout.

1.2.3. Leiter (1993).

Leiter propone un modelo procesual, en el que el agotamiento emocional constituye el elemento de mayor relevancia, por su papel mediador entre los elementos estresores del entorno y el sentimiento de despersonalización. La dimensión de realización personal se define como una función de la influencia ejercida por el propio contexto laboral, sin mostrar una relación significativa con la despersonalización, y produciéndose de manera simultánea a ella. De este modo, los aspectos del entorno que influyen en el sentimiento de

despersonalización son las demandas (sobrecarga laboral, conflicto de rol, etc.), agravando también la sensación de agotamiento emocional. La percepción de realización personal se ve influida así por los aspectos relativos a los recursos de apoyo y al reconocimiento (autonomía, participación en la toma de decisiones, nivel de cooperación, etc.) (Silvero, 2013)

El modelo del autor reconoce al agotamiento emocional como el principal factor para la presencia del Burnout debido a su relevancia con los elementos del entorno y el agotamiento emocional como un vínculo entre ellos.

1.2.4. Lee y Ashforth (1993).

Lee y Ashforth, cuyos trabajos también son recogidos por Leiter, al contrario que en el modelo procesual, establecen que el agotamiento emocional es la dimensión que influye sobre las otras dos: despersonalización y realización personal. Sin embargo, sus investigaciones no encontraron fundamentos sólidos para explicar la relación entre el agotamiento emocional y la realización personal. (Silvero, 2013)

A diferencia de Leiter, propone que el agotamiento emocional es el que influye sobre el agotamiento emocional y los elementos de entorno, no como un vínculo entre ellos.

1.2.5. Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995).

Los estudios realizados en España por Gil-Monte vienen a esclarecer la relación existente entre las dos dimensiones citadas por Lee y Ashfort, según la cual las creencias acerca de la capacidad revierten en procesos de carácter afectivo, en función de la valencia positiva o negativa de dichas creencias. Así, en su modelo alternativo, Gil-Monte y Peiró consideran el síndrome como una respuesta a situaciones de estrés prolongado en el trabajo. Esta respuesta se manifiesta tras un proceso en el que el individuo ha intentado paliar la situación de estrés con estrategias de afrontamiento. De este modo, el síndrome se desencadena como consecuencia de un sentimiento de baja capacidad y realización personal al fracasar en el intento de afrontar la situación de estrés, provocando un estado de agotamiento emocional. Simultáneamente, la percepción de incapacidad conlleva actitudes negativas hacia aquellos para los que se trabaja (despersonalización), que se ven agravadas también por las consecuencias emocionales. (Silvero, 2013)

Este autor manifiesta que el Burnout se presenta una vez que la persona que padece el síntoma desea solucionar su situación de estrés prolongado, pero al fracasar su sentimiento de incapacidad y baja realización personal se apoderan de la persona provocando el agotamiento emocional, lo cual también tendrá repercusiones sobre la organización en la que se desempeña.

1.3. Consecuencias del Burnout.

1.3.1. Consecuencias en la salud en profesionales de la salud.

A nivel físico el Burnout presenta ciertos efectos sobre la salud de las personas entre las que se puede denotar, según:

- Física: dolor cervical, insomnio, cansancio, fatiga crónica, alteración de sistemas del organismo, pérdida de peso, cefalea.
- Psicológica: estrés, depresión, ansiedad.
- Cognitivo-emocional: poca concentración, insatisfacción, culpabilidad, aburrimiento, soledad, poca tolerancia situaciones frustrantes.
- Conductual: agresividad, irritabilidad, cambios de humor extremo, absentismo, abuso de fármacos, alcohol o drogas.
- Actitudinal: desconfianza, cinismo, apatía, hostilidad, suspicacia. (Díaz, 2015)

Las consecuencias de salud son muy variadas, y la intensidad dependerá del medio ambiente en donde se desarrolle su trabajo. Las jaquecas constantes, el mal ánimo, incluso problemas de índole físico como dolores de estómago, mayor ocurrencia de enfermedades cardiológicas o respiratorias, etc., son algunos de los problemas el profesional sujeto al síndrome de Burnout.

1.3.2. Consecuencias en el trabajo en profesionales de la salud.

Entre las consecuencias más notorias se encuentra el absentismo laboral, las bajas laborales, el aumento del número de accidentes, entre otros, que constituyen valores demasiado elevados que la empresa debe resolver ya que entre otras cosas se debe sustituir al trabajador con otro que al momento de ser inducido necesitará de otro empleado con mayores costos para la empresa.

Los servicios prestados por los profesionales comienzan a decaer por lo que la empresa comienza con retrasos y a tener un mal funcionamiento con las consiguientes pérdidas. (Díaz, 2015)

Para una organización, un empleado con Burnout puede ser realmente catastrófico debido a que constituye un foco de malos entendidos con el resto de la organización, mal servicio, decadencia en la calidad de los productos, duplicación de tareas que conlleva a mayores costos.

1.3.3. Consecuencias en la familia en profesionales de la salud

Los aspectos que influyen en la familia junto con aquellos que se relacionan con su entorno externo tienen una relación bastante cercana. En especial se puede apreciar conflictos con la pareja, disputas familiares, distanciamiento hacia estas personas. Aquellos sujetos que padecen Burnout, no son capaces de realizar una separación entre la vida laboral y personal, desarrollan actitudes perjudiciales en su entorno familiar y social y provocan situaciones de distanciamiento o pérdida de pilares importantes en la vida de la persona. (Díaz, 2015)

Al tener secuelas psicológicas el Burnout también afectará a las relaciones familiares, incluso las víctimas de este síndrome podrían descargar su ira y frustración contra los miembros de su familia, logrando que no solo su trabajo se ve afectado si no también su vida personal.

1.4. Modelos explicativos del Burnout.

1.4.1. Modelos basados desde la teoría Sociocognitiva.

1.4.1.1. Modelo de competencia social de Harrison.

La distinción entre persona y ambiente (P-A) es una de las características básicas en este modelo. Esta distinción se convierte por tanto en un pre-requisito para la conceptualización de los niveles de ajuste P-A, siendo esta la base de causación recíproca entre el individuo y su entorno. La segunda característica del modelo es la distinción explícita entre dimensiones "objetivas" y perceptivas tanto de la persona como del ambiente. En este sentido, Harrison considera importante analizar el efecto diferencial entre características objetivas tanto de la persona y el ambiente frente a percepciones del individuo tanto de sí mismo (i.e.

autoconcepto) como del entorno. Por tanto, al establecer los niveles de ajuste, se analizan tanto los niveles de ajuste persona-ambiente, objetivo y perceptivo, así como los niveles de ajuste entre la percepción del ambiente y sus características objetivables, y el nivel de precisión en la autovaloración del sujeto. La aplicación de este modelo en las distintas investigaciones empíricas ha llevado a una modificación del mismo al observar que los niveles de ajuste objetivos persona-ambiente no mostraban un impacto apreciable en la salud mental, a menos que fuese percibido por el sujeto y por tanto llevado a la dimensión subjetiva de los niveles de ajuste. (Rodríguez & Rivas, 2011)

El modelo se basa en la separación conceptual de la persona y el ambiente en el que se desarrolla, y luego entre la percepción y el objetivo de la misma. De hecho los ajustes que se propone en este modelo manifiesta que se debe tomar en consideración más el ámbito subjetivo del individuo a fin de lograr una mejor armonía entre el sujeto y su ambiente.

1.4.1.2. Modelo de autoeficacia de Cherniss.

El modelo de Cherniss menciona que las características de ambiente diseñadas para que el trabajador sienta satisfacción y realización corresponden a aquellas empresas que buscan prevenir este síntoma, características entre las que se destacan niveles altos de desafío, autocontrol, retroalimentación y apoyo laboral. Aquellas personas que sientan un adecuado nivel auto eficiencia tienden a resolver los problemas de una forma más positiva y a sufrir menos estrés. En general la mejora de la auto eficiencia se debe al éxito en la consecución de objetivos personales, caso contrario se provocarán frustración que de a poco acabará desarrollando el Burnout. (Gómez, 2014)

Este modelo basa su estudio en la relación de las características del ambiente laboral y la persona, manifestando que el nivel de desafío, competencia, y el éxito de sus objetivos es los elementos determinantes en la aparición o no del Burnout. En general el fracaso en la empresa, la poca autosuficiencia, son los elementos que provocan este síndrome.

1.4.1.3. Modelo de Pines.

Pines en 1993 desarrolla un modelo con similitudes al de Harrison, añadiendo que además de los síntomas citados por este el Burnout se presenta cuando la persona trata de darle un sentido de existencia a su trabajo, es decir, quienes por medio de su trabajo buscan realizar una labor comunitaria y de trabajo social. En este sentido es importante para el trabajador su labor y la que le permite que se sienta útil. Este síndrome de acuerdo a al modelo estudiado

se presentará en aquellos que tengan altos objetivos en su vida profesional y adicionalmente mantengan grandes expectativas. De esta forma aquellos trabajadores que aunque se encuentre muy motivados e identificados por su trabajo se frustrarán en caso de que sus objetivos no se cumplan, y al frustrarse las expectativas y sentir que no les es posible contribuir con su vida entonces desarrolla el síndrome. Hay que tomar en cuenta que si el trabajador no se encuentra motivado en un inicio entonces lo que puede experimentar es estrés, alienación, depresión o fatiga, pero no el síndrome de *Burnout*. (Mansilla, 2017)

El modelo de Pines sigue los pasos del modelo de Harrison, pero considerando que solo aquellos trabajadores que tengan expectativas y objetivos muy altos y no sean cumplidos entonces podrán padecer Burnout ya que de otra forma se presentará solo estrés laboral, fatiga o similares.

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

Thompson, Page y Cooper limitan la razón del Burnout a cuatro variables: las diferencias entre las demandas del puesto y las capacidades del profesional, el grado de autoconciencia del trabajador, las expectativas de éxito, y los sentimientos de autoconfianza. La variable de la autoconciencia, considerada un rasgo de personalidad, se define como la capacidad del profesional de autorregular los niveles de estrés percibido durante el desarrollo de una actividad. Estos trabajadores padecen mayores niveles de estrés que los trabajadores con baja autoconciencia. Las diferencias entre demandas y recursos de los profesionales era otra de las variables causantes del Burnout, esta discrepancia puede hacer que el profesional pierda la confianza en sus capacidades y manifieste sentimientos de baja realización produciendo quemadura laboral.

Cuando las expectativas de éxito del trabajador y sus sentimientos de autoconfianza no alcanzan los objetivos propuestos el profesional experimenta sentimientos de frustración y tiende a resolver las dificultades retirándose mental o conductualmente de la situación problemática elevando el riesgo de aparición del Burnout. Las conductas de despersonalización son consideradas en este modelo como un patrón de retiro conductual. Cuando los profesionales no pueden desarrollar estas conductas de abandono experimentan sentimientos de desamparo profesional y de agotamiento emocional.

Por otro lado, la disposición por parte del profesional a tener una actitud positiva y optimista ante los factores que dificultan el trabajo puede contribuir a aumentar la confianza de los profesionales y así reducir la aparición del Burnout. (Gómez, 2014)

En este modelo se consideran a cuatro elementos que influyen en el Burnout, siendo la primera la autoconfianza, un rasgo de personalidad que al ser alta puede provocar un mayor grado de Burnout ante el fracaso, luego la diferencia entre las capacidades de la persona y las demandas del puesto puede sofocar al trabajador. El siguiente rasgo es la expectativa de éxito la cual si es alta y no se logra alcanzar dará inicio a un posible Burnout. Finalmente, la autoconfianza de los trabajadores será un poderoso aliado en la lucha contra el Burnout ya que los sentimientos positivos derivados de la actitud positiva provocan una mejora en los sentimientos del trabajador el cual podrá afrontar de mejor forma cualquier situación relacionada con el Burnout.

1.4.2. Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social.

1.4.2.1. Modelo de Comparación Social de Buunk y Shaufeli.

Este modelo señala que el síndrome de Burnout posee una doble etiología los cuales son: procesos de intercambio social de los usuarios y los procesos de comparación con los compañeros. Tres son los elementos que tienen relación con el desarrollo del síndrome: la incertidumbre, la percepción de equidad, y la falta de control. La incertidumbre es no estar seguro de los sentimientos y pensamientos acerca de cualquier elemento. La percepción de equidad se refiere a la sensación de recibir en función de lo brindado, y la falta de control se refiere a la posibilidad de que el empleado pueda controlar sus resultados laborales. En general lo esperado por los profesionales y lo que reciben normalmente no es equitativo por lo que es muy normal encontrarse con frustraciones. Cuando las personas se encuentran en situación de Burnout buscan evitar a sus compañeros, a las personas en general, por miedo a ser criticados, a que sean catalogados como incompetentes. (Gómez, 2014)

Los autores desarrollan su modelo basándose en el ámbito social y por otro lado el personal de un trabajador. En el primer caso definen a los elementos que provocan el estrés laboral previo al Burnout a la incertidumbre sobre su accionar, la percepción de equidad entre lo que el trabajador y lo que recibe de la empresa y la falta de control de sus acciones laborales. Luego en lo que se refiere a lo personal el estrés hace que las personas quieran aislarse antes que compartir lo que hace su situación profesional vaya empeorando.

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

El modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddy indica que el estrés surge cuando los profesionales sienten que aquello que les motiva se ve amenazado. Los estresores laborales producen inseguridad en los trabajadores al poner en duda sus capacidades y recursos para alcanzar los objetivos propuestos. Hobfoll y Freddy destacan la importancia de las relaciones entre compañeros, calificando a estas como fuente de estrés

En este modelo los profesionales se esfuerzan por no perder sus capacidades y recursos, ya que es más importante mantener ciertas habilidades básicas que tener recursos extras. La pérdida de habilidades y recursos por parte del profesional es la causa del desarrollo del Burnout. El modo de afrontar la situación va a ser otra variable muy influyente en el desarrollo del queme profesional. Puesto que este modelo le da importancia a la motivación de los profesionales, sus autores señalan que las estrategias de afrontamiento adecuadas serían las activas que implican una aportación de recursos extras y reducen los síntomas del síndrome.

Para prevenir el Burnout hay que destacar la adquisición de habilidades que posibiliten el desarrollo del trabajo de forma positiva y es importante también cambiar la percepción negativa que los profesionales tienen sobre sus propias capacidades en relación al trabajo, si estos evitan la pérdida de recursos o incrementan los que tienen su percepción del trabajo va a ser más positiva y va a hacer que se reduzcan los factores que posibilitan la aparición del Burnout. (Gómez, 2014)

En este caso entonces el autor del modelo se centra en lo que llama los recursos, los cuales incluyen las capacidades de las personas, sus habilidades para alcanzar los objetivos, y cuya carencia motiva el Burnout. Debido a esta característica entonces para afrontar este síndrome se trabaja en aumentar o mejorar los recursos disponibles para el profesional a fin de que se pueda hacer frente a este síndrome

1.4.3. Modelos Desarrollados desde la Teoría organizacional.

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

Para entender el Burnout hay que analizar cómo actúa el individuo ante los elementos que lo generan. Plantea que este fenómeno se produce por una situación de sobrecarga laboral y

pobreza de rol que posteriormente va a generar un sentimiento de baja realización personal, agotamiento emocional y despersonalización

Golembiewski, Muzenrider y Carter proponen que el desarrollo de este fenómeno es progresivo y que se desarrolla en ocho fases que surgen a partir de las diferentes dimensiones puntuadas en el MBI. Consideran que el Burnout puede manifestarse con un inicio agudo o tener una evolución crónica más lenta, y para establecer las estrategias de afrontamiento adecuadas es necesario analizar el inicio y la evolución del síndrome, ya que dependiendo de la fase en la que se encuentre se producirán unas consecuencias u otras. (Gómez, 2014)

Entonces este síndrome es visto como una enfermedad de tipo progresiva, en fases, cuya estrategia dependerá entonces de que tan avanzado se encuentre el síndrome para tomar la mejor estrategia.

1.4.3.2. Modelo de Winnubst.

Es un modelo que engloba algunas variables para describir el síndrome entre las que se encuentran el apoyo social, la cultura y clima organizacionales, y su estructura. El Burnout va a depender entonces del tipo de organización y del apoyo social que hace que la persona tenga cierta percepción sobre la empresa.

Cada estructura de forma particular da lugar a una nueva cultura organizacional y por tanto el síndrome varía sus antecedentes en cada caso particular de empresa

Cuando existen métodos mecánicos por lo general es la rutina, el agotamiento diario, la monotonía y la falta de control los elementos que causan la aparición del síndrome. En cambio, cuando el sistema es más profesionalizado el síndrome aparece como consecuencia de una estructura débil que provoca que los miembros de la empresa lleguen a confrontarse, que exista problemas con los roles de la empresa y conflictos entre los miembros de la organización.

El apoyo social que se mencionaba anteriormente normalmente es diferente entre las empresas de profesionalización y las mecánicas ya que en las primeras debido a su estructura de tipo horizontal es mejor la comunicación que en las segundas, y desde luego influye en la percepción de los trabajadores sobre la empresa.

Son cuatro los supuestos en los que se basa el modelo:

- Las empresas cuentan con algún sistema de apoyo social que depende de su estructura
- Los sistemas de apoyo tienen relación directa con el clima laboral por lo que puede ayudar a la optimización del mismo
- Los criterios anteriormente mencionados predecirán de que forma la empresa influirá en la aparición del síndrome del Burnout.
- El apoyo social es una poderosa variable que influirá en muchos aspectos en la estructura organizacional por lo que se la considera una variable por demás importante en la aparición del Burnout.

Existe un cuarto grupo que serían los modelos englobados en la Teoría Sociodinámica y Existencialista. Estas teorías explican los mecanismos de elección de la carrera, señalan que las personas sienten gran necesidad de creer que su vida es significativa, así como las cosas que hacen y por lo tanto ellos mismos serían importantes y significativos, cuando el trabajo no logra satisfacer dichas necesidades de realización personal, no permitiendo el logro de metas y el desarrollo de las máximas potencialidades las personas son vulnerables a presentar Burnout. (Gómez, 2014)

Este autor engloba las causas para el Burnout en dos grupos dependiendo del tipo de organización, así puede presentarse a nivel mecánico como cansancio, monotonía, rutina y a un nivel profesional como conflicto con el resto de compañeros, con su rol en la empresa.

1.4.3.3. Modelo de Cox, Kuk y Leiter

Este modelo describe al Burnout como una respuesta al estrés laboral producido por estrategias inadecuadas para afrontar problemas. Para desarrollar el modelo se incluyen variables como el cansancio emocional, la ansiedad y la tensión. El modelo también menciona que el principal problema que ocasiona el síndrome es el agotamiento emocional.

En el caso de la despersonalización se la considera que se provoca por cuanto constituye como una estrategia de afrontamiento ante la aparición del agotamiento emocional, en tanto el sentimiento de poca realización se deben a la evaluación de tipo mental que realiza la

persona frente al estrés y se relaciona tanto con las frustraciones profesionales del individuo, así como con el significado que tiene el trabajo para el individuo.

La salud de la organización puede regular la relación entre estrés-síndrome que va a estar determinada por los aspectos psicosociales de la organización, asimismo, la realización personal en el trabajo podría tener una acción moduladora en los efectos que los sentimientos de agotamiento emocional ejercen sobre las actitudes de despersonalización.

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

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

El Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1981, 1986) es un instrumento conformado por 22 ítems que se valoran con una escala de frecuencia de siete grados. En su versión original (Maslach & Jackson, 1981), la escala para valorar los ítems constaba de dos formas: una de frecuencia y otra de intensidad, donde el individuo debía contestar a cada ítem a partir de preguntas relativas a sentimientos y pensamientos relacionados con el ámbito de trabajo y su desempeño habitual en este. Sin embargo, en la versión de 1986 no se presenta la forma de intensidad, ya que los autores consideraron que ambas formas se solapaban, disponiendo como correlación la más alta entre ambas dimensiones de evaluación ($r = 0.73$ con una media de $r = 0.56$). La razón para mantener el formato de frecuencia es por su similitud con el utilizado en otras medidas de tipo autoinforme, de actitudes y sentimientos.

El MBI se divide en tres subescalas las cuales miden tres factores ortogonales cada una, denominados: agotamiento emocional (*Emotional exhaustion*) con 9 ítems, despersonalización (*Depersonalization*) con 5 ítems y realización personal en el trabajo (*Personal accomplishment*) con 8 ítems, obteniéndose en ellas una puntuación estimada como baja, media o alta, dependiendo de las diversas puntuaciones de corte determinadas por las autoras para cada profesión en específico, tomando como criterio de corte el percentil 33 y el 66 ítems).

A partir del surgimiento del MBI-HSS, ha nacido una extensa investigación empírica que ha tratado de determinar la veracidad de las propiedades psicométricas del instrumento y la búsqueda confirmatoria de la tridimensionalidad del síndrome propuesta en sus escalas, tanto en muestras de profesionales como en estudios transculturales (Olivares, Mena, Jélvez, & Macía, 2014).

1.5.2. Modelo de Edelwich y Brodsky

Proponen un modelo progresivo, considerado como un proceso de pérdida de ilusión por parte del trabajador hacia su actividad laboral y destinado a profesiones de ayuda que recoge las siguientes cuatro fases:

1. En una primera etapa de idealismo y entusiasmo el trabajador tiene una serie de expectativas, generalmente irreales, acerca de los objetivos que puede alcanzar en su trabajo. Se suele dar en los primeros seis meses de trabajo en el ámbito de los servicios humanos.
2. La segunda etapa supone un estancamiento o paralización al constatar la irrealidad de las expectativas, así como la pérdida del idealismo y entusiasmo iniciales.
3. La tercera etapa, de frustración y apatía, es el núcleo central del síndrome según la concepción de los autores.
4. La cuarta y última fase está caracterizada por un sentimiento de vacío, apatía que se puede manifestar en un distanciamiento emocional. Es un efecto sumativo de las fases anteriores que da lugar a un daño emocional.

Los autores argumentan que la progresión del modelo no es lineal sino cíclica, de modo que un sujeto puede completar el ciclo en distintas épocas y en el mismo o en diferentes puestos de trabajo. (Montejo, 2014)

1.5.3. Modelo de Price y Murphy

Price y Murphy en 1984 establecen un modelo basado en cuatro fases y donde el sentimiento de culpa es una variable clave para entender el deterioro psicológico:

1. Desorientación: el trabajador se siente extraño ante su nueva situación laboral, mide sus capacidades y recursos en contraposición con las demandas, percibe que “no llega” y se siente desorientado.
2. Inestabilidad emocional: se producen cambios afectivos influenciados por el grado de apoyo emocional y la actitud de distanciamiento hacia los demás.
3. Sentimiento de culpa derivado de la baja autoconsideración profesional.
4. Tristeza y soledad. Una vez llegados a esta cuarta fase el proceso puede perpetuarse o superarse. Si se logra superarse observan las fases quinta y sexta:

5. Solicitud de ayuda.
6. Equilibrio. (Montejo, 2014)

1.5.4. Modelo de la Teoría Estructural Modelo de Gil Monte

Gil-Monte y Peiró en 1999 plantean una perspectiva como resultado de sus estudios, en los que los análisis de regresión concluyen que el Síndrome de Burnout puede ser integrado en los Modelos Cognitivos y en el Modelo Transaccional de Estrés Laboral de Cox y Mackay.

Este modelo, desde la parte etiológica hasta las consecuencias posteriores, considera al Burnout como una respuesta al estrés laboral percibido el cual da inicio después que la persona aplica estrategias para afrontar situaciones de estrés pero resultan ser ineficaces. Como consecuencia surge un elemento mediador entre el estrés percibido y sus consecuencias como falta de salud, baja satisfacción laboral, entre otras.

Burnout puede ser integrado en los Modelos Cognitivos y en el Modelo Transaccional de Estrés Laboral de Cox y Mackay (1981).

1.6. Prevalencia del Burnout

El Burnout es un problema que se presenta en casi todos los trabajos que tienen situaciones de estrés, y desde luego en la práctica del cuidado a niños no es la excepción. Son interesantes las conclusiones derivadas del trabajo de (Pérez, Fulgencio, & González, 2013) en donde menciona que el dominar ciertas competencias o habilidades requeridas para un adecuado cuidado infantil, en especial la de establecer vínculos afectivos, constituye un factor preventivo para el desarrollo del síndrome de Burnout en personas que se desempeñan en estancias infantiles; y que, por el contrario, carecer de éstas, constituye una condición de vulnerabilidad para el desarrollo del mismo. Estos resultados corroboran lo señalado por Maslach (2009), respecto a que son los trabajadores con menos capacidad o habilidades para realizar las exigencias del puesto los más susceptibles a agotarse emocionalmente y, por tanto, a desarrollar el síndrome.

Lo anterior permite dirigir la discusión en dos vertientes, una relacionada principalmente con los beneficios/perjuicios para las organizaciones de cuidar sus perfiles de puesto, y otra con la relevancia de la habilidad para establecer vínculos afectivos para reducir el riesgo de desarrollar el síndrome de Burnout. Respecto a la primera vertiente, los hallazgos de estudio parecen sugerir la imprescindible necesidad de toda organización, de contar con detallados

perfiles de puesto para cada una de las áreas que se requiera cubrir satisfactoriamente en función de su giro. Al hacer esto, optimizarían su labor de selección de personal, pues se tendrían elementos precisos para reconocer las capacidades, habilidades y características de personalidad que tendría que identificar en cada uno de los candidatos para elaborar en ella, en puestos específicos. De este modo al cuidar la correspondencia entre el perfil del puesto y las capacidades, personalidad y habilidades dominadas por cada una de las personas contratadas, no sólo se minimizarían los factores que pudieran favorecer el desarrollo del Burnout en el trabajador, sino que también la empresa u organización reducirá con ello en gran medida los inconvenientes que conlleva la solicitud periódica de incapacidades debidas a problemas de salud vinculados con el estrés laboral crónico, como las alteraciones gastrointestinales y taquicardia, entre otros). Entre los inconvenientes más comunes a raíz de esto se encuentran: baja productividad y calidad del servicio, ausentismo laboral y abandono permanente del trabajo, entre otras.

1.7. Variables asociadas de Burnout.

De acuerdo a (Ramírez & Zurita, 2010) las variables más importantes asociadas al Burnout son:

1.7.1. Clima Organizacional

El Clima Organizacional es el conjunto de percepciones que tienen sobre la organización los empleados de la misma, considerados como un todo. Independiente del autor o teoría de referencia, hay un amplio acuerdo en que el Clima Organizacional está compuesto por diferentes dimensiones que caracterizarían aspectos particulares del Ambiente Organizacional. El Clima Organizacional se conforma de percepciones individuales, pero debe haber un grado de consenso elevado para considerarse Clima, esto es, las percepciones han de ser compartidas. Frente a esto es posible señalar que el concepto de Clima Organizacional es el aporte de las acciones que cada uno de los componentes hace a la organización y se basa en la percepción compartida de sus integrantes. Hay que considerar que, esta percepción puede tener efectos positivos y negativos en el bienestar global de los trabajadores. En lo relacionado con el Burnout, no es apropiado centrarse sólo en el individuo al analizar el desarrollo de este Síndrome, ya que la dificultad de establecer un equilibrio entre los empleados y su ambiente de trabajo, desempeña un importante papel la aparición del BO en el individuo. Las relaciones entre satisfacción laboral, estrés, ambiente laboral y clima organizacional son especialmente importantes con respecto al BO.

1.7.2. Estrés

Se lo define mental negativo que reúne una serie de componentes tanto mentales como emocionales y sus efectos sobre la salud de los trabajadores en la empresa. Asimismo, actualmente existen teorías sobre el estrés que pueden utilizarse para relacionar la experiencia y los efectos del estrés laboral con algunos efectos perjudiciales en la salud del individuo según Cox, Griffiths y Rial-González (citado por Ramírez y Zurita, 2010). Sin embargo, en el ámbito laboral parece necesario un nivel de tensión mínima para que el trabajador muestre al máximo sus capacidades, pero los desequilibrios de estos niveles pueden afectar drásticamente su rendimiento personal y los de la organización, junto con influir negativamente sobre su desarrollo personal, familiar y laboral.

1.7.3. Apoyo social

De acuerdo con la revisión realizada por Acuña y Bruner (citado por Ramírez y Zurita, 2010), se puede distinguir entre dos tipos de apoyo social, el percibido y el recibido, el primero se refiere a la expectativa de un individuo de involucrarse en interacciones positivas con otros. El segundo se refiere al apoyo real que un individuo ha recibido en el pasado en situaciones de necesidad. Es importante señalar la distinción entre soporte de las amistades y soporte familiar dado que las personas pueden beneficiarse del soporte familiar o de amigos por diferentes vías. Así, para la presente investigación, se considerará la presencia del apoyo social percibido y su relación con el BO.

1.7.4. Satisfacción vital

Se refiere a una evaluación que realiza el individuo sobre aspectos de su vida entre los que se incluyen los bienes que se hayan adquirido, la balanza entre los aspectos positivos y negativos y el nivel de satisfacción de acuerdo a parámetros establecidos por el individuo. La satisfacción forma parte de los aspectos positivos de las emociones pasadas por lo que en caso de no disfrutarlas o no tener demasiados momentos buenos además de enfatizar los malos lo cual acaba por mermar la felicidad del individuo

1.7.5. Satisfacción laboral

Este término no es estándar y las definiciones suelen ser muy variadas dependiendo del autor. La más clara tal vez es la que manifiesta que se refiere a la disposición de la persona

para actuar de una forma determinada en relación a su puesto de trabajo y la satisfacción que le provoca hacerlo.

1.7.6. Estilos de afrontamiento

Son los esfuerzos de índole mental y conductual que se van desarrollando y cambiando en el individuo con el objetivo de satisfacer ciertas demandas específicas que se encuentran faltantes o excedentes en la persona. El afrontamiento cumple dos tareas especialmente siendo en primer lugar el manejar las relaciones de la persona con su ambiente para mantenerlo alerta, que puede considerarse fuente de estrés y se refiere al afrontamiento centrado en el problema, en tanto que la segunda refiere a las regulaciones de las emociones que provoca el estrés. Las diferencias entre ambos estilos ayudan a explicar de qué forma cada individuo afronta el estrés. (Ramírez & Zurita, 2010)

1.7.7. Variables sociodemográficas

Maslach (citado por Ramírez y Zurita, 2010), manifiesta que variables relacionadas al Burnout son la edad, género, nivel de educación, las cuales sin embargo no tienen tan grande preponderancia como los factores de ambiente de donde se puede inferir entonces que el síndrome es más de tipo social que individual. Aun así la variable edad parece ser la más consistente con el síndrome ya que existe cierta correlación entre la aparición temprana del Burnout de jóvenes que entre quienes 30 o 40 años.

CAPÍTULO 2
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Objetivos.

2.1.1. Objetivo general.

Identificar la prevalencia de Burnout en las cuidadoras formales e informales de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Ministerio de Inclusión Económica y Social en las parroquias Huachi Chico y Picaihua de la Ciudad de Ambato durante los años 2017-2018.

2.1.2. Objetivos específicos.

- Identificar las características generales del Síndrome de Burnout a nivel teórico.
- Aplicar diversos cuestionarios a las cuidadoras formales e informales de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Ministerio de Inclusión Económica y Social de las parroquias Huachi Chico y Picaihua de la Ciudad de Ambato, para identificar la existencia de casos de Burnout en las cuidadoras.
- Emitir conclusiones referentes a los resultados obtenidos en el estudio realizado.

2.1.3. Preguntas de investigación.

¿En qué consiste el Síndrome del Burnout?

¿Cómo se presenta el Síndrome de Burnout en las cuidadoras formales e informales de los centros infantiles del Buen Vivir del Ministerio de Inclusión Económica y Social en las parroquias Huachi Chico y Picaihua de la Ciudad de Ambato?

¿Qué se puede concluir de los test aplicados?

2.1.4. Contexto de la investigación

En la presente investigación se evaluó a las cuidadoras formales e informales de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Ministerio de Inclusión Económica y Social de las parroquias de Huachi Chico y Picaihua de la ciudad Ambato, la cual presta servicios de alto nivel en lo científico, tecnológico y humano.

El Ministerio de Inclusión Económica y Social se encarga de definir y ejecutar políticas, estrategias, planes, programas, proyectos y servicios de calidad y con calidez, para la inclusión económica y social, con énfasis en los grupos de atención prioritaria y la población que se encuentra en situación de pobreza y vulnerabilidad, promoviendo el desarrollo y

cuidado durante el ciclo de vida, la movilidad social ascendente y fortaleciendo a la economía popular y solidaria.

2.1.5. Diseño de investigación

El método empleado en el presente estudio fue exploratorio. Este tipo de estudio se efectúa cuando el problema ha sido escasamente abordado de tal forma que la cantidad de estudios previos son muy pocos. Además, este tipo de investigación permite formular el tema nuevo e incluso delimitarlo para futuras investigaciones. (Palella & Martins, 2006)

También fue descriptivo. En este tipo de investigación se tiene por objetivo interpretar la realidad del problema, para lo cual es necesario el registro, análisis e interpretación de los datos que muestran la naturaleza de los fenómenos a estudiar. Su propósito es realizar declaraciones acerca del comportamiento actual dominante del sujeto de estudio, incluso si no se ha establecido una hipótesis previa. (Palella & Martins, 2006)

Adicionalmente es correlacional, debido a que su objetivo es encontrar el grado de relación o correlación entre las variables de estudio, de tal forma que sea mediante el estudio del comportamiento de una de ellas se puede conocer el comportamiento de la otra; para lo cual se utilizan técnicas estadísticas que ayudan a parametrizar los resultados de la información levantada (Cazau, 2006).

Adicionalmente presenta un enfoque cuantitativo, mismo que se caracteriza por privilegiar al dato como base de la investigación, es decir, que toda la realidad debe ser expresada por medio de números a fin de obtener por medio de métodos estadísticos la comprobación de la verdad medible. (Palella & Martins, 2006)

2.1.6. Muestra

Se debe mencionar que la población de estudio la conforman en total 167 personas en total distribuidos en 36 Centros Infantiles de la ciudad de Ambato distribuidos entre 36 coordinadoras y 131 cuidadoras que trabajan en las instituciones del Ministerio de Inclusión Económica y Social de la ciudad Ambato

La muestra solicitada por la Universidad fue de 40 personas, estratificada, que fue aplicada en las parroquias de Huachi Chico y Picahihua a las cuidadoras formales e informales que trabajan en los Centros Infantiles y que cumplían los criterios de la investigación.

La investigación se adecuó a las normas éticas urbanas, respetando la confidencialidad de las participantes. El estudio no representó riesgo alguno para las cuidadoras y los datos fueron tomados con el consentimiento de cada persona.

Los criterios considerados para seleccionar la muestra fueron:

Criterios de inclusión: Trabajar de cuidadora en los centros infantiles de la ciudad de Ambato a cargo del Ministerio de Inclusión Económica y Social.

Criterios de exclusión: Personal administrativo, padres, educandos.

2.1.7. Procedimiento.

El desarrollo de esta investigación se realizó.

Para entrevistar a las cuidadoras fue necesario realizar una solicitud al Ministerio de Inclusión Económica y Social y a las coordinadoras de los Centros Infantiles del Buen Vivir para que sea posible aplicar las evaluaciones requeridas en la presente investigación.

Una vez que se aprobó la autorización se procede a conversar de manera individual con las cuidadoras para explicar el objeto de las evaluaciones, se pide el consentimiento de ellas para tomar sus datos que se tomó hasta dos días después.

Los datos tomados se pasaron a tabular en cuadros que se encontraban esquematizados en hojas de Excel los cuales permitirán un adecuado nivel de lectura e interpretación de los datos obtenidos.

2.1.8. Instrumentos.

Los instrumentos fueron utilizados para recolectar la información que permitió cumplir con los objetivos trazados.

- Tabla 1: Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales
- Tabla 2: Cuestionario MBI
- Tabla 3: Entrevista de carga para cuidadores formales

- Tabla 4: Escala de satisfacción vital (ESV)
- Tabla 5: Cuestionario de Salud General (GHQ-28)
- Tabla 6: Cuestionario de Afrontamiento (BRIEF – COPE)
- Tabla 7: Cuestionario de Apoyo Social (AP)
- Tabla 8: Brief Resilience Scale (BRS)

2.1.8.1. Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales

Enfocado en obtener información sociodemográfica entre los que se puede nombrar: género, edad, número de hijos, etnia, estado civil, ingresos mensuales, experiencia profesional, sector de trabajo, tipo de contrato, horas de trabajo, turnos, recursos institucionales y clima laboral.

2.1.8.2. Inventario de Burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory) [MBI-HSS]

En lo que respecta al inventario de *Burnout* de Maslach [MBI-HSS] versión española de Seis dedos (1997) el cuestionario evalúa las tres dimensiones del *Burnout*: a) agotamiento emocional (indica nivel de cansancio y si la persona está exhausta por su trabajo), b) despersonalización (niveles de distanciamiento laboral), c) realización personal (niveles de satisfacción en el trabajo), este cuestionario utiliza la escala de Likert con puntuaciones de 0 a 6.

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

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

2.1.8.3. Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28); (Goldberg y Hillier, 1979; versión española de Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979)

Este es un cuestionario auto-administrado, utilizado para conocer como la persona aprecia su estado de salud. Está compuesto por 28 ítems utilizados para comprobar la existencia de problemas psiquiátricos menores y estado de la salud mental del encuestado. En lo que respecta a las propiedades psicométricas cuenta con el punto de corte de 5/6 indicador de la existencia de un caso probable, con sensibilidad = 84.6% y especificidad = 82% (Lobo, Pérez-Echeverría y Artal, 1986), y con un valor de alfa de Cronbach de 0.89. Evalúa por medio de cuatro sub-escalas como son:

- Síntomas somáticos: Dolores de cabeza, escalofríos, agotamiento entre otros.
- Ansiedad: Nerviosismo, pánico, dificultades para dormir.
- Disfunción social: Sentimientos hacia las actividades que realiza durante el día.
- Depresión: Sentimientos de desvalorización, pensamientos de muerte.

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

Esta escala multidimensional, está compuesto por 28 ítems, tiene como objetivo conocer las diferentes respuestas de la persona ante problemas estresantes y situaciones complicadas. (Vargas, Herrera, Rodríguez y Sepúlveda, 2010) los tipos de afrontamiento que evalúa son:

- Afrontamiento activo: Actividades y acciones ejecutadas para solucionar el problema.
- Auto-distracción: Centrar en actividades que no permitan pensar en el problema y así olvidarlo.
- Negación: Rechazar lo que está ocurriendo para no enfrentar el problema.
- Uso de sustancias: Ingerir sustancias para esquivar y no hacer frente al problema. poder afrontarla.
- Uso de apoyo emocional: Buscar en terceros afecto y apoyo.
- Uso de apoyo instrumental: Busca ayuda en guías que expliquen la situación problemática por la que se está pasando.
- Retirada de comportamiento: Hacer a un lado el problema, sin asumirlo dejando que se resuelva solo.
- Desahogo: Desahogo de los sentimientos que ha provocado el problema.
- Replanteamiento positivo: Sacar algo bueno del problema aprendiendo de él.

- Planificación: Formulación de un proceso a seguir para controlar el problema.
- Humor: Quitarle importancia al problema para no pensar en ello.
- Aceptación: Reconocer el problema y aceptarlo de manera tranquila.
- Religión: Refugio en espiritualidad.
- Culpa de sí mismo: Auto culparse de los problemas por los que se atraviesa.

En cuanto a las propiedades psicométricas cuenta con un alfa de Cronbach de 0.50 y 0.80 para cada una de sus estrategias (Carver, 1997).

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

El cuestionario creado por Survey; Sherbourne y Steward, 1991; versión española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, (2005) es auto administrado y consta de 20 ítems utilizados para conocer la extensión de la red social que posee la persona, utiliza una escala de Likert de 5 puntos, que va de 1 (nunca) a 5 (siempre), consta de un alfa de Cronbach de 0.97 y para las subescalas entre 0.91 y 0.96. Identifica cuatro dimensiones de apoyo social:

- Apoyo emocional: Alguien que preste guía y consejo.
- Apoyo instrumental: Alguien que presta ayuda en casa.
- Amor y cariño: Alguien para comunicarse, con quien distraerse en tiempo de ocio y brinde afecto.

2.1.8.6. Cuestionario Brief Resilience Scale (BRS)

Comprende seis preguntas en formato tipo Likert, que va de 1 (Muy en desacuerdo) a 5 (Muy de acuerdo). La puntuación máxima es 30 puntos, a mayor puntuación mayor resiliencia. Esta escala mide la capacidad de recuperación de las personas frente al estrés; además proporciona información sobre cómo las personas afrontan el estrés asociado a la enfermedad

2.1.8.7. Escala de Satisfacción con la Vida (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985)

El cuestionario consta de cinco ítems con alternativa de respuesta múltiple, que oscilan entre 5 «muy de acuerdo» y 1 «muy en desacuerdo». La calidad de vida fue evaluada a través de la versión española de las Láminas COOP-WONCA – Dartmouth COOP Functional Health Assessment Charts/Wonca– (Lizán y Reig, 1999) y a través de la versión española del «Perfil de Salud de Notting-ham» (Alonso, Antó y Moreno, 1990). Las Láminas COOP-WON-CA están constituidas por nueve escalas, de un único ítem, con alternativas de respuesta tipo Likert de cinco puntos: forma física, sentimientos, grado de realización de las actividades cotidianas, realización de actividades sociales, cambios del estado de salud, estado de salud, dolor, apoyo social y calidad de vida. Las puntuaciones más altas expresan peores niveles de funcionamiento. No se utilizó en el análisis la lámina sobre cambios en el estado de salud, ya que su escala de medida es diferente a las del resto (Lizán y Reig, 1999).

El instrumento resultante mostró buenas propiedades psicométricas: alfa de Cronbach de 0,87, correlación test-retest de 0,82 a los dos meses y correlaciones ítem-test entre 0,57 y 0,75. El análisis factorial extrajo un único factor que explicaba el 66% de la varianza.

2.1.8.8. El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit (1983)

El Objetivo de la Escala Zarit es medir la sobrecarga del cuidador evaluando dimensiones como calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente cuidado.

Las preguntas de la escala son tipo Likert de 5 opciones

La versión original en inglés, que tiene Copyright desde 1983, consta de un listado de 22 afirmaciones que describen cómo se sienten a veces los cuidadores; para cada una de ellas, el cuidador debe indicar la frecuencia con que se siente así, utilizando una escala que consta de 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) y 4 (casi siempre). Las puntuaciones obtenidas en cada ítem se suman, y la puntuación final representa el grado de sobrecarga del cuidador. Por tanto, la puntuación global oscila entre 0 y 88 puntos.

Actualmente cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 22 y 110 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en:

Ausencia de sobrecarga	≤46
Sobrecarga ligera	47-55

Sobrecarga intensa ≥ 56

- El estado de sobrecarga ligera se reconoce como un riesgo para generar sobrecarga intensa.
- El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbimortalidad del cuidador, por lo cual se debe indicar.
- La ausencia de sobrecarga, requiere monitoreo, sobre todo ante aumento de los requerimientos de cuidado

CAPÍTULO 3
RESULTADOS

3.1. Interpretación de Resultados

3.1.1. Características sociodemográficas

Tabla 1: Características sociodemográficas de las cuidadoras formales e informales

Género		
	n	%
Femenino	40	100,0
Etnia		
Mestizo	24	60,0
Indígena	16	40,0
E. Civil		
Soltero	15	37,5
Casado	19	47,5
Divorciado/separado	3	7,5
Unión libre	3	7,5
Edad		
Mínimo	19,0	
Máximo	55,0	
Media	32,150	
Desviación estándar	8,3222	
# Hijos		
Mínimo	0,0	
Máximo	4,0	
Media	1,475	
Desviación estándar	1,1320	
Zona		
Urbana	15	37,5
Rural	25	62,5

Fuente y elaborado por: Cuestionario sociodemográfico y laboral. Elaborado por: Salazar, D.,2018

Interpretación:

Respecto a los datos obtenidos en la investigación se tuvo que la totalidad de las cuidadoras fueron mujeres. El 60% de participantes se considera mestizo y el 40% indígena. Se tuvo

que el 37.5% de las cuidadoras eran solteras, el 47.5% casadas, el 7.5% divorciadas o separadas y el 7.5% restante se encontraban en unión libre. El promedio de edad de las participantes fue de 32.15 años. El número promedio de hijos por participantes fue de 1.475 hijos. Además, se pudo conocer que el 37.5% de las cuidadoras vivían en zonas urbanas en tanto que el 62.5% en zonas rurales.

3.1.2. Características laborales.

Tabla 2: Características laborales de las cuidadoras formales e informales.

\$ Salario		
	n	%
entre 0 y 1000	40	100,0
Profesión		
Administración en centros infantiles	1	2,5
Bachiller	28	70,0
Ingeniería Comercial	1	2,5
Licenciatura en educación básica	2	5,0
Licenciatura en parvularia	7	17,5
Tercer Nivel	1	2,5
Contrat		
Eventual	2	5,0
Ocasional	36	90,0
indefinido (nombramiento)	1	2,5
Ninguno	1	2,5
Turnos		
No	40	100,0
Recurs		
Medianamente	23	57,5
Poco	17	42,5
Experiencia		
Mínimo	0,0	
Máximo	13,0	
Media	3,638	
Desviación estándar	3,3512	

Fuente y elaborado por: Cuestionario sociodemográfico y laboral. Elaborado por: Salazar, D.,2018

Interpretación

En cuantos a las características profesionales de las cuidadoras formales e informales se puede apreciar que el 100% de las personas estudiadas tienen un salario hasta 1000 USD. La mayor concentración de profesiones de las cuidadoras formales e informales se encuentra en el bachillerato con el 70% seguido de la licenciatura en parvularia con 17.5%. Los contratos de las cuidadoras formales e informales son ocasionales en un 90%, seguido de eventuales con un 5% e indefinidos o ninguno ambos con un 2.5%. Las cuidadoras disponen de recursos medianamente en un 57.5% o pocos en un 42.5% en la institución en donde trabajan. Adicionalmente la media de experiencia en el campo de las cuidadoras es de 3.638 años.

3.1.3. Inventario del Síndrome de Burnout (MBI).

Tabla 3: Cuestionario MBI

Agotamiento emocional		
	N	%
ALTO	0	0
MEDIO	20	50
BAJO	20	50
Despersonalización		
ALTO	0	0
MEDIO	11	27,5
BAJO	29	72,5
Realización personal		
ALTO	25	62,5
MEDIO	12	30
BAJO	3	7,5

Fuente y elaborado por: Cuestionario MBI. Elaborado por: Salazar, D., 2018

Interpretación

En cuanto al Inventario del Síndrome de Burnout (MBI) en la dimensión de agotamiento emocional las cuidadoras tienen un nivel medio y bajo, ambos con un 50%; en el ámbito de la despersonalización el valor más importante es 72.5% que corresponde a un nivel bajo; en la dimensión realización personal las cuidadoras consiguieron un nivel alto con un 62.5% como dato de mayor relevancia.

Tabla 4: *Presencia del Burnout*

Burnout		
	n	%
PRESENCIA	0	0
NO PRESENCIA	40	100

Fuente y elaborado por: MBI. Elaborado por: Salazar, D., 2018

Interpretación

Según los datos obtenidos del MBI no se reportan casos de Burnout entre las cuidadoras formales.

3.1.4. Entrevista de carga para cuidadores formales.

Tabla 5: *Entrevista de carga para cuidadores formales e informales.*

Carga de cuidadoras		
	n	%
NO HAY SOBRECARGA	39	97,5
SOBRECARGA LEVE	0	0
SOBRECARGA INTENSA	1	2,5

Fuente: Entrevista de carga para cuidadores formales. Elaborado por: Salazar, D., 2018

Interpretación

En lo referente a la carga de las cuidadoras formales e informales se pudo encontrar que el 97.5% de ellas no posee sobrecarga en tanto que una que corresponde al 2.5% tiene una sobrecarga intensa.

3.1.5. Escala de satisfacción vital (ESV).

Tabla 6: *Escala de satisfacción vital*

Escala de Satisfacción Vital		
	n	%
ALTAMENTE SATISFECHOS	24	60
SATISFECHOS	13	32,5
LIGERAMENTE SATISFECHOS	2	5
LIGERAMENTE POR DEBAJO DE LA MEDIA DE SATISFACCIÓN VITAL	1	2,5

INSATISFECHOS	0	0
MUY INSATISFECHO	0	0

Fuente: Escala de Satisfacción Vital. Elaborado por: Salazar, D.,2018

Interpretación

En cuanto a la satisfacción de las cuidadoras respecto a sus vidas se pudo encontrar que el 60% de ellas se encuentran altamente satisfechos, el 32.5% se encuentran satisfechos, el 5% ligeramente satisfechos y el 2.5% ligeramente satisfechos por debajo de la media.

3.1.6. Cuestionario de salud General (GHQ-28).

Tabla 7: Cuestionario de salud general (GHQ-28)

Síntomas somáticos		
	n	%
CASO	0	0
NO CASO	40	10
Ansiedad		
CASO	0	0
NO CASO	40	10
Disfunción social		
CASO	0	0
NO CASO	40	10
Depresión		
CASO	0	0
NO CASO	40	10

Fuente: Cuestionario de salud general. Elaborado por: Salazar, D., 2018

Interpretación

De acuerdo con la evaluación realizada con el cuestionario de salud general respecto a síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social o depresión, se pudo encontrar que ninguna de las cuidadoras presenta estos síntomas.

3.1.7. Cuestionario de Afrontamiento BRIEF COPE.

Tabla 8: Cuestionario de afrontamiento BRIEF COPE

	Media	Desviación estándar	MAX	MIN
AUTODISTRACCIÓN	1,825	1,985686	6	0
AFRONTAMIENTO ACTIVO	2,5	2,0506409	6	0
NEGACIÓN	1,075	1,3660255	4	0
USO DE SUBSTANCIAS	0,275	0,8161039	4	0
USO DE SOPORTE EMOCIONAL	1,125	1,1807755	4	0
USO DE SOPORTE INSTRUMENTAL	1,775	1,6868648	6	0
DESCONEXIÓN CONDUCTUAL	0,925	1,1410184	4	0
EXPRESIÓN DE EMOCIONES	1,45	1,6004807	5	0
REINTERPRETACIÓN POSITIVA	2,1	1,7657714	6	0
PLANIFICACIÓN	2,15	1,7621374	5	0
HUMOR	0,85	1,2100011	5	0
ACEPTACIÓN	1,8	1,9108328	5	0
RELIGIÓN	2,1	2,1459562	6	0
AUTOCULPABILIZACIÓN	1,275	1,2605961	5	0

Fuente: Cuestionario de afrontamiento BRIEF COPE. Elaborado por: Salazar, D., 2018

Interpretación

En cuanto a las estrategias de afrontamiento de los cuidadores formales e informales evaluados fue posible determinar que el valor más alto correspondió al afrontamiento activo (2.5), seguido de planificación (2.15), religión (2.1) principalmente.

3.1.8. Cuestionario de apoyo social.

Tabla 9: *Cuestionario de apoyo social*

APOYO EMOCIONAL		
	n	%
MÍNIMO	0	0
MEDIO	9	22,5
MÁXIMO	31	77,5
APOYO INSTRUMENTAL		
MÍNIMO	0	0
MEDIO	10	25
MÁXIMO	30	75
RELACIONES SOCIALES		
MÍNIMO	0	0
MEDIO	8	20
MÁXIMO	32	80
AMOR Y CARÍÑO		
MÍNIMO	0	0
MEDIO	6	15
MÁXIMO	34	85

Fuente: Cuestionario de apoyo social. Elaborado por: Salazar, D., 2018

Interpretación

De acuerdo al cuestionario de apoyo social realizado sobre las cuidadoras formales e informales se pudo comprobar que el 77.5% obtiene el máximo apoyo emocional en tanto que el 22.5% lo obtiene de forma media; en cuanto al apoyo instrumental el 75% de las cuidadoras lo obtienen al máximo y el 25% de forma media; en las relaciones sociales el 80% obtiene un valor máximo y el 20% un valor medio; finalmente el 85% reciben el máximo de amor y cariño en tanto que el 15% lo reciben de forma media.

3.1.9. Brief Resilience Scale (BRS).

Tabla 10: Aspectos positivos Bried Resilience Scale (BRS)

ASPECTOS POSITIVOS					
Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	2	5	6	13	14
3	2	5	9	13	11
5	6	1	14	14	5

Fuente: Bried Resilience Scale. Elaborado por: Salazar, D., 2018

Tabla 11: Aspectos negativos Bried Resilience Scale (BRS)

ASPECTOS NEGATIVOS					
Reactivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
2	8	7	5	12	8
4	11	6	10	8	5
6	10	11	12	4	3

Fuente: Bried Resilience Scale. Elaborado por: Salazar, D., 2018

Interpretación

De acuerdo al cuestionario BRS una cantidad bastante apreciable de cuidadoras está de acuerdo con los aspectos positivos, siendo el reactivo 5 con 14 respuestas neutrales y de acuerdo las más altas. En cuanto a los aspectos negativos los reactivos 2 con 12 respuestas de acuerdo y 6 con respuestas neutrales son los valores más elevados del cuestionario.

3.2. Discusión de resultados

El primer objetivo específico fue identificar las características generales del Síndrome de Burnout a nivel teórico. De acuerdo a (Aceves, 2006) las componentes del Síndrome de Burnout son especial el cansancio o agotamiento emocional, la despersonalización y el abandono de la realización personal, situaciones que se cubre con el cuestionario MBI. Entonces es posible observar que los cuestionarios se encuentran estructurados de una forma perfecta permitiendo identificar los elementos que realmente dan lugar al síndrome de Burnout.

El segundo objetivo es determinar la existencia de casos del Síndrome de Burnout en las cuidadoras formales a nivel teórico. Según lo investigado por el test MBA no se presenta

Burnout en las cuidadoras formales, lo cual concuerda con el trabajo de (Aceves, 2006) en donde se manifiesta que quienes padecen mayormente esta enfermedad son las personas de la rama médica entre los que están médicos, enfermeros, odontólogos y psicólogos. Las componentes del Síndrome de Burnout son el cansancio o agotamiento emocional, la despersonalización y el abandono de la realización personal lo cual se puede ver en el MBI que es bajo en un 50%, bajo en un 72.5% y alto en un 62.5% respectivamente en las tres variables, lo que indica la ausencia de del síndrome. En un estudio desarrollado por (García, 2008) se pudo demostrar que variables como la edad, el tiempo de ejercicio de la profesión y el número de hijos no son determinantes para la aparición del Síndrome de Burnout, tal como se comprueba con la actual investigación al observar la gran variabilidad de edad (19 a 55 años), el número de hijos (de 0 a 4 años) o el tiempo de experiencia en el campo (de 0 a 13 años). En el caso particular de las cuidadoras formales entonces a pesar de lo dificultoso que podría llegar a ser su labor por la paciencia y esmero que deben poner a sus pacientes el síndrome no se presenta independiente de variables demográficas salvo del género el cual no fue posible determinar ya que las cuidadoras eran en su totalidad mujeres.

El tercer objetivo es aplicar diversos cuestionarios a las cuidadoras formales de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Ministerio de Inclusión Económica y Social de la ciudad Ambato para identificar el nivel de Burnout en las cuidadoras. El Burnout por lo general no evalúa por separado con un único test ya que es necesario contrastar los resultados con otros test que directa o indirectamente también verifiquen lo obtenido por el test MBI, así en el presente trabajo se utiliza la entrevista para cuidadores formales que también la utiliza (Del Valle, 2015) y en donde, en contraste con el trabajo actual, un 33% posee una sobrecarga intensa. De hecho el trabajo de (Flores, Rivas, & Seguel, 2012) muestra entre los niveles más bajos de sobrecarga en comparación con otros como el de en donde los cuidadores muestran un valor de 59.7% de sobrecarga intensa. En general no se presenta una fuerte sobrecarga por ello es posible comprobar la inexistencia del Burnout en comparación con otras investigaciones en donde los casos suelen ser más frecuentes.

CONCLUSIONES

A nivel teórico fue posible comprobar que los componentes del Síndrome de Burnout son especialmente el cansancio o agotamiento emocional, la despersonalización y el abandono de la realización personal principalmente. Estos elementos son los que cubre el MBI y los estudia a cabalidad de tal forma que la confiabilidad de los test es alta, y determina de una forma bastante exacta si existe o no el síndrome, desde luego también apoyado en otros elementos y test complementarios

De acuerdo con los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario MBI se pudo evidenciar que no existen cuidadoras formales o informales que presenten el Síndrome de Burnout. Este hecho se corrobora al observar que solo una de ellas posee sobrecarga intensa en su trabajo, también que el 60% de las cuidadoras se encuentren altamente satisfechas con su vida y ninguna se encuentre insatisfecha, la ausencia de síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social o depresión, aun elevado apoyo emocional (máximo en un 50%), elevado apoyo instrumental (75%), elevadas relaciones sociales (80%) y un alto grado de amor y cariño (85%).

En general se puede percibir que los cuidadores de niños/as poseen en el sector indicado poca posibilidad de que lleguen a padecer esta enfermedad lo cual contrasta con los cuidadores de adultos mayores o de otros contextos laborales, en donde el Síndrome es bastante común, tal como se menciona en el trabajo de (Aceves, 2006) en la sección discusión, sin embargo, siempre viene acompañado de otros elementos que influyen adicional a los parámetros especificados al Burnout como la carga de trabajo, el apoyo social, el afrontamiento, entre otros.

RECOMENDACIONES

Es importante que los Centros Infantiles del Buen Vivir del Ministerio de Inclusión Económica y Social en las parroquias Huachi Chico y Picaihua de la Ciudad de Ambato evalúen periódicamente (cada 6 meses máximo) a sus cuidadoras, especialmente en aquellas funciones en donde se es más propenso a padecer el Burnout, ya que estos profesionales podrían terminar por disminuir su rendimiento a niveles bastante preocupantes, además de que su tranquilidad puede verse afectado aún a nivel personal. El realizarlo ayudará a tomar acciones preventivas que permitan evitar deserción laboral o malos tratos hacia los infantes que se tiene a cargo.

Para realizar los análisis es de vital importancia que se efectúe la evaluación con otros instrumentos que ayuden a su correcta lectura y verificar a más de la existencia del Síndrome, otros factores que con el trabajo adecuado puedan eliminar el problema o evitar que se propague a otros elementos personales.

Si bien en la Institución en la que se realizó el estudio, existieron las facilidades suficientes para aplicar los test, es recomendable que se realice más investigaciones de este tipo en instituciones como el Ministerio de Inclusión Económica y se sugiere que se realice alianzas o permisos especiales que permitan a los estudiantes tener facilidad para realizar la investigación en estas instituciones, así como para recopilar información necesaria para dicha investigación.

BIBLIOGRAFIA

- Aceves, G. (2006). Síndrome de Burnout. *Archivos de Neurociencias*, 305-309.
- Alonso, A. (18 de Septiembre de 2014). *Definición de la semana: Burnout*. Obtenido de <https://www.psyciencia.com/2014/18/definicion-de-la-semana-Burnout/>
- Carlin, M., & Garcés, E. (2010). El síndrome de Burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia*, 169-180.
- Cazau, P. (2006). *Introducción a la Investigación en ciencias sociales*. Buenos Aires.
- Del Valle, M. (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería universitaria*, 19-27.
- Díaz, L. (2015). *Burnout enfermero: Qué es y como prevenirlo*. Cantabria: Universidad de Cantabria.
- Flores, E., Rivas, E., & Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa . *Ciencia y enfermería*, 29-41.
- García, J. H. (2008). Variables sociodemográficas y Síndrome de Burnout en una muestra multiocupacional del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. *Apuntes de Psicología*, 459-477.
- Gómez, R. (2014). El Síndrome de Burnout en trabajo social. *Universidad de Valladolid*, 1-40.
- Mansilla, F. (15 de Mayo de 2017). *El síndrome de Burnout o síndrome de quemarse por el trabajo*. Obtenido de http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_7.shtml
- Martínez, A. (2012). El Síndrome del Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Academia*, 1-40.
- Montejo, E. (2014). *El síndrome del Burnout en el profesorado de la ESO*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Moreno, B., González, J. L., & Garrosa, E. (2012). Desgaste Profesional (Burnout), Personalidad y Salud Percibida. *Pirámide*, 59-83.
- Olivares, V., Mena, L., Jélvez, C., & Macía, F. (2014). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBIHSS) en profesionales chilenos. *Universitas Psychologica*, 145-159.
- Palella Stracuzzi, S., & Martins Pestana, F. (2006). *Metodología de la investigación cuantitativa*. Caracas: FEDUPEL.

- Pérez, E., Fulgencio, M., & González, A. (2013). Burnout en personal de estancias infantiles y su relación con las habilidades y conocimientos requeridos para el puesto. *Revista de Educación y Desarrollo*, 5-12.
- Ramírez, M., & Zurita, R. (2010). Variables organizacionales y psicosociales asociadas al síndrome de Burnout en trabajadores del ámbito educacional. *Polis. Revista Latinoamericana*, 1-19.
- Rodríguez, R., & Rivas, S. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (Burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Mediina y Seguridad del Trabajo*, 72-88.
- Silvero, M. (2013). Estrés y desmotivación docente: el síndrome del “profesor quemado” en educación secundaria. *Estudios sobre educación*, 115-138.

ANEXOS

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos Personales

Género 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

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

Horas que trabaja Diariamente _____

Trabaja usted en turno SI No

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 únicas. MUCHAS GRACIAS por su tiempo y por haber contestado a todas las preguntas formuladas en el cuestionario.

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

	0	1	2	3	4	5	6
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2. Al final de la jornada me siento agotado.							
3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan las personas que cuido.							
5. Creo que trato a algunas de mis personas que cuido como si fueran objetos.							
6. Trabajar con los que cuido todos los días es una tensión para mí.							
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan a los que cuido.							
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 algunos de las personas que cuido o a los que tengo que atender.							

16. Trabajar en contacto directo con los que cuido me produce bastante estrés.							
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada hacia mis cuidadores.							
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 se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22. Siento que los que cuido me culpan de algunos de sus problemas.							

Maslach, C. y Jackson, S.E. 1981; (1986). Seisdedos,(1997). Recuperado <http://www.semergen.es/semergen/microsites/manuales/burn/deteccion.pdf>

Entrevista de carga para cuidadores formales

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.

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

1.	¿Cree que las personas a las que cuida le piden más ayuda de la que necesitan?	0	1	2	3	4
2.	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a las personas que cuida no tiene tiempo para Ud.?	0	1	2	3	4
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?	0	1	2	3	4
4.	¿Se siente avergonzado por el comportamiento de las personas a las que cuida?	0	1	2	3	4
5.	¿Se siente enfadado cuando está cerca de las personas a las que cuida?	0	1	2	3	4
6.	¿Cree que el cuidar a esas personas, en estos momentos, afecta negativamente a sus relaciones con su familia o amigos?	0	1	2	3	4
7.	¿Siente temor por lo que el futuro les depare a las personas a las que cuida?	0	1	2	3	4
8.	¿Cree que las personas a las que cuida dependen de usted?	0	1	2	3	4
9.	¿Se siente estresado cuando está con las personas a las que cuida?	0	1	2	3	4
10.	¿Cree que su salud se ha resentido a causa de la responsabilidad de tener que cuidar a esas personas?	0	1	2	3	4
11.	¿Cree que no tiene tanta intimidad como quisiera debido a tener que cuidar a esas personas?	0	1	2	3	4
12.	¿Cree que su vida social se ha resentido por tener que cuidar a esas personas?	0	1	2	3	4

13.	Cuando está cuidando a las personas con las que trabaja ¿Se siente incómodo si tiene que recibir a amigos?	0	1	2	3	4
14.	¿Cree que las personas a las que cuida esperan de usted que los cuide como si fuera la única persona que puede hacerlo?	0	1	2	3	4
15.	¿Cree que no gana suficiente dinero para cubrir sus gastos, a pesar del tipo de trabajo que realiza?	0	1	2	3	4
16.	¿Cree que no será capaz de cuidar a esas personas por mucho más tiempo?	0	1	2	3	4
17.	¿Cree que ha perdido el control de su vida desde que comenzó con el trabajo de cuidar a esas personas?	0	1	2	3	4
18.	¿Desearía poder dejar el cuidado de esas personas y trabajar en otra cosa?	0	1	2	3	4
19.	¿Se siente inseguro sobre lo que debe hacer con esas personas a las que cuida?	0	1	2	3	4
20.	¿Cree que debería hacer más por las personas a las que cuida?	0	1	2	3	4
21.	¿Cree que podría cuidar mejor a esas personas?	0	1	2	3	4
22.	En general, ¿cómo se siente de agobiado por tener que cuidar a esas personas?	0	1	2	3	4

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

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

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

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

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario (GHQ-28)

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

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

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

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

Modificado de la versión original de Goldberg (1970). Versión Lobo y Cols (1981). Recuperado de [http://www.centrodesaluddebollullos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Test%20e%20indices/Cuestionarios%20valoracion%20\(salud%20mental\)%20Test%20e%20indices.pdf](http://www.centrodesaluddebollullos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Test%20e%20indices/Cuestionarios%20valoracion%20(salud%20mental)%20Test%20e%20indices.pdf)

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. Recuperado de <http://www.ucm.es/BUCM/tesis/psi/ucm-t28693.pdf>

CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

	1	2	3	4	5
2. Alguien que le ayude cuando esté enfermo.					
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.					
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.					
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.					
6. Alguien que le muestre amor y afecto.					
7. Alguien con quien pasar un buen rato.					
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.					
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.					
10. Alguien que le abrace.					
11. Alguien con quien pueda relajarse.					
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.					
13. Alguien cuyo consejo realmente desee.					
14. Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas.					

15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.					
16. Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos.					
17. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales.					
18. Alguien con quien divertirse.					
19. Alguien que comprenda sus problemas.					
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.					

Medical Outcomes Study Social Support Survey. MOSS-SSS. Sherbourne y Cols (1991).
 Recuperado de <http://pagina.jccm.es/sanidad/salud/promosalud/pdf/violencia.pdf>

Brief Resilience Scale (BRS)

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

Fotos de las áreas verdes de los Centros Infantiles del Buen Vivir.







