



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

**Estrés Laboral en cuidadores formales de una Institución Pública en la
zona centro norte de la ciudad de Quito, durante el año 2017-2018.**

TRABAJO DE TITULACIÓN.

AUTORA: Calva Barrera, Nancy Verónica

DIRECTORA: Ocampo Vásquez, Karina Elizabeth, Mgtr.

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO -VILLAFLOA

2018



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

Loja, septiembre del 2018

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister

Karina Elizabeth Ocampo Vásquez

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: “Estrés Laboral en cuidadores formales de una Institución Pública en la zona centro norte de la ciudad de Quito, durante el año 2017-2018”, realizado por Nancy Verónica Calva Barrera, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, septiembre de 2018

Firma directora de proyecto

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Calva Barrera Nancy Verónica declaro ser autora del presente trabajo de titulación: **Estrés Laboral en cuidadores formales de una Institución Pública en la zona centro norte de la ciudad de Quito, durante el año 2017-2018**, de la Titulación de Psicología siendo Karina Elizabeth Ocampo Vásquez directora del presente trabajo; eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además, certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

f.....

Autora: Calva Barrera Nancy Verónica.

CI: 1719453431

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a mi Dios fiel amoroso padre y proveedor, quien me regaló la vida, y con ella la oportunidad de crecer en el mundo del saber, y poder darle un sentido a mi existencia, quien me ha dotado de talentos, de fortaleza y sabiduría, para poder llevar ejemplo de vida hacia las personas que me rodean, de amor hacia el prójimo, sirviendo a la sociedad y al mundo con mis conocimientos.

A mi amada familia, mi esposo y mi hija, por ser mi baluarte y sostenerme en todo momento, por darme la motivación e inspiración cada día para seguir adelante.

A mis docentes y directora de tesis, por su apoyo constante, para culminar con éxito cada tarea, y lograr este trabajo de investigación, fomentando en mí un espíritu profesional ético y con principios.

A mi querida Universidad, por permitirme ser parte de sus enseñanzas y conocimientos. brindándome las herramientas necesarias para mi formación académica y profesional.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por su maravilloso amor y fidelidad, me ha suplido de sabiduría y fortaleza, el que jamás me ha soltado de su mano, para sostenerme todo este transitar y aprendizaje de la vida. Gracias mi amado Padre celestial, dueño y Señor de mi vida. Fil 4:13

A mi amado esposo Jorge Polanco, el que me ha brindado su apoyo incondicional, su amor y palabras de aliento justo en el momento preciso. Gracias por nunca dejarme sola, por ser un buen proveedor, amoroso, único y responsable y por caminar conmigo en esta meta lograda.

A mi amada hija Katita, por ser mi inspiración a seguir cada día, por esos ojitos que se cerraban junto a mí en las noches de desvelo, por sus oraciones constantes para lograr mis metas trazadas. Gracias hija amada por cada palabra de aliento que, hacia palpar mi corazón, por darme la fuerza para levantarme cada día caminando hacia un mejor porvenir, y que un día mires en mí un ejemplo, en medio de las imperfecciones.

A mis padres Ramiro y Flor, por siempre alentarme y brindarme sus sabios consejos, su tiempo valioso, sus provisiones compartidas conmigo y mi familia, por inculcarme el camino del bien y guiarme con paciencia en cada decisión, por verme feliz y realizada, como mujer, hija, hermana, madre y esposa.

A mis hermanas Lorena, Cristina y Evelin, quienes han marcado mi corazón con su ejemplo, dedicación y entusiasmo y me han guardado en sus oraciones alentándome a seguir triunfante.

A mis suegros Jorge y Lidia, por ser mis segundos padres acompañándome en este transitar de la vida y brindarme su apoyo incondicional y su amor como a una hija más, y a mis cuñados Pablo y Fernanda, quienes me han alentado siempre a seguir luchando por mis sueños, me han motivado y animado en todo tiempo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA.....	i
APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	ix
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCION.....	3
CAPITULO I. MARCO TEÓRICO	5
1.1. Definiciones del estrés laboral crónico en cuidadores.	6
1.1.1. Definiciones de las décadas de 1970.	6
1.1.2. Definiciones de las décadas de 1980.	7
1.1.3. Definiciones de las décadas de 1990.	8
1.1.4. Definiciones de las décadas del 2000.	8
1.1.5. Definiciones de las décadas del 2010 hasta la actualidad.....	10
1.2. Consecuencias del estrés laboral crónico.	10
1.2.1. Consecuencias en la salud en los cuidadores.	11
1.2.2. Consecuencias en el trabajo en los cuidadores.	11
1.3. Modelos explicativos del estrés laboral crónico.	13
1.3.1. Modelos basados desde la teoría sociocognitiva.	13
1.3.1.1. <i>Modelo de competencia social de Harrison.</i>	13
1.3.1.2. <i>Modelo de autoeficacia de Cherniss.</i>	14
1.3.1.3. <i>Modelo de Pines.</i>	15
1.3.1.4. <i>Modelo de autocontrol de Thompson, Page, Cooper.</i>	16
1.3.2. Modelos elaborados desde la teoría del intercambio social.	16

1.3.2.1. <i>Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli</i>	17
1.3.2.2. <i>Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddi</i>	18
1.3.3. Modelos Desarrollados desde la teoría organizacional.....	19
1.3.3.1. <i>Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter</i>	19
1.3.3.2. <i>Modelo de Winnubst</i>	20
1.3.3.3. <i>Modelo de Cox, Kuk y Leiter</i>	21
1.3.4. Modelos sobre el proceso del síndrome de quemarse en el trabajo.	22
1.3.4.1. <i>Modelo Tridimensional de MBI- HSS (Maslach y Jackson)</i>	22
1.3.4.2. <i>Modelo de Edelwich y Brodsky</i>	24
1.3.4.3. <i>Modelo de Price y Murphy</i>	25
1.3.5. Modelo de la Teoría Estructural Modelo de Gil Monte.	25
1.4. Importancia del estudio estrés laboral crónico en cuidadores.	26
1.5. Prevalencia del estrés laboral crónico en los cuidadores.	27
1.5.1. Prevalencia en cuidadores a nivel mundial.	27
1.5.2. Prevalencia en cuidadores a nivel de Latinoamérica.	28
1.5.3. Prevalencia en cuidadores a nivel nacional.	29
1.6. Variables asociadas del estrés laboral en cuidadores.	30
1.6.1. Variables sociodemográficas asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.	30
1.6.2. Variables laborales asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.	31
1.6.3. Variables asociadas al compromiso vital y satisfacción vital asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.	32
1.6.4 Variables moduladoras como: apoyo social, afrontamiento y resiliencia asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.	34
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	35
2.1. Objetivos.....	36
2.1.1. Objetivo General.	36
2.1.2. Objetivos Específicos.	36
2.2. Preguntas de investigación.....	36
2.3. Contexto de la investigación.	37

2.4. Diseño de investigación.....	37
2.5. Muestra.	38
2.6. Métodos y técnicas de Investigación.....	39
2.6.1. Métodos.	39
2.6.2. Técnicas.....	39
2.7. Procedimiento.	39
2.8. Instrumentos.	40
CAPÍTULO III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE DATOS.....	45
3.1. Resultados Obtenidos.	46
3.2. Discusión de los resultados obtenidos.	53
CONCLUSIONES.....	56
RECOMENDACIONES	58
BIBLIOGRAFÍA:.....	60
ANEXOS	73

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los cuidadores de la salud	46
Tabla 2. Características laborales de los cuidadores de la salud	47
Tabla 3. Dimensiones del estrés laboral crónico o burnout de los cuidadores de la salud	48
Tabla 4. Resultados de los casos de burnout en los cuidadores de la salud	49
Tabla 5. Resultados de casos y no casos de burnout en cuidadores formales.....	49
Tabla 6. Carga laboral para cuidadores formales de la salud.....	49
Tabla 7. Satisfacción vital de cuidadores de la salud	50
Tabla 8. Salud general en cuidadores de la salud.....	50
Tabla 9. Estrategias de Afrontamiento en cuidadores de la salud	51
Tabla 10. Apoyo Social en cuidadores de la salud	52
Tabla 11. Resiliencia de cuidadores de la salud	52

RESUMEN

La presente investigación estudió el estrés laboral en cuidadores formales de una institución pública ubicada en la zona centro norte de la ciudad de Quito, durante el año 2017-2018, el objetivo general fue identificar la prevalencia del síndrome de *burnout* y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización). En la metodología se utilizó: el método exploratorio, de tipo cuantitativa, no experimental y descriptiva-transversal; se consideró una muestra de 40 participantes, con los siguientes instrumentos de investigación: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral Ad-hoc, Inventario del Estrés Laboral crónico de Maslach, Entrevista de carga para cuidadores formales, Escala de satisfacción vital, Cuestionario de Salud General, Cuestionario de apoyo social, Inventario COPE-28 y Brief Resilience Scale.

Los resultados obtenidos de la prevalencia del síndrome de burnout en cuidadores formales muestran que el 67.5% de los individuos de estudio se encuentran en el nivel medio, y el 30% se encuentran en el nivel alto de burnout. Mientras que, en las dimensiones, el 25% de los cuidadores presentan un nivel alto de agotamiento emocional, un 15% un nivel alto de despersonalización y un 32.5% un nivel bajo de realización personal. En los resultados de burnout se evidencia 1 caso que representa el 2.5% de la muestra.

PALABRAS CLAVES: burnout, cuidadores formales, prevalencia, dimensiones.

ABSTRACT

The present investigation studied the labor stress in formal caregivers of a public institution located in the north central area of Quito, during the year 2017-2018, the general objective was to identify the prevalence of the burnout syndrome and its three dimensions (emotional exhaustion, depersonalization, low personal fulfillment). In the methodology it was used: exploratory method, quantitative, non-experimental, descriptive -transversal; a sample of 40 participants was taken, with the following research instruments: Ad-hoc Sociodemographic and Labor Questionnaire, Maslach Burnout Inventory, Load Interview for formal caregivers, Life satisfaction scale, General Health Questionnaire, Social Support Questionnaire, Inventory COPE-28 and Brief Resilience Scale.

The results obtained from the prevalence of burnout syndrome in formal caregivers was that 67.5% of the study subjects are in the middle level, and 30% are in the high level of burnout. While, in the dimensions, 25% of the caregivers present a high level of emotional exhaustion, 15% a high level of depersonalization and 32.5% a low level of personal fulfillment. In the burnout results, 1 case is shown, which represents 2.5% of the sample.

KEY WORDS: burnout, formal caregivers, prevalence, dimensions.

INTRODUCCION

El presente estudio “Estrés Laboral en cuidadores formales de una institución Pública en la zona centro norte de la ciudad de Quito, durante el año 2017-2018”, consiste en identificar las situaciones límite o extremas de trabajo que generan mayor estrés en los profesionales de la salud, que los someten a un estado de alerta y los prepara para enfrentar el acontecimiento que se ha percibido como una amenaza a la salud mental en el ámbito laboral. En el área de enfermería muchos son los lugares que se puede encontrar trabajo bajo presión, como las unidades de Emergencia, la unidad de quemados, terapia intensiva, etc. Sin embargo, en estos lugares suceden múltiples hechos que pueden generar estrés y por lo tanto afectar el rendimiento y la capacidad laboral del individuo, lo que directa o indirectamente puede repercutir en la atención al usuario y del mismo profesional de la salud.

El presente estudio investigativo, consta de tres capítulos en el siguiente orden: marco teórico, metodología, análisis y discusión de resultados. Subsecuentemente se presenta las conclusiones y recomendaciones.

En el primer capítulo, sobre el marco teórico, se estudia todas las definiciones del burnout desde los años setenta hasta la actualidad, el cual se concluye que el síndrome se caracteriza por presentar tres factores como son: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal disminuida. Además, señala las consecuencias del estrés laboral crónico tanto en la salud como en el trabajo, repercutiendo su desempeño y sus relaciones interpersonales. Dentro de los modelos explicativos del estrés laboral sobresale el modelo tridimensional de Maslach y Jackson, como el síndrome de quemarse en el trabajo.

En el segundo capítulo, correspondiente a la metodología, basado en el objetivo general con una muestra de 40 profesionales de la salud en una institución pública de la ciudad de Quito, seleccionados en distintas áreas de enfermería, se utilizó el método exploratorio, que presentó un método con diseño exploratorio característico de: investigación cuantitativa, investigación no experimental, investigación transaccional (transversal) y descriptivo; finalmente, se utiliza un método inductivo-deductivo para las conclusiones y recomendaciones.

En el tercer capítulo, en el análisis y discusión de datos, se obtuvo los siguientes resultados referente al Inventario de Burnout Maslach (MBI): nivel alto de agotamiento emocional, lo padecen el 25% de los individuos, nivel alto de despersonalización, lo padecen el 15%, y por último en el nivel bajo de realización personal, corresponde al 32.5% de la población de estudio.

La prevalencia de este síndrome en los cuidadores a nivel mundial, de Latinoamérica y del Ecuador, revela mayor problemática en países como Holanda, Canadá y España, con

elevados índices de burnout en profesionales, que parten desde el 15% de burnout para trabajadores de atención en salud (Aceves, 2006; Cohen et al., 2008). Luego se evidencia que, en los países de Latinoamérica como México y Brasil, existe un alto índice de burnout, con un 69.9% indica que a veces se presenta burnout y el 34.5% presenta frecuentemente burnout (Cortaza y Torres, 2014). Mientras que, en el Ecuador, al realizar estudios en dos instituciones públicas en la ciudad de Quito se refleja un índice de prevalencia de burnout relativamente bajo para el Hospital de la Policía Nacional, y otro índice elevado para el hospital Carlos Andrade Marín al igual que las áreas de salud pública en la ciudad de Cuenca para profesionales de la salud (Landázuri, 2011).

La importancia de ésta investigación, es que el estrés laboral es una realidad que afecta a los cuidadores formales de pacientes, y que se ha tornado una dificultad en el desempeño diario del trabajador afectando las diferentes áreas no solo de las entidades de salud, sino el entorno social, familiar y organizacional, lo que conlleva a desarrollar el síndrome de burnout, y mientras se detecte a tiempo, enfrentar con los distintos programas de prevención y mejorar la salud mental del profesional.

La respuesta al problema planteado sobre identificar la prevalencia del estrés laboral crónico y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal) en cuidadores formales en de una institución pública en la ciudad de Quito, durante el año 2017-2018, se procedió con la aplicación de instrumentos (8 test psicológicos y cuestionarios) que son: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral Ad-hoc, Inventario del Estrés Laboral crónico de Maslach (Maslach Burnout Inventory) [MBI-HSS], Entrevista de carga para cuidadores formales (Revuelta y Andújar, 2008), Escala de satisfacción vital (ESV) (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985), Cuestionario de Salud General (GHQ-28) (Goldberg y Hillier, 1979; versión española de Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979), Cuestionario MOS de apoyo social (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991; versión española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, 2005), Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF- COPE) y Brief Resilience Scale (BRS).

En los objetivos planteados se pudo identificar que, en la prevalencia del síndrome de burnout, en el nivel alto se encuentra el 30% de la población de estudio, mientras que en el nivel medio se encuentra el 67.5% siendo predominante en este nivel.

Las facilidades del proceso de investigación fueron accesibles, debido a que el grupo de estudio, se encontraba con alta disposición de colaborar con la investigación. Sin embargo, la dificultad que hubo es por el tiempo de aplicación, ya que se encontraban laborando y bajo presión de sus coordinadores.

CAPITULO I
MARCO TEÓRICO

1.1. Definiciones del estrés laboral crónico en cuidadores

En este apartado se aborda las definiciones del estrés laboral en diferentes décadas; con el objetivo de hacer un estudio exhaustivo sobre este término que ha sido uno de los conceptos más polémicos dentro de la psicología, desde los años setenta hasta la actualidad.

1.1.1. Definiciones de las décadas de 1970.

En la década de los setenta, se desarrolla el concepto de burnout, basándose en el desgaste de energía en el trabajo; las primeras definiciones son realizadas por Freudenberger (1974), más adelante Pines y Kafry (1978) y finalmente Spaniol y Caputo (1979), quienes se mencionan a continuación.

Freudenberger (1974) fue un psicoanalista alemán residente en Estados Unidos que trabajó en una clínica, introduce el término Burnout como el agotamiento de energía experimentado por los profesionales cuando se sienten sobrepasados por los problemas, y lo describe como un conjunto de síntomas físicos sufridos por personal de salud, desde una perspectiva clínica, como resultado de las condiciones de trabajo extenuante, sin tomar en cuenta las propias necesidades.

Después de que Freudenberger inicialmente describe el burnout, es Maslach (1977) quien da a conocer esta palabra en forma pública describiendo al síndrome de burnout como “un fenómeno de agotamiento de trabajadores que ejercían su actividad laboral con personas” (Moriana, 2006, p. 52).

Tiempo después aparece Pines y Kafry (1978) que definen al burnout como un cúmulo de experiencias que generalmente sufre un trabajador generando agotamiento físico, actitudinal y emocional. Mientras tanto, Spaniol y Caputo (1979), también lo definen como “la falta de capacidad para afrontar las demandas laborales o personales” (Ramos y Hicham, 2017, p.10).

En conclusión, el término burnout aparece en la década de los setenta por primera vez con el psicoanalista Freudenberger, quien observó que la mayoría de trabajadores de salud sufre una progresiva pérdida de energía, desmotivación, falta de interés por el trabajo hasta llegar al agotamiento, lo cual tiene relación con el concepto de Pines y Kafry, en cuanto se refiere a un agotamiento que afecta las emociones y el aspecto físico. Finalmente, Spaniol y Caputo encuentran que este agotamiento impide que las personas quemadas por el trabajo afronten sus actividades con normalidad.

1.1.2. Definiciones de las décadas de 1980.

En esta década, la investigación sobre el burnout se centra en el nivel laboral. La definición más acertada es acuñada por algunos autores, principalmente Maslach y Jackson quienes ven al síndrome desde una perspectiva psicosocial donde identificaron distintas condiciones del trabajador, a partir de los criterios de los siguientes autores.

Edelwich y Brodsky (1980) definen el burnout como un deterioro gradual de los ideales, la energía y motivos vivenciales de la gente en las profesiones de ayuda, condicionado con un mal ambiente de trabajo, por lo que, plantean cuatro fases que atraviesa toda persona que tiene burnout: 1. entusiasmo, con elevadas aspiraciones; 2. estancamiento, en cuanto no se cumple los ideales; 3. frustración, donde es la fase inicial del síndrome por presentar problemas psicosociales, físicos y conductuales; y 4. apatía, considerada la fase de frustración del individuo.

Por otra parte, también Cherniss (1980) define el burnout como un cambio procedimental de estrés y tensión de la persona en el trabajo, en el que enfatiza tres fases: 1. estrés, 2. respuesta emocional a corto plazo y 3. afrontamiento defensivo.

Un año más tarde Maslach y Jackson (1981) definieron al burnout como una respuesta al estrés laboral crónico, cuyos rasgos notables son producto de una vivencia emocionalmente agotadora, sentimientos pesimistas hacia sus compañeros de trabajo y devaluación del propio rol profesional, lo que explica que el individuo atraviesa 3 fases que son: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal reducida.

Posteriormente Brill (1984), lo define como un estado disfuncional y de euforia descontrolada relacionado con un sujeto en un puesto de trabajo, sin que antes haya tenido una alteración psicopatológica, tanto a nivel de satisfacción personal como de rendimiento profesional, donde se dificulta la reposición de su estado inicial, al menos que sea por intervención y ayuda externa, o por reajuste laboral.

En consecuencia, de los diferentes conceptos de burnout, Edelwich y Brodsky (1980) junto a Cherniss (1980), Maslach y Jackson (1981), introducen varias fases que sufre el individuo producto del estrés laboral, un ambiente vivencial negativo, la frustración, y una disminución de la capacidad propia como profesional. Finalmente, Brill (1984) también relaciona un estado disfuncional y eufórico de la persona que ha sufrido una insatisfacción personal y profesional en el ámbito laboral, pero enfatiza que la persona no ha sufrido antes un trastorno psicológico.

1.1.3. Definiciones de las décadas de 1990.

Siguiendo con la misma línea de investigación después de haber conceptualizado el burnout como un agotamiento emocional, pérdida de interés por el trabajo y decepción, que surge especialmente en aquellos que se dedican a profesiones de servicios de ayuda, en esta década también aparecen nuevas definiciones propuestas por los siguientes autores.

Moreno, Oliver y Aragoneses (1991) hacen mención a un tipo de estrés laboral que inicia en profesiones donde hay relaciones interpersonales intensas en contraste con los beneficios del mismo trabajo, el individuo no responde de manera adecuada en relación al ambiente de trabajo.

Más adelante Leiter (1992) lo asimila a una crisis de autoeficacia en el individuo que lo padece, distanciando el termino burnout del estrés laboral. Sin embargo, vemos que, Garcés de Los Fayos (1994), señala que el burnout resulta ser similar al estrés laboral crónico o por lo menos es consecuencia de éste.

Más exactamente, Schaufeli y Buunk (1996) interpretan el burnout como un conjunto de conductas negativas dentro de una organización, que afectaría tanto al individuo que la posee como a la organización a la que pertenece.

En última instancia se puede observar que, en las definiciones del burnout en esta década, algunos autores se alejan del estrés laboral y otros autores se acercan al concepto del estrés laboral crónico que afecta las relaciones del individuo con sus pares, y en sí, da lugar a problemas por disconformidad dentro de las organizaciones donde laboran bajo presión, principalmente aquellas donde los profesionales demandan una relación directa con las personas.

1.1.4. Definiciones de las décadas del 2000.

Luego de hacer un estudio del burnout desde los años setenta, se viene usando varios términos, donde se observa una pérdida gradual de responsabilidad y desinterés entre los trabajadores que pertenecen a ciertas organizaciones. Sin embargo, en esta década, aparecen definiciones más acertadas mencionados por Gil Monte, Peris, Aranda, Jaoul, y otros autores.

Desde una perspectiva psicosocial, Gil-Monte y Peiró (2000) consideran el síndrome de burnout como un proceso en el que participan varios factores cognitivo-conductuales como: baja realización personal, agotamiento emocional y despersonalización.

Sin embargo, se considera que una de las definiciones más acertadas, entre los investigadores, son las citadas por Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) quienes definen el burnout como el cansancio emocional que progresivamente produce pérdida de motivación, que suele avanzar a sentimientos negativos de inadecuación y fracaso a nivel organizacional.

También vemos que Peris (2002) define el burnout como un trastorno caracterizado por la sobredemanda, y la falta de estructura en adaptación cognitiva en relación al límite de la capacidad humana. El individuo se encuentra sobrepasando las capacidades de afrontamiento de las demandas laborales, y llega a un período de agotamiento extremo que le impide cumplir con las tareas asignadas de manera efectiva.

De otro modo, el término burnout no es sinónimo de estrés laboral, fatiga, alineación o depresión, sino como un síndrome defensivo que se evidencia principalmente en las profesiones de demanda de ayuda, y confrontación entre los ideales y la realidad del trabajo que conduce al burnout (Jaoul, Kovess y Mugen, 2004).

Asimismo, Aranda (2006) introduce el término de burnout, como un síndrome de estar quemado, desgastado en el trabajo, donde se pierde el entusiasmo y la ilusión de trabajar. Posteriormente Gil-Monte (2007) es quien traduce este término como síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) lo define como una respuesta psicológica de estrés laboral crónico, con carácter interpersonal y emocional, de los profesionales de organizaciones de servicio en contacto con los clientes o usuarios. Un año más tarde Molina y Avalos (2007) definen este síndrome como la contradicción de la atención en salud; es decir, un cuidador de salud se enferma a medida que sana a sus pacientes de sus enfermedades físicas.

Resumiendo, se observa que aparecen ciertos eventos estresantes que disponen al trabajador a padecer el síndrome de burnout, término que finalmente se acuña en el año 2006 y 2007, como síndrome de estar quemado en el trabajo, ya que la relación del individuo con las condiciones de trabajo hace que aparezca este problema.

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

A continuación, en la década de 2010 hasta la actualidad, la presencia de este síndrome es evidente y ciertos autores lo definen basados en los conceptos anteriormente mencionados.

El síndrome de burnout consiste en una sensación de agotamiento, decepción, desinterés e ineficacia de la actividad realizada en un trabajo, encontrando fuerte relación con la patología psicosomática que afecta en gran manera distintas áreas de funcionamiento social, familiar, académico y laboral, afectando la calidad de vida de las personas que lo experimentan (Arango et al., 2010).

De igual manera Längle (2010) expone el burnout como “un déficit en el sentido existencial, ya que predomina un sentimiento de vacío y de falta de sentido” (p.5). Podría ser una forma especial de vacío existencial que también incluye síntomas físicos como el agotamiento.

Además de los conceptos dados, en un estudio realizado por Martínez (2010) este síndrome es la respuesta extrema al estrés crónico que empieza en el campo laboral y tendría repercusiones de índole individual y organizacional afectando el ámbito social y profesional.

Para otros autores, el burnout es “el resultado de una respuesta prolongada a los estresores interpersonales crónicos en el trabajo y tiende a ser estable con el tiempo” (Díaz y Gómez, 2016, p.115).

Un estudio reciente basado en el agotamiento, realizado por Schaffner (2016), describe el burnout, como un síndrome que se caracteriza por la presencia prolongada de estrés producido por el trabajo, que incluye fatiga crónica e ineficiencia laboral

En función de los conceptos planteados se ha generado una definición más concreta de este síndrome donde sigue un proceso psicológico que se manifiesta con efectos negativos sobre todo a nivel laboral, con el suceso de un agotamiento crónico del trabajo y la subsecuente causa de un deterioro de sus actividades.

1.2. Consecuencias del estrés laboral crónico

Luego de entender la definición del estrés laboral y burnout, se procede a distinguir de manera general sus consecuencias, que pueden ser fisiológicas, psicológicas, psicosomáticas,

emocionales, cognitivas, conductuales y sociales, las mismas que afectan en la salud como en el trabajo.

1.2.1. Consecuencias en la salud en los cuidadores.

Para este estudio se debe tomar en cuenta que la falta de eficacia en las actividades del individuo que padece el síndrome de burnout, es más clara cuando hay una disminución de los recursos importantes, donde el agotamiento junto a la despersonalización se superpone a la sobrecarga laboral y a las relaciones sociales, impidiendo así que el sujeto se desempeñe eficazmente, y que su salud se vea afectada de manera más puntual en los siguientes aspectos:

En el aspecto físico, las personas sufren dolores relacionados con la locomoción, dolores de cabeza, de cuello, de espalda, complicaciones digestivas, alteraciones del sueño y apetito, problemas de piel, problemas cardiovasculares y de manera general con enfermedades asociadas (Arón y Llanos, 2004).

Además, en el aspecto psicológico, la salud mental se ve afectada, por la desmotivación, el desgano, sensación de vacío, pensamientos negativos de sí mismo y de la vida, decaimiento, deterioro emocional, disminución del autoconcepto, sentimientos de culpa y de impotencia hacia las personas que presta sus servicios (Arón y Llanos, 2004; Längle, 2010). Las personas quienes lo padecen no están conscientes del propio estado de irritación constante, son hipercríticas, se oponen a casi todo, y no hablan de sí mismos (Catsicaris, Eymann, Cacchiafrelli y Usandivaras, 2007).

Finalmente, es prudente señalar que las respuestas sintomáticas a nivel físico y psicológico deben ser tratadas de manera puntual en cada síntoma sobre todo los de índole emocional, donde se observa claramente un deterioro fuerte de su capacidad psíquica y de un pensamiento negativo, que es de orden prioritario, ya que el sujeto que lo padece, al estar con un estado de inconsciencia de su problema, es muy probable que empeore su estado de salud general.

1.2.2. Consecuencias en el trabajo en los cuidadores.

Ahora bien, luego de analizar los aspectos que afectan la salud en los sujetos que padecen el síndrome de burnout, se estudian las consecuencias que afectan al sujeto en el ámbito laboral de manera general en los aspectos conductuales, relacionales y organizacionales.

En el aspecto conductual, se observa ausentismo laboral, baja productividad y eficiencia, impuntualidad, disminución de entusiasmo al trabajar, falta de inclusión en nuevos proyectos, falta de iniciativa y perseverancia en las tareas de equipo, irritabilidad, intolerancia a la frustración, rigidez y dificultad para tomar decisiones importantes (Arón y Llanos, 2004; Catsicaris, 2007). Además, se evidencia una tendencia al consumo de alcohol, drogas y medicación, como conductas adictivas (León, 2001).

Asimismo, en las conductas automáticas se evidencia rigidez de pensamiento y comunicación unidireccional, discursos repetidos y automatizados, uso de lenguaje demasiado técnico, cuando se trata de profesionales que se enfrentan a un escenario dentro de las organizaciones, y además se evidencia una falta de respuesta a las emociones de sus compañeros (Catsicarsis et al, 2007).

También se observa que, en el aspecto relacional, hay un aislamiento de los colegas, intolerancia e irritabilidad, reiteradas confrontaciones tanto con el personal de trabajo, como con los clientes, existe el uso de lenguaje dañino en su entorno laboral y maltrato al personal. En general, se observa un retraimiento de las relaciones y de las demandas laborales, con actitudes de desprecio hacia los otros y contra sí mismo (Länge, 2010).

En el aspecto organizacional, más allá del mismo sujeto, se puede evidenciar un aumento en la rotación de personal, falta de colaboración en grupo y trabajo en equipo, competitividad negativa, quedando de manifiesto el síndrome en la persona quien dirige la organización, o de quien dependa el orden de las mismas (Aguirre y Montedónico, 2009).

Y por último se observa que el trabajador que padece el síndrome, posee un menor nivel de autonomía, una mayor sobrecarga debido a la reducción de personal, el aumento de las demandas emocionales, o que los objetivos del trabajo no estén bien definidos, no sean muy claros o no se reciba retroalimentación sobre ellos, cambios que están llevando a una serie de consecuencias tanto personales, principalmente en materia de salud de la población trabajadora, como económicas, que se ven afectadas desde el lugar de trabajo (Rodríguez y Rivas, 2011).

En conclusión, el sujeto que padece burnout, acarrea una serie de dificultades en su entorno laboral, social y profesional, no puede conciliar la vida laboral de manera organizada, como antes de padecerlo. La persona no podrá concebir una actitud positiva y conducta adaptada

al ambiente laboral, luego de un insuficiente control de su impulsividad, conducta agresiva, actitudes defensivas y emociones inapropiadas.

1.3. Modelos explicativos del estrés laboral crónico

Una vez revisadas las consecuencias del estrés laboral nos disponemos a exponer los modelos teóricos del estrés laboral, la forma de cómo se desarrolla y se origina el burnout a través de los siguientes modelos explicativos: los modelos en la teoría socio-cognitiva, los modelos teóricos del intercambio social, los modelos derivados de la teoría organizacional y la evolución de las dimensiones del constructo burnout. Al finalizar se mencionará un modelo para determinar los efectos causales del desarrollo del síndrome de burnout y el modelo de la teoría estructural Gil Monte.

1.3.1. Modelos basados desde la teoría sociocognitiva.

En este apartado se desarrolla una de las teorías enfocadas en la interacción social y cognitiva, desarrollada por el canadiense Bandura, misma que estudia el dominio en las actitudes humanas y como se modifican las actividades cognitivas por efectos de sus acciones y el empeño que pone cada persona para lograr cumplir sus objetivos. En este grupo se estudia los siguientes modelos: de competencia social de Harrison, de Cherniss, de Pines, de Thompson, Page y Cooper.

1.3.1.1. *Modelo de competencia social de Harrison.*

En este modelo según Harrison (1983) citado por Águila (2015, p.12), se explica que la variable clave es la autoeficacia percibida, donde el sujeto que inicialmente empieza a trabajar en cualquier entidad, se encuentra altamente motivado, debido a que su entorno laboral es el principal indicio de la motivación primaria, pero los obstáculos del lugar de trabajo darán lugar a la ineficacia e incompetencia del trabajador, dando lugar al síndrome.

Esto conlleva a que la motivación pueda disminuir en cada sujeto de acuerdo a la predisposición de adquirir estrés laboral, en este sentido las circunstancias en las que se desenvuelve el sujeto aumentarán o reducirán la actividad del sujeto, siendo estos factores de ayuda o factores barrera (Lara, 2013).

Entre los factores de ayuda se encuentran: la toma de decisiones, ambigüedad de rol, el nivel de conocimientos, retroalimentación recibida, objetivos laborales realistas, el nivel de adaptación, los sentimientos de competencia y eficacia percibida; por otra parte, entre los factores de barrera se encuentran: disminución de los sentimientos de eficacia percibida y la falta de motivación para ayudar (Lara, 2013).

Harrison (1983) citado por Mansilla (2009, pp.66-67) asume que el síndrome de burnout es fundamentalmente una función de la competencia percibida y en base a ello elabora el modelo de competencia social, por ello la motivación va a establecer la eficacia del trabajador en relación a los objetivos marcados, a mayor motivación mayor eficacia en el trabajo.

En conclusión, este modelo explicativo describe que, en su gran mayoría, los trabajadores poseen aspectos diferenciados de motivación y desmotivación, de este modo su interés por mantener un buen ambiente de trabajo, y por cumplir sus metas, dependerá de que los factores organizacionales no disminuyan su eficacia, evitando la frustración y el desarrollo del síndrome.

1.3.1.2. Modelo de autoeficacia de Cherniss.

El modelo que se pretende estudiar en este apartado es planteado por Cherniss sobre la autoeficacia percibida para explicar la etiología del síndrome de burnout. Desde esta perspectiva, se relaciona al síndrome en un marco de interacciones del estrés con el marco laboral.

Cherniss (1993) propuso un modelo que refiere características del ambiente de trabajo que ayudan a que los trabajadores desarrollen sentimientos de éxito, manteniendo un alto nivel de desafío, alta autonomía, autocontrol y buena retroalimentación de sus resultados.

Este modelo forma parte de las teorías socio-cognitivas del Yo, agrupando una serie de variables como antecedentes y consecuencias del síndrome, se relaciona con el marco laboral, estimulación, orientación, carga laboral como antecedentes, y en lo posterior, el cambio de conducta como consecuencias y las fuentes de estrés según sean estos cambios aumentarán o disminuirán según sea el caso, dando lugar a la aparición de un posible síndrome de burnout (Bandura, 1989).

Según Párraga (2005), considera que dentro de las teorías socio-cognitivas del Yo son básicamente las cogniciones que perciben las personas influyendo su comportamiento, y a su vez estas cogniciones son cambiadas por los resultados del comportamiento y por el cúmulo de consecuencias; además, la seguridad que las personas sienten en relación a sus propias capacidades determina el esfuerzo que pondrán en conseguir sus metas.

Para terminar, se evidencia que a partir de este modelo se relaciona al burnout con el aspecto laboral, dando lugar a factores que producen estrés en los cuidadores y profesionales de todo tipo dentro del marco organizacional. Y a su vez, la teoría del yo define un comportamiento en base a lo que el trabajador percibe en su ambiente de trabajo.

1.3.1.3. Modelo de Pines.

A continuación, se realiza un estudio del modelo de Pines (1993), quien desarrolló un modelo similar al de Harrison, pero añade la idea de que solo aquellos sujetos quienes intentan darle un sentido existencial a sus labores llegan a desarrollar el síndrome de burnout, especialmente los profesionales dados a labores humanitarias y de ayuda que brindan en su trabajo, justificando su existencia para ello. Dicha justificación hace que el trabajador le dé un verdadero sentido a su vida, realizando un trabajo útil y valorado.

Cuando se refiere que este planteamiento es similar al modelo de Harrison (1983), es porque considera dos conceptos: 1. la motivación; 2. sentido existencial, donde el trabajador justifica su existencia por la ayuda humanitaria que puede dar por sus labores.

Cabe recalcar que quienes desarrollan este síndrome, son los trabajadores que mantienen altas expectativas y grandes objetivos en lo profesional, que cuando sienten haber fracasado en conseguir sus objetivos, les causa frustración y sienten que no contribuyen un significado a su existencia, a diferencia de los trabajadores que no tienen grandes objetivos planteados, que sufren de estrés y fatiga, pero no desarrollan el síndrome de burnout (Mansilla, 2009).

Finalmente, se concluye que en este modelo el burnout es el resultado de la desilusión, un fallo de sentido existencial en la búsqueda de un objetivo en personas altamente motivadas, mientras que las personas que no están inicialmente motivadas, sufren de estrés, alineación, depresión o fatiga, que no determinan el síndrome de burnout.

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

El modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993), enfatiza la autoconfianza profesional, donde los continuos fracasos a nivel laboral, y una autoconciencia analítica de las discrepancias entre las demandas del puesto y sus recursos, lo llevará a desarrollar estrategias de afrontamiento de retiro mental conductual, que básicamente corresponde a la despersonalización.

Debido a lo mencionado, este modelo destaca la existencia de cuatro factores asociados a la aparición del síndrome de burnout como son: a) las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto, b) nivel de autoconciencia, c) expectativas de éxito personal y d) sentimientos de autoconfianza (Gil Monte y Peiró, 1997a).

De acuerdo a los factores descritos, este modelo de autoconciencia viene a ser fundamental en la etiología del síndrome de burnout, debido a que la autoconciencia es un factor que pertenece a la personalidad, donde el trabajador es capaz de autorregular los niveles de estrés en una tarea dirigida en el alcance de sus objetivos (Ojeda, 2016).

Este modelo además propone que la percepción de discrepancias entre la presión laboral y los recursos puede aumentar notablemente el nivel de autoconciencia, lo cual afectaría su estado anímico, debido a una falta de confianza percibida para resolver los conflictos laborales y producir bajos sentimientos de realización personal en el trabajo (Ojeda 2016).

Las ideas expuestas concluyen que cuando los trabajadores denotan una inclinación a abandonar el trabajo, y reducen el incentivo de conseguir logros en función de los objetivos planteados, ocurre la despersonalización como patrón de retiro conductual aprendido. Además, los trabajadores desarrollan sentimientos de abandono profesional y agotamiento emocional.

1.3.2. Modelos elaborados desde la teoría del intercambio social.

En el siguiente apartado se abordará los modelos de la teoría del intercambio social, donde sus autores tratan de enlazar el burnout a las relaciones interpersonales entre los trabajadores y destinatarios o usuarios; por tanto, se centra en que el síndrome de burnout, se desarrolla básicamente en el contexto social y las relaciones de la organización; de tal manera que, los trabajadores basan un comportamiento en la manera cómo perciben el ambiente laboral; por

lo que, se menciona a continuación el modelo de Buunk y Schaufeli (1993) y el modelo de Hobfoll y Fredyy (1993).

1.3.2.1. Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli.

Para comenzar, el modelo que propone Buunk y Schaufeli (1993), se fundamenta en el modelo de Maslach (1993) con sus tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y cinismo y una baja realización personal, en base a las relaciones interpersonales demandantes entre profesionales y usuarios. Además, se basa en una doble etiología, en relación a los profesionales con sus destinatarios y de comparación social con sus compañeros de trabajo.

La primera causal de este modelo plantea la teoría de la equidad, según este modelo se asume que podría ser una teoría muy influyente del intercambio social, buscando una reciprocidad en las relaciones interpersonales; es decir, lo que se entrega en el trabajo se recibe proporcional a las inversiones y ganancias de la otra persona (Adams, 1965).

Por tanto, para la primera causa, este modelo plantea que si el profesional realiza un esfuerzo en su trabajo demanda reciprocidad del usuario o destinatario. Sin embargo, tal situación no siempre ocurre, debido a que el destinatario no siempre está dispuesto a ser recíproco con el trabajador y a medida que pasa el tiempo va proporcionando al profesional un desequilibrio entre el dar y recibir sumado a la falta de control (Schaufeli, 2005).

Mientras tanto, la segunda causa de este modelo se basa en la percepción de equidad y genera que los trabajadores perciban este desequilibrio como una desigualdad, y se sienten muy motivados a restaurar el equilibrio profesional (Hatfield y Sprecher, 1985; Walster y Berscheid, 1984).

Esto se relaciona al concepto de Freudenberg y Richelson (1980) "dado que el burnout se produce cuando el esfuerzo invertido a la recompensa recibida, resulta imperativo equilibrar la ecuación" (p.175).

De estas evidencias, Buunk y Schaufeli (1993) describen que, la falta de reciprocidad repercute en las emociones del profesional y conduce a un alto consumo de energía, acompañado de depresión y frustración que lleva al sujeto a desarrollar el agotamiento emocional.

Siguiendo con otra de las dimensiones, la despersonalización, según Buunk y Schaufeli (1993), implica una actitud pesimista, indiferente y distanciamiento interpersonal, llevando a un deterioro de las relaciones, incremento de conflictos y además favorece a una baja realización personal donde el sujeto siente incompetencia y dudas sobre su propia capacidad y logros, que es la última dimensión del burnout.

Las conclusiones derivadas de este modelo, se basan en la falta de reciprocidad y la percepción de equidad en los trabajadores que intercambian relaciones con personas a quienes prestan sus servicios, así como sus pares, quienes desarrollan los síntomas que han sido identificados por la teoría tridimensional del síndrome de burnout.

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

El presente modelo, se basa en la teoría de la conservación de los recursos, que surge cuando un trabajador desarrolla estrés cuando se siente amenazado o frustrado.

Existen estresores que amenazan los recursos del trabajador, como la inseguridad sobre su desempeño para lograr el éxito profesional, la afectación de las relaciones interpersonales y las consecuencias del estrés en función de cómo percibe sus situaciones de pérdida o ganancia (Hobfoll y Freddy, 1993).

En este modelo los recursos que tienen los trabajadores se presentan como la unidad central y necesaria para enfrentar el estrés. El autor entiende por recursos a las características de cada persona, la condición o energía valoradas, o que intervienen como medio para alcanzar los objetivos o metas a lograr (Hobfoll, 1989).

Entonces este modelo expone que las personas se esfuerzan constantemente por evitar la pérdida de los recursos, puesto que conseguirlos resulta difícil y resalta la importancia de tener recursos, aunque sean mínimos (Lara, 2013).

Además, en este modelo se hace una relación en las personas que buscan el placer y el éxito, y para conseguir sus metas las personas desarrollan: conductas que aumenten la posibilidad de un reforzamiento ambiental rápido; el cuidado de mantener las destrezas propias, buena autoestima; y circunstancias favorables del ambiente laboral, como el apoyo social, que ayudarán a evitar la pérdida de estas características (Pedrero, 2003).

A diferencia de los otros modelos que consideran el apoyo social como una dimensión positiva para afrontar el estrés de los trabajadores, este modelo en cambio matiza que es positivo si el trabajador se encuentra en un ambiente agradable en las condiciones que lo requieren y en función de características personales, lo que significa que los recursos que posee el trabajador son la primera línea defensiva contra las situaciones estresantes (Caplan et al.,1984).

Por tanto, concluye este modelo que los recursos que posee el trabajador son muy valorados por lo que pretende evitar perderlos para no caer en el estrés de tratar de conseguirlos. Las condiciones del ambiente, las características personales y las energías también son consideradas recursos que las personas cuidan mucho más que los mismos resultados o reciprocidad que ofrecía Buunk y Schaufeli (1993) en el modelo anterior.

1.3.3. Modelos Desarrollados desde la teoría organizacional.

Como seguimiento de estos modelos ahora estudiaremos los modelos de la teoría organizacional, que basan su estudio en los estresores del trabajo; por lo tanto, emplean estrategias para que el individuo afronte ciertos problemas que causan el síndrome de burnout, el mismo que afecta el ambiente de trabajo y además produce agotamiento emocional y conflictos entre trabajadores, que analizaremos a continuación en función del criterio de varios autores.

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

Ahora bien, este modelo se basa precisamente en las declaraciones de Maslach y Jackson (1981b), en la definición del síndrome de burnout que describe la aparición del cansancio emocional, seguida de una despersonalización y por último una falta de realización personal. Entonces el trabajador que experimenta dichas expresiones del burnout actúa de manera negligente en sus actividades.

Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) autores de este modelo, definen al síndrome de burnout como un proceso en que los profesionales se aíslan del compromiso que tenían con su trabajo inicialmente, como una respuesta al estrés laboral y la presión que les genera. En relación al síndrome, el estrés está generado por dos situaciones: 1) de sobrecarga laboral, cuando hay mucha estimulación en el puesto de trabajo; 2) pobreza de rol, cuando hay escasa o nula estimulación en el puesto de trabajo.

En ambas circunstancias, las personas que laboran pierden su autonomía y control, lo que lleva a un bajo concepto de sí mismo y su autoimagen, sentimientos irritables y fatiga. Sin embargo, en una segunda instancia el trabajador con estrés, aprende a desarrollar estrategias de afrontamiento que terminan en un distanciamiento del profesional en su estado actual de trabajo (Lara, 2013).

Partiendo de los supuestos anteriores, el distanciamiento del profesional tiene un carácter constructivo, cuando no se involucra en el problema de las demás personas y le presta atención con empatía; por el contrario, cuando el distanciamiento le lleva a una indiferencia, cinismo o ignorar a la persona, es de carácter contraproducente (Lara, 2013).

Aunado a la situación, cuando el trabajador presenta signos avanzados del burnout, disminuye su satisfacción y la realización laboral, y en lo posterior una notable pérdida de la productividad. Además, atraviesa un momento de tensión psicológica y ciertos problemas psicosomáticos (Golembiewski, Hilles y Daly, 1987).

Por último, cabe señalar que este modelo comprende al síndrome de burnout dentro de las cogniciones que el trabajador realiza en eventos generadores del estrés, y señala que no se desarrolla exclusivamente en los profesionales que están en contacto directo con los receptores del trabajo, sino en todo tipo de profesiones (Cox et al., 1993; Maslach y Jackson, 1981).

En síntesis, se puede decir que el modelo basa su teoría en que los profesionales enfrentan ciertas crisis laborales, debido a que las organizaciones no tienen definidos sus descriptivos de puestos de trabajo, llevándolo a una pobreza de rol, y por último le produce un distanciamiento constructivo/contraproducente, aunque se presente ante los receptores de su trabajo con empatía donde hay distanciamiento emocional. Esto indica que todos los profesionales de manera general están propensos a sufrir de burnout, al experimentar dicha disfunción laboral.

1.3.3.2. Modelo de Winnubst.

Otro modelo que deja de manifiesto los antecedentes del síndrome de burnout relacionado a las estructuras de las organizaciones, es el modelo de Winnubst, que destaca el apoyo social de la institución y de cualquier estructura organizacional.

El modelo de este autor se fundamenta en el concepto de Pines y Aronson (1988), quienes proponen que el Burnout se desarrolla debido a las relaciones sociales asociadas con el estrés, y el apoyo social como fundamento en la estructura y cultura de las organizaciones.

Al respecto Winnubst (1993) construye su modelo en base a cuatro etapas:

- Toda organización tiene una estructura basada en un tipo de apoyo social.
- El sistema social de cada organización es independiente del clima laboral que ofrecen, lo que pueden mejorar u optimizar.
- El tipo de cultura organizacional.
- Los criterios éticos predicen la medida en que las organizaciones inducen a sus trabajadores al estrés y finalmente desarrollen el síndrome de burnout.

Ahora bien, de las evidencias anteriores, este modelo menciona que el desarrollo del síndrome de burnout varía según el tipo de estructura de la institución. En este sentido la organización puede tener diferentes políticas, jerarquías, burocracia mecánica, burocracia profesionalizada, y siendo un papel importante el rol de la autoridad, como el tipo de comunicación que suele ser vertical, y el apoyo social en su mayoría es de tipo instrumental (Ojeda, 2016).

Para concluir, lo expuesto sobre las organizaciones dan la idea que influyen varios factores en los cuidadores, derivados de la rutina, el cansancio emocional, la estructura de las organizaciones y manejo de personal, lo cual marca un estándar de nivel profesional en los trabajadores, que a futuro desarrollan el síndrome de burnout, por falta de apoyo social dentro de la organización.

1.3.3.3. Modelo de Cox, Kuk y Leiter.

Para terminar los modelos de la teoría organizacional, se procede al análisis del modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993) el cual se enfoca en una perspectiva transaccional, con el consiguiente agotamiento emocional como base del síndrome de burnout, que conlleva a la despersonalización y una disminuida realización personal de los profesionales en sus actividades laborales.

En efecto, este modelo aborda el síndrome de burnout a partir del proceso transaccional del estrés laboral mencionado por (Cox, 1978; Cox y Mackay, 1981) especificando el síndrome como una respuesta del estrés laboral, que se desarrolla cuando las estrategias empleadas

por el trabajador no resultan eficaces sobre el manejo del estrés y sus efectos, siguiendo la línea de Leiter y colaboradores (Leiter, 1989; Leiter y Maslach, 1988).

Siguiendo con la idea del modelo transaccional, se refiere a que el trabajador se encuentra con sentimientos de confusión, inestabilidad emocional y cansancio, además se siente presionado y tenso, con sentimientos de amenaza y ansiedad, que vienen a ser parte del estrés del trabajo en relación a una respuesta emocional y de afrontamiento (Gil-Monte y Peiró, 1997b).

El definitiva, este modelo indica que la salud emocional de los profesionales está influenciada por el clima laboral, que puede afectar al profesional y a su vez éste tendría que aprender a encontrar estrategias para poder afrontar las causas del estrés y mejorar el ambiente de trabajo para evitar el desgaste laboral y el desarrollo del síndrome de burnout.

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

En este nuevo apartado, se observa que el síndrome de burnout se lo denomina también síndrome de quemarse en el trabajo y se puede decir que es un trastorno emocional que va de la mano con el trabajo que desempeña el individuo. Las consecuencias del estrés pueden ser muy graves en el aspecto físico y psicológico.

Al inicio se convierte en un problema personal, posteriormente llega afectar al entorno laboral, social y familiar creando así un círculo lleno de factores estresores. A continuación, se abordará varios modelos como: el modelo tridimensional de Maslach y Jackson (1981), el modelo de Edelwich y Brodsky (1980), y el modelo de Price y Murphy (1984), los mismos que se detallan en los siguientes apartados.

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

Maslach y Jackson (1981) proponen que el burnout es una respuesta al estrés laboral crónico, al que el individuo está sometido, se caracteriza por la presencia de sentimientos pesimistas, actitudes negativas hacia el trabajo y las personas con las que labora, y una desvaloración del propio rol profesional.

Por esta razón los investigadores Smith y Nelson (1983), entienden que el burnout está caracterizado por la teoría tridimensional con los siguientes aspectos: 1) agotamiento

emocional, 2) despersonalización y 3) reducida realización personal; por tanto, concluyen que se dificulta realizar una definición concreta del síndrome al resumir la complejidad que abarca.

Más tarde Maslach y Jackson (1986), en relación al criterio mencionado anteriormente integran a la teoría con varias dimensiones, para lo cual emplean el cuestionario de *Maslach Burnout Inventory* (MBI) creado con gran amplitud para medir el síndrome de burnout.

Así mismo, Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) añaden que el burnout es una respuesta a los estresores interpersonales crónicos que se desarrollan en el trabajo, donde los síntomas dominantes de esta respuesta están caracterizados por la presencia de un agotamiento abrumador, sensaciones de cinismo en el trabajo con un sentido de ineficacia y carencia de la realización personal.

Ahora bien, en relación a la primera dimensión, el agotamiento emocional es el elemento clave del síndrome, y se refiere a que los individuos presentan sentimientos de estar emocionalmente agotados y sobrecargados. Por otro lado, la segunda dimensión que es la despersonalización, implica actitudes negativas, cínicas e impersonales, generándose sentimientos distantes hacia otras personas y, por último, baja realización personal en el trabajo, que hace referencia a la disminución de los sentimientos de competencia y éxito, así como una tendencia a evaluarse negativamente, particularmente en el trabajo con otras personas (Maslach y Jackson, 1981; Maslach, Jackson y Leiter, 1996).

Cabe destacar que los tres síntomas descritos anteriormente (agotamiento emocional, despersonalización o cinismo y baja realización personal en el trabajo), no surgen de un modelo teórico previo, sino más bien de una exploración analítica de las experiencias relacionadas al burnout basándose en un cuestionario (Schaufeli, Leiter y Maslach, 1988; Shirom, 2009; Taris, Le Blanc, Schaufeli y Scherurs, 2005). Conceptualizándose de esta manera al burnout como un constructo tridimensional, que hace referencia a múltiples dimensiones (Maslach, Leiter y Schaufeli, 2008).

En breve, todos los autores identifican que el desarrollo del síndrome de burnout es una respuesta a los estresores del trabajo, y que el individuo que lo padece posee un marco referencial con 3 dimensiones, lo que basa este estudio en el modelo tridimensional de burnout, con despersonalización, agotamiento emocional y una disminuida realización personal.

1.3.4.2. Modelo de Edelwich y Brodsky.

En segundo lugar, se menciona otro de los modelos de quemarse en el trabajo, el modelo de Edelwich y Brodsky (1980), quienes relacionan al individuo expuesto al estrés laboral con la sobrecarga de trabajo y contacto constante con el paciente. Por tanto, dentro de este marco, los autores de este modelo hacen mención a cuatro etapas que atraviesa el sujeto que desarrolla el síndrome de burnout, como parte de los modelos actuales.

La primera etapa es la pérdida del idealismo y entusiasmo, donde el sujeto se encuentra con un elevado nivel de energía para trabajar y con expectativas muy altas sin saber que lo pueda lograr. Sin embargo, el sujeto al encontrarse con varios obstáculos en su trabajo profesional y voluntario, puede llegar a la frustración de las expectativas y desilusión que hace que la persona pase al estancamiento, la segunda etapa (Carlotto y Gobbi, 2001).

En la segunda etapa, el estancamiento, la persona supone una disminuida actividad laboral luego de la pérdida del idealismo y del entusiasmo, donde realiza varios cambios en su vida profesional. No obstante, las dificultades surgen cuando siente que no puede superar el momento y el individuo se mueve a otra etapa, la apatía (Carlotto y Gobbi, 2001).

En la tercera etapa, la apatía, el síndrome se presenta con toda su sintomatología, y el sujeto forma un mecanismo de defensa ante la frustración. Se considera el núcleo central de burnout, porque empiezan a desarrollar problemas comportamentales, emocionales y hasta físicos, debido a la falta de interés, el sujeto pasa a una fase de retirada. Se produce la evitación social y contacto con las personas, e inclusive el ausentismo laboral le llevan al abandono de su profesión, y al volverse repetitivo, le abren camino al distanciamiento, la última etapa del burnout (Rubio, 2003).

En la cuarta y última etapa de distanciamiento, la persona está frustrada en su ámbito laboral obteniendo una desvaloración profesional. El trabajador siente un vacío total, donde hay una sobredemanda de tiempo dedicado al trabajo. Ahora se observa, que el sujeto evita todos los desafíos y contacto con personas, de manera muy frecuente. Sin embargo, piensa que no puede arriesgar perder su puesto de trabajo, pues de alguna manera el sueldo compensa la pérdida de satisfacción (Edelwich y Brodsky, 1980).

En síntesis, los autores de este modelo describen que las personas que tienden a desarrollar el síndrome de burnout, son los que trabajan en profesiones de ayuda, y como consecuencia del ambiente de trabajo, cuando existe dificultades y restricciones de su profesión, empieza

un proceso de desilusión progresiva, pérdida del idealismo, estancamiento, apatía y distanciamiento de todas sus demandas laborales, lo que se resume en las cuatro etapas de este modelo.

1.3.4.3. Modelo de Price y Murphy.

Siguiendo con la línea de los modelos de estar quemado, se menciona el último modelo de Price y Murphy (1984), los cuales manifiestan que el síndrome de burnout se define como un proceso en el que el ser humano se adapta al estrés laboral, que se desarrolla siguiendo una serie de procesos, basado en el estudio de las seis fases sintomáticas, en que la variable culpa es esencial para entender el deterioro psicológico que resulta de burnout.

Desde esta perspectiva, se desarrolla varias fases sintomáticas: a) desorientación; b) labilidad emocional; c) culpa debido al fracaso profesional; d) soledad y tristeza; e) solicitud de ayuda; y f) equilibrio. Esto podría desembocar en la necesidad de buscar la solución pidiendo ayuda con el fin de restablecer el equilibrio (Caballero, Hederich y Palacio, 2010).

En resumen, referente al burnout según este modelo indica que un elemento esencial es la culpa, que muchas veces sumerge al individuo en sentimientos de aislamiento, incomunicación, desánimo y desmoralización. Siendo así, se detecta dichos síntomas para evitar una respuesta inadecuada en los cuidadores que frecuentemente se exponen a factores estresantes.

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

A partir de estudios realizados sobre diferentes modelos explicativos del burnout, surge el modelo de la teoría estructural de Gil Monte y Peiró, logrando crear un puente entre dichos conceptos y el constructo trifactorial; para lo cual, se menciona dos perspectivas a través de un análisis regresivo en varios de sus estudios (Gil Monte y Peiró, 1996).

El síndrome de burnout puede ser orientado en base a los modelos cognitivos de Cox y Mackay (1981) y en los modelos transaccionales de estrés laboral de Lazarus y Folkman (1986). Por ello, Gil Monte, concibe la idea del burnout como, una respuesta al estrés laboral crónico que surge luego de una reevaluación cognitiva, que indica ciertas estrategias de afrontamiento para disminuir el cambio percibido del estrés laboral (Rubio, 2003).

Siguiendo con el concepto de Gil Monte, dicha respuesta del estrés laboral crónico tiene dos perspectivas: 1. inicia con una realización personal disminuida en el trabajo y agotamiento emocional. 2. la estrategia de afrontamiento se acompaña de actitudes de despersonalización, en los profesionales frente a una baja realización personal y sentimientos de agotamiento emocional y culpa (Gil Monte, 2005).

En definitiva, este modelo resalta que el profesional en el ámbito laboral desarrolla dos perspectivas, donde inicia con una baja realización personal y termina con la despersonalización y agotamiento emocional, lo que significa que cumple los requerimientos del modelo tridimensional de Maslach y Jackson propuesto anteriormente.

1.4. Importancia del estudio estrés laboral crónico en cuidadores

La búsqueda de evidencias resalta la importancia de investigar el estrés laboral crónico en cuidadores, ya que en el país existen pocos estudios que aborden esta problemática específica de personas que trabajan en las instituciones de salud pública.

Por lo general, los empleadores no pueden proteger a sus empleados contra el estrés originado fuera del trabajo. Sin embargo, sí pueden contrarrestar el estrés derivado de su actividad laboral, protegiendo la salud integral mental, emocional y física del cuidador y al mismo tiempo libera de gastos ocasionados por: indemnizaciones, enfermedades fisiológicas y rotación de personal (Hernández, 2003).

Es de suma importancia tomar en cuenta, los altos costes personales y sociales generados por el estrés laboral, los cuales han dado lugar a que organizaciones internacionales como la Unión Europea (UE) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) insistan cada vez más en la importancia que tienen la prevención y el control del estrés en el ámbito laboral.

El estrés laboral puede suponer un auténtico problema para la entidad y para sus trabajadores. Una buena gestión y una organización adecuada del trabajo son la mejor forma de prevenir el estrés. Si un empleado sufre estrés, su jefe debería ser consciente de ello y saber cómo ayudarlo (Paolí, 1997).

Finalmente, es importante el criterio de la Psicología del Trabajo con enfoque en profesionales de la salud y servicios de ayuda, que hace alusión a varios modelos que han aportado significativamente como: el modelo clásico del estrés, que incluye estresores

individuales, la experiencia subjetiva de estrés, la vivencia emocional, las variables moduladoras ambientales y personales, los resultados, los efectos y consecuencias; y el modelo para el estudio del estrés colectivo que incluye estresores colectivos, la experiencia intersubjetiva del estrés, las estrategias colectivas de afrontamiento, el clima laboral, los resultados colectivos, las variables moduladoras ambientales, grupales y organizacionales, y por último, los efectos y consecuencias, colectivos (Peiró y Rodríguez, 2008).

En consecuencia, los profesionales que trabajan en instituciones públicas y prestan sus servicios de ayuda, evidencian una tendencia a presentar el síndrome de burnout, por lo que se debe dar importancia al cuidado del trabajador en cuanto empieza los síntomas físicos y psicológicos de estrés laboral, con estrategias de prevención secundaria de salud. De esta manera se evitan altos costes que manejan las organizaciones para cubrir la falta de atención a sus empleados.

1.5. Prevalencia del estrés laboral crónico en los cuidadores

El estrés laboral es un tema de actualidad y es razonable suponer que las organizaciones que presentan una alta prevalencia son las instituciones públicas, y convierten a sus trabajadores en potenciales víctimas del estrés laboral crónico. Para ello se estudiará la prevalencia del estrés en cuidadores a nivel mundial, en Latinoamérica y a nivel nacional.

1.5.1. Prevalencia en cuidadores a nivel mundial.

En este nuevo apartado, se realiza un estudio de distintos profesionales de la salud, de distintas instituciones y en diferentes países para lograr determinar la prevalencia del burnout a nivel mundial. Por tanto, se presenta varios análisis estadísticos realizados en diversos estudios con diferentes cuestionarios que califican el burnout, como el MBI, que mide los tres constructos: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

Para la realización de este estudio, dentro de proyecto investigativo, se observó que, en España, la prevalencia del síndrome de burnout, corresponde al 39, 3% en profesionales de atención primaria, siendo los médicos generales, los más afectados, con un 37.5% para agotamiento emocional, un 2.87% en despersonalización y 8.7% con baja realización personal (Navarro, Ayechu, Huarte, 2014).

Otro estudio, señala que, en Holanda, la prevalencia del síndrome de burnout, corresponde al 15% de la población que trabaja, siendo los servicios de salud los que más probabilidades tienen para desarrollar el síndrome, especialmente, médicos, enfermeros, odontólogos y psicólogos (Aceves, 2006).

Mientras que, en Canadá, otro estudio reveló que la prevalencia del síndrome de burnout es hasta un tercio de los médicos residentes de cualquier especialidad (Cohen et al., 2008).

Al comparar estas evidencias, se concluye que la prevalencia del síndrome de burnout, depende del lugar donde se desarrolle el profesional de la salud y de las características del ambiente laboral. Por tal motivo, estos estudios realizados a nivel mundial tienen altas prevalencias en países como Canadá, Holanda y España.

1.5.2. Prevalencia en cuidadores a nivel de Latinoamérica.

Los temas tratados anteriormente, nos indican altas prevalencias de estrés laboral crónico en países desarrollados, debido a la demanda de trabajo y el ambiente que rodea a cada profesional de la salud; es por ello que, es necesario realizar un estudio sobre la prevalencia en los países latinoamericanos, donde algunos países, aún, se encuentran en vías de desarrollo.

Ahora bien, dentro del marco investigativo, un estudio realizado en Colombia, en tres ciudades respectivamente, Bogotá, Cajicá y Tenjo, en varios centros geriátricos, con una muestra tomada a 51 personas, en las que el 52.9% son profesionales de enfermería, de las cuales 46 son mujeres, con una edad promedio de 36.9 años, estado civil soltero un promedio de 32.7%, experiencia laboral de 6.9 años y a cargo de 17.4 pacientes, dieron como resultado una prevalencia del síndrome de burnout del 1.96% de toda la población estudiada, luego de aplicar la escala de MBI, donde se evidenció el predominio del puntaje alto en los dos constructos de cansancio emocional y despersonalización, mientras que el puntaje bajo predominó en la percepción personal (León y Nazate, 2016).

Por otra parte, diversos estudios en México reportan una alta prevalencia de estrés en los profesionales de la salud, especialmente los enfermeros, donde el 100% de evaluados presentan un nivel de estrés, con un 65.9% a veces y un 34.1% es frecuente. El trabajo físico es el más afectado, la sobrecarga laboral es el factor más importante que causa estrés con un 48.8%, seguido de muerte y sufrimiento con un 29.3%; así también, la incertidumbre en el

tratamiento con un 29.3%, los hombres se estresan más que las mujeres con un 83.3% en relación a un 25,7% (Cortaza y Torres, 2014).

Otro estudio, realizado en Brasil, en el periodo comprendido en los años 2013 y 2014, a 153 profesionales, que dan atención primaria a la salud y factores asociados, en el municipio de Fora, Gerai y Brasil, usando el cuestionario de Maslach Burnout Inventory, generó una prevalencia del síndrome de burnout de 51% en personal de enfermería (Lima, Farah y Bustamante, 2017).

Así pues, se resume que, en los países de México y Brasil, los profesionales de enfermería, quienes ofrecen un servicio de ayuda en contacto directo con los pacientes, son los que presentan alta prevalencia de desarrollo del síndrome de burnout. Caso contrario, sucede en Colombia, donde la población estudiada presenta una prevalencia baja del síndrome. Sin embargo, no significa que no es relevante, puesto que se determinó los factores de riesgo a los que están expuestos los profesionales.

1.5.3. Prevalencia en cuidadores a nivel nacional.

Para finalizar este apartado, es necesario realizar un estudio investigativo en el Ecuador, y determinar cuál es la prevalencia para los cuidadores de la salud; para ello, se presentan varios proyectos de burnout en diferentes provincias del país.

En un estudio realizado a 10 áreas del ministerio de salud pública en la provincia de Cuenca, con una muestra de 320 médicos, se determinó que la prevalencia de Burnout para el Azuay es de 2.38%. En las dimensiones de Burnout se evidencia una prevalencia de 8.73% en cansancio emocional, 12.69% en despersonalización y 20.63% en baja realización personal (Durán y García, 2013).

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), a través de la dirección nacional de riesgos del trabajo, a partir del año 2007, cuenta con datos epidemiológicos de prevalencia del síndrome de desgaste laboral en profesionales de la salud que prestan servicios en el Hospital Carlos Andrade Marín en Quito, ubicando la tasa de prevalencia en el 14% de una población de 742 médicos y enfermeras de los distintos servicios (Landázuri, 2011).

Siguiendo en la misma línea de profesionales de salud, se realizó un estudio en el hospital de la Policía Nacional en Quito, donde el 98% de profesionales médicos y enfermeras atienden

a más de 10 pacientes por día, laborando más de 8 horas diarias, y se evidencia que el 7.5% tienen niveles altos de cansancio emocional, 9.7% tienen niveles altos de despersonalización y 25% presentan niveles bajos de realización profesional. Si bien es cierto las personas que padecen el síndrome de burnout, en realidad es baja, la mayoría que lo padecen es el personal de enfermería (Landázuri, 2011).

Con lo mencionado, se concluye que la prevalencia de estrés laboral o síndrome de desgaste profesional es notable en cuidadores de la salud y va en aumento afectando el entorno donde se desenvuelve, es de suma importancia conocer su existencia y determinar si la prevalencia es mayor en cuidadores de la salud sean formales o informales que en médicos; para así, plantear estrategias de solución de acuerdo al cargo y servicio.

1.6. Variables asociadas del estrés laboral en cuidadores

Dentro de este campo se realizará un estudio basado en las diferentes variables que están asociadas al estrés laboral en cuidadores, como: variables demográficas; variables laborales; variables asociadas al compromiso vital y satisfacción vital; y variables moduladoras como: apoyo social, afrontamiento y resiliencia.

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

Uno de los aspectos menos definidos y con resultados más contradictorios dentro de la literatura sobre el desgaste profesional o burnout, lo constituye el área de estudio dirigida al análisis del papel desempeñado por las variables de carácter sociodemográfico como: edad, género, estado civil, años de experiencia en la profesión.

Dado el supuesto papel modulador que este tipo de variables personales pueden ejercer actuando como elementos facilitadores o inhibidores de la aparición del síndrome, su análisis ha sido objeto de un amplio estudio indicando generalmente resultados poco claros respecto a la significación y dirección de su influencia. Tanto es así, que algunos autores han llegado a señalar la escasa o nula relación entre las características sociodemográficas y el síndrome de burnout. Por consiguiente, se detalla las distintas variables sociodemográficas:

- La edad del trabajador y experiencia profesional. - en cuanto se refiere a la edad, hay estudios que indican que no hay significancia entre la edad del trabajador y el burnout; un

estudio señala que existen niveles bajos de burnout, entre los individuos que tienen menos de dos años de trabajo o más de diez años, y los que se encuentran intermedios del tiempo mencionado, tienden a quemarse en el trabajo, puesto que aún no se encuentran adaptados (Aguilar, 2013).

- Género. - algunos estudios mencionan que las mujeres tienden a padecer el burnout más que los hombres, mientras que otros estudios dicen lo contrario, es decir, que los hombres tienen puntuaciones mayores, incluso hay quienes encuentran que el sexo del trabajador no tiene relación con el síndrome (Montiel, 2010; Caballero et al, 2010; Guillen y Guil, 2000).
- Estado civil. – los trabajadores casados, tienen apoyo socio familiar de sus cónyuges; por lo que, son capaces de sobrellevar la excesiva carga de trabajo. Por tanto, algunos estudios indican que los casados tienen bajos niveles de burnout en relación a los solteros, divorciados o viudos, por falta de apoyo social (Landerero y González, 2011).

Al finalizar este estudio, se concluye que los factores del contexto social, son mecanismos estresores en los profesionales de ayuda. En el contexto familiar el hecho de tener una estabilidad afectiva y ser de estado civil casado, mejora el equilibrio que requiere para solucionar los conflictos. Lo mismo ocurre con los años de experiencia del trabajador, que mientras no se adapte, es propenso a padecer el burnout; y, por último, se detectó que el género es una variable que puede afectar al burnout de acuerdo al contexto laboral.

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

Lo anteriormente expuesto sobre las variables sociodemográficas, nos lleva a pensar en otras variables asociadas directamente con el entorno laboral, sobre todo porque en los últimos años se ha adquirido relevancia del síndrome de burnout, debido a las repercusiones graves sobre el personal profesional de la salud en el ámbito laboral. Entre los factores estresores o variables laborales se encuentran: estrés de rol, clima laboral negativo, satisfacción laboral, realización de las expectativas laborales, toma de decisiones y grado de autonomía.

- Estrés de rol. - se toma en cuenta tres aspectos: 1. la ambigüedad de rol concebida con la vaguedad de los objetivos y resultados del trabajo, 2. el conflicto de rol que se produce cuando se desempeñan en varias funciones, y 3. la sobrecarga de rol que surge cuando se atiende varias demandas y tareas al mismo tiempo, sin lograr realizarlas todas. Los tres aspectos están relacionados con el síndrome de burnout y se relacionan la ambigüedad de rol como variable relacionada al burnout (García, Castellon y Albadalejo, 1993).

- Clima laboral. - se evidencia en ciertos estudios, que el clima laboral negativo se debe a malas interacciones del trabajador con sus compañeros o jefes, o debido a establecimientos erróneos en los roles (Ensiedel y Tully, 1981). También se menciona que las malas interacciones entre un trabajador y sus clientes con conflictos, disputas y fricciones se toma en cuenta como variables predictoras del síndrome de burnout (Burke y Richardsen, 1991).
- Satisfacción laboral. - en previos estudios se identifican algunas variables como antecedentes del burnout, tales como: manejo de nuevas tecnologías, participación en la toma de decisiones, relaciones sociales, neuroticismo, posibilidades de promoción, afectividad negativa y el locus de control (Bravo, Peiró y Rodríguez, 1996).
- Realización de expectativas laborales. - se inclina hacia la falta de cumplimiento de las expectativas que el trabajador se plantea, y queda vulnerable ante el hecho de no poder cumplirlas (Gann, 1979).
- Toma de decisiones y grado de autonomía. – en un estudio investigado señala que el burnout disminuye a medida que aumenta la capacidad de decisión, cuando el trabajador asciende un puesto de trabajo (Burke y Greenglas, 1989). Un factor estresor para el burnout se correlaciona con profesionales sin autonomía e independencia de trabajo para realizar sus tareas (Hiscott y Connop, 1990).

Para culminar este apartado, se resume que las variables del contexto laboral relacionadas con el síndrome de burnout, pueden ser modificadas si el contexto del trabajo realiza algunos cambios positivos para el trabajador, como la autonomía que se puede otorgar por parte del supervisor a un subrogado, y así el caso de clima laboral, podría disminuir el burnout, si se ofrece buen trato, actitudes positivas y mejora de manejo de conflictos.

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

En el presente estudio, se evidencia las variables del compromiso vital y satisfacción vital asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores de la salud, como en profesionales afines al trato directo con personas.

Una de las características distintivas de todo profesional de ayuda es la capacidad de entender el valor de su calidad de vida. Existen dimensiones que los sujetos pueden evaluar dentro de la satisfacción vital como: un juicio cognitivo (referente a la satisfacción con la vida en general,

matrimonial, laboral), equilibrio relativo de los aspectos positivos y negativos de su vida (referente al aspecto afectivo) y comparaciones con criterio (Dávila y Díaz, 2005).

Las personas no daban importancia al bienestar subjetivo, la calidad de vida, satisfacción vital y bienestar social, como parte de la felicidad, puesto que no eran consideradas un problema. Ahora, se considera de interés científico que incluye respuestas emocionales de las personas, satisfacción de dominio y juicio global de satisfacción de vida (Cuadra y Florenzano, 2003).

Considerando el criterio del descuido de los aspectos positivos, como el bienestar, la satisfacción vital, la esperanza, el optimismo, la felicidad, el contento, se ignora muchos beneficios que estos ofrecen a los profesionales que prestan servicios de ayuda (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

Al analizar dichos componentes de la satisfacción vital, se establece predictores sobre estas variables que desarrollan el burnout. Ahí se encuentra la baja valoración de la vida, lo que explica altos niveles de agotamiento emocional y disminuida realización personal, a lo cual también se agrega que una disminuida percepción de las condiciones vitales refiere altos niveles de despersonalización. Este estudio permite que se obtenga una mejor explicación de las variables organizacionales a partir de cómo se encuentran los componentes de satisfacción vital de cada trabajador que ha desarrollado el burnout (Ramírez, 2009).

Otro estudio, hace referencia al compromiso vital como exigencias básicas y demandas de responsabilidad en varios aspectos de la vida como: el matrimonio, la familia y amistades, los mismos causan burnout cuando se suma a los compromisos previos del trabajo del cuidador (Golembiewski y Munzenrider, 1988).

En síntesis, aquellos cuidadores que manejan bien la satisfacción vital y el compromiso vital consigo mismo, tienen mayores probabilidades de afrontar de mejor manera los desfases de la vida diaria y por tanto a nivel profesional. No obstante, los profesionales que no están conscientes de la importancia de la satisfacción vital y compromiso vital, no podrán evitar un deterioro de su salud mental y física.

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

Para este último apartado, se determinan las variables del apoyo social, el afrontamiento y resiliencia asociadas al estrés laboral en cuidadores. Luego de hacer un análisis de las variables sociodemográficas, independientes y laborales, hay que dar su importancia a aquellas variables que pasan desapercibidas en el diario vivir y que cuando hay una afectación en el trabajo del cuidador, bien podría convenirle desarrollar estrategias que le ayuden a afrontar, con ayuda social, familiar o incluso de sí mismo, potenciando la resiliencia.

El apoyo social contribuye desde una perspectiva de la psicología positiva a la resiliencia (Quiceno, Vinaccia y Remor, 2011). Se presenta como una variable de interrelación entre un sujeto y los demás individuos que lo rodean, la cual puede producir un efecto amortiguador del estrés, la sobrecarga, ansiedad, depresión y trastornos psicosomáticos (Peñaranda, 2006).

Además, en el apoyo social se distingue dos tipos: 1. el apoyo social percibido, se refiere a la expectativa del sujeto en interacciones positivas con otras personas, 2. El apoyo social recibido, es un apoyo real que el sujeto recibe en situaciones conflictivas o abrumantes (Ramírez y Reinado, 2010).

Mientras tanto, Lazarus y Folkman (1986) conceptualizan el afrontamiento como un esfuerzo cognitivo y conductual cambiante que ayuda a manejar las demandas externas o internas que pueden ser variables excedentes de los recursos del trabajador.

Siguiendo con la línea de investigación, surge una respuesta del afrontamiento donde se menciona que cumple dos funciones: 1. afrontamiento centrado en el problema, que significa alterar las relaciones de persona y el ambiente, fuente de estrés, y 2. afrontamiento centrado en las emociones, donde el sujeto regula las emociones estresantes (Alarcón et al., 2001).

Finalmente, otro estudio revela la interacción del apoyo social con la red de seguridad frente a sucesos estresantes, y menciona que reduce el índice de comportamientos de alto riesgo, disminuye la percepción negativa de amenaza, reduce la discapacidad funcional, además contrarresta los sentimientos de soledad, fomenta el afrontamiento adaptativo e incrementa el sentido de auto-eficiencia y adherencia a los tratamientos en caso de enfermedad (Fernández y Ballesteros, 2009). Lo que apoya la idea de Fernández-Lansac et al. (2012), quienes afirman

que el apoyo social disponible probablemente servirá para potenciar la resiliencia del cuidador, amortiguando las demandas del cuidado.

Para concluir este apartado, se resalta la importancia del manejo de estas variables moduladoras en los cuidadores expuestos a estrés laboral; por lo que, al desarrollar la resiliencia, el apoyo social, sería una ventaja en el momento de afrontar los problemas laborales, inhibiendo los sentimientos negativos, síntomas u otros factores que favorecen al estrés.

CAPÍTULO II
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo General.

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

2.1.2. Objetivos Específicos.

- Identificar las características sociodemográficas y laborales de los cuidadores formales de la salud mediante la investigación realizada en una institución pública a enfermeras y enfermeros.
- Determinar las tres dimensiones del estrés laboral crónico (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal) en el personal de enfermería de una institución pública.
- Conocer el nivel de bienestar general en el trabajo de profesionales de enfermería que pertenecen a una institución pública de la ciudad de Quito.
- Determinar los modos de afrontamiento más utilizados por el profesional de enfermería de la muestra estudiada en una institución pública en la ciudad de Quito.
- Identificar el apoyo social procedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo de los cuidadores, en la investigación realizada en los profesionales de la salud.
- Identificar la satisfacción vital y la resiliencia de los profesionales de la salud en el área de enfermería de una institución pública ubicada en la ciudad de Quito.

2.2. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales en cuidadores formales de una institución pública de salud ubicada en la zona centro-norte de la ciudad de Quito, durante el año 2017-2018?
- ¿Cuál es la prevalencia del síndrome del estrés laboral crónico en los cuidadores de la muestra investigada?
- ¿Cuál de las tres dimensiones del estrés laboral crónico es la que presenta un alto nivel?

- ¿Cuáles son los rasgos de personalidad y las características de salud mental de la muestra investigada?
- ¿Cuáles son los tipos de afrontamiento y apoyo social de la muestra investigada?

2.3. Contexto de la investigación

El presente estudio se realizó en una institución de salud pública, ubicada en la ciudad de Quito en la zona centro-norte, creada para atención médica y servicios de salud a personas que contribuyen y pertenecen a dicha entidad. Atiende alrededor de 20.000 personas mensualmente que llegan de todas las regiones del país, Costa, Sierra y Oriente. Opera las 24 horas del día, todos los días del año y cuenta con profesionales médicos calificados que cumplen sus funciones en las distintas y variadas especialidades. Actualmente cuenta con 800 camas aproximadamente, cantidad que no abastece para recibir el gran número de pacientes.

El personal de enfermería, que laboran en esta institución, son alrededor de 900 profesionales capacitados, que se distribuyen en el área de consulta externa, emergencias, hospitalización del día, hospitalización y terapia intensiva.

La institución posee una amplia infraestructura, con equipamiento de gran valor económico, y realiza inversiones en medicamentos para los pacientes y abastece los insumos médicos en todas las áreas para el desempeño del profesional de salud, lo cual se ha visto perjudicado en los últimos años por falta de provisión financiera del estado.

Actualmente se encuentra catalogado como referencia nacional para instituciones de primer y segundo nivel de atención de salud. Además, posee un sistema de atención médica humanista enfocado en el paciente, con autonomía y efectividad, la eficacia clínica posee evidencia científica y alta tecnología, además de buena atención y trato al paciente.

2.4. Diseño de investigación

El método utilizado en el presente estudio fue exploratorio, en donde se analiza un tema que no se lo ha estudiado en ocasiones anteriores o que se lo ha abordado en otros contextos, analiza información desde otras perspectivas con el propósito de analizar de mejor manera la

investigación (Hernández, 1994).

El diseño del estudio presentó características como: **Investigación cuantitativa**, la información de instrumentos usados se lo realiza empleando magnitudes numéricas; **Investigación no experimental**, ya que no se realizó ninguna manipulación deliberada de las variables, por lo que se observaron los fenómenos en su ambiente y entorno real; **transaccional (transversal)** ya que se recolectó la información en un momento dado y en un tiempo único; **descriptivo**, ya que implica observar y describir el comportamiento de la muestra de estudio sin influir sobre la misma; **exploratorio** porque se examinó un tema no visto antes, y se lo analiza para realizar una mejor investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

2.5. Muestra

Se tomó como muestra para realizar este estudio a un grupo de cuidadores formales de la salud que laboran en una institución de salud pública ubicada en la zona centro norte de la ciudad de Quito.

Se consideró a profesionales de la salud de enfermería y fue; de accesibilidad, no probabilística y accidental. La muestra de la población fue de 40 cuidadores formales (enfermeros/as), correspondiente a distintas áreas como son: Cirugía Vascular, Terapia Intensiva y Urgencias.

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

Los criterios considerados para seleccionar la muestra fueron:

Criterios de inclusión: Encontrarse en situación activa, firmar el consentimiento informado y tener como mínimo 2 años de experiencia

Criterios de exclusión: No aceptar la participación dentro de este estudio, no firmar el documento de consentimiento informado que fue expuesto.

2.6. Métodos y técnicas de Investigación

2.6.1. Métodos.

En el presente estudio se empleó el método cuantitativo, debido a que se utilizaron cuestionarios que miden el síndrome de burnout, que permitió analizar los resultados.

Además, se utilizó el método descriptivo, que es mucho más específico, el cual analiza y explica la prevalencia del síndrome de burnout en los cuidadores de la salud y la afectación que repercute en su salud mental y emocional.

Una vez recogida la información y habiendo pasado por un análisis profundo se emplea el método inductivo y deductivo para realizar las conclusiones y recomendaciones necesarias de acuerdo a las necesidades del proyecto investigativo.

2.6.2. Técnicas.

En este proceso de investigación se relaciona la técnica con el método, vinculada a la decisión de metodología aplicada, de acuerdo a la perspectiva teórica y orientación filosófica.

Dentro de las técnicas de campo, permite recabar información mediante el uso de entrevistas, observación directa e indirecta, cuestionarios, de manera clara y sencilla, referente al objeto de estudio, con aplicación de tiempo no muy prolongado, cerrando todas las preguntas para facilitar el conteo y control (Hernández, Cantín, López y Rodríguez, 1994).

Dentro de este estudio se administró los cuestionarios auto-administrados, los mismos que evitan generar malestar por el tiempo y costos, y permite recoger la información eficaz y verídica de los profesionales de la salud.

2.7. Procedimiento

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

- Se elaboró la solicitud respectiva para requerir el permiso correspondiente y poder tener acceso a la máxima autoridad de la institución de salud.

- Se realizó un acercamiento con las autoridades de la institución de salud a quienes se les presentó la propuesta investigativa elaborada con la finalidad de que se permita recolectar los datos de la muestra.
- Al tener la respuesta favorable y de aceptación por parte de los directores y jefes de área de las especialidades como son: Cirugía Vascular, Terapia intensiva y urgencias, se determinó el horario para la aplicación de las herramientas, en consideración a esto se convocó a los cuidadores dentro del establecimiento para pedir la colaboración exponiéndoles la finalidad de la investigación, a quienes aceptaban participar se pidió el consentimiento informado y se explicó los parámetros de las baterías para que puedan realizarla de la mejor manera.
- Al culminar este proceso de la toma de muestra se registró la información de cada batería, finalmente se procedió a registrar los datos, los mismos que se los realizó a través del programa de Excel y se trabajó con datos descriptivos.

2.8. Instrumentos.

Los instrumentos que fueron utilizados para recolectar la información en este trabajo investigativo y que permitieron cumplir con los objetivos trazados son:

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

Enfocado en obtener la información sociodemográfica (género, edad, número de hijos, etnia, estado civil, ingresos mensuales, experiencia profesional, sector de trabajo, tipo de contrato, turnos, número de pacientes, recursos institucionales y clima laboral).

Es un cuestionario compuesto de 32 ítems (25 preguntas de selección, y 7 preguntas son de respuesta corta. La manera de participación es voluntaria y los datos son estrictamente confidenciales. El tiempo que requiere para contestar las preguntas toma un tiempo de 2 a 3 minutos aproximadamente con formato auto-administrado.

El evaluado lee las instrucciones conociendo que los ítems corresponden a características socioeconómicas y laborales, su objetivo es recolectar datos para una investigación realizada por la UTPL, responde a cada pregunta señalando con una x o rellenando los espacios en blanco.

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), es un cuestionario auto administrado que 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, compuesto 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 con 54, y se asocia de manera directa con el burnout; la despersonalización con 30, también se relaciona de manera directa con el burnout; y realización personal con 48, y se relaciona de manera inversa con el burnout.

Las personas que presentan el síndrome son aquellos que obtengan las puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización, mientras que se consideran las puntuaciones bajas en realización personal (Maslach y Jackson, 1986).

Este cuestionario emplea la escala de Likert, que van del 1 al 6: nunca, alguna vez al año o menos, una vez al año o menos, algunas veces al mes, una vez a la semana, varias veces a la semana y diariamente, el cual clasifica al burnout en nivel leve, moderado y alto.

En cuanto a las propiedades psicométricas, el MBI presenta un alfa de Cronbach que oscila entre .70 y .90 y una fiabilidad de .80 a .90 cercano al 1 (George y Mallery ,2003).

3. Entrevista de carga para cuidadores formales (Revuelta y Andújar, 2008)

La Entrevista de Carga para Cuidadores Formales es una adaptación de la Entrevista de Carga del Cuidador, pensada para cuidadores informales (Revuelta y Andujar, 2008). Inicialmente, constaba de 29 ítems y posteriormente se redujo a 22 elementos. En el original se ha informado de una consistencia interna entre .76 y .95 (Zarit, Orr y Zarit, 1985).

Presenta cinco alternativas de respuesta, que van desde nunca (1) hasta casi siempre (5). Con esta adaptación para cuidadores formales se ha obtenido un valor de alfa de Cronbach de .85 y aparecen cinco factores que reflejan agotamiento y desesperanza, consecuencias negativas personales y sociales, preocupación por los receptores del cuidado, responsabilidad y respuesta emocional al cuidado (Revuelta y Andujar, 2005).

El modo de aplicación del instrumento es voluntario y auto administrado para cuidadores formales o informales, y proceden a leer las 22 preguntas para contestar y señalar con qué frecuencia se siente de esa manera:

1=nunca

2=rara vez

3=algunas veces

4=bastantes veces

5=casi siempre

Tanto las preguntas como las respuestas se refieren a como se siente de forma general. Debe tomar en cuentas que no existen respuestas correctas o incorrectas.

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

Esta escala, es una medida de la satisfacción vital global, uno de los componentes del bienestar subjetivo. Ha mostrado unas aceptables propiedades psicométricas, incluyendo una alta consistencia interna, así como una buena estabilidad en la fiabilidad test-retest. Tiene cinco ítems, que han de puntuarse de 1 (*muy en desacuerdo*) a 7 (*muy de acuerdo*) (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985).

El trabajo original, compuesto de tres estudios, informa de una fiabilidad test-retest de .82 y de un coeficiente Alfa de Cronbach de .87 y de unas correlaciones de cada ítem con el total de 0.81, 0.63, 0.61, 0.75 y 0.66, desde el primero de los ítems hasta el último. La versión que se utilizará es de Revuelta y Andújar (2005).

5. 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 el 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% y con un valor de alfa de Cronbach de 0.89 (Lobo, Pérez y Artal, 1986).

Evalúa por medio de cuatro sub-escalas: 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 (Goldberg y Hillier, 1979).

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

Es un cuestionario autoadministrado 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 (Survey, Sherbourne y Steward ,1991; Luna del Castillo, Bailón y Medina, 2005). Identifica cuatro dimensiones de apoyo social:

Apoyo emocional: Alguien que preste guía y consejo.

Apoyo instrumental: Alguien que presta ayuda en casa.

Relaciones sociales: Alguien que presta su compañía en el trabajo y entorno.

Amor y cariño: Alguien para comunicarse, con quien distraerse en tiempo de ocio y brinde afecto.

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

Esta escala multidimensional, está compuesta 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.

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).

8. Brief Resilience Scale (BRS)

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

CAPÍTULO III
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE DATOS

1.1. Resultados Obtenidos

Tabla 1.
Características sociodemográficas de los cuidadores de la salud

VARIABLES	Profesión	
	Enfermero/a	
	N	%
Sexo		
Hombre	4	10
Mujer	36	90
Etnia		
Mestizo/a	39	97,5
Blanco/a	0	0,0
Afroecuatoriano/a	1	2,5
Indígena	0	0,0
Estado civil		
Soltero/a	8	20,0
Casado/a	25	62,5
Viudo/a	0	0,0
Divorciado/a	5	12,5
Unión Libre	2	5,0
Edad		
Media	36,98	
Desviación típica	8,80	
Máximo	55,00	
Mínimo	24,00	
Nro. De hijos/as		
Media	1,48	
Desviación típica	1,01	
Máximo	3,00	
Mínimo	0,00	

Fuente: Cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Calva, 2018

En la tabla 1, referente a la información obtenida de los cuidadores podemos apreciar que existe un mayor número de mujeres que se desempeña en esta función con un porcentaje del 90% en comparación de un 10% que lo ocupa los hombres. Con respecto a la etnia que más predomina de la muestra es la mestiza con un 97,5%, seguido de un 2,5% que ocupan los afros ecuatorianos; adicional a esto, el 62,5% de los cuidadores son de estado civil casados, un 20% son solteros, el 12,5% divorciados y un 5,0% en unión libre. La muestra nos indica que la media en edad es de 36,9 años, comprendida de una edad máxima de 55 años. Se evidencia en cuanto al número de

hijos una media de 1,48 lo que significa que los profesionales pueden tener entre 0 y 3 hijos.

Tabla 2.
Características laborales de los cuidadores de la salud

VARIABLES	Profesión	
	Enfermero/a	
	N	%
Ingresos Mensuales		
0 a 1000	6	15
1001 a 2000	34	85
2001 a 3000	0	0
3001 a 4000	0	0
4001 a 5000	0	0
5001 a 6000	0	0
Tipo de trabajo		
Tiempo Completo	37	92,5
Tiempo Parcial	3	7,5
Tipo de contrato		
Eventual	1	2,5
Ocasional	3	7,5
Plazo fijo	1	2,5
Nombramiento	35	87,5
Servicios Profesionales	0	0,0
Ninguno	0	0,0
Turnos		
Si	36	90,0
No	4	10,0
Recursos Necesarios		
Totalmente	6	15,0
Medianamente	31	77,5
Poco	3	7,5
Nada	0	0,0
Experiencia Profesional		
Media	11,05	
Desviación típica	8,20	
Máximo	30,00	
Mínimo	2,00	
Horas de Trabajo		
Media	10,48	
Desviación típica	2,66	
Máximo	13,00	
Mínimo	7,00	

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC

Elaborado por: Calva, 2018

En la tabla 2, lo que respecta de las características laborales de los cuidadores se aprecia que un 85% percibe una remuneración en la escala de 1001 a 2000 dólares seguido de un 15% con un salario inferior a los 1000 dólares; el tipo de trabajo que realizan es de tiempo completo con un porcentaje del 92,5% y un 7,5% de tiempo parcial. Por otro lado, el 87,5% posee un contrato de trabajo de carácter indefinido o con nombramiento, luego un 7,5% con contrato ocasional y apenas un 2,5% corresponde paralelamente a un contrato eventual y plazo fijo. Por ser una profesión que implica tiempo, el 90% labora en turnos rotativos de trabajo, según las muestras en cuanto a disponer de los recursos necesarios que otorga la institución, un 77.5% lo califican como medianamente; por otra parte, se presenta una media de 11 años en cuanto a experiencia profesional, con un máximo de 30 años. Finalmente, se identifica una media de 10,48 horas de trabajo diarias.

Tabla 3.
Dimensiones del estrés laboral crónico o burnout de los cuidadores de la salud

Dimensiones		Profesión	
		Enfermero/a	
		N	%
Agotamiento emocional	Alto	10	25,0
	Medio	11	27,5
	Bajo	19	47,5
Despersonalización	Alto	6	15,0
	Medio	13	32,5
	Bajo	21	52,5
Realización Personal	Alto	10	25,0
	Medio	17	42,5
	Bajo	13	32,5

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

Elaborado por: Calva, 2018

En la tabla 3, se evidencia que el 25% de los cuidadores presentan un nivel alto en la dimensión de agotamiento emocional, un 15% un nivel alto de despersonalización y un 32.5% presentan un nivel bajo de realización personal.

Tabla 4.
Resultados de los niveles de burnout en los cuidadores de la salud

		Profesión	
		Enfermero/a	
		N	%
Burnout	Nivel alto	12	30,0
	Nivel medio	27	67,5
	Nivel bajo	1	2,5

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

Elaborado por: Calva, 2018

En la tabla 4, como resultados de los niveles de burnout se puede apreciar que en el nivel alto se encuentra el 30% de la población de estudio, mientras que en el nivel medio se encuentra el 67.5% siendo predominante en este nivel, y en el nivel bajo se encuentra apenas un 2.5% del personal.

Tabla 5.
Resultados de casos y no casos de burnout en cuidadores formales

		Profesion	
		Enfermero/a	
		N	%
Burnout	Casos	1	2.5
	No casos	39	97.5

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

Elaborado por: Calva, 2018

En la tabla 5, según los datos obtenidos del Maslach Burnout Inventory, se evidencia que hay un solo caso de burnout, que representa el 2.5% de la muestra.

Tabla 6.
Carga laboral para cuidadores formales de la salud

		Enfermero/a	
		N	%
Sobrecarga	No presenta	16	40,0
	Leve	7	17,5
	Intensa	17	43

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

Elaborado por: Calva, 2018

En la tabla 6, sobre la carga laboral para cuidadores de la salud según resultados del estudio, se evidencia que un 43% lo posee en un nivel intenso, un 17,5% lo presenta de manera leve, y por último un 40% no presenta sobrecarga laboral.

Tabla 7.
Satisfacción vital de cuidadores de la salud

		Profesión	
		Enfermero/a	
Puntos de corte		N	%
5 a 9	Muy insatisfecho	0	0
10 a 14	Insatisfecho	1	2,5
15 a 19	Ligeramente por debajo	4	10
20 a 24	Ligeramente satisfecho	6	15
25 a 29	Satisfecho	15	37,5
30 a 35	Altamente satisfecho	14	35

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

Elaborado por: Calva, 2018

En la tabla 7, los resultados del estudio de satisfacción vital de los cuidadores de la salud indican que el 37.5% de los individuos de la muestra se ubican dentro del rango satisfecho, seguido de un 35% del personal de estudio en un rango altamente satisfecho.

Tabla 8.
Salud general en cuidadores de la salud

		Profesión	
		Enfermero/a	
		N	%
Síntomas somáticos	Caso	25	62,5
	No caso	15	37,5
Ansiedad	Caso	21	52,5
	No caso	19	47,5
Disfunción social	Caso	1	2,5
	No caso	39	97,5

Depresión	Caso	5	12,5
	No caso	35	87,5

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

Elaborado por: Calva, 2018

En la tabla 8, se puede observar los resultados sobre la salud en general que presentan los cuidadores, evidenciando que un 62.5% de los individuos de la muestra presentan síntomas somáticos; además, un 52.5% pertenece a los casos de ansiedad, seguido de un 12.5% de casos de depresión, y finalmente un 2.5% de casos para disfunción social.

Tabla 9.
Estrategias de Afrontamiento en cuidadores de la salud

	Profesión			
	Enfermero/a			
	M	DT	Max.	Min.
Auto distracción	2,28	1,54	5,00	0,00
Afrontamiento activo	2,75	1,63	6,00	0,00
Negación	1,55	1,77	6,00	0,00
Uso de sustancias	0,9	1,46	5,00	0,00
Apoyo emocional	1,45	1,74	6,00	0,00
Apoyo instrumental	2,08	1,73	6,00	0,00
Retirada de comportamiento	1,55	1,65	6,00	0,00
Desahogo	2,03	1,76	6,00	0,00
Replanteamiento positivo	2,60	1,68	6,00	0,00
Planificación	2,18	1,60	6,00	0,00
Humor	1,33	1,47	4,00	0,00
Aceptación	2,50	1,68	5,00	0,00
Religión	2,58	2,02	6,00	0,00
Culpa de sí mismo	1,63	1,73	6,00	0,00

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

Elaborado por: Calva, 2018

En la tabla 9, sobre las estrategias de afrontamiento que son empleadas por los cuidadores de la salud, según el estudio realizado, se evidenció como resultados una media más elevada en el siguiente orden: afrontamiento activo (2.75), replanteamiento positivo (2.60), religión (2.58), aceptación (2.50), autodistracción (2.28), planificación (2.18), apoyo instrumental (2.08) y desahogo (2.03).

Tabla 10.
Apoyo Social en cuidadores de la salud

	Profesión			
	Enfermero/a			
	M	DT	Min.	Max.
Apoyo emocional	31,08	8,54	16,00	40,00
Apoyo instrumental	14,98	4,55	5,00	20,00
Relaciones Sociales	15,68	4,66	7,00	20,00
Amor y cariño	12,33	3,55	3,00	15,00

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

Elaborado por: Calva, 2018

En la tabla 10, referente al apoyo social que reciben los profesionales de la salud, se puede observar de los resultados en primer lugar una media más alta en apoyo emocional de 31.08, en segundo lugar, las relaciones sociales con una media de 15.68, en tercer lugar, el apoyo instrumental con una media de 14.98, y finalmente amor y cariño con una media de 12.33.

Tabla 11.
Resiliencia de cuidadores de la salud

		Profesión	
		Enfermero/a	
		N	%
6 a 15	Bajo	4	10,0
16 a 22	Normal	28	70,0
23 a 30	Alto	8	20,0

Fuente: Brief Resilience Scale (BRS)

Elaborado por: Calva, 2018

En la tabla 11, sobre la resiliencia de cuidadores de la salud, se puede observar que los resultados son: el 70% de los individuos de estudio poseen un rango normal, siendo mayoría; el 20% corresponde a un rango alto; y finalmente un 10% pertenecen a un rango bajo.

1.2. Discusión de los resultados obtenidos

El primer objetivo específico de esta investigación, fue identificar las características sociodemográficas y laborales de los cuidadores de la salud, como son enfermeros y enfermeras de una institución pública ubicada en la zona centro norte de la ciudad de Quito el año 2017-2018.

En base a los datos obtenidos con relación a las características sociodemográficas se evidencia una mayor aceptación por parte del género femenino con un 90% en comparación de un 10% que lo posee el género masculino. Referente a la etnia que más prevalece en la muestra analizada es la mestiza con un 97,5%, la misma que concuerda con el tipo de etnia que predomina en el Ecuador según el (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], 2012). Con respecto al estado civil, el 62,5% de cuidadores de la salud son casados, lo que corresponde a un valor superior al promedio en Pichincha de la población casada con el 41.1% según el (INEC, 2010). Siendo las mujeres quienes prevalecen en este tipo de profesión se debe dar el debido proceso en esta variable.

Siguiendo con las características sociodemográficas, en cuanto a la edad se observa una media de 36,98 años de edad, con un máximo de 55 y un mínimo de 24, lo que significa que los individuos evaluados corresponden a una población mixta entre jóvenes y adultos. En cuanto al número de hijos de igual forma apreciamos una media de 1.48, que al relacionar con los valores del INEC (2012), es una media un tanto menor de la población ecuatoriana situada en 1.6.

Con respecto a las características laborales de los cuidadores de la salud, se observa que el 85% de la muestra perciben una remuneración de 1001 a 2000 dólares, cifras relacionadas con las encuestas realizadas en el Ecuador, donde señala que el ingreso salarial mensual equivale a \$1046.3 dólares en el área urbana según el Ministerio de trabajo (MDT, 2017). El tipo de trabajo con el cual se desempeñan los profesionales de enfermería, es brindar cuidados a pacientes de una institución de salud pública a tiempo completo con un 92,5%, lo cual refleja el grado de importancia de este factor incluso por los horarios rotativos al que se ven sometidos, en relación a un estudio de cuidadores formales de los hogares de derechos, en la ciudad de Bogotá, con el 87% labora tiempo completo (Aguas, 2017).

El segundo objetivo específico es determinar las tres dimensiones del estrés laboral crónico en los cuidadores de la salud, en donde se encontró que el 25% de cuidadores sufren de agotamiento emocional, seguido de un 15% que presentan despersonalización, y 32,5% de baja realización personal, los mismos que concuerdan con el estudio realizado por Añón et al. (2012) en el que se identifica alto agotamiento emocional en el 19%, alta despersonalización en el 23%. y baja realización personal en el 37% de la muestra en un hospital público en Montevideo. Estos valores nos dan una referencia de un nivel bajo en las dimensiones de burnout; sin embargo, son valores significativos que se deben considerar importantes para ser tratados como una problemática, debido a que el 67.5% de la muestra presenta un nivel medio de síndrome de burnout, y que se puede incrementar si no se considera dar un tratamiento o seguimiento de prevención.

El tercer objetivo específico es conocer el nivel de bienestar general en el trabajo de los profesionales de enfermería; en los resultados obtenidos en el estudio se determinó que un 62,5% presentan síntomas somáticos y el 52,5% presenta ansiedad, coincidiendo con el estudio realizado por la universidad de Valladolid, donde se reafirmó que los niveles altos son de carácter somáticos y de ansiedad (Hernández, 2014) , también concuerdan con Vilá et al. (2015) donde señalan a estos dos factores como los que más prevalecen. Se puede mencionar que los síntomas somáticos prevalecientes son los físicos en problemas cardíacos, gastrointestinales, cefaleas; así como los síntomas psicológicos como: somnolencia, alteraciones del sueño, sensación de amenaza. Otro problema que afecta el bienestar general del trabajador es la ansiedad, por lo que se debe dar importancia para tratar a los profesionales quienes lo padecen.

El cuarto objetivo específico es determinar los modos de afrontamiento más utilizados por los cuidadores de la salud y dentro de los resultados alcanzados se puede apreciar al afrontamiento activo con una media de 2.75 que se relaciona con un estudio realizado en Perú para cuidadores formales, donde el afrontamiento más utilizado es el activo (Colmenares, González y Pinedo, 2015); y la religión con una media de 2.58, que se relaciona con un estudio de cuidadores formales e informales, donde la estrategia más utilizada fue la religión (Cerquera y Galvis, 2013). Es por ello que, dentro de las estrategias de afrontamiento activo, los trabajadores se han visto obligados a buscar intentos de solucionar sus conflictos por sí mismos, minimizar el problema, trabajando en función del carácter. Mientras que la religión es un soporte para los trabajadores sometidos a estrés laboral, en lo que se debe reforzar y brindar apoyo.

El quinto objetivo específico es lograr identificar el tipo de apoyo social con el que cuentan los cuidadores de la salud. Según los resultados obtenidos en el estudio se logró detectar que el apoyo emocional se encuentra en primer lugar con una media de 31.08, seguido de las relaciones sociales con una media de 15.68. Éste estudio concuerda con el análisis de Méndez, Secanilla, Martínez y Navarro (2011) donde el apoyo emocional y las relaciones sociales son los más utilizados ante la presencia de este síndrome de burnout. Datos que indican que el profesional se encuentra apoyado emocionalmente en su familia y en las relaciones sociales dentro de su entorno laboral como de sus amistades, quienes le brindan compañía siendo una base, para liberar situaciones de estrés y ansiedad causado en su trabajo.

El sexto objetivo específico es el identificar el nivel de satisfacción vital y capacidad de resiliencia con el que cuenta el cuidador de la salud frente a su labor, donde la mayoría posee una capacidad de resiliencia normal con el 70% comparado con otro estudio en cuidadores de pacientes con discapacidad en el distrito de salud de Calderón en Quito, el 64.8% posee un nivel medio alto de resiliencia (Mantilla y Vera, 2016).; mientras que en los resultados de satisfacción vital se encuentran satisfechos el 37.5% y los que se encuentran altamente satisfechos es el 35% de la muestra, comparado con un estudio en cuidadores formales de ancianos, quienes registran mayor satisfacción con el 20.3% Sotto y Ribeiro (2008), lo que significa que en su mayoría los profesionales se encuentran laborando dentro de una escala satisfactoria, con un manejo de ambiente laboral adecuado, mientras que no se minimiza la importancia del otro porcentaje que se encuentra insatisfecho.

CONCLUSIONES

Respecto a los datos obtenidos basados en los objetivos y a las respuestas obtenidas de las baterías empleadas, se concluye lo siguiente:

- De la muestra tomada en cuidadores de la salud, como son enfermeros/as, se evidencia que existe un caso que cumple con las tres dimensiones de burnout que representa el 2.5% de los cuidadores, sin que esto signifique que no exista burnout; en cuanto a los niveles de burnout, en su mayoría el 67.5% presenta un nivel medio de síndrome de burnout, y en segundo lugar el 30% presenta un nivel alto de este padecimiento, lo que concluye que todos los cuidadores se ven afectados en cierto grado de nivel del síndrome de burnout, siendo el nivel medio el que predomina, por lo cual se demuestra que este síndrome ya está afectando considerablemente en la vida personal y profesional de los cuidadores y de la persona a cuidar.
- Las características sociodemográficas que presentaron los profesionales de salud fue: que el 90% son mujeres, el 97.5% de raza mestiza, poseen una edad promedio de 36.9 años de edad, y una media de 1.48 de número de hijos, en cuanto al estado civil el 62.5% son casados. Mientras tanto, en las características laborales se evidenciaron que el 92.5% labora tiempo completo, el 90% realiza turnos rotativos, y que presentan una media de 11 años de experiencia profesional, una media de 10.48 horas de trabajo por día.
- En las dimensiones analizadas según el Inventario de Maslach Burnout, el 25% de los cuidadores formales presenta un nivel alto de agotamiento emocional, el 15% presenta un nivel alto de despersonalización y finalmente un 32,5% posee un nivel bajo de realización personal, lo que indica que el personal en su mayoría manifiesta un escaso grado de reconocimiento a su labor asistencial y presentan insatisfacción con las gestiones de su organización.
- En cuanto a la salud en general que presentan los cuidadores, se evidenció que un 62.5% de los individuos presentan síntomas somáticos, además un 52.5% del estudio pertenece a los casos de ansiedad, lo cual tiene alto grado de significancia debido a que son factores estresores, y además se evidenció en menor porcentaje, pero no menos importante la depresión con el 12.5% de la muestra.

- Las estrategias de afrontamiento que son más utilizadas por los cuidadores son: el afrontamiento activo con una media de 2.75, el replanteamiento positivo con 2.60, la religión con 2.58, la aceptación con 2.50 y la auto distracción con 2.28, valores relativamente significativos del estudio de estas variables.
- Referente al apoyo social que reciben los cuidadores, se evidencia de los resultados significativos con una media más alta en apoyo emocional de 31.08, en segundo lugar, las relaciones sociales con una media de 15.68, factores importantes que al no poseerlos los cuidadores son vulnerables para desarrollar burnout.

RECOMENDACIONES

De primera instancia se debe organizar sistemas eficientes de información y comunicación en todas las áreas que abarca una institución pública, y con los profesionales de la salud, que atraviesan un nivel alto y nivel medio de burnout, y abarque no solo aspectos laborales sino aquello que este en relación con los recursos humanos: tareas a realizar, competitividad profesional, organización laboral, actividades extra-laborales, procedimientos y gestiones.

Se debe instar a los directores de las áreas de salud en áreas hospitalarias a conocer la importancia de los problemas desarrollados con el burnout y su alta prevalencia en los profesionales de enfermería, para desarrollar estrategias de afrontamiento que permitan el equilibrio y mantener la satisfacción en el desempeño de sus roles, mejorando la calidad de vida del profesional y generando un servicio efectivo de la institución a los pacientes logrando que la organización cumpla con los estándares de calidad en todo aspecto.

Tomando en cuenta que la mayoría de los profesionales son casados, tienen hijos, laboran tiempo completo, en turnos rotativos, se recomienda que cada trabajador adquiera habilidades como: buen manejo del tiempo, asertividad, no incluir problemas de trabajo en casa y viceversa, etc., para resolución de problemas entre sus labores cotidianas como padres y esposos y sus labores institucionales, usando técnicas de control y autocontrol de cada trabajador, donde se lleva a cabo en una tabla impresa el control de sus funciones, competencias y calidad de sus resultados, así como el control sobre el método de su trabajo, el control de sus tiempos de trabajo y de descanso, donde abre la posibilidad de elegir turnos y de distribuir de manera flexible el ritmo de trabajo.

Debido a que en su mayoría los profesionales padecen síntomas somáticos sean estos cardiovasculares, gastrointestinales, neurológicos, etc., así como ansiedad y depresión, se debe educar al profesional mediante capacitaciones de formación continuada sobre el autocontrol emocional, autocuidado, manejo de sus afecciones psicológicas, ansiedad, depresión y consecuencias, resiliencia e inteligencia emocional, contando con un grupo profesional de salud mental, manejado desde talento humano de la organización.

Se sugiere como estrategias de afrontamiento para el personal de salud, organizar espacios sistemáticos, reuniones de discusión, supervisión de equipo, que orientan y afianzan la actuación profesional en base a criterios compartidos. Se debe plantear un plan de acción en el afrontamiento cognitivo, emocional y conductual, dirigido a manejar (dominar, tolerar, reducir, minimizar) las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, como: aceptación, anticipación, autoanálisis, el humor, poder mental, la agresión pasiva, el autocontrol, la catasis, el escape o evitación, abordaje directo, falta de enfrentamiento y la postergación, el refugiarse y la fe que es un canal de desahogo de sus problemas, de compartir tiempo realizando obras benéficas.

Se recomienda a los directivos y supervisores de las instituciones públicas establezcan programas de intervención primaria donde es más fácil detener o prevenir el burnout antes de que ocurra a tener que responder a ello, usando: programas de autoayuda; programas psicoeducativos, apuntados a cuidados del cuidador, manejo de la carga, autonomía, comunicación y estrategias de afrontamiento, basado en terapia de solución de conflictos y manejo de estado emocional, afectividad, y rol profesional; terapia de ejercicio físico, técnicas de relajación, de respiración y yoga; el uso de terapias grupales que favorecen el intercambio de experiencias con otros cuidadores, que se relacionen con redes de apoyo social externos e internos como psicólogos, voluntarios y grupos de ayuda religiosa.

BIBLIOGRAFÍA

- Aceves, G. (2006). Síndrome de burnout. *Archivos de Neurociencias*, 11(4), 305-309.
- Adams J. (1965). Inequity in social exchange. En Berkowitz, E. (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (pp. 267-299). New York: Academic Press.
- Aguas, L. (2017). *Riesgos psicosociales, estrés y síndrome de burnout en los cuidadores de los hogares de restablecimiento de derechos de la asociación nuevo futuro Colombia*. Universidad Santo Tomás, Cundinamarca, Colombia.
- Águila, A. (2015). El síndrome de burnout en profesores: relación con el trabajo emocional y el tecnoestrés. Universidad de Oviedo.
- Aguilar, E. (2013). Estudio diagnóstico del agotamiento y factores psicosociales asociados a la calidad de vida en el trabajo. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León.
- Aguirre, M. y Montedónico, P. (2009). *Síndrome de Burnout en Profesionales que realizan evaluaciones psicológicas especializadas a niños, niñas y/o adolescentes*. Universidad de Chile Santiago, Chile.
- Alarcón, J., Vaz, F. y Guisado, J. (2001). "Análisis del síndrome de burnout: psicopatología, estilos de afrontamiento y clima social" (I). *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina Barna*, 28(6), 358 - 381.
- Añon, G., Báez, G., Barrale, P., Bogliciano, V., Escudero, E., Estévez, G., González, C. y Pereira, C. (2012). Incidencia del Síndrome de Burnout en un Hospital Público de Montevideo. *Psicología, Conocimiento y Sociedad* 2(1), 130-148.
- Aranda, C. (2006). Diferencias por sexo, Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 15, 1-7.
- Arango, S., Castaño, J., Henao, C., Jiménez, D., López, A. y Páez, M. (2010). Síndrome de Burnout y factores asociados en estudiantes de I a X semestre de la facultad de Medicina de La Universidad de Manizales, Colombia.
- Arón, A. y Llanos, M. (2004). Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares*, 1(2), 5-15.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44 (9), 1175-1184.
- Bravo, M., Peiró, J. y Rodríguez, I. (1996). Satisfacción laboral. En Peiró, J. y Prieto,

- Brill, P. (1984). The need for an operational definition of burnout. *Family and Community Health*, 6, 12-24.
- Burke, R. y Greenglass, E. (1989). Correlates of psychological burnout phases among teachers. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 12, 46-62.
- Burke, R. y Richadsen, A. (1991). *Psychological burnout in organizations*. Manuscrito presentado para su publicación. Universidad de Murcia, España.
- Buunk, B. y Schaufeli, W. (1993). Burnout from a social comparison perspective. En Schaufeli, W., Maslach, C. y Marek, T. (Eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 53-69). Washington: Taylor & Francis.
- Caballero, C., Hederich, C. y Palacio, J. (2010). El burnout académico: delimitación del síndrome y factores asociados con su aparición. *Revista Latinoamericana de Psicología* 42(1), 131-146.
- Caplan, R., Naidu, R. y Tripathi, R. (1984). Coping and defense: Constellations vs. Components. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 303-320.
- Carlotto, M. y Gobbi, M. (2001). Desempleo y Síndrome de Burnout. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 10 (1), 131-139.
- Carver, C., Scheier, M. y Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283 (PDF) COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/51022847_COPE-28_un_analisis_psicometrico_de_la_version_en_espanol_del_Brief_COPE
- Catsicaris C., Eymann, A., Cacchiarelli, N. y Usandivaras I. (2007), La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (Burnout). Un modelo de prevención en la formación médica. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 105. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752007000300010&script=sci_arttext
- Cerquera, A. y Galvis, M. (2013). Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. *Pensamiento psicológico*, 12 (1), 149-167.
- Cherniss, C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology of Burnout. En Schaufeli, E., Marek, T. y Maslach, C. (Eds.), *Professional Burnout: recent developments in the theory and research* (pp. 135 – 149). London: Taylor & Francis.
- Cherniss, C. (1980). *Staff Burnout*. London: Sage Publications.
- Cohen, J., Leung, Y., Fahey, M., Hoyt, L., Sinha, R., Cailler, L., Ramchandrar, K., Martin, J. y Patten, S. (2008). The happy docs study: A Canadian Association of Internes and

- Residents well-being survey examining resident physician health and satisfaction within and outside of residency training in Canada. *BMC Res Notes*, 105, 1.
- Colmenares, C, González, R. y Pinedo, F. (2015). *Estrategias de afrontamiento del cuidador primario de paciente hemodializado en el servicio de nefrología nacional Arzobispo Loayza 2013*. Universidad Peruana Cayetana Heredia, Lima, Perú.
- Cortaza, L. y Torres, M. (2014). Estrés laboral en enfermeros de un hospital de Veracruz. *Revista Aladefe*, 1(4), 20-26.
- Cox, T. (1978). *Stress*. London: Macmillan Press.
- Cox, T. y Mackay, C. (1981). A transactional approach to occupational stress. En Corlett, J y Richardson, J. (Eds.), *Stress, productivity and work desing* (112-114). Chichester: John Wiley & Sons.
- Cox, T., Kuk, G. y Leiter, M. (1993). Burnout, health, work stress, and organizational healthiness. En Schaufeli, W., Maslach, C y Marek, T. (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 177-193). UK: Taylor & Francis.
- Cuadra, H. y Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: Hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología*, 12 (1), 83 96.
- Dávila, M. y Díaz, J. (2005). Voluntariado y satisfacción vital. *Intervención Psicosocial*, 14 (1), 81-94.
- Díaz, F. y Gómez, I. (2016). La investigación sobre el Síndrome de burnout en Latinoamérica entre 2000 y el 2010. *Psicología desde el Caribe*, 33 (1), 113-131.
- Durán, M. y García, J. (2013). Prevalencia del síndrome de burnout en médicos del ministerio de salud pública del Azuay según jornada laboral 2011, Universidad de Cuenca, Azuay.
- Edelwich, J. y Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions*. Nueva York: Human Sciences Press.
- Encuesta Nacional de Ingresos y Gatos (ENIGHUR, 2012). Recuperado de: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Estadisticas Sociales/Encuesta Nac Ingresos Gastos Hogares Urb Rur ENIGHU/ENIGHU-2011-2012/EnighurPresentacionRP.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Estadisticas_Sociales/Encuesta_Nac_Ingresos_Gastos_Hogares_Urb_Rur_ENIGHU/ENIGHU-2011-2012/EnighurPresentacionRP.pdf)
- Ensiedel, L. y Tully, J. (1981). Methodological considerations in studying the burnout phenomenon. En Jones, J. (Comp.), *The burnout syndrome: Current research, theory and interventions* (78-85). Londres: Park Ridge III, London House.
- F. (Eds.), *Tratado de Psicología del Trabajo* (pp. 343-361). Madrid: Síntesis.
- Fernández, H. y Ballesteros, R. (2009). *Psicología de la vejez. Una psicogerontología aplicada*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Ferrer, R., (2002) Burnout o síndrome de desgaste profesional. *Revista de medicina clínica*. 119, (13), 495-496.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30 (1), 159-165.
- Freudenberger, H. y Richelson, G. (1980). *Burn-Out: how to beat the high costs of success*. New York: Bantam Books.
- Gann, M. (1979). *The role of personality factors and job characteristics in burnout: a study of social service workers*. University of California, Berkeley, United States of America
- Garcés de Los Fayos, E. (1994). Burnout: Un acercamiento teórico-empírico al constructo en contextos deportivos. Universidad de Murcia, España.
- García, M., Castellón, M., Albadalejo, B. y García, A. (1993). Relaciones entre burnout, ambigüedad de rol y satisfacción laboral en personal de banca. *Revista de Psicología del Trabajo y organizaciones*, 11 (24) 17-26.
- García, R., González, J. y Jornet, J. (2010). *SPSS: Análisis de Fiabilidad. Alfa Cronbach. Convocatoria de Innovación del Vicerrectorado de Convergencia Europea y Calidad de la Universidad de Valencia*. Editorial InnovaMIDE. Valencia, España.
- George, D. y Mallery, P. (2003), *SPSS for Windows step by step: A Simple Guide and Reference (4a ed.)*. Boston: Allyn & Bacon
- Gil-Monte P. y Peiró J. (1997b). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P. y Peiró, J. (1996). Un estudio sobre antecedentes significativos del "síndrome de quemarse por el trabajo" ("burnout") en trabajadores de centros ocupacionales para discapacitados psíquicos. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 12(1), 67-80.
- Gil-Monte, P. y Peiró, J. (1997a). A longitudinal study on burnout syndrome in nursing professionals. *Quaderni di Psicologia del Lavoro*, 5, 407-414.
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid, España: Pirámide.
- Gil-Monte, P. (2007). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): una perspectiva histórica. En Gil-Monte P. y Moreno B. (Comps.), *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): grupos profesionales de riesgo*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. y Peiró, J. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) según el MBI-HSS en España. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 2(16), 135-149.

- Gil-Monte, P., Peiró, J. y Valcárcel, P. (1993): Estrés de rol y autoconfianza como variables antecedentes en el síndrome de burnout en profesionales de Enfermería. En Munduate, L. y Barón M. (Comp.), *Gestión de Recursos Humanos y Calidad de Vida Laboral* (231-241). Madrid: Eudema.
- Goldberg, D. y Hillier, V. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Golembiewski, R. y Munzenrider, R. (1988). *Phases of burnout: Developments in concepts and applications*. Westport: Praeger.
- Golembiewski, R., Hilles, R. y Daly, R. (1987). Some effects of multiple OD interventions on burnout and work site features. *Journal of Applied Behavioral Science*, 23 (2), 295-313.
- Golembiewski, R., Munzenrider, R. y Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19 (4), 461-481.
- González, M., Lacasta, M., y Ordoñez, A. (2008). El Síndrome de Agotamiento Profesional en Oncología. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Guerrero, E. (2008). *Una investigación con docentes universitarios sobre el afrontamiento del estrés laboral y el síndrome del "quemado"*. Universidad de Extremadura, Madrid, España.
- Guillén, C., y Guil, R. (2000). *Psicología del Trabajo para Relaciones Laborales*. Madrid: Mc GrawHill.
- Harrison, W. (1983). A social competence model of burnout. En Farber, B. (Ed.), *Stress and burnout in the human services professions*, (pp. 29 - 39). New York: Pergamon Press.
- Hatfield, E., Traupmann, J., Sprecher, S. y Hay, J. (1985). Equity and intimate relations: Recent research. En Ickes, W. (Ed.), *Compatible and incompatible relationships* (pp. 309-321). Oxford: Pergamon Press
- Hernández, C. (2014). *Prevención del Síndrome de Burnout en el profesional de Enfermería*. Universidad de Valladolid, España.
- Hernández, J. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29 (2), 103-110.
- Hernández, M., Cantín, S., López, N., Rodríguez, M. (1994). Estudio de encuestas. Métodos de Investigación. *Revista Tercera educación especial*.
- Hernández, R., Fernández, C, Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill, México.
- Hiscott, R. y Connop, P. (1990). The health and wellbeing of mental health professionals. *Canadian Journal of Public Health*, 81, 422-426.

- Hobfoll, S. (1989): Conservation of resources. A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.
- Hobfoll, S. y Freedy, J. (1993): Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. En Schaufeli, W. Maslach, C. y Marek, T. (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- implications. *Work and Stress*, 6 (2) 107-116.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2010). *Resultados del censo de población y vivienda en el Ecuador. Fascículo provincial Pichincha*. Recuperado de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/pichincha.pdf> www.inec.gob.ec
- Jaoul, G., Kovess, V. y Mugen, F. (2004). Le burnout dans la profession enseignante. *Annales Medic-Psychologiques*, 162, 26-35.
- Krauss, S. (2005). Research paradigms and meaning making: A primer. *The Qualitative Report* 10(4), 13.
- Landázuri, J. (2011). *Síndrome del desgaste profesional en el personal de médicos y enfermeras del Hospital de Quito N°1 Policía Nacional*. Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador.
- Landero, R. y González, M. (2011). Apoyo social, estrés y autoestima en mujeres de familias monoparentales y biparentales. *SUMMA psicológica UST*, 8(1), 29-36. Recuperado de: dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=3738116
- Längle, M. (2010). *El Burnout (desgaste profesional), sentido existencial y posibilidades de prevención*. Sociedad Internacional de Logoterapia y Análisis Existencial, Viena.
- Lara, V. (2013). Rasgos, trastornos de personalidad y comorbilidad psiquiátrica de profesionales sanitarios con síndrome de burnout. Universidad Complutense de Madrid, España.
- Laurente, R. (2013). *Stress laboral (Síndrome de Burnout o desgaste profesional) en docentes de las facultades de Antropología- Sociología- Trabajo Social*. Universidad Nacional del Centro de Perú, Huancayo, Perú.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Leiter, M. (1992). Burnout as a crisis in self-efficacy-conceptual and practical
- Leiter, M. (1989). Conceptual implications of two models of burnout. *Group and Organization Studies*, 14 (1), 15-22.
- Leiter, M. y Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.

- León, E. (2001). Síndrome de Burnout o Síndrome de estar “desgastado”. Memorias de las Jornadas clínicas del Centro de Atención Psicológica. Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- León, N. y Nazate, C. (2016). *Prevalencia del Síndrome de Burnout en el cuidador primario institucional en centros geriátricos en la ciudad de Bogotá-Colombia en el segundo periodo de 2016*. Universidad de Ciencias aplicadas y ambientales, Bogotá, Colombia.
- Lima, A., Farah, B. y Bustamante, M. (2017). Análisis de la prevalencia del síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la atención primaria en salud. *Revista Trabalho, Educao e Saúde*, 16(1), 283-304.
- Lobo, A., Pérez, M. y Artal, J. (1986). Validity of the scaled General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16, 135-140.
- Mansilla, F. (2009). Manual de Riesgos Psicosociales en el Trabajo, *Teoría y Práctica*, 1, 66-67.
- Mantilla, R. y Vera, R. (2016). “*La resiliencia como factor de mitigación del síndrome de carga en el cuidador principal de pacientes con discapacidad severa, correspondientes al distrito de salud de Calderón de septiembre a noviembre del 2016*”. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador.
- Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 112, 1-40.
- Maslach, C. (1977). Burned-out. *Human Behavior*, 5, 16-22.
- Maslach, C. (1993). *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory, 2ndEd*. Palo Alto, California: Consulting Psychological Press.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychological Press.
- Maslach, C., Jackson, S. y Leiter, M. (1996). *The Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, California: Consulting Psychological Press.
- Maslach, C., Leiter, M. y Schaufeli, W. (2008). Job burnout. *Annual Review Psychology*, 52, 397-422.
- Maslach, C., Schaufeli, W. y Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 59, 379-422.
- Méndez, I., Secanilla, E., Martínez, J. y Navarro, J. (2011). Estudio comparativo de burnout en cuidadores profesionales de personas mayores institucionalizadas con demencias y otras

- enfermedades. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 1 (2), 61-70.
- Mingote, J. Pérez, S. (2002). *Estrés en la Enfermería. El cuidado del cuidador*. Madrid, Ediciones Díaz de Santos.
- Ministerio de Trabajo (2017). MDT. Recuperado de: www.trabajo.gob.ec/wp-content/.../10/Reglamento-Interno-MRL-corregido-21.doc
- Molina, J. y Avalos. (2009). Factores relacionados con la satisfacción laboral de la enfermería de un hospital médico-quirúrgico. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, 2 (27), 218-225.
- Moreno, B., Oliver, C. y Aragonese, A. (1991). El burnout, una forma específica de estrés laboral. En Buela G. y Caballo, V. (Eds.), *Manual de Psicología Clínica Aplicada* (pp. 271-285). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Moriana, J. (2006), Burnout y cuidado de la salud en voluntarios. *Revista Electrónica de Intervención Psicosocial y Psicología Comunitaria*, 1 (2). 52-57. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2652429.pdf>
- Navarro, D., Ayechu, A. y Huarte, I. (2014). Prevalencia del síndrome de burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de atención primaria. *Revista Medicina de Familia, Semergen*, 41(4).
- Ojeda, G. (2016). *Modelo causal social cognitivo de Burnout en profesionales de la salud de Lima Metropolitana*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Paolí, P. (1997). *Second European Survey on Working conditions 1996*. Fundación Europea para la mejora de las condiciones de vida y trabajo, Irlanda, Dublin
- Párraga, J. (2005). *Eficacia del programa I.R.I.S. para reducir el síndrome de burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios*. Universidad de Extremadura, Cáceres, España.
- Pedrero, E. (2003). Modelo de conservación de los recursos de Hobfoll y su potencial aplicación al tratamiento de drogodependencias. *Revista Psicología*, 7(2), 4.
- Pedrero, J. (2003). Modelo de conservación de los recursos de Hobfoll y su potencial aplicación al tratamiento de drogodependencias. *Psicologia.com*, 7(2).
- Peiró, J. y Rodríguez, I. (2008). Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional. Universidad de Valencia. *Revista Papeles de psicólogo*, 29 (1). 68-82.

- Peñaranda, A. (2008). *Dependencia, cuidado informal y función familiar. Análisis a través del modelo sociocultural de estrés y afrontamiento*. (tesis doctoral no publicada). Universidad de Salamanca.
- Peris, M. (2002). *El número 7±2 como explicación cognitiva (LMCP) del síndrome de burnout y de PTSD. Ponencia presentada en la Jornada de Debate Multidisciplinar sobre Mobbing*. Universidad Jaime de Castellón, España.
- Pines, A. (1993). Burnout: An existencial perspective. En Schaufeli, W., Moret, T. y Maslach, C. (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 33-51). Washington DC: Hemisphere
- Pines, A., y Aronson, E. (1988). *Career Burnout: causes and cures*. New York: The Free Press.
- Price, D. M. & Murphy, P. A. (1984). Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death Education*, 8 (1), 47-58.
- Quiceno, J. y Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico*, 9 (17), 69-82.
- Ramírez, F. y Zwerg, A. (2012). Metodología de la investigación: más que una receta. *AD-minister, Colombia*, 20 (1), 91-111.
- Ramírez, M y Reinado, R. (2010). Variables organizacionales y psicosociales asociadas al síndrome de *burnout* en trabajadores del ámbito educacional. *PolisRevista Latinoamericana [En línea]*, 25. Recuperado de: URL : <http://polis.revues.org/677>
- Ramírez, M. (2009). Influencia del Clima Organizacional y la satisfacción vital en el surgimiento del Síndrome de Burnout en trabajadores de la Educación. *Revista de la Fundación ORP*, 1(6).
- Ramos, D. y Hicham, S. (2017). *El síndrome de burnout en los profesionales de enfermería del hospital Sant Joan Déu de Manresa: Incidencia, causas y cómo afecta a su desempeño laboral*, Barcelona, España.
- Revilla, L., Luna del Castillo, Bailon, E., y Medina, I. (2005). Validacion del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia (And)*, 6(1), 10-18.
- Revuelta, F. y Andújar, R. (2005). *La Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit, Orr y Zarit en 1985*. Documento no publicado.
- Rodríguez, R y Rivas, S. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout). Diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina y seguridad del trabajo*, 57 (1), 1-262.

- Rubio, J. (2003). *Fuentes de estrés, Síndrome de Burnout y Actitudes disfuncionales en Orientadores de Instituto de Enseñanza Secundaria*. Universidad de Extremadura, Badajoz, España.
- Schaffner, A. (2017). *Exhaustion: A history*. New York: Columbia University Press.
- Schaufeli, M. y Maslach, C. (2008). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9 (4). 297-308.
- Schaufeli, W. (2005). Burnout en profesores: Una perspectiva social del intercambio. *Revista de Psicología del trabajo y de las organizaciones*, 21 (1-2), 15-35.
- Schaufeli, W. y Buunk, B. (1996). Professional burnout. En Schabracq J. y Winnubst M. y Cooper C. (Eds.), *Handbook of Work and Health Psychology*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. An Introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 514.
- Sherbourne, C, Stewart A. (1991). The MOS social support survey. *Soc SciMed*, 32, 705-712.
- Shirom, A. (2009). Burnout in work organizations. En Coopwe, C. & Robertson, I. (Eds.), *International review of industrial and organizational psychology* (pp. 26-48). New York: Wiley y Sons.
- Smith, B. , Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., y Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(3), 194- 200.
- Smith, N. y Nelson, V. (1983). Burnout: A survey of academic reference librarians. *College and Research Libraries*, 44(3), 245-250.
- Sotto, M. y Ribeiro, O. (2008). Satisfacción percibida en el cuidado de ancianos. *Gerokomos*, 19(3).
- Taris, T., Peeters, M., Le Blanc, P., Schreurs, P. y Schaufeli, W. (2005). From inequity to burnout: The role of job stress. *Journal Occupational Health Psychology*, 6, 303-323.
- Thompson, M., Page, S. y Cooper, C. (1993). A test of Caver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*, 9, 221-235.
- Vilá, M., Cruzate, C., Orfila, F., Creixell, J., González, M. y Davins, J. (2015). Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de atención primaria. *Atención Primaria*, 47(1), 25-31.
- Walster, E. y Berscheid, E. (1978). *Equity: Theory and research*. Boston: Allyn y Bacon.
- Werner, D. (2010). *Percepción del Burnout y Autocuidado en Psicólogos Clínicos Infantoyjuveniles que trabajan en Salud Pública en Santiago de Chile*. Universidad de Chile, Santiago de Chile.

- Winnubst, J. (1993) Organizational structure, social Support and burnout. En Schaufeli, W. Maslach C. y Marek. T. (Eds). *Professional burnout: recent Developments in Theory and research*. London: Taylor and Francis.
- Zarit, S., Orr, N. y Zarit, J. (1985). *The hidden victims of Alzheimer's disease. Families under stress*. Nueva York: New York University Press.

ANEXOS

Documento de información para participantes y consentimiento informado

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

Departamento de Psicología

Investigador responsable: Rocío Ramírez Zhindón

Estudiante de la UTPL:

Información General

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

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

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

¿Quiénes participarán en el estudio?

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

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

Procedimientos del estudio

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

Beneficios de su participación:

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

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

¿Incurriré en algún gasto?

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

Riesgos y molestias:

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

Confidencialidad de los datos:

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

Participación voluntaria:

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

Contactos para preguntas acerca del estudio:

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

.....
.....

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

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

NOMBRE:

.....

.....

FIRMA



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos Personales

Sexo Masculino ☐ Femenino ☐

Edad ____ años

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

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

Etnia Mestizo ☐ Blanco ☐ Afro ecuatoriano ☐ Indígena ☐

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

Número de Hijos: ____

Recibe su remuneración salarial: si ☐ no ☐

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Profesión:

Años de experiencia profesional: ____

Tipo de trabajo: Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐

Sector en el que trabaja:

Tipo de contrato que posee:

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

Servicios profesionales ☐ Ninguno ☐

Horas que trabaja diariamente ____

Trabaja usted en turno SI ☐ No ☐

Número de niños aproximados que atiende diariamente: ____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente ☐ Medianamente ☐ Poco ☐ Nada ☐

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

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario (GHQ-28)

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

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

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

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

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

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

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

Brief Resilience Scale (BRS)

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

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

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