



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Identificación de la prevalencia del síndrome de burnout en cuidadores formales en un centro gerontológico residencial administrado por una organización no gubernamental (ONG) ubicado al noroeste de la ciudad de Guayaquil durante el año 2017-2018

TRABAJO DE TITULACIÓN.

AUTOR: Coronel Toala, Camilo Eduardo

DIRECTOR: Jaramillo Dueñas, Juan Carlos, Mgtr.

CENTRO REGIONAL GUAYAQUIL

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 DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magíster.

Juan Carlos Jaramillo Dueñas

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: Identificación de la prevalencia del síndrome de burnout en cuidadores formales en centro gerontológico residencial administrado por una organización no gubernamental (ONG) ubicado al noroeste de la ciudad de Guayaquil durante el año 2017-2018, realizado por, Camilo Eduardo Coronel Toala, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, julio de 2018

f).....

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Coronel Toala Camilo Eduardo, declaro ser autor(a) del presente trabajo de titulación: Identificación de la prevalencia del síndrome de burnout en cuidadores formales en un centro gerontológico residencial administrado por una organización no gubernamental (ONG) ubicado al noroeste de la ciudad de Guayaquil durante el año 2017-2018, de la Titulación de Psicología, siendo el Mgtr. Juan Carlos Jaramillo Dueñas, director(a) del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

f).....

Autor: Coronel Toala Camilo Eduardo

Cédula: 091180397-1

DEDICATORIA

A Noemí, mi madre, por levantarme cuando caí, por apoyarme cuando no podía seguir, por ser mi ejemplo y por lograr hacer de mi un hombre de bien.

A Juanita, mi profesora de primaria, por ser de esas maestras que dejan huella.

A Diana, mi amor, por la belleza de su corazón y su incondicional y devoto apoyo.

A Adriana y Camila, mis amadas hijas, por ser la razón y disfrute de todos estos años de esfuerzo y dedicación.

A todas ellas, mi agradecimiento eterno.

AGRADECIMIENTO

Al culminar mis estudios en la carrera de Psicología, me siento agradecido con Dios, por permitirme llegar a cumplir tan anhelado sueño.

Agradezco a mi familia por su amor y apoyo incondicional que me llenaron de fortaleza, y por acompañarme y motivarme todo el tiempo.

A todos los docentes que nos acompañaron en cada ciclo y a los tutores de los Practicum y Trabajo de Fin de Titulación.

Así como a la Universidad Técnica Particular de Loja, por desarrollar en mí, valores como la constancia y el esfuerzo.

A las diferentes instituciones y empresas públicas y privadas por prestar su aporte para realizar las pasantías y el trabajo de titulación.

Y de igual manera, un reconocimiento y agradecimiento especial a mi Director de tesis y Docentes encargados de este proyecto, por su orientación, seguimiento y supervisión, gracias por poner su confianza para la realización de este estudio y permitir incrementar mis conocimientos tanto en el ámbito profesional y personal.

INDICE DE CONTENIDOS

CARATULA.....	I
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	III
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
INDICE DE CONTENIDOS.....	VI
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCION.....	3
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO.....	5
1. Definiciones de estrés laboral crónico con cuidadores.....	6
1.1 Definiciones de las décadas de 1980.....	6
1.2 Definiciones de las décadas de 1990.....	7
1.3 Definiciones de las décadas del 2000.....	8
1.4 Definiciones de las décadas del 2010 hasta la actualidad.....	9
2. Consecuencias del estrés laboral crónico.....	10
2.1 Consecuencias en la salud de los cuidadores.....	10
2.2 Consecuencia en el trabajo de los cuidadores.....	11
3. Modelos explicativos de estrés laboral crónico.....	13
3.1 Modelos basados desde la teoría Sociocognitiva.....	13
3.1.1 Modelo de competencia social de Harrison (1983).....	13
3.1.2 Modelo de autoeficacia de Cherniss (1980).....	13
3.1.3 Modelo de Pines.....	14
3.1.4 Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper.....	14
3.2 Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social.....	14
3.2.1 Modelo de comparación social de Buunk y Shaufeli.....	15
3.2.2 Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddy.....	15
3.3 Modelos desarrollados desde la teoría organizacional.....	16
3.3.1 Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter.....	16
3.3.2 Modelo de Winnubst.....	16
3.3.3 Modelo de Cox, Kuk y Leiter.....	17
3.4 Modelos sobre el proceso del síndrome de quemarse en el trabajo.....	17
3.4.1 Modelo tridimensional de MBI-HSS (Maslach y Jackson).....	17
3.4.2 Modelo de Edelwich y Brodsky.....	18
3.4.3 Modelo de Price y Murphy.....	19

3.5 Modelos de la teoría estructural de Gil Monte.....	19
4. Importancia del estudio de estrés laboral crónico en los cuidadores.....	21
5. Prevalencia del estrés laboral crónico en cuidadores.....	23
5.1 Prevalencia en cuidadores a nivel mundial.....	23
5.2 Prevalencia en cuidadores a nivel latinoamericano.....	23
5.3 Prevalencia en cuidadores a nivel nacional.....	25
6. Variables asociadas al estrés laboral en cuidadores.....	26
6.1 Variables sociodemográficas asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores...	26
6.2 Variables sociales asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.....	26
6.3 Variables asociadas al compromiso vital y satisfacción vital asociadas al estrés laboral crónico cuidadores.....	27
6.4 Variables moduladoras como: apoyo social, afrontamiento y resiliencia asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.....	27
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	29
2.1 Objetivos.....	30
2.1.1 Objetivo general.....	30
2.1.1.1 Objetivos específicos.....	30
2.1.2 Preguntas de investigación.....	30
2.1.3 Contexto de la investigación.....	31
2.1.4 Diseño de investigación.....	31
2.1.5 Muestra.....	32
2.1.6 Procedimiento.....	32
2.1.7 Instrumentos.....	33
2.1.7.1 Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales.....	33
2.1.7.2 Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory) [MBI- HSS].....	33
2.1.7.3 Entrevista de carga para cuidadores formales (Revuelta y Andújar, 2005).....	34
2.1.7.4 Escala de satisfacción vital (ESV) (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985).....	34
2.1.7.5 Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28); (Goldberg y Hillier, 1979; versión española de Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979).....	35
2.1.7.6 Cuestionario MOS de apoyo social. (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991; versión española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, 2005).....	35

2.1.7.7 Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).....	35
2.1.7.8 Brief Resilience Scale (BRS).....	36
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE DATOS.....	37
3.1 Resultados obtenidos, análisis e interpretación.....	38
3.1.1 Características sociodemográficas de los cuidadores.....	38
3.1.1.1 Tabla 1. Características sociodemográficas de las(os) cuidadoras(es)..	39
3.1.2 Características laborales de los cuidadores.....	39
3.1.2.1 Tabla 2. Características laborales de las(os) cuidadoras(es).....	40
3.1.3 Análisis de resultados del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI).....	41
3.1.3.1 Tabla 3. Resultados de las dimensiones del burnout en las(os) cuidadoras(es).....	41
3.1.4 Determinación del nivel de carga física, social y emocional de las actividades que realizan los cuidadores.....	42
3.1.4.1 Tabla 4. Resultados del nivel de carga para cuidadores formales.....	43
3.1.5 Identificación del bienestar general de la muestra investigada.....	43
3.1.5.1 Tabla 5. Resultados de la escala de satisfacción vital de cuidadores formales.....	44
3.1.6 Detección del estado de salud mental de los cuidadores.....	44
3.1.6.1 Tabla 6. Estado de salud mental de las(os) cuidadoras(es).....	45
3.1.7 Modos de afrontamiento más utilizados por los cuidadores.....	45
3.1.7.1 Tabla 7. Estrategias de afrontamiento de las(os) cuidadoras(es).....	46
3.1.8 Identificación de fuentes de apoyo social de los cuidadores.....	46
3.1.8.1 Tabla 8. Percepción del apoyo social de las(os) cuidadoras(es).....	47
3.1.9 Identificación del nivel de resiliencia de los cuidadores.....	47
3.1.9.1 Tabla 9. Resultados de resiliencia de cuidadores formales.....	47
DISCUSION.....	48
CONCLUSIONES.....	51
RECOMENDACIONES.....	53
BIBLIOGRAFÍA.....	54
ANEXOS.....	57

RESUMEN

Con el objetivo de identificar la prevalencia del síndrome de burnout en cuidadores formales se llevó a cabo una investigación exploratoria, cuantitativa y descriptiva-transversal, en una muestra de 40 cuidadores de un centro geriátrico ubicado al noroeste de la ciudad de Guayaquil, a quienes se les aplicaron las siguientes pruebas: cuestionario de variables sociodemográficas y laborales, el inventario de burnout de Maslach, la entrevista de carga para cuidadores formales, la escala de satisfacción vital, el cuestionario de salud mental, el cuestionario MOS de apoyo social, la escala multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento y la escala breve de resiliencia.

Se analizaron los resultados obtenidos de la muestra estudiada y no se evidenciaron casos de Burnout, sin embargo en cuanto a la salud física y mental de los cuidadores, se pudo observar que existe una tendencia a padecer síntomas somáticos, ansiedad y depresión. Los cuidadores prefieren las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y poseen otros factores que actúan como protectores, destacándose la percepción de sentimientos de autoeficacia y sensación de logro en sus actividades, y el ambiente laboral donde son reconocidos y valorados sus esfuerzos.

Palabras clave: cuidadores, estrés laboral, síndrome de Burnout, agotamiento emocional, estrategias de afrontamiento, apoyo social, satisfacción laboral, salud mental.

ABSTRACT

In order to identify the prevalence of burnout syndrome in formal caregivers, an exploratory, quantitative and descriptive-cross-sectional study was carried out in a sample of 40 caregivers of a geriatric center located northwest of the city of Guayaquil to whom were applied the following tests: sociodemographic and labor variables questionnaire, the Maslach burnout inventory, the interview of burden for formal caregivers, the life satisfaction scale, the mental health questionnaire, the MOS social support questionnaire, the multidimensional scale of assessment of coping styles and the brief scale of resilience.

The results obtained from the studied sample were analyzed and there were no evidences of cases of Burnout, however in terms of the physical and mental health of caregivers, it was observed that there is a tendency to suffer from somatic symptoms, anxiety and depression. Caregivers prefer coping strategies focused on the problem and acquire other factors that act as protectors, highlighting the perception of feelings of self-efficacy and sense of achievement in their activities, and the work environment where their efforts are recognized and valued.

Keywords: caregivers, work stress, Burnout syndrome, emotional exhaustion, coping strategies, social support, job satisfaction, mental health.

INTRODUCCION

Los cuidadores desarrollan sus actividades formales o informales rodeados de demandas de atención con una importante carga física, psíquica y emocional. "Muchos cuidadores, sin darse cuenta, se exigen más allá de sus posibilidades y terminan olvidándose de su propio yo. Así, llegan a perjudicarse a sí mismos y a las personas que cuidan." (Barrera, Natividad, Sánchez, Carrillo, & Chaparro, 2010, p. 29)

Por esta razón realizamos la presente investigación exploratoria, cuantitativa y descriptiva-transversal en el marco del Proyecto Puzzle de Psicología "Estrés laboral en cuidadores en el Ecuador" de la Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL) para identificar la prevalencia del síndrome de burnout en cuidadores formales y la incidencia de factores que lo provocan.

Los capítulos abordados en el desarrollo del trabajo, se dividen en tres partes; en el primer capítulo se desarrolla el marco teórico, donde se conceptualiza estrés laboral crónico con cuidadores, sus consecuencias y los modelos explicativos al igual que resalta la importancia del estudio de estrés laboral crónico en los cuidadores junto con la prevalencia y las variables asociadas al estrés laboral en cuidadores incluyendo aportes de publicaciones y estudios realizados en el Ecuador y otros países como Argentina, Chile, Colombia, entre otros. En el segundo capítulo, que corresponde a metodología, se abordan: objetivos, preguntas de investigación, diseño, contexto, población, método, técnicas e instrumentos de investigación y recursos utilizados. Finalmente, en el tercer capítulo, se presenta el análisis y discusión de los resultados obtenidos en la investigación de la muestra, así como las conclusiones y recomendaciones.

El estrés laboral es considerado un problema para la salud de los trabajadores y repercute de manera negativa en el funcionamiento adecuado de las organizaciones, el cual puede tener su origen en el entorno familiar o en el entorno laboral, es decir, cuando un trabajador sufre de estrés laboral crónico, pierde la motivación, se enferma y es menos productivo, poniendo a prueba su capacidad para afrontar la situación.

Las preguntas de investigación planteadas nos permitieron conocer las características sociodemográficas y laborales, la prevalencia del síndrome del estrés laboral crónico, los niveles de carga física, social y emocional de los cuidadores, el estado de bienestar general, los rasgos de personalidad y las características de salud mental, los tipos de afrontamiento y apoyo social que utilizan los cuidadores, el estado de satisfacción vital y la resiliencia alcanzada por la muestra investigada.

Los resultados obtenidos muestran que ninguno de los cuidadores cumplió con todas las condiciones de prevalencia del síndrome de burnout que podría deberse a la inexistencia de altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización y a la percepción de sentimientos de autoeficacia y sensación de logro en sus actividades y en el ambiente laboral donde son reconocidos y valorados su esfuerzos.

La presente investigación coincidió con la ejecución de un acuerdo del Ministerio de Trabajo que dispuso que en todas las empresas públicas y privadas, que cuenten con más de 10 trabajadores, se debería implementar un programa de prevención de riesgos psicosociales y que la autoridad laboral iniciaría el proceso de control de cumplimiento a partir del 1 de enero del 2018, lo que facilito el acercamiento y la autorización con los administradores del centro geriátrico. Algunas limitantes encontradas en el trabajo de investigación, en primer lugar, se resalta la falta de disponibilidad de los cuidadores y en segundo lugar, los horarios rotativos del personal que no permitían responder los cuestionarios en un solo turno, sino se requirió de varios días laborales para recopilar los datos.

La población objeto de estudio correspondió a 40 cuidadores formales de un centro gerontológico residencial administrado por una organización no gubernamental (ONG) ubicado al noroeste de la ciudad de Guayaquil, durante el año 2017-2018 que participaron luego de cumplir con los criterios de selección (inclusión y exclusión) con quienes se llevó a cabo una investigación exploratoria, transversal, descriptiva y cuantitativa, para identificar la prevalencia del síndrome de burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización) con la aplicación de los siguientes instrumentos: cuestionario de variables sociodemográficas y laborales ad-hoc, el inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory), la entrevista de carga para cuidadores formales, la escala de satisfacción vital (ESV), el cuestionario de Salud mental (GHQ-28), el cuestionario MOS de apoyo social. (MOS Social Support Survey), la escala multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento (BRIEF-COPE) y por último la escala breve de resiliencia (Brief Resilience Scale, BRS).

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

1. Definiciones de estrés laboral crónico con cuidadores

El término estrés ha sido definido a lo largo del tiempo por numerosos fisiólogos, psicólogos, médicos, etc., primeramente "(...) fue introducido en el campo de la salud por el fisiólogo Walter Cannon (1932), pero su popularización se debió a Hans Selye (1956), recibiendo la definición como una respuesta inespecífica del organismo a toda exigencia hecha sobre él" (Campos Puente, 2015, pág. 50). En la actualidad, es uno de los términos más utilizados.

Los especialistas consideran al estrés como una de las cuatro mayores amenazas a la salud pública en el mundo, y ha sido vinculado clínicamente con seis de las principales causas de muerte a nivel mundial, así como a varias enfermedades y trastornos físicos y mentales que afectan mucho más a aquellos que cuidan de manera informal (familiares) o formal (médicos, enfermeras, etc.) a otras personas enfermas, dependientes o que no pueden valerse por sí mismo donde conviven con el dolor y la muerte de forma muy cercana, generan vínculos afectivos, experimentan la sensación de entrega y perciben que cuidan todo el tiempo.

Para analizar el estrés laboral, se realizará una línea de tiempo con los avances en cuanto a la definición o caracterización de esta, iniciando en los '80 hasta la actualidad.

1.1 Definiciones de las décadas de 1980.

Los años 80 determinan la segunda etapa del desarrollo de la investigación del Síndrome de Burnout siguiendo la línea psicosocial, donde el síndrome es definido como un procedimiento donde convergen características de orden social, laboral y personal.

La idea general del estrés laboral o síndrome de burnout es sobre un estado de frustración, cansancio, pérdida de energía o agotamiento ya sea mental, emocional o corporal al desarrollarse en el ambiente de trabajo. Las causas son variadas, para Edelwich y Brodsky (1980) se encuentran en:

(...) a) entusiasmo caracterizado por elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción de peligro; b) estancamiento que surge tras no cumplirse las expectativas originales, empezando aparecer la frustración; c) frustración en la que comienza a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales, con lo que esta fase sería el núcleo central del síndrome; y d) apatía que sufre el individuo y que constituye el mecanismo de defensa ante la frustración. (Carlin & Garcés de los Fayos Ruiz, 2010, pág. 170)

Se puede considerar que las altas expectativas que un trabajador idealiza sobre su vida laboral como alcanzar metas, lograr ser el mejor y obtener un reconocimiento influyen

directamente en la actitud hacia su trabajo lo cual es favorable para el desarrollo de las actividades laborales que realiza, sin embargo, al no lograr todos los objetivos establecidos, empieza una etapa de desmotivación que va en contraste, de manera descendente o inversa, con la pirámide de jerarquía de necesidades de la teoría sobre la motivación humana de Abraham Maslow.

Las ideas de 1980 tienen un enfoque directo sobre una “desmotivación” que se da por la falta de cumplimiento de sus meta o ideales a alcanzar, autores como Freudenberger (1980), Cherniss (1980), Maslach y Jackson (1981), y Shirom (1989) llegan a la conclusión de que a menor satisfacción personal, mayor es la intensidad del síndrome. Por ejemplo, un obrero que trabaja 13 horas al día, 6 días a la semana, durante un número de años significativo, no ha conseguido un aumento de sueldo, sigue en el mismo puesto donde inició y no ha recibido ningún tipo de reconocimiento, mostrará un mayor agotamiento.

En los siguientes años se determinarán otras causas que no sólo están relacionados al individuo si no al puesto que este ocupa y las actividades que realiza; debido a que no todos los cargos poseen una misma carga, la verdad o falsedad de esta afirmación se la analizará con la próxima década.

1.2 Definiciones de las décadas de 1990.

Lo novedoso de la época de 1990 es que el síndrome se extiende a más que solo trabajadores de la clase obrera, sino también “(...) personal militar, administrativos, entrenadores, personal de justicia, tecnólogos de computadores, asesores, directivos, mandos intermedios, deportistas y amas de casa” (Caballero, Hederich, & Palacio, 2010, pág. 133)

Basado en la investigación de Moreno, Oliver y Aragonese en 1991, promovieron la noción de una diferencia entre el estrés laboral y el burnout donde existía una relación directamente proporcional entre el tipo de trabajo y el nivel de estrés laboral; por lo tanto, los empleos vinculados con las relaciones interpersonales de los beneficios adquiridos en su entorno.

En contraste, existen quienes como Garcés de Los Fayos (1994) que defienden la idea de que el burnout y el estrés laboral no son tan diferentes uno del otro, mostrando una correlación entre ellos, una causa-efecto.

Otro aporte importante de la época es la declaración de los posibles síntomas del síndrome, por lo que Mingote Adán (1998) expone los siguientes factores comunes en personas con burnout:

- (...) a) predominan los síntomas disfóricos, y sobre todo, el agotamiento emocional, b) destacan las alteraciones de conducta referentes al modelo asistencial o

despersonalización de la relación con el cliente, c) se suelen dar síntomas físicos de estrés psicofisiológico, como cansancio hasta el agotamiento, malestar general, junto con técnicas paliativas reductoras de la ansiedad residual, como son las conductas adictivas, que a su vez, median en deterioro de la calidad de vida, d) se trata de un síndrome clínico-laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo, aunque se dé en individuos considerados presuntamente “normales”, y e) se manifiesta por un menor rendimiento laboral, y por vivencias de baja realización personal, de insuficiencia e ineficacia laboral, desmotivación y retirada organizacional. (Carlin & Garcés de los Fayos Ruiz, 2010, pág. 171).

Podemos resaltar que en esta década se desarrollaron nuevas ideas sobre el origen del burnout, ya sea como algo completamente diferente al estrés laboral o como su consecuencia. Así como enlistar las características de los factores comunes, que se volvieron los síntomas para detectar los problemas en el aspecto laboral.

1.3 Definiciones de las décadas del 2000.

En el 2000 comienza una serie de adelantos en el conocimiento, la globalización comienza a tomar forma y los campos laborales se vuelven más específicos promoviendo la competencia agresiva entre los trabajadores motivo por el cual, tanto el estrés laboral como el burnout incrementa.

Uno de los enigmas planteados en la década pasada tiene su desenlace en este periodo. Burnout, no es lo mismo que el estrés laboral; el término acuñado proviene del inglés, que significa “quemado, agotamiento, o exhausto”, y la diferencia radica según Peris (2002) en:

Cuando el estrés laboral sobrepasa las capacidades del individuo a la hora de afrontarlas, puede llegar un periodo de agotamiento extremo que impida realizar las tareas asignadas de un modo correcto. Si además de este bajo rendimiento ocurre un agotamiento emocional, un aumento del sentimiento de despersonalización o cinismo, y baja el sentimiento de eficacia profesional, estaríamos ante el denominado síndrome de burnout, “estar quemado” o “desgaste psíquico”. (Carlin & Garcés de los Fayos Ruiz, 2010, pág. 171)

Es dentro del nuevo milenio donde se retoma la idea de que el burnout está mayormente relacionado a ciertos tipos de empleos más que a otros, siendo estos los de servicio, es decir, el trabajo o contacto directo con personas; por ello, las actitudes negativas, la conducta incorrecta va encaminada principalmente hacia los clientes. Leiter (2008) menciona “(...) alto volumen de trabajo, conflicto y ambigüedad de rol, baja previsibilidad, falta de participación y

apoyo social, y experiencia de injusticia” (Carlin & Garcés de los Fayos Ruiz, 2010) como las características principales de los trabajos con un mayor índice de burnout.

1.4 Definiciones de las décadas del 2010 hasta la actualidad.

En la actualidad, ya dentro de una sociedad globalizada donde el mundo laboral se desarrolla en un ambiente de competitividad, miedo al fracaso, preocupaciones financieras y crisis económicas, el Síndrome de Burnout es muy común y parte de la vida cotidiana de muchos trabajadores alrededor del mundo.

Las investigaciones han logrado determinar grados en los que el burnout se presenta en los trabajadores para los cuales Grensman, Dev Acharya, Wändell, Nilsson, & Werner en el 2016 determinaron como: “Los leves incluyen disconformidades, agotamiento y desgano al ir al trabajo. Los moderados son aquellos que ya evidencian despersonalización, aislamiento y negativismo. Los graves son aquellas personas que realizan su trabajo lentamente o simplemente no asisten a sus funciones” (Armijo Mora, 2017, pág. 157)

2. Consecuencias del estrés laboral crónico

2.1 Consecuencias en la salud de los cuidadores.

Los cuidadores hacen referencia a las personas cuyo trabajo implica el cuidado diario a otras, en las cuales deben pasar casi todo el día (sino es el día completo) en constante estado de alerta para que su labor sea rigurosa con aquellos que las necesitan.

En la década de 1990, ya podían diferenciar ciertas actitudes de los trabajadores que se sentían agotados con respecto a las labores que desempeñaban continuamente; en la actualidad se cuentan con patrones conductuales más específicos para el reconocimiento de aquellos que lo padecen. A continuación, se detallan los distintos tipos de síntomas que pueden percibirse en un empleado con Síndrome de Burnout:

Síntomas de conducta. Evitación de determinadas tareas, dificultades para dormir, dificultades para finalizar el propio trabajo, temblores, inquietud, cara tensa, piños apretados, lloros o cambios en los hábitos de alimentación, tabaco o alcohol.

Síntomas emocionales. Sensaciones de tensión irritabilidad, desasosiego, preocupación constante, incapacidad para relajarse o depresión.

Síntomas fisiológicos: Alteraciones cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria), fatiga crónica, cefaleas y migrañas, alteraciones gastrointestinales (dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal), alteraciones respiratorias (asma), alteraciones del sueño, alteraciones dermatológicas, alteraciones menstruales, disfunciones sexuales y dolores musculares o articulatorios constituyen algunos efectos directos.

Síntomas psicofisiológicos. Músculos tensos o rígidos, rechinar de dientes, sudoración profusa, cefalea tensional, sensaciones de mareo, sensaciones de sofoco, dificultad para tragar, dolor de estómago, náuseas, vómitos, estreñimiento, heces sueltas, frecuencia y urgencia en la necesidad de orinar, pérdida de interés en el sexo, fatiga, sacudidas y temblores, pérdida o ganancia de peso, conciencia de los latidos del corazón.

Síntomas cognitivos. Pensamientos ansiógenos y catastrofistas, dificultad para concentrarse o dificultad para recordar acontecimientos.

Síntomas sociales. Mientras que ciertas personas, cuando se encuentran estresadas, tienden a buscar otras personas, algunas tienden a evitarlas. Además, la calidad de las relaciones suele cambiar cuando la persona está bajo estrés.

(Amigo, Fernández, & Pérez, 2009, pág. 242)

Cabe recalcar que existe dos tipos de cuidadores: cuidadores formales y cuidadores informales. Los que se encuentran en la primera categoría, tiene un trabajo remunerado, mejor manejo de horario, menor cantidad de horas (horarios flexibles), no existe una vinculación afectiva tan estrecha entre paciente-cuidador e incluso por estar capacitados poseen conocimiento acerca de lo puede o debe hacer.

Mientras tanto, en el segundo grupo, los cuidadores informales no tienen capacitación alguna, por lo que es más difícil lidiar con aspectos técnicos del cuidado a otros, además de no tener ningún tipo de remuneración y el horario no está regido por reglamentos debido a ser voluntario por lo que puede ser ilimitado; estas personas normalmente son familiares, vecinos o amigos, que deciden tomar responsabilidad sobre el paciente.

Cuando un cuidador informal decide asumir la responsabilidad de brindar cuidados a otra persona (en la mayoría de casos un familiar) que lo necesita por enfermedad, discapacidad o vejez pone en riesgo su salud y sus relaciones familiares porque los roles de la familia se alteran ante la demanda de cuidado de uno de sus integrantes que exige el bienestar físico y mental del enfermo o dependiente pero también mantenerlo con autonomía y siendo independiente procurando su integración y participación social y familiar mientras esta persona se mantenga bajo su cargo para lo cual, en muchos casos, debe adaptar o cambiar definitivamente sus actividades diarias y minimizar o eliminar sus períodos de descanso con lo que inicia el espiral ascendente hacia el deterioro de su calidad de vida.

Si bien ambos grupos están predispuestos a padecer algún tipo de síntoma mencionados anteriormente, los del último (cuidadores informales) son los más propensos y graves pues su nivel de participación activa es mayor a la de los cuidadores formales, a más de la falta de tiempo para realizar actividades fuera de la línea de cuidado.

2.2 Consecuencia en el trabajo de los cuidadores.

Todos los aspectos de la vida de una persona están interconectados, sean estos laborales, personales, familiares, entre otros; así que claramente si uno se ve afectado se refleja en los otros. Lo mismo sucede en el caso de los cuidadores, dentro del puesto de un cuidador formal que ha tenido un problema familiar, al momento de comenzar su labor puede verse interferida por pensamientos constantes de la situación presente, impidiendo un trabajo óptimo que a consecuencia puede provocar más problemas causando incremento de estrés.

Ramos (1999) estima que entre las fuentes del estrés laboral se encuentran tres categorías diferenciadas. Así, figuran los factores relacionados con el trabajo (organización), los factores externos al trabajo (familiares, económicos, salud, estilo de vida) y las características individuales o personales. Entre los factores del estrés

laboral debidos a la organización, Peiró y González-Romá (1991) citan algunos, tales como, la jornada de trabajo, los tiempos de descanso, las relaciones interpersonales, la dificultad de comunicación y la posibilidad de promoción. (Torres Pereira, 2008, pág. 113)

El agotamiento prohíbe el desarrollo perfecto de las labores cotidianas, esto impide poder pensar con claridad, alimentación deficiente que puede convertirse en un problema peor a medida que avanza el tiempo; por ello, es importante el descanso diario y actividades de relajamiento.

A diferencia del cuidador informal, el cuidador formal o profesional se ha preparado previamente y ha desarrollado capacidades para el cuidado de los demás para realizar actividades que incluyen trabajo a turnos, trabajo nocturno, demandas emocionales, violencia de pacientes y familiares protegidos bajo un contrato de trabajo que obliga a los empleadores públicos y privados, dentro del marco jurídico vigente y número de empleados, al diseño e implementación de un sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo o un plan mínimo de prevención de riesgos laborales para la identificación, medición, evaluación, priorización y control de factores de riesgos en el trabajo, entre ellos, los riesgos psicosociales que actualmente son abordados con el establecimiento de un programa de prevención a riesgos psicosociales en espacios laborales que incluye la socialización, sensibilización y evaluación de las condiciones laborales así como medidas preventivas y correctivas con el uso de indicadores de gestión para evidenciar la eficacia de las mismas cuya responsabilidad recae en un equipo multidisciplinario integrado por representante legal, talento humano, seguridad y salud en el trabajo, trabajadora social y médico ocupacional de cada empresa privada o institución pública.

3. Modelos explicativos de estrés laboral crónico

La aparición del agotamiento extremo de los trabajadores en diferentes partes del mundo permitió encontrar los factores comunes que pueden presentarse como causas, de la misma manera, existen diferentes perspectivas de explicarlo, debido a las relaciones entre variables que pueden encontrarse

3.1 Modelos basados desde la teoría Sociocognitiva.

Para la teoría Sociocognitiva existen dos causas principales que inducen al burnout, como primer agente es la percepción de la realidad, la experiencia en subjetiva y los procesos cognitivos varían de cada persona, y con ella la apreciación de los eventos cotidianos. El segundo agente hace referencia a la motivación y esfuerzo que le dedica a alcanzar sus objetivos, el éxito o fracaso de este precisa la posible consecuencia.

3.1.1 Modelo de competencia social de Harrison (1983).

Para W. D. Harrison la competencia juega un rol importante, el poder de un cargo superior influye en las actitudes que toman los trabajadores para poder alcanzar esta meta, de ahí resultan dos conceptos: la eficiencia y la eficacia. Ambos permiten que la labor que realizan sea notada por otros para alcanzar reconocimientos, si este objetivo no es cumplido así los componentes hayan sido efectivos entonces puede ir aminorando la intensidad de la competitividad y efectividad, dando paso al burnout. La competencia y la eficacia percibida son variables claves en el desarrollo de este proceso. Harrison explica que su modelo tiene como fundamento la competencia y eficacia relacionado en función del síndrome de burnout. Este modelo explica que la mayoría de profesionales que inician labores en servicios de asistencia está muy motivados para ayudar a los demás, pero ya en sus labores diarias en su sitio de trabajo deben enfrentarse a factores que determinen su eficacia en el rol.

3.1.2 Modelo de autoeficacia de Cherniss (1980).

La principal base de Cherniss es la percepción subjetiva del trabajador hacia su propia rutina de trabajo es el factor más importante, dependiendo que cómo se observa, reflexiona y analiza a sí mismo existirá la probabilidad de presentar los síntomas del síndrome, igualmente de esto dependerá la intensidad de la misma si se logra detectar.

En tal sentido los cambios personales con impacto negativo que experimentan los trabajadores como consecuencia de realizar trabajos que generan frustración y constantes demandas caracterizan la definición de burnout propuesta por Cherniss por lo tanto el desarrollo del *síndrome de burnout*, dependerá de la autoeficacia percibida por el trabajador en relación al cumplimiento de metas y al equilibrio que mantenga

entre las demandas en el trabajo y sus capacidades (recursos individuales) para lograr un desarrollo independiente y exitoso para evitar el fracaso psicológico que afecta a las estructuras más íntimas de la persona. (Trelles Cepeda, 2017, pág. 8)

3.1.3 Modelo de Pines.

El trabajo humanitario es la piedra angular del modelo de Pines, para él este fenómeno está directamente relacionado con el sentido de cumplimiento de los objetivos propuestos, si falla entonces comienza el estrés relacionado a su falta de eficiencia.

Señala al fenómeno del burnout cuando el sujeto pone la búsqueda del sentido existencial en el trabajo y fracasa en su labor. Estos individuos le dan sentido a su existencia por medio de tareas humanitarias, es por ello que el burnout es el resultado de los riesgos psicosociales, estrés y burnout en cuidadores proceso de desilusión donde la capacidad de adaptación del sujeto se ha quedado disminuida (Alvarado Zenteno, 2017, pág. 18) .

3.1.4 Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper.

Thompson, Page y Cooper (1993) formulan que la autoconfianza es el agente más importante del desarrollo del burnout. Mientras mayor sea la confianza de trabajador hacia sí mismo, más fuerte será sentimiento de fracaso si no consigue sus logros, por lo que incrementa el riesgo de desarrollar el síndrome de burnout.

Por consiguiente consideran que las causas del síndrome se deben a cuatro variables: 1) discrepancias entre la demanda de la tarea y los recursos del individuo, 2) nivel de autoconciencia del sujeto, 3) expectativas de éxito y 4) sentimientos de autoconfianza. En otras palabras un mayor nivel de autoconciencia induce al sujeto a concentrarse en su experiencia de estrés reduciendo su confianza, disminuyendo su percepción de realización personal o laboral y generando cansancio emocional. (Vargas Ríos, 2016)

3.2 Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social.

La propuesta de la Teoría del Intercambio Social radica en la “injusticia” que el trabajador pueda detectar en su ambiente de trabajo, esto se logra mediante la comparación entre sus compañeros. Si están en un mismo puesto de trabajo pero uno recibe más que otro, se muestra una falta de igualdad y por lo tanto de justicia, dando por resultado el desarrollo del síndrome de burnout. (Miravalles, 2018)

3.2.1 Modelo de comparación social de Buunk y Shaufeli (1993).

Según Buunk y Shaufeli, el síndrome de burnout se relaciona con las capacidades del trabajador sobre la regulación de sus emociones e ideas, la resiliencia ante situaciones de fracaso laboral sumado a las constantes comparaciones con sus demás compañeros acerca de los reconocimientos o éxitos obtenidos.

A continuación, se presentan los procesos obtenidos acerca de este modelo, al realizar la investigación a enfermeras:

- a) Procesos de intercambio social: en donde se destacan tres puntos:
 - i. Incertidumbre de cómo actuar sobre los propios sentimientos y pensamientos
 - ii. Equidad, hace ilusión a la apreciación sobre el esfuerzo brindado y la recompensa obtenida.
 - iii. La falta de control, hace referencia sobre la capacidad de afrontamiento en sus actividades laborales.
- b) Procesos de afiliación y comparación social con los compañeros: en donde no se pueden establecer relaciones de confianza o de apoyo mutuo entre compañeros lo que genera la falta de reciprocidad que consume los recursos emocionales y conduce al agotamiento emocional. (Miravalles, 2018)

3.2.2 Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddy (1993).

El modelo de conservación de Hobfoll y Freddy expresa la relación que tiene la motivación en los trabajadores y como esta se vulnera cuando se encuentra amenazada por situaciones negativas en su ambiente laboral. Por ello es por lo que proponen el aumento de los recursos para poder reducir los niveles de estrés que puedan afectar a los asalariados y así no provocar el incremento de burnout.

La idea básica del modelo de conservación es que los trabajadores se esfuerzan por aumentar y mantener sus recursos, que es lo que ellos valoran. Entonces, el Burnout aparecería si esos recursos están amenazados, perdidos, o cuando el sujeto invierte en sus recursos; pero no recibe lo que espera. De acuerdo con del modelo de conservación, la exposición prolongada a las situaciones de demandas profesional hace que el trabajador llegue a estados de agotamiento emocional y físico; lo que es el componente central de Burnout. En suma, esta teoría define cuatro categorías básicas de recursos: propósitos (capacidad intrínseca para afrontar), condiciones, características personales, capacidad física (Martínez, 2010, págs. 57-58).

Las cuatro categorías que se mencionaron corresponden a variables que influyen en la aparición o intensidad del burnout. Por ejemplo, en un trabajo donde la capacidad física es requerida en su máximo nivel y el trabajador no muestra este alcance supone un fracaso el cual lo afronta de manera negativa, las condiciones del empleo no eran las indicadas para él por sus características personales, dando como resultado el Síndrome de Burnout.

3.3 Modelos desarrollados desde la teoría organizacional.

Está relacionado específicamente al clima laboral en el que se desenvuelven los sujetos, sus roles, la estructura, la comunicación; toda la cultura organizacional tiene un alto impacto en los niveles de estrés en un trabajador y por ello es importante prestar atención a las actividades donde se desenvuelven para una posible solución.

3.3.1 Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter.

(...) denominan a este síndrome como un proceso virulento que se desarrolla paulatinamente a través de varias fases como respuesta al estrés laboral. Debido a la presencia de distintos estresores en el lugar de trabajo, por ejemplo: sobrecarga, pobreza de rol, falta de autonomía. (Otero-López, 2011, pág. 608)

Para Golembiewski, Munzenrider y Carter, el burnout es un proceso que se va dando de poco a poco, es decir, que va en escala comprendiendo pequeños niveles de estrés hasta el agotamiento extremo por parte del trabajador.

A base de esto "(...) resaltan tres aspectos, la despersonalización, la falta de logro personal y el agotamiento laboral, además mencionan ocho fases, indicando alto o bajo en cada ítem." (Otero-López, 2011, pág. 608), con ello se puede reconocer las fases por las que el trabajador está pasando para poder trabajar en ellas y corregir los problemas que frecuenta al mismo.

3.3.2 Modelo de Winnubst (1993).

Winnubst (1993) hace referencia acerca del tipo de trabajo que causa mayor estrés, si bien los trabajos relacionados al servicio lideraban la lista, este autor ubica las distintas profesiones en un mismo nivel, puesto que todas poseen factores negativos que afecta la salud psicológica de sus trabajadores. La cultura organizacional es un pilar importante en el desarrollo de las relaciones entre compañeros, superiores, subordinados, clientes, entre otros.

Dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social los antecedentes del síndrome de burnout variarían. De esta forma en las burocracias mecánicas, el síndrome de burnout sería el resultado del agotamiento emocional diario que se produciría como consecuencia de la rutina y la falta de control

derivada de la estructura; mientras que en las burocracias profesionalizadas, el síndrome de burnout sería el resultado de la relativa laxitud de esa estructura, lo que conllevaría a una confrontación continua con los demás miembros de la organización, y originaría disfunciones en el rol y conflictos interpersonales. (Ojeda Mercado, 2016, págs. 47-48)

La estructura organizacional es una de las partes más estresantes del trabajo, la jerarquía en la que deben desarrollarse las relaciones ocasiona conflictos tanto inter como intrapersonales provocando un agotamiento emocional y también físico. La comunicación, si no es tratada como se debe, puede provocar mal entendidos que harán del tiempo en el trabajo difícil de lidiar.

3.3.3 Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1996).

Los autores Cox, Kuk y Leiter (1996) sugieren desde un enfoque transaccional del estrés laboral, que el burnout es un acontecimiento particular que se da en las profesiones humanitarias, y que el agotamiento emocional es la dimensión esencial de este síndrome. (Martínez, 2010, pág. 18).

El punto central sugiere que dentro de las profesiones humanitarias el contacto con las personas en un nivel más íntimo o personal puede afectar las emociones del otro. El contagio emocional, ocurre cuando después de por un periodo de tiempo considerado no se ha realizado un desahogo apropiado, y guardar los problemas o absorber las emociones de otro afecta de manera significativa la salud mental del cuidador.

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

El Síndrome de Burnout o el Síndrome de quemarse en el trabajo se muestra como un fenómeno que aparece primordialmente en los empleos donde se trabaja para y con las personas de forma directa.

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

Maslach y Jackson (1981) definen el síndrome que quemarse en el trabajo como una consecuencia del estrés laboral en su más alto estado (crónico) donde encabezan principalmente actitudes y emociones negativas hacia las labores del trabajo o las personas que se encuentran en aquel ambiente, puesto que la asociación de estos elementos provoca la aparición de señales opuestas a la tranquilidad.

El “Modelo tridimensional del MBI-HSS” de (Maslach & Jackson, 1981) propone que el síndrome inicia con la aparición de agotamiento emocional, posteriormente aparece la despersonalización y por último la baja realización personal en el

trabajo. En otro estudio de (Golembiewski, Munzenrider, & Carter, 1983), propone como síntoma inicial la despersonalización pasando a la baja realización personal, y posteriormente al agotamiento (Caballero, Hederich, & Palacio, 2010, pág. 135).

Existe una gran dificultad en poder señalar a una persona que sufre el síndrome de burnout debido a que existe una gran presencia de síntomas que varían de persona a persona y no se determina exactamente un patrón, no obstante, ese modelo menciona un conjunto de características comunes detectadas en quienes lo padecen:

(...) podemos identificar grupos caracterizados por influir negativamente en los afectos y las emociones (como agotamiento emocional, irritabilidad, odio, etc.), en las actitudes (como cinismo, despersonalización, apatía, hostilidad, etc.), en las cogniciones (como baja ilusión por el trabajo, dificultad de concentración, baja realización personal en el trabajo, etc.), en las conductas (como comportamiento suspicaz y paranoide, aislamiento, consumo de tranquilizantes, rigidez, quejas constantes, absentismo, etc.), y en el sistema fisiológico del individuo (como cansancio, insomnio, úlcera de estómago, dolor de cabeza, fatiga, hipertensión, etc.). (Olivares Faúndez, 2017, pág. 61).

3.4.2 Modelo de Edelwich y Brodsky.

El síndrome de burnout se puntualiza como un aburrimiento, indiferencia o desgano a la actividad laboral, el entusiasmo inicial del trabajo junto al deseo de las labores de forma eficiente se va convirtiendo en rutina y cumplimiento. Edelwich y Brodsky (1980) detallan un proceso de cuatro partes:

- a. Entusiasmo. Como etapa inicial de acceso a un nuevo puesto en la que la actividad laboral y las expectativas derivadas de la misma cobran una gran importancia.
- b. Encantamiento. Al que llega el sujeto tras comprobar el incumplimiento de expectativas. Aunque el trabajo todavía represente una posible fuente de realización profesional comienzan a remplazarse las condiciones de ajustes entre esfuerzos personales y beneficios.
- c. Frustración. Donde comienza a cuestionarse la eficacia del esfuerzo personal frente a los obstáculos derivados del desempeño de funciones. Aunque existe la posibilidad de afrontar la situación y encauzar el malestar hacia una nueva fase de entusiasmo, la falta de recursos personales y organizacionales pueden condicionar en tránsito a una fase de apatía.

- d. Apatía (se considera un mecanismo de defensa frente a la frustración) a partir de un sentimiento creciente de distanciamiento y desimplicación laboral, que conlleva evitación e incluso inhibición de la actividad profesional. (Martínez, 2010, pág. 8)

3.4.3 Modelo de Price y Murphy (1984).

Los autores Price y Murphy (1984) se concentran en la forma que el síndrome se adapta al ambiente en el que se desarrolla y sobre la persona en la que se presenta. Para comprenderlo mejor se realiza una analogía sobre el duelo, donde se pierde la motivación que regulaba las actitudes de los trabajadores; por ello detallan las siguientes sintomatologías:

(...) desarrollan varias fases sintomáticas: a) desorientación; b) labilidad emocional; c) culpa, debido al fracaso profesional; y d) soledad y tristeza. Esto podría desembocar en la necesidad de implementar estrategias de solución pasando por una solicitud de ayuda con el fin de restablecer el equilibrio (Caballero, Hederich, & Palacio, 2010, págs. 135-136).

3.5 Modelos de la teoría estructural de Gil Monte.

El modelo de la teoría estructural se basa en la resiliencia del trabajador ante las situaciones negativa que se presentan en su ambiente laboral. Esta resiliencia está basada en los aspectos personales, relaciones inter e intrapersonales, personalidad y carácter de la persona. Si la capacidad de afrontamiento ante el fracaso es leve, mayor será el estrés ocasionado.

Según este modelo las cogniciones de los sujetos influyen en sus percepciones y conductas, viéndose las cogniciones a su vez modificadas por los efectos de las conductas y por la acumulación de consecuencias observadas. Debido a lo anterior el autoconcepto de los sujetos determinaría el esfuerzo y empeño de los sujetos para conseguir sus objetivos y también sus reacciones emocionales. (Martínez, 2010, pág. 10)

Esta propuesta se relaciona con la teoría de Carl Rogers sobre el self ideal y el self real, puesto que en el primero tenemos la visión que deseamos alcanzar, pero la realidad es otra y puede provocar un conflicto, llamado por Roger psicosis, pero en este caso, el resultado sería el síndrome de burnout.

Según este modelo las cogniciones de los sujetos influyen en sus percepciones y conductas, viéndose las cogniciones a su vez modificadas por los efectos de las conductas y por la acumulación de consecuencias observadas. Debido a lo anterior el autoconcepto de los sujetos determinaría el esfuerzo y empeño de los sujetos para conseguir sus objetivos y también sus reacciones emocionales. (Martínez, 2010, pág. 10).

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

Los cuidadores tienen uno de los trabajos más importantes en la sociedad que muchas veces no son reconocidos, especialmente si son los cuidadores informales que no reciben remuneración monetaria alguna. Este empleo, requiere esfuerzo físico, mental y emocional que puede agotar hasta al más fuerte. Por ello, existen estrategias para lograr una calidad de vida satisfactoria que estas personas pueden perder, más para entender mejor se presentan los procesos del trabajo de cuidador:

- a. Provisión de ayuda emocional, es decir, sentirnos queridos/as por las personas allegadas, relacionarnos con ellas, expresarles opiniones, sentimientos, intercambiar expresiones de afecto.
- b. Apoyo informativo y estratégico, que consiste en la ayuda que se recibe para la resolución de problemas concretos y afrontamiento de situaciones difíciles.
- c) El apoyo instrumental, que consiste en la prestación de ayuda y servicios en situaciones problemáticas que no pueden resolverse por uno mismo. Por ejemplo la recepción de cuidados y ayuda en el caso de las personas con discapacidad, situaciones de dependencia y enfermedad. (Roca & Blanco, 2012, pág. 399)

Un buen cuidador es fundamental para el tratamiento, evolución y bienestar de la persona cuidada por lo que debe esforzarse por mantener un equilibrio físico, psíquico y emocional para cuidar bien lo que dependiendo de la complejidad de la situación genera necesidades de educación y capacitación, gestión emocional, apoyo económico y social para informar y concienciar sobre su trabajo que si no son atendidas podrían desarrollar sentimientos de impotencia y frustración con estados de ansiedad, irritabilidad o enfado ocasionando negligencia, abuso o maltrato involuntarios. (Barrera, Natividad, Sánchez, Carrillo, & Chaparro, 2010, págs. 127-134)

La importancia del estudio del estrés laboral en los cuidadores radica en poder detectar cuando un cuidador ya no se siente motivado por la labor que realiza o si comienza a descuidarse a un nivel personal con el propósito de ayudar al mejoramiento de su salud tanto física como mental. (Cruz Roja Española, 2016, págs. 19-20)

Los postulados de la calidad total, las normas ISO-9000 y los procesos de mejora continua que son enfoques de sistemas de aseguramiento de calidad y productividad sostienen que “lo que no se mide, no se controla; y lo que no se controla no se puede administrar” sugiere que la falta de denuncias y de registro de casos de estrés laboral crónico sumado a la poca existencia de estudios nacionales que revelen el desarrollo epidémico y la incidencia de este

síndrome en la población contribuye a la falsa percepción del impacto tanto en la salud de los cuidadores formales como en los informales. Es aquí donde las universidades, con los trabajos de titulación de sus estudiantes de pregrado y posgrado, pueden dirigir esfuerzos para la investigación del estrés laboral crónico a través de estudios transversales descriptivos y de enfoque cuantitativo para un subgrupo representativo de la población a nivel nacional con el objetivo de intervenir en los tres niveles de prevención: primaria (evitar la adquisición de la enfermedad), secundaria (detectar la enfermedad en estadios precoces), y terciaria (medidas dirigidas al tratamiento y a la rehabilitación de la enfermedad) en coordinación multisectorial entre el Ministerio del Trabajo (MDT), Ministerio de Salud (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y otras públicas y privadas

5. Prevalencia del estrés laboral crónico en cuidadores

El siglo XXI está determinado por la globalización proceso que permite que la información viaje en cuestión de segundos, pero no todo es positivo, en el aspecto profesional va siendo cada vez más difícil mantenerse estable lo que provoca el aumento de estrés, la competencia dentro de las empresas es más intensa por lo que es imprescindible

Diversos estudios sugieren que entre el 50% y el 60% del total de los días laborales perdidos están vinculados al estrés. Esto representa un enorme coste, en términos tanto de daño humano como de perjuicio al rendimiento económico, pues además de las graves repercusiones sobre la salud mental y física de los trabajadores, el impacto del estrés laboral es evidente en los síntomas organizativos (como por ejemplo, el alto nivel de absentismo y de rotación de personal, el bajo rendimiento en materia de seguridad, el desánimo de los empleados, la falta de innovación y baja productividad). (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), s/f)

5.1 Prevalencia en cuidadores a nivel mundial.

Según estudios realizados en el 2016 la Organización Internacional del Trabajo publicó un ranking de los países con mayor número de trabajadores con estrés laboral. La situación global económica o financiera provoca que el trabajo pierda su calidad. Dentro de este ranking México se situó como el país con mayor número de trabajadores con burnout con un 75%, seguido China con 73% y Estados Unidos con 59%.

De manera más detallada, alrededor de 18.4 millones de personas conviven con este tipo de estrés, el cual afecta tanto su calidad de vida como su capacidad laboral. En cuestión de géneros, los hombres son más propensos a desarrollarlo que las mujeres y se considera a los varones de 18 a 30 años como los más propensos a sufrirlo. (Rojas, 2017)

5.2 Prevalencia en cuidadores a nivel latinoamericano.

En América Latina existe un incremento en los trabajadores que padece el síndrome de Burnout haciendo que la monotonía del trabajo y la indiferencia hacia el provoque las sintomatologías que hacen que el asalariado demande a las empresas donde trabaje por los daños a su salud mental y/o física. (Organización Panamericana de la Salud, 2018)

A continuación, se presentarán datos estadísticos sobre distintos países y el incremento de la prevalencia del síndrome de burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización) en sus respectivas poblaciones de trabajadores:

Argentina:

Los resultados de la 1^{ra} Encuesta Nacional a Trabajadores sobre Empleo, Trabajo, Condiciones y Medio Ambiente Laboral (2009) concluyeron que el 26.7% de la fuerza laboral reportó que sufrían de carga mental y consideraban su trabajo como excesivo. (Organización Internacional del Trabajo, 2016)

Chile:

El 82% de los chilenos ha presentado algún cuadro de estrés laboral el último año, Al consultarles si han presentado alguna de las siguientes enfermedades relacionadas con el trabajo el último año, un 32% señaló estrés, el 25% ansiedad, un 14% insomnio y un 11% depresión. El restante 18% aseguró que ninguna de las anteriores. El 46% de quienes han presentado alguna de las enfermedades mencionadas anteriormente lo atribuye a una sobrecarga de responsabilidades, un 36% a un ambiente laboral inadecuado, un 12% a una alteración de los ritmos biológicos y un 6% a las condiciones laborales físicas inadecuadas. (MacDonald, 2009)

Brasil:

Un estudio que evaluó el ausentismo por accidentes y enfermedades ocupacionales reveló que el 14% de los servicios de salud utilizados por año están relacionados con enfermedades mentales. (Organización Panamericana de la Salud, 2018)

Colombia:

El 38% de los colombianos sufre de estrés laboral. La fatiga laboral es un fenómeno común en los trabajadores de Colombia debido a las grandes exigencias por parte de las empresas. La carga física y mental que esto genera supera la capacidad de respuesta, lo que se traduce en un riesgo para la salud. Según un estudio, se estima que uno de cada 5 empleados padece estrés y fatiga en el país, lo que afecta así mismo el rendimiento y la efectividad de las empresas. (MacDonald, 2009)

Perú:

El 60% de trabajadores peruanos sufren de estrés, y podrían desarrollar el síndrome de burnout o desgaste profesional como consecuencia de un acelerado agotamiento físico, mental y psíquico que además incluye la falta de motivación. Seis de cada diez peruanos afirman que su vida ha sido estresante durante el último año. (Instituto de Integración, 2018)

5.3 Prevalencia en cuidadores a nivel nacional.

En Ecuador, los niveles altos de estrés no representan todavía un problema de salud pública como en otros países desarrollados, industrializados o en vías de desarrollo, sin embargo, esto no implica que pueda ir en aumento debido a la crítica situación económica en la que se desarrolla nuestro país que puede provocar el incremento del síndrome de burnout en los trabajadores ecuatorianos.

Un artículo de la sección Actualidad de Diario Expreso del 01 de septiembre del 2012, muestra resultados de un estudio realizado por la compañía de investigación de mercados GFK ECUADOR S.A quienes afirmaron que en nuestro país, el 10% de la población tiene estrés. La investigación fue realizada en Quito y Guayaquil, y contó con la participación de 514 guayaquileños y 492 quiteños. Este estudio fue parte de una investigación que se realizó en México, Venezuela, Panamá y Colombia y reveló que existen similitud en las cifras de prevalencia de estrés entre de México, Venezuela y Ecuador. (Gráficos Nacionales S.A., 2012).

Del mismo modo (Ramírez, 2017, págs. 8-9) comentó que, con base a los resultados de un proyecto de investigación que se realiza a nivel nacional desde el 2012, la prevalencia del Síndrome de Burnout (estrés laboral crónico) en los profesionales de la Salud está alrededor del 30%. “Esta prevalencia es alta, lo que es preocupante porque hemos visto que otras investigaciones no han arrojado datos tan elevados”, ha manifestado Marina del Rocío Ramírez, quien es autora principal de este estudio, que se lleva a cabo a través del Departamento de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja.

6. Variables asociadas al estrés laboral en cuidadores

6.1 Variables sociodemográficas asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.

Las variables sociodemográficas son aquellas de que determinan las cualidades a la población que se procede a investigar. Los siguientes son variables cuyas definiciones permitirán delimitar la información:

- a) La antigüedad laboral: las personas que llevan en su puesto de trabajo pocos años, son las que más se queman por motivos como: las expectativas que tuvieron, no corresponden con lo que realizan diariamente, o las recompensas económicas, personales y profesionales, no son lo que esperaban obtener o lo prometido por la empresa.
- b) El género: se dice que las mujeres son más propensas a sufrir burnout debido a que a más de trabajar, deben realizar las tareas en el hogar, están al cuidado de los hijos o padres, etc., sobrellevando una doble carga laboral.
- c) Estado civil: en diferentes estudios se ha demostrado que las personas solteras son las más propensas a sufrir de burnout, ya que no cuentan con el apoyo social de pareja como tienen las personas casadas o que conviven en pareja.
- d) Turnos de trabajo: las personas que trabajan en turno son las expuestas a desencadenar burnout, debido a que no tienen un horario regular y siempre están obligados a reprogramar las actividades de la vida diaria.
- e) Sobrecarga laboral: cuando las personas tienen muchas responsabilidades en su trabajo o una cantidad de actividades a las que no están acostumbradas, disminuirá la calidad de sus funciones y sentirán frustración por no poder cumplir con todas las tareas y obligaciones (Alvarado Zenteno, 2017, pág. 23).

6.2 Variables sociales asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.

Dentro de la cultura organizacional existen aspectos que hay que tomar en consideración para relacionar el estrés laboral a los síntomas que muestre un trabajador:

- a) Apoyo social percibido
- b) Estilos de afrontamiento
- c) Clima organizacional
- d) Satisfacción laboral
- e) Satisfacción vital
- f) Percepción sobre el trabajo
- g) Factores sociodemográficos

Las causas específicas para que se presente este síntoma, serían entonces: la naturaleza de la tarea, la variable organizacional, la variable interpersonal (colegas, familia, amigos, redes de apoyo social) y la variable individual (edad, sexo, experiencia, personalidad) (Cubillos Andrade, 2017, pág. 42)

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

Álvarez (1999) en su libro "Pensándolo bien" de manera sencilla explica que el compromiso vital hace referencia a la implicación con la meta elegida, a la actitud de elegir el camino vital en función de los valores personales propios de manera que esa "realidad psíquica individual" que cada uno de nosotros construimos, se convierta en un compromiso vital lleno de sentido; en una palabra, en una vida vivida en plenitud y con sentido de lo que se vive en cada momento.

Satisfacción vital. Esta variable describe la sensación de felicidad y agrado que el individuo presenta con su estilo de vida y las interacciones que se producen como consecuencia de él. Según Lee y Ashforth (1993a y b) a menor satisfacción vital más Burnout, en concreto mayor nivel de agotamiento emocional. En el cuidador principal es tremendamente difícil encontrar motivos para que su estilo vital conduzca a algún tipo de satisfacción, al menos de carácter duradero (Vargas Ríos, 2016, pág. 10)

A partir de las definiciones mencionadas se pueden relacionar que los valores con los que el trabajador ingresa y que debe mantener a lo largo de su estadía, pero esta debe ser recíproca, es ahí donde interviene la satisfacción de un trabajo bien realizado. Manteniendo altos niveles de ambas variables se puede alejar el síndrome de burnout.

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

Para comprender las variables es importante definir las mismas para analizar la relación que presentan con el estrés laboral crónico:

(...) el propio Luthar (2003) define el término de resiliencia como «la manifestación de la adaptación positiva a pesar de significativas adversidades en la vida» (Becoña, 2006, págs. 127-128)

Estrategias de afrontamiento: Las estrategias de afrontamiento son una serie de respuestas cambiantes de tipo cognitivo o conductual que inicia una persona ante una situación que considera amenazante (Cox & Ferguson, 1991). Estudios realizados demuestran que las

personas que emplean estrategias de carácter activo o centradas en el problema, sufren menos síndrome de burnout que los que emplean estrategias de afrontamiento tipo evitación/escape o centrada en la emoción (Leiter, 1991). Esta tendencia responde a estos autores que consideran la dimensión despersonalización como estrategia de afrontamiento para manipular la tensión emocional (Ramos, 1999).

Apoyo social: La falta de apoyo social en el trabajo es una variable del entorno de trabajo que puede facilitar los efectos del estrés laboral sobre el síndrome de burnout. Esta función facilitadora de falta de apoyo social en los efectos del estrés laboral sobre las dimensiones del síndrome de burnout, aparece fundamentalmente en la dimensión agotamiento emocional. La falta de apoyo social hace que la persona se sienta más vulnerable al estrés y al deterioro de su salud. (Vinaccia & Alvaran, 2004, págs. 37-38)

Un buen nivel de relación entre estas tres variables moduladoras (estrategias de afrontamiento, apoyo social y resiliencia) permitirá reducir la prevalencia del estrés laboral crónico en cuidadores formales fortaleciendo sus capacidades para manejar la presión, superar la tristeza, enfrentar los problemas, aprender de los errores, crecer a pesar de los problemas, controlar sus emociones negativas y activar sus habilidades en momentos difíciles apoyados por un ambiente de trabajo agradable y una cohesión familiar.

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 y baja realización) en cuidadores formales en un centro gerontológico residencial administrado por una organización no gubernamental (ONG) ubicado al noroeste de la ciudad de Guayaquil durante el año 2017-2018.

2.1.1 Objetivos específicos:

1. Identificar las características sociodemográficas y laborales de los cuidadores formales.
2. Determinar la prevalencia de las dimensiones del estrés laboral crónico en la muestra investigada.
3. Identificar el bienestar general de la muestra investigada.
4. Definir los modos de afrontamiento más utilizados por los cuidadores.
5. Identificar el apoyo social procedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo de los cuidadores.
6. Identificar la satisfacción vital y la resiliencia de la población investigada.

2.1.2 Preguntas de investigación:

- a) ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales de la muestra investigada?
- b) ¿Cuál es la prevalencia del síndrome del estrés laboral crónico en los cuidadores de la muestra investigada?
- c) ¿Cuáles son los niveles de carga física, social y emocional de los cuidadores investigados.
- d) ¿Cuál es el estado de bienestar general de la muestra investigada?
- e) ¿Cuáles son los rasgos de personalidad y las características de salud mental de la muestra investigada?
- f) ¿Cuáles son los tipos de afrontamiento y apoyo social que utilizan los cuidadores investigados?
- g) ¿Cuál es el estado de satisfacción vital y la resiliencia alcanzada por la muestra investigada?

2.1.3 Contexto de la investigación

La presente investigación evaluó al personal de cuidadores de un centro gerontológico residencial administrado por una organización no gubernamental (ONG) dedicada al cuidado integral del adulto mayor en estado de abandono, indigencia, discapacidad, Alzheimer de alto grado, y de bajos recursos económicos que viven y duermen en las calles de nuestro país. Aquí les brindan atención que cubre las necesidades básicas humanas, además de recibir cariño de personas voluntarias que se preocupan por su bienestar. Este establecimiento tiene albergados a 90 ancianos entre hombres y mujeres y se preocupa en ayudar a las personas de tercera edad a que tengan un mejor estilo de vida en sus últimos años de vida, para lo cual reciben terapias físicas, ocupacionales y recreacionales, realizadas por un equipo de voluntariado proveniente de los diferentes colegios, universidades, iglesias, fundaciones, y personas particulares de buen corazón, esto, en las áreas verdes, huertos orgánicos, enfermería, consultorios y farmacia con que cuenta la institución.

2.1.4 Diseño de investigación

El método empleado en el presente estudio fue exploratorio, en donde se examina un tema que no se ha estudiado antes o se ha abordado en otros contextos, analiza información desde otras perspectivas con el fin de elaborar mejor la investigación (Hernández, 1994).

El diseño de la investigación presentó las siguientes características:

Cuantitativa, la información analizada de los instrumentos aplicados fue numérica; no experimental, ya que no se manipularon las variables, por lo tanto se observaron los fenómenos en su ambiente real; transaccional (transversal) pues se analizó el nivel de las variables en un momento dado; descriptivo, porque los temas que se seleccionaron sirvieron para recoger la información con la que se detalló la investigación; exploratorio, en donde se examinó un tema no estudiado antes, y se analiza para realizar un mejor trabajo y correlacional puesto que se valoró la relación que hay entre variables asociadas al fenómeno estudiado (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

El tipo de investigación utilizada fue descriptiva-transversal, pues las variables seleccionadas recogieron la información que sirvió para desarrollar el estudio, además la información recolectada se la obtuvo en un momento dado

2.1.5 Muestra

La población objeto de este estudio, fueron cuidadores formales que laboran en un centro gerontológico residencial administrado por una organización no gubernamental (ONG) ubicado al noroeste de la ciudad de Guayaquil.

La muestra fue de accesibilidad, no probabilística y accidental, la muestra recolectora de información fueron 40 cuidadores de un centro gerontológico residencial administrado por una organización no gubernamental (ONG) ubicado al noroeste de la ciudad de Guayaquil, quienes cumplieron con los criterios de inclusión de muestra.

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

Los criterios considerados para seleccionar la muestra fueron:

- a) Criterios de inclusión: Encontrarse en situación activa, firmar el consentimiento informado y tener como mínimo 1 año de experiencia.
- b) Criterios de exclusión: No aceptar la participación dentro de este estudio, no encontrarse en la institución (maternidad o enfermedad).

2.1.6 Procedimiento:

El desarrollo de esta investigación se realizó:

1. Se realizaron contactos a través de teléfonos y correos electrónicos institucionales para establecer el enlace necesario para explicar el contexto y alcances del trabajo de investigación.
2. Se gestionó la carta de solicitud de ingreso a la institución beneficiaria con la Coordinación Académica del Centro Regional Guayaquil para entregarla y obtener el permiso correspondiente del centro gerontológico residencial administrado por una organización no gubernamental (ONG).
3. Se realizó un acercamiento con los directivos de la institución, a quienes se les presentó la solicitud elaborada con la finalidad de que se permita recolectar los datos en el centro gerontológico residencial administrado por una organización no gubernamental (ONG).
4. Al obtener el visto bueno de los directivos se determinó el horario para la aplicación del cuestionario de variables sociodemográficas y laborales ad-hoc, el inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory), la entrevista

de carga para cuidadores formales, la escala de satisfacción vital (ESV), el cuestionario de Salud mental (GHQ-28), el cuestionario MOS de apoyo social. (MOS Social Support Survey), la escala multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento (BRIEF-COPE) y la escala breve de resiliencia (Brief Resilience Scale, BRS). En consideración a esto se procedió a buscar a los cuidadores dentro del establecimiento, para pedir la colaboración, dándoles a conocer la finalidad de la investigación, a quienes aceptaban participar se pidió el consentimiento informado y se explicó los parámetros de cada uno de los instrumentos a utilizar para que puedan realizar la actividad de la mejor manera posible.

5. Se entregó el cuadernillo con los ocho cuestionarios a cada uno de los cuidadores con la respectiva explicación de la importancia de responder de forma honesta y correcta cada uno de los ítems propuestos realizando las consultas necesarias para evitar dejar ítems sin contestación.
6. Al culminar este proceso se depuró la información, descartando los cuestionarios incompletos y los que no tenían el consentimiento informado, finalmente, el procesamiento de datos se realizó a través de la aplicación de hojas de cálculo Excel, que forma parte de la suite de oficina Microsoft Office donde se trabajó con datos descriptivos y correlaciones.

2.1.7 Instrumentos.

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

2.1.7.1 Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales ad-hoc.

Enfocado en obtener 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).

2.1.7.2 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 Seisdedos (1997) el cuestionario evalúa las tres dimensiones del burnout: a) agotamiento emocional (indica nivel de cansancio y si la persona está exhausta por su trabajo), b) despersonalización (niveles de distanciamiento laboral), c) realización personal (niveles de satisfacción en el trabajo), este cuestionario utiliza la escala de Likert con puntuaciones de 0 a 6.

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

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

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

La Entrevista de Carga para Cuidadores Formales (Revuelta y Andújar, 2005) es una adaptación de la Entrevista de Carga del Cuidador, pensada para cuidadores informales, desarrollada por Zarit et al. Inicialmente, constaba de 29 ítems y posteriormente se redujo a 22 elementos (Zarit, Orr y Zarit, 1985). En el original se ha informado de una consistencia interna entre .76 y .95.

Presenta cinco alternativas de respuesta, que van desde nunca (0) hasta casi siempre (4). 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.

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

Esta escala, de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985), 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).

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

2.1.7.5 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 estado de la salud mental del encuestado. En lo que respecta a las propiedades psicométricas cuenta con el punto de corte de 5/6 indicador de la existencia de un caso probable, con sensibilidad = 84.6% y especificidad = 82% (Lobo, Pérez-Echeverría y Artal, 1986), y con un valor de alfa de Cronbach de 0.89. Evalúa por medio de cuatro sub-escalas:

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

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

El cuestionario creado por Survey; Sherbourne y Steward, 1991; versión española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, (2005) es 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. Identifica cuatro dimensiones de apoyo social:

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

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

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

- Afrontamiento activo: Actividades y acciones ejecutadas para solucionar el problema.
- Auto-distracción: Centrar en actividades que no permitan pensar en el problema y así olvidarlo.
- Negación: Rechazar lo que está ocurriendo para no enfrentar el problema.
- Uso de sustancias: Ingerir sustancias para esquivar y no hacer frente al problema. poder afrontarla.
- Uso de apoyo emocional: Buscar en terceros afecto y apoyo.
- Uso de apoyo instrumental: Busca ayuda en guías que expliquen la situación problemática por la que se está pasando.
- Retirada de comportamiento: Hacer a un lado el problema, sin asumirlo dejando que se resuelva solo.
- Desahogo: Desahogo de los sentimientos que ha provocado el problema.
- Replanteamiento positivo: Sacar algo bueno del problema aprendiendo de él.
- Planificación: Formulación de un proceso a seguir para controlar el problema.
- Humor: Quitarle importancia al problema para no pensar en ello.
- Aceptación: Reconocer el problema y aceptarlo de manera tranquila.
- Religión: Refugio en espiritualidad.
- Culpa de sí mismo: Auto culparse de los problemas por los que se atraviesa.

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

2.1.7.8 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 DE DATOS

3.1 Resultados obtenidos, análisis e interpretación.

3.1.1 Características sociodemográficas de los cuidadores.

El estudio realizado en un centro gerontológico residencial administrado por una organización no gubernamental (ONG) ubicado al noroeste de la ciudad de Guayaquil, tuvo como participantes a 3 Licenciadas en enfermería, 4 Técnicos superiores en enfermería y 33 Auxiliares de enfermería.

Aplicando en primer lugar el cuestionario sociodemográfico, el perfil de los cuidadores estudiados, se caracteriza, por ser un trabajador de etnia mestiza (100%), con una edad promedio de 34.1 años (DT=6.2), siendo el más joven de 23 años y el mayor de 45 años; prevaleciendo en los cuidadores formales el sexo femenino (77.5%) mientras tanto el sexo masculino estaría representado en un 22.5%.

En los datos recopilados prevalece el estado civil “soltero” representados con el 45.0% de la muestra, con un máximo de 6 hijos y un promedio de 1.5. Estos datos obtenidos, se confirman con los datos de INEC en el censo del 2010, donde se afirma que, “Los hogares conformados por menos de 5 personas se han incrementado, especialmente los unipersonales; mientras que los hogares de tamaño superior a 5 miembros han disminuido”. (Villacís & Carrillo, 2012)

Tabla 1. Características sociodemográficas de las(os) cuidadoras(es)

Variables	n	%
Sexo		
Hombre	9,0	22,5
Mujer	31,0	77,5
Etnia		
Mestizo/a	40,0	100,0
Blanco/a	0,0	0,0
Afroecuatoriano/a	0,0	0,0
Indígena	0,0	0,0
Estado civil		
Casado/a	12,0	30,0
Soltero/a	18,0	45,0
Viudo/a	0,0	0,0
Divorciado/a	6,0	15,0
Unión libre	4,0	10,0
Edad		
M	34,1	
DT	6,2	
Max	45,0	
Min	23,0	
Número de hijos/as		
M	1,5	
DT	1,3	
Max	6,0	
Min	0,0	

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral

Elaborado por: Camilo E. Coronel Toala

3.1.2 Características laborales de los cuidadores.

Los datos obtenidos y analizados sobre las características laborales de los cuidadores formales nos permitirán comprender las condiciones de trabajo donde realizan sus actividades las Licenciadas en Enfermería, los Técnicos Superiores en Enfermería y las Auxiliares de enfermería, contratados por el centro gerontológico residencial administrado por una organización no gubernamental (ONG) ubicado al noroeste de la ciudad de Guayaquil, que en materia de sueldos o salarios mensuales considera la formación académica, los años de experiencia, y el cargo que desempeña para cumplir con los salarios mínimos sectoriales en actividades de salud (hospitales, sanatorios, clínicas, consultorios, laboratorios y otras instituciones de asistencia social), y el salario básico unificado (SBU) recomendados por el Ministerio del Trabajo que incluyen los recargos correspondientes a las horas suplementarias o extraordinarias, debido a que los cuidadores trabajan jornadas de 12 horas diarias.

Tabla 2. Características laborales de las(os) cuidadoras(es)

Variables	n	%
Tipo		
Cuidador informal	0,0	0,0
Cuidador formal	40,0	100,0
Salario		
entre 0 y 1.000	40,0	100,0
entre 1.001 y 2.000	0,0	0,0
entre 2.001 y 3.000	0,0	0,0
entre 3.001 y 4.000	0,0	0,0
entre 4.001 y 5.000	0,0	0,0
entre 5.001 y 6.000	0,0	0,0
Profesión		
Licenciado en Enfermería	3,0	7,5
Técnico Superior en Enfermería	4,0	10,0
Auxiliar de Enfermería	33,0	82,5
Experiencia profesional		
M	7,5	
DT	4,2	
Max	20,0	
Min	1,0	
Tipo de contrato		
Eventual	0,0	0,0
Ocasional	0,0	0,0
Plazo fijo	40,0	100,0
Indefinido (nombramiento)	0,0	0,0
Servicios profesionales	0,0	0,0
Ninguno	0,0	0,0
Tipo de trabajo		
Tiempo completo	40,0	100,0
Tiempo parcial	0,0	0,0
Recursos Institucionales		
Totalmente	0,0	0,0
Medianamente	18,0	45,0
Poco	21,0	52,5
Nada	1,0	2,5

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral

Elaborado por: Camilo E. Coronel Toala

Con respecto a la muestra, podemos observar que el 100.0% del personal trabaja a tiempo completo en relación de dependencia, a través de un contrato a tiempo indefinido (antes plazo fijo), que incluye un periodo de prueba de máximo 90 días, y reciben un salario entre \$0 y \$1.000, por lo que el 100.0% de la muestra corresponde a cuidadores formales distribuidos en Licenciados en Enfermería (7,5%), Técnicos Superiores en Enfermería (10,0%) y Auxiliares

de Enfermería (82,5%) quienes reciben en promedio, una remuneración mensual unificada que incluye recargos por horas suplementarias o extraordinarias de \$720, \$580 y \$480 respectivamente.

La experiencia laboral de los cuidadores estudiados en promedio es de 7,5 años (DT=4.2), siendo 20 años el de mayor experiencia, y 1 año el de menor registro en esta cualidad. La percepción que tienen los cuidadores sobre la provisión de recursos que realiza la institución y que son necesarios para desarrollar su trabajo está dividida entre Poco (52,5%) y Medianamente (45,0%).

3.1.3 Análisis de resultados del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)

Con respecto a la aplicación del cuestionario MBI para conocer si los cuidadores formales, sufren del síndrome de Burnout, el criterio que se eligió en este estudio, fue que las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización, deben tener puntuaciones altas, mientras la realización personal, debe tener puntuaciones bajas.

Tabla 3. Resultados de las dimensiones del burnout en las(os) cuidadoras(es)

Variables	n	%
Agotamiento emocional		
Bajo	20,0	50,0
Medio	14,0	35,0
Alto	6,0	15,0
Despersonalización		
Bajo	22,0	55,0
Medio	8,0	20,0
Alto	10,0	25,0
Realización personal		
Bajo	15,0	37,5
Medio	18,0	45,0
Alto	7,0	17,5
Escala total		
Bajo	3,0	7,5
Medio	26,0	65,0
Alto	11,0	27,5
Estrés laboral crónico (burnout)		
Cuidadores con prevalencia burnout	0,0	0,0
Cuidadores sin indicios de burnout	40,0	100,0

Fuente: Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)

Elaborado por: Camilo E. Coronel Toala

En la muestra se observa que un poco más de la mitad de cuidadores mantienen niveles bajos en las dimensiones de Agotamiento emocional (50.0%) y de Despersonalización (55.0%) mientras que dos de cada tres cuidadores puntúan en los niveles Alto (17.5%) y Medio (45.0%) en la dimensión de Realización Personal.

Esto significa que la mayoría de cuidadores, no experimentan sensación de agotamiento emocional ni se sienten obligados a relacionarse con las personas que cuidan, no reportan fatiga ni desgaste, pues no existe una alta demanda asistencial. Asimismo, no han generado mecanismos de defensa emocionales inconscientes, ni muestran frialdad en el trato, distancia en su afecto, ni se vinculan superficialmente mostrándose menos agradable, incluso llegando al cinismo, no ha ocurrido despersonalización. Coinciden en resaltar su vocación, el propósito y los beneficios de su trabajo y como aportes para su autoestima y realización personal.

En síntesis de la muestra estudiada, luego de procesar y combinar los datos de las tres dimensiones, observamos que ninguno de los cuidadores cumplió con todas las condiciones de prevalencia del síndrome de burnout, por lo tanto la puntuación total del MBI, ubica al 100.0% de los participantes en la categoría sin burnout. Para esta muestra específica podría deberse a la inexistencia de altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización (7 de cada 10 cuidadores piensan de esta forma) y a la percepción de sentimientos de autoeficacia y sensación de logro en sus actividades (6 de cada 10 cuidadores lo consideran así) y en el ambiente laboral donde son reconocidos y valorados su esfuerzos.

3.1.4 Determinación del nivel de carga física, social y emocional de las actividades que realizan los cuidadores.

La sobrecarga del cuidador (frecuentes tensiones y demandas) es habitual, pero no necesaria. Es entendida como la consecuencia física, emocional y económica de proporcionar cuidados, donde el cuidador reprime con mucha frecuencia sus sentimientos y pensamientos, y evita compartir con los demás la carga que la situación le genera. El agotamiento del cuidador se caracteriza por presentar un cuadro plurisintomático, que suele afectar y repercutir en todas las esferas del cuidador, acarreado como consecuencia inevitable una disminución en la calidad de los cuidados que brinda, y repercute en forma negativa sobre su salud (física, social y emocionalmente). (Merello, 2017)

En nuestra muestra en el caso de la variable sobrecarga, encontramos que el 50.0% de la muestra no presentaba sobrecarga, frente a un 30.0% que presentaba una sobrecarga intensa y solo un 20.0% presentaba sobrecarga leve.

Similares niveles de carga se obtienen cuando se evalúan los hombres (no existe 55,6%, leve 11,1% e intensa 33,3%) de las mujeres (no existe 48,4%, leve 22,6% e intensa 29,0%)

Tabla 4. Resultados del nivel de carga para cuidadores formales

Variables	n	%
Nivel de carga general		
No hay sobrecarga	20,0	50,0
Sobrecarga leve	8,0	20,0
Sobrecarga intensa	12,0	30,0
Nivel de carga en hombres		
No hay sobrecarga	5,0	55,6
Sobrecarga leve	1,0	11,1
Sobrecarga intensa	3,0	33,3
Nivel de carga en mujeres		
No hay sobrecarga	15,0	48,4
Sobrecarga leve	7,0	22,6
Sobrecarga intensa	9,0	29,0

Fuente: Entrevista de carga para cuidadores formales

Elaborado por: Camilo E. Coronel Toala

3.1.5 Identificación del bienestar general de la muestra investigada.

Los cuidadores que participaron en el estudio, identifican subjetivamente que una buena experiencia en las actividades, y resultados del cuidado que brindan, junto con su realización personal y profesional, influyen en su grado de satisfacción vital, así como estimula su energía positiva, incrementa su creatividad, los anima, y tiene una fuerte incidencia en su motivación intrínseca.

En nuestra muestra en el caso de la variable satisfacción vital, encontramos que el 87.5% de la muestra presentaba algún grado de satisfacción (ligeramente satisfecho 27,5%, satisfecho 32,5% y altamente satisfecho 27,5%), frente a un 12.5% que presentaba insatisfacción.

Similares niveles de satisfacción vital se obtienen cuando se evalúan los hombres (ligeramente satisfecho 22,2%, satisfecho 33,3% y altamente satisfecho 33,3%) de las mujeres (ligeramente satisfecha 29,0%, satisfecha 32,3% y altamente satisfecha 25,8%).

Tabla 5. Resultados de la escala de satisfacción vital de cuidadores formales

Variables	n	%
Nivel de satisfacción vital general		
Muy insatisfecho	0,0	0,0
Insatisfecho	2,0	5,0
Ligeramente por debajo de la media en sati	3,0	7,5
Ligeramente satisfecho	11,0	27,5
Satisfecho	13,0	32,5
Altamente satisfecho	11,0	27,5
Nivel de satisfacción vital en hombres		
Muy insatisfecho	0,0	0,0
Insatisfecho	1,0	11,1
Ligeramente por debajo de la media en sati	0,0	0,0
Ligeramente satisfecho	2,0	22,2
Satisfecho	3,0	33,3
Altamente satisfecho	3,0	33,3
Nivel de satisfacción vital en mujeres		
Muy insatisfecha	0,0	0,0
Insatisfecha	1,0	3,2
Ligeramente por debajo de la media en sati	3,0	9,7
Ligeramente satisfecha	9,0	29,0
Satisfecha	10,0	32,3
Altamente satisfecha	8,0	25,8

Fuente: Escala de satisfacción vital (ESV)

Elaborado por: Camilo E. Coronel Toala

3.1.6 Detección del estado de salud mental de los cuidadores.

Con el interés de establecer la prevalencia de las alteraciones afectivas: somatización, ansiedad, depresión y disfunciones sociales; así como determinar la incidencia de casos en la muestra investigada, con el propósito de obtener indicadores del estado de salud mental de los cuidadores formales estudiados, que tengan dificultad para seguir llevando a cabo sus funciones saludables normales, así como la aparición de malestar psíquico, se evaluaron sus problemas recientes y actuales en lo referente a molestias y estado de salud, los resultados que se presentaron en el cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28) incluyen casos de Síntomas somáticos (14 casos, 35.0% de la muestra), Ansiedad (16 casos, 40.0% de la muestra), y Depresión (22 casos, 55.0% de la muestra). No se registraron casos de Disfunción social.

En cuanto a la salud física y mental de los cuidadores, se ha podido observar que existe una mayor tendencia a padecer síntomas somáticos, ansiedad y depresión como producto de las preocupaciones propias de su trabajo, al tener bajo su responsabilidad personas en situación de dependencia, influyendo también la carga laboral y el hecho de que comparten el rol de

cuidador con otros roles familiares y profesionales. No se evidenció deterioro en la capacidad para tomar decisiones, nivel de organización de actividades cotidianas y relaciones interpersonales que constituyen la dimensión de Disfunción social (0 casos, 0% de la muestra).

Tabla 6. Estado de salud mental de las(os) cuidadoras(es)

Variables	n	%
Síntomas somáticos		
Caso	14,0	35,0
No caso	26,0	65,0
Ansiedad		
Caso	16,0	40,0
No caso	24,0	60,0
Disfunción social		
Caso	0,0	0,0
No caso	40,0	100,0
Depresión		
Caso	22,0	55,0
No caso	18,0	45,0

Fuente: Cuestionario de Salud General (GHQ-28)

Elaborado por: Camilo E. Coronel Toala

3.1.7. Modos de afrontamiento más utilizados por los cuidadores.

De los resultados del análisis estadístico de las estrategias de afrontamiento, que los cuidadores utilizan para reducir el impacto negativo que producen las situaciones estresantes sobre su bienestar psicológico, identificamos que la puntuación más alta la obtiene el Afrontamiento activo (M=4,0), en segundo lugar encontramos como estrategia de afrontamiento a la Autodistracción (M=3,5), seguido de la Aceptación (M=3,0) y la Planificación (M=2,9).

Los cuidadores tienen preferencia por las estrategias de afrontamiento (esfuerzos cognitivos y conductuales) del estrés, directas y confrontativas, dirigidas principalmente a las demandas del entorno y focalizadas en el problema (Afrontamiento activo, Autodistracción y Planificación), lo hacen tratando de manejar la situación, definen el problema, buscan soluciones alternativas, consideran tales alternativas con base a los presumibles beneficios, su elección y aplicación. Acciones directas para incrementar o reducir al estresor. De las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, que cambian la forma en que se interpreta la situación estresante en el interior del sujeto (regulación emocional, modificación del malestar y gestión de los estados emocionales), los cuidadores utilizan la aceptación

como facilitador de bienestar, lo que les permite aceptar que el hecho estresante es real: “acepté la realidad de lo que había sucedido” y “aprendí a vivir con ello”.

Tabla 7. Estrategias de afrontamiento de las(os) cuidadoras(es)

Indicador	M	DT	Max	Min
Centrado en el problema				
Afrontamiento activo	4,0	1,7	6,0	1,0
Planificación	2,9	1,8	6,0	0,0
Apoyo instrumental	2,0	1,8	6,0	0,0
Autodistracción	3,5	1,7	6,0	0,0
Centrado en la emoción				
Apoyo emocional	1,8	1,9	6,0	0,0
Desahogo	1,7	1,6	5,0	0,0
Retirada de comportamiento	1,9	1,6	4,0	0,0
Negación	2,0	1,9	6,0	0,0
Aceptación	3,0	1,7	6,0	0,0
Religión	2,4	2,1	6,0	0,0
Uso de sustancias	1,0	1,7	6,0	0,0
Replanteamiento positivo	2,8	1,9	6,0	0,0
Humor	1,4	1,9	6,0	0,0
Culpa	2,2	1,8	6,0	0,0

Fuente: Cuestionario de afrontamiento de (BRIEF-COPE/28)

Elaborado por: Camilo E. Coronel Toala

3.1.8 Identificación de fuentes de apoyo social de los cuidadores.

Los sujetos que participaron en el estudio, identificaron subjetivamente que el soporte social, es un elemento esencial en la interrelación de los seres humanos que tiene efectos beneficiosos sobre el estado de salud, y que permite fortalecer el valor para afrontar la tarea de cuidar.

En nuestra muestra en el caso de la variable de la percepción del apoyo social de los cuidadores, encontramos que la dimensión Apoyo emocional (expresión de afecto y comprensión empática, guía y oferta de consejos e información) tiene la media más alta (M=32.4), seguida por Relaciones Sociales que consiste en la disponibilidad de personas con las cuáles poder salir, divertirse o distraerse (M=16.8) y tercer lugar, con poca diferencia de la anterior (M=15.1), la dimensión de Apoyo instrumental (provisión de ayuda material y disponer de ayuda directa).

Tabla 8. Percepción del apoyo social de las(os) cuidadoras(es)

Indicador	M	DT	Max	Min
Apoyo emocional	32,4	7,1	40,0	15,0
Apoyo instrumental	15,1	3,2	20,0	7,0
Relaciones sociales	16,8	3,5	20,0	7,0
Amor y cariño	13,0	2,5	15,0	6,0

Fuente: Cuestionario de apoyo social (MOS)

Elaborado por: Camilo E. Coronel Toala

3.1.9 Identificación del nivel de resiliencia de los cuidadores.

En nuestra muestra en el caso de la variable resiliencia, encontramos que el 30.0% de los cuidadores presentaba un nivel bajo, mientras el porcentaje más alto (67.5%) manifestaba un nivel normal y muy pocos (2.5%) un alto nivel de resiliencia.

Se presentan diferencias importantes en los niveles de resiliencia cuando se comparan los hombres (baja 11,1%, normal 88,9% y alta 0,0%) y las mujeres (baja 35,5%, normal 61,3% y alta 3,2%).

Tabla 9. Resultados de resiliencia de cuidadores formales

Variables	n	%
Resiliencia general		
Baja	12,0	30,0
Normal	27,0	67,5
Alta	1,0	2,5
Resiliencia en hombres		
Baja	1,0	11,1
Normal	8,0	88,9
Alta	0,0	0,0
Resiliencia en mujeres		
Baja	11,0	35,5
Normal	19,0	61,3
Alta	1,0	3,2

Fuente: Cuestionario Brief Resilience scale (BRS)

Elaborado por: Camilo E. Coronel Toala

DISCUSION

El objetivo del presente estudio fue identificar la prevalencia del síndrome de burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización), en cuidadores formales en un centro gerontológico residencial administrado por una organización no gubernamental (ONG) ubicado al noroeste de la ciudad de Guayaquil en la provincia del Guayas.

Al analizar la muestra de estudio, el género predominante en los cuidadores fue el femenino, con un porcentaje del 77,5% contra 22,5% del género masculino; lo cual siguió la tendencia observada en los estudios de (Cubillos Andrade, 2017); la edad promedio para los cuidadores fue de 34,1 años, con una edad mínima de 23 años y una edad máxima de 45 años; cabe resaltar que en cuanto al estado civil predominó el estado de soltero con un 45,0%. En este centro geriátrico, como en la mayoría de los establecimientos públicos y privados de salud, la profesión de la mayoría de cuidadores formales corresponde a Auxiliar de Enfermería con el 82,5%, en concordancia con la publicación "Anuario de Recursos y Actividades de Salud" del (INEC, 2016), donde menciona que en el 2016, Guayas fue la provincia del país con mayor tasa de auxiliares de enfermería. Los cuidadores estudiados acumulan en promedio 7,5 años (DT=4.2) de experiencia, siendo 20 años el de mayor experiencia y 1 año el de menor experiencia.

El análisis de resultados para determinar la prevalencia de las dimensiones del estrés laboral crónico en la muestra investigada, no demostró la presencia de cuidadores con síndrome de burnout (0 casos, 0.0%), lo que contrasta con la afirmación de que "El burnout está presente en el 30% de los profesionales de la salud en Ecuador" de acuerdo con los resultados del proyecto de investigación, que realiza a nivel nacional el Departamento de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja, sobre la prevalencia del Síndrome de Burnout (estrés laboral crónico), en los profesionales de la salud. (Veletanga, 2017). Sin embargo existen similitudes, con los resultados del mismo estudio, cuando se evalúan las dimensiones del síndrome de burnout por separado, habiendo encontrado que alrededor de (6 casos, 15.0%) de los cuidadores formales investigados, tienen un alto nivel de agotamiento emocional (cansancio y frustración); cerca de (10 casos, 25.0%), tienen un alto nivel de despersonalización (trato distante y cínico); y un importante (37.5%, con 15 casos), tiene un nivel bajo de realización personal (baja productividad y eficacia). Realizando una segunda comparación con el estudio realizado por (Alvarado Zenteno, 2017) encontramos la misma situación: no existen casos de burnout, pero se evidencian alteraciones en varias de las dimensiones del síndrome.

Con los resultados para determinar los niveles de carga física, social y emocional de los cuidadores formales investigados, encontramos que el 30.0% presentaba una sobrecarga intensa. Similares niveles de carga se obtienen cuando se evalúan por separado los hombres (sobrecarga intensa 33,3%) y las mujeres (sobrecarga intensa 29,0%). Estas cifras coinciden con los datos obtenidos por (Cerquera Córdoba & Galvis Aparicio, 2014) que al realizar el estudio “Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales” encontraron que el 33.9% de un grupo de cuidadores formales tenían puntuaciones altas que clasifican como presencia de sobrecarga intensa.

Los resultados de la evaluación para identificar el nivel de bienestar general (satisfacción con la vida) de los cuidadores investigados el 87.5% muestran algún grado de satisfacción (altamente satisfecho 27,5%, satisfecho 32,5% y ligeramente satisfecho 27,5%), frente a un 12.5% que presentaron insatisfacción. De manera general estos valores concuerdan con los resultados obtenidos por (Durán Flórez & Téllez Negret, 2014) donde se obtiene que el 91.1% muestra algún grado de satisfacción (51,1% se encuentra altamente satisfecho con la vida que tiene, el 15,6% satisfecho, el 24,4% ligeramente satisfecho), y el 8,9% muestra insatisfacción.

Similares niveles de satisfacción con la vida, se obtienen cuando se evalúan los hombres (ligeramente satisfecho 22,2%, satisfecho 33,3% y altamente satisfecho 33,3%) de las mujeres (ligeramente satisfecha 29,0%, satisfecha 32,3% y altamente satisfecha 25,8%). Con estos resultados se puede establecer que los cuidadores formales tienen un alto grado de satisfacción con la vida que eligieron y que tienen en este momento.

En cuanto a la salud física y mental de los cuidadores, se ha podido observar que existe una mayor tendencia a padecer síntomas somáticos (14 casos, 35.0% de la muestra), ansiedad (16 casos, 40.0% de la muestra) y depresión (22 casos, 55.0% de la muestra). No se registraron casos de Disfunción social. (0 casos, 0% de la muestra). Nuestro reporte de casos de ansiedad coincide con lo reportado por (Veletanga, 2017), cuando menciona que en el proyecto de investigación que realiza a nivel nacional, el Departamento de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja, existe trastorno de ansiedad en el alrededor de un 20 y 30 por ciento de los profesionales de salud a nivel nacional. En comparación con el estudio realizado por (Vaca Oramas, 2017) sólo coincidimos en la ausencia de casos de Disfunción social (0 casos, 0% de la muestra), pero no en casos de estados depresivos donde reportan (0 casos, 0% de la muestra), mientras nuestros resultados si incluyen estados depresivos (22 casos, 55.0% de la muestra). También encontramos mayor prevalencia en nuestro estudio de Síntomas somáticos, 35.0% contra 20.0%, y en trastornos de ansiedad, donde reportamos 40.0% en contraste del 26.7% del otro estudio.

Al analizar la muestra de estudio, para identificar las estrategias de afrontamiento que los cuidadores utilizan para reducir el impacto negativo que producen las situaciones estresantes sobre su bienestar psicológico, y compararlos con otros dos estudios, encontramos que los cuidadores prefieren las estrategias de afrontamiento centradas en el problema en lugar de las que se orientan a regular las emociones, así nuestra muestra identificó que la puntuación más alta la obtiene el Afrontamiento activo (M=4,0). En segundo lugar encontramos como estrategia de afrontamiento a la Autodistracción (M=3,5), seguido de la Aceptación (M=3,0) y la Planificación (M=2,9). El estudio realizado por (Cubillos Andrade, 2017) obtiene preferencias similares con Religión (M=2,37), Afrontamiento activo (M=1,89), Autodistracción (M=1,74) y Planificación (M=1,50) en contraste con los resultados presentados por (Vaca Oramas, 2017) con Religión (61.0%), Replanteamiento positivo (56.0%), Aceptación (55.0%) y Planificación (55.0%). La única estrategia de afrontamiento que es común en los tres estudios, es la Planificación, que indistintamente el estilo de afrontamiento (problema o emoción), ha sido utilizada por los cuidadores formales.

En nuestra muestra en el caso de la variable de la percepción del apoyo social de los cuidadores, encontramos que la dimensión Apoyo emocional, tiene la media más alta (M=32.4), seguida por Relaciones Sociales con (M=16.8), en tercer lugar, con poca diferencia de la anterior (M=15.1), la dimensión de Apoyo instrumental, y en último lugar el Amor y cariño (M=13,0). Al comparar con otros dos estudios, encontramos que la dimensión Relaciones sociales que consiste en la disponibilidad de personas con las cuáles poder salir, divertirse o distraerse, es la forma más utilizada para buscar y encontrar apoyo, así (Vaca Oramas, 2017) encuentra la siguiente distribución: Amor y cariño ($\Sigma=1.313,3$), Relaciones sociales ($\Sigma=1.275,0$), Apoyo instrumental ($\Sigma=1.240,0$) y Apoyo emocional ($\Sigma=1.187,5$); mientras (Cubillos Andrade, 2017), presenta sus resultados así: primer lugar las Relaciones sociales (M=87,9), en segundo lugar el Amor y cariño (M=87,7), en tercer lugar el Apoyo emocional (M=85,7) y finalmente el Apoyo instrumental (M=83,9).

La mayoría de los cuidadores formales investigados en nuestro estudio, manifiestan niveles normales de resiliencia (67.5%), seguido de niveles bajos en resiliencia (30.0%), y muy pocos (2.5%), un alto nivel de resiliencia. Estos resultados contrastan con un primer estudio realizado por (Lusilla & Castellano Tejedor, 2018) que encontraron niveles medio-alto de resiliencia (M=146,14) en una muestra de 43 profesionales sanitarios en España, y un segundo estudio desarrollado por (Oliva Segura, 2018) quien encontró niveles altos (94.7%) y bajos (5.3%) en una muestra de 220 profesionales sanitarios en Perú. En nuestro estudio se presentan diferencias importantes en los niveles de resiliencia cuando se comparan los hombres (baja 11,1%, normal 88,9% y alta 0,0%) y las mujeres (baja 35,5%, normal 61,3% y alta 3,2%).

CONCLUSIONES

El **primer objetivo** consistió en la identificación de las características sociodemográficas y laborales de la muestra estudiada donde concluimos, con **los resultados obtenidos**, que el perfil general de los 40 cuidadores formales tiene una edad promedio de 34.1 años, de raza mestiza y están representados en su mayoría por el sexo femenino, sobresaliendo el estado civil soltero con el promedio de 1,5 hijos por familia; con respecto a las características laborales, los cuidadores formales cuentan con experiencia profesional promedio de 7.5 años, la mayoría trabajan únicamente en el centro geriátrico, objeto de estudio, en relación de dependencia, obteniendo ingresos mensuales menores a 1.000 dólares, y refieren recibir pocos recursos institucionales para la realización de su trabajo debido a que son una institución de carácter social, sin fines de lucro, que gestiona sus recursos económicos a través de campañas de responsabilidad social corporativa, eventos benéficos, apadrinamiento de abuelitos, donaciones y voluntariado.

El **segundo objetivo** esperaba determinar la prevalencia de las dimensiones del estrés laboral crónico en los cuidadores formales del centro geriátrico, donde **los resultados de la investigación** señalaron que ninguno de los 40 cuidadores cumplió con todas las condiciones de prevalencia del síndrome de burnout, que podría deberse a la inexistencia de altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización, y a la percepción de sentimientos de autoeficacia y sensación de logro en sus actividades, y en el ambiente laboral donde son reconocidos y valorados sus esfuerzos.

El cumplimiento del **tercer objetivo** nos permitió identificar a través de **los resultados obtenidos** el bienestar general de la muestra investigada donde existe una mayor tendencia a padecer síntomas somáticos (14 de 40 cuidadores, 35%), ansiedad (16 de 40 cuidadores, 40%) y depresión (22 de 40 cuidadores, 55%).

Alcanzado el **cuarto objetivo** concluimos en base a **los resultados de la investigación** que los modos de afrontamiento más utilizados por los cuidadores son las estrategias de afrontamiento focalizadas en el problema, para restarle relevancia actual confrontando activa y positivamente al factor estresor, y aprovechando la experiencia para crecer y mejorar, lo que permite que el propio individuo reduzca o elimine las fuentes de estrés.

Los **resultados obtenidos** respecto al **quinto objetivo** concluyen que la mayoría de los cuidadores formales (35 de 40 cuidadores, 87,5%) perciben el apoyo social a través del apoyo emocional con expresiones de afecto y comprensión empática, guía y oferta de consejos e información.

El cumplimiento del **sexto objetivo** esperaba identificar los niveles de satisfacción vital y la resiliencia de la población investigada, donde **los resultados de la investigación** señalaron que el 70% de la muestra reportó que su nivel de carga laboral es inexistente (20 de 40 cuidadores, 50%) o leve (8 de 40 cuidadores, 20%). En otro aspecto evaluado el 87% de la

muestra (35 de 40 cuidadores) mantienen algún grado de satisfacción vital: ligeramente satisfecho (11 de 40 cuidadores, 27,5%), satisfecho (13 de 40 cuidadores, 32,5%) y altamente satisfecho (11 de 40 cuidadores, 27,5%). Finalmente el 70% (28 de 40 cuidadores formales) siente que son resilientes. El porcentaje más alto (27 de 40 cuidadores, 67.5%) manifiesta un nivel normal y muy pocos (1 de 40 cuidadores, 2.5%) un alto nivel de resiliencia.

RECOMENDACIONES

Considerando la importancia que tiene la investigación y en función de los resultados obtenidos se formulan las siguientes recomendaciones dirigidas a los administradores y los cuidadores formales del centro gerontológico residencial con la finalidad de lograr conjuntamente el fortalecimiento de su salud mental:

- Incrementar y mejorar el suministro de recursos necesarios y equipamiento que se utilizan en el trabajo, así como las condiciones físicas del mismo; con el fin de mejorar el desempeño de funciones y minimizar la frustración que experimentan los cuidadores.
- Planificar y desarrollar actividades preventivas como charlas y campañas (psicoeducación) para la concientización de la importancia de la salud mental en los cuidadores contribuyendo de esta manera al mejoramiento de sus estilos de vida tanto en el ámbito familiar como en el contexto organizacional y laboral.
- Diseñar e implementar un plan de acción para fortalecer los mecanismos de comunicación organizacional interna con el objetivo de escuchar las necesidades y expectativas de los empleados, así como sugerir y dirigir a los empleados para que reciban ayuda de un profesional en psicología cuando estén atravesando dificultades serias (síntomas somáticos, ansiedad y depresión) y excedan sus capacidades.
- Dotar de un espacio de esparcimiento dentro de la institución para implementar actividades lúdicas para conservar y fortalecer los vínculos sociales e interpersonales a través del fomento de la cooperación y el trabajo en equipo junto con la creación de una cultura organizacional basada en el apoyo mutuo.
- Identificar y promover actividades de integración, apoyo social y seguridad en el equipo de cuidadores para seguir utilizándolo como mecanismo protector y prevenir o mitigar la aparición del síndrome del burnout.
- Por último, establecer indicadores y mecanismos que permitan confirmar el cumplimiento y eficacia de las medidas adoptadas al igual que la realización de nuevos estudios para comparar avances y detectar oportunidades de mejora.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarado Zenteno, M. (2017). *Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, estudio realizado en un Hospital Público, ubicado en la zona sur-este de la ciudad de Cuenca, durante el año 2016-2017. (Trabajo de titulación)*. Cuenca: Universidad Técnica Particular de Loja.
- Álvarez, J. (1999). *Pensandolo bien*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Amigo, Fernández, & Pérez. (2009). *Manual de psicología de la salud*. Madrid : Pirámide.
- Armijo Mora, M. I. (2017). Diagnóstico de la Calidad de Vida Laboral, Engagement y Burnout en trabajadores de una Institución de Educación Superior del Ecuador. *INNOVA Research Journal 2017, Vol 2, No. 12*, 153-165.
- Barrera, L., Natividad, A., Sánchez, B., Carrillo, G., & Chaparro, L. (2010). *Cuidando a los cuidadores : familiares de personas con enfermedad crónica*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, Vol. 11 (3)*, 125-146.
- Caballero, C., Hederich, C., & Palacio, J. (2010). El burnout académico: delimitación del síndrome y factores asociados consu aparición. *Revista Latinoamericana de Psicología, Volumen 42*, 131-46.
- Caballero, C., Hederich, C., & Palacio, J. (2010). El burnout académico: delimitación del síndrome y factores asociados consu aparición. *Revista Latinoamericana de Psicología, Volumen 42*, 131-46.
- Campos Puente, A. d. (2015). *Burnout en amas de casa: el cuidador de familiares enfermos de Alzheimer*. (Tesis Doctoral). Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Carlin, M. (2014). *El Síndrome de Burnout*. España: Wanceulen.
- Carlin, M., & Garcés de los Fayos Ruiz, E. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de psicología 2010, vol. 26, nº 1*, 169-180.
- Cerquera Córdoba, A., & Galvis Aparicio, M. (2014). Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. *Pensamiento Psicológico , 12 (1)*, 149-167.
- Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in human service organizations*. New York: Praeger.
- Cox, T., & Ferguson, E. (1991). Individual differences, stress and coping.
- Cruz Roja Española. (2016). *Guía básica para cuidadores*. Madrid: Innova Creative Minds.
- Cubillos Andrade, Y. (2017). Prevalencia del síndrome de burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) y la relación con la extroversión, en médicos y enfermeras de dos instituciones privadas ubicadas al norte de Guayaquil. (Tesis). Samborondon: Universidad de Loja.
- Durán Flórez, M., & Téllez Negret, J. (2014). Programa de intervención en síndrome de estrés asistencial para médicos de urgencias de la Clínica Universitaria Colombia. *Revista Médica Sanitas 17 (3)*, 119-127.

- Golembiewski, R., Munzenrider, R., & Carter, D. (1983). Phases of Progressive Burnout and Their Work Site Covariants: Critical Issues in OD Research and Praxis . *Journal of Applied Behavioral Science*, 461-481.
- Gráficos Nacionales S.A. (01 de 09 de 2012). En Ecuador, el 10% de la población tiene estrés. *Diario Expreso*.
- Harrison, W. D. (1983). *A social competence model of burnout. Stress and burnout in the human services professions*. . New York: PergamonPress.
- INEC. (2016). *Ecuador en cifras*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística y Censos : <http://www.ecuadorencifras.gob.ec>
- Instituto de Integración. (09 de 09 de 2018). *Integración, Instituto de Análisis y Comunicación*. Obtenido de <http://www.integracion.pe/los-porques-del-estres/>
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). (s/f). Estrés laboral. Barcelona, España.
- Lee, R., & Ashforth, B. (1993). A further examination of managerial burnout: Toward an integrated model. *Journal of Organizational Behavior*, 3-20.
- Lusilla, P., & Castellano Tejedor, C. (25 de Mayo de 2018). *Resiliencia y Burnout : ¿Dos caras de la misma moneda en profesionales sanitarios?* Obtenido de Dipòsit Digital de Documents de la UAB: <https://ddd.uab.cat/?ln=ca>
- MacDonald, A. (27 de Julio de 2009). *El estrés laboral en los países europeos y en América Latina*. Obtenido de ABC Recursos Humanos: <http://abcrecursoshumanos.blogspot.com/2009/07/el-estres-laboral-en-los-paises.html>
- Martínez, A. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 112.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). *MBI: Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Merello, M. (2017). *Parkinson: guía para pacientes, familiares y cuidadores*. Buenos Aires: Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC).
- Miravalles, J. (09 de 09 de 2018). *Gabinete de Psicología de Javier Miravalles*. Obtenido de <http://www.javiermiravalles.es/sindrome%20burnout/Modelos%20explicativos.html>
- Ojeda Mercado, G. (2016). Modelo causal social cognitivo de burnout en profesionales de la salud de Lima Metropolitana. (Tesis). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Oliva Segura, G. J. (2018). *Síndrome de Burnout y resiliencia en el personal de salud del Hospital María Auxiliadora de Lima. (Trabajo de titulación)*. Lima: Universidad Ricardo Palma.
- Olivares Faúndez, V. (2017). Laudatio. Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout. *Ciencia & Trabajo, Año 19 Número 58*, 59-63.
- Organización Internacional del Trabajo. (2016). *Estrés en el trabajo: un reto colectivo*. Ginebra: OIT.

- Organización Panamericana de la Salud. (09 de 09 de 2018). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11973:workplace-stress-takes-a-toll-on-individuals-employers-and-societies&Itemid=135&lang=es
- Otero-López, J. M. (2011). *Estrés laboral y Burnout en Profesores de Educación Secundaria*. España: Díaz de Santos.
- Price, D., & Murphy, P. (1984). Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death Education*, 47-58.
- Ramírez, M. (2017). El estrés no afecta solo a la parte emocional, sino que también se presenta como un cuadro de alteración física. *Revista Perspectivas de Investigación*, 8-9.
- Ramos, F. (1999). *El Síndrome de Burnout*. Madrid: Klinik, S.L.
- Roca, A., & Blanco, K. (5 de Abril de 2012). Carga en familiares cuidadores de ancianos dementes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 399.
- Rojas, R. (09 de 04 de 2017). México continúa en primer lugar a nivel mundial en estrés laboral: OMS. *Saludiarlo*.
- Torres Pereira, J. (28 de Noviembre de 2008). Aspectos Psicológicos en cuidadores formales de ancianos: carga y afrontamiento del estrés . Huelva: Universidad de Huelva.
- Trelles Cepeda, C. M. (2017). *Identificación del Burnout en profesionales de la salud y su relación con las horas de trabajo en un hospital de Salitre-Guayas. (Trabajo de Titulación)*. Guayaquil: Universidad Técnica Particular de Loja.
- Vaca Oramas, A. (2017). *Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en un hospital de servicio público en el sector sur de la ciudad de Guayaquil, durante el año 2017. (Trabajo de titulación)*. Guayaquil: UTPL.
- Vargas Ríos, V. Y. (2016). Variables psicosociales asociadas a la salud mental y consumo de sustancias en estudiantes de bachillerato. (Trabajo de titulación). Loja: Universidad Técnica Particular de Loja.
- Veletanga, J. (06 de 08 de 2017). *redacción médica*. Obtenido de <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/profesionales/el-burnout-est-presente-en-el-30-de-los-sanitarios-ecuatorianos-90910>
- Villacís, B., & Carrillo, D. (2012). *País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador. Edición especial*. Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).
- Vinaccia, S., & Alvaran, L. (2004). El síndrome del burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: un estudio exploratorio. *Universitas Psychologica*, vol. 3, núm. 1, 35-45.

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: Camilo E. Coronel Toala

Información General

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

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

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

¿Quiénes participarán en el estudio?

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

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

Procedimientos del estudio

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

Beneficios de su participación:

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

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

¿Incurriré en algún gasto?

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

Riesgos y molestias:

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

Confidencialidad de los datos:

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

Participación voluntaria:

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

Contactos para preguntas acerca del estudio:

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

.....

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

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

NOMBRE: _____

FIRMA

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO Y LABORAL

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

Datos Personales

Sexo Masculino Femenino

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: ____

Recibe su remuneración salarial: si no

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Profesión:

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja:

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

Horas que trabaja diariamente _____

Trabaja usted en turno SI No

Número de niños aproximados que atiende diariamente: _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

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

ENTREVISTA DE CARGA PARA CUIDADORES FORMALES
(Revuelta y Andújar, 2005)

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

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

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

ESCALA DE SATISFACCIÓN VITAL (ESV)
(Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985)

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

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

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

CUESTIONARIO (GHQ-28)

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

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

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

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

CUESTIONARIO BRIEF-COPE

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

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

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

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

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 abraza.					
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