



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

**Estrés laboral en cuidadores de una Institución Pública en el Centro Sur
de Quito, año 2017-2018.**

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTOR: Polanco Jarrin, Jorge Aníbal

DIRECTORA: Ocampo Vásquez, Karina Elizabeth, Mgtr.

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO - VILLAFLORA

2018



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

Loja, septiembre del 2018

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister.

Karina Elizabeth Ocampo Vásquez

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: “Estrés laboral en cuidadores de una Institución Pública en el Centro Sur de Quito, año 2017-2018”, realizado por Polanco Jarrin Jorge Aníbal, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, septiembre de 2018

Firma directora de proyecto

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Polanco Jarrin Jorge Aníbal declaro ser autor del presente trabajo de titulación: “Estrés Laboral en cuidadores de una Institución Pública en el Centro Sur de Quito, año 2017-2018”, de la Titulación de Psicología siendo Karina Elizabeth Ocampo Vásquez directora del presente trabajo; eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además, certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

.....

Autor: Polanco Jarrin Jorge Aníbal.

CI: 1718372129

DEDICATORIA

“Mira que te mando que te esfuerces y seas valiente; no temas ni desmayes, porque Jehová tu Dios estará contigo en dondequiera que vayas”

Josué 1:9

Deseo dedicar este proyecto al ser supremo y amado que me dio la vida y me ha permitido llegar a una de mis tan anheladas metas a Dios Todopoderoso, por suplirme de su Sabiduría, y darme la fortaleza, valentía para nunca decaer y perseverar en este caminar. A mis dos preciosas y amadas mujeres mi esposa Verónica Calva quien ha sido un pilar fundamental de apoyo por sostenerme con sus oraciones, sus palabras de ánimo y sobre todo su amor incondicional en este arduo caminar, y a mi preciosa hija Katherine Polanco quien ha sido y es mi inspiración y motor desde que llegó a nuestras vidas, una hermosa bendición y éste esfuerzo va por ellas mis preciosas las amo mucho.

A mis amados Padres Jorge Polanco y Lidia Jarrin por haberme traído a este mundo lleno de propósitos y bajo una enseñanza de verdadero amor, respeto y temor a Dios y por hacer de mi un hijo y ahora un hombre de bien por sus ejemplos y enseñanzas.

A mis tres hermanos Pablo Polanco, Katherine Polanco y Janeth Polanco que han sido de igual manera ejemplo de perseverancia, motivación amor e impulso para seguir adelante y por tenerme siempre en sus oraciones y en especial a mi preciosa hermana Katita que desde el cielo me ha estado inspirando y motivando.

A mis suegros Flor Barrera y Ramiro Calva quienes han sido mis segundos padres y por acogerme con amor en sus vidas y tenerme en sus oraciones.

A mis cuñadas Fernanda Vaca, Lorena Calva, Evelin Calva y Cristina Calva que han sabido apoyarme con sus palabras de ánimo, aliento y apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer primero a Dios por permitirme alcanzar cada uno de los logros de mi vida. A mi esposa e hija, mis padres y hermanos por estar presentes a lo largo del desarrollo de mi proyecto de investigación y que supieron darme su apoyo y ánimo para poder concluirlo.

También deseo extender mi más sincero agradecimiento a la Universidad Técnica Particular de Loja por ser la cuna que me cobijo con sus enseñanzas y me abrigo con sus conocimientos por medio de sus maestros y en especial agradecimiento a la Mgtr. Karina Elizabeth Ocampo Vásquez, Directora de Tesis, y a la Mgtr. Mercy Ontaneda, tutora de Tesis por compartir sus conocimientos y guiarme de manera objetiva durante el desarrollo y culminación del presente proyecto que tengo por seguro que va hacer de un gran aporte para nuestra sociedad.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA.....	i
APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	ix
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPITULO I.MARCO TEÓRICO.....	5
1.1. Definiciones del estrés laboral crónico.....	6
1.1.1. Definiciones de las décadas de 1970.....	6
1.1.2. Definiciones de la década de 1980.....	6
1.1.3. Definiciones de las décadas de 1990.....	7
1.1.4. Definición de la década del 2000.....	8
1.1.5 Definiciones de las décadas del 2010 hasta la actualidad.....	8
1.2.Consecuencias del estrés laboral crónico en cuidadores.....	9
1.2.1. Consecuencias en la salud de los cuidadores.....	9
1.2.2. Consecuencias en el trabajo en los cuidadores.....	10
1.3. Modelos explicativos del estrés laboral crónico.....	10
1.3.1. Modelos basados desde la teoría Sociocognitiva.....	10
1.3.1.1. Modelo de competencia social de Harrison.....	11
1.3.1.2. Modelo de autoeficacia de Cherniss.....	11
1.3.1.3. Modelo de Pines.....	12

1.3.1.4. Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper.....	13
1.3.2. Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social.....	14
1.3.2.1. Modelo de comparación social de Buunk y Shaufeli.....	14
1.3.2.2. Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddy.....	15
1.3.3. Modelos Desarrollados desde la Teoría organizacional.....	16
1.3.3.1. Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter.....	16
1.3.3.2. Modelo de Winnubst.....	17
1.3.3.3. Modelo de Cox, Kuk y Leiter.....	18
1.3.4. Modelos sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el Trabajo.....	18
1.3.4.1. Modelo Tridimensional de MBI-HSS (Maslach y Jackson).....	19
1.3.4.2. Modelo de Edelwich y Brodsky.....	20
1.3.4.3. Modelo de Price y Murphy.....	20
1.3.5. Modelo de la Teoría Estructural Modelo de Gil Monte.....	21
1.4. Importancia del estudio del estrés laboral crónico en cuidadores.....	22
1.5. Prevalencia del estrés laboral crónico en los cuidadores.....	23
1.5.1. Prevalencia en cuidadores a nivel mundial.....	23
1.5.2. Prevalencia en cuidadores a nivel de Latinoamérica.....	24
1.5.3. Prevalencia en cuidadores a nivel nacional.....	25
1.6. Variables asociadas del estrés laboral en cuidadores.....	26
1.6.1. Variables sociodemográficas asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.....	26
1.6.2. Variables laborales asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.....	27
1.6.3. Variables asociadas al compromiso vital y satisfacción vital asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores formales.....	28
1.6.4. Variables moduladoras como: apoyo social, afrontamiento y resiliencia asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores formales.....	29
CAPITULO II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	31
2.1. Objetivo.....	32

2.1.1. Objetivo General.	32
2.1.2. Objetivos específicos.....	32
2.2. Preguntas de investigación	32
2.3. Contexto de la investigación.....	33
2.4. Diseño de investigación	33
2.5. Población y Muestra.....	34
2.6. Métodos, técnicas de Investigación.....	34
2.6.1. Métodos.	34
2.6.2. Técnicas.....	35
2.7. Procedimiento	35
2.8. Instrumentos.	35
CAPITULO III. RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	40
3.1. Resultados	41
3.2. Discusión	48
CONCLUSIONES	53
RECOMENDACIONES	55
BIBLIOGRAFÍA.....	57
ANEXOS.....	62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los cuidadores de la salud	41
Tabla 2. Características laborales de los cuidadores de la salud	42
Tabla 3. Dimensiones del estrés laboral crónico o burnout de los cuidadores de la salud	43
Tabla 4. Resultados de los casos de burnout en los cuidadores de la salud	44
Tabla 5. Resultados de casos y no casos de burnout en cuidadores formales.....	45
Tabla 6. Carga laboral para cuidadores formales de la salud.....	45
Tabla 7. Satisfacción vital de cuidadores de la salud	45
Tabla 8. Salud general en cuidadores de la salud.....	46
Tabla 9. Estrategias de Afrontamiento en cuidadores de la salud	46
Tabla 10. Apoyo Social en cuidadores de la salud	47
Tabla 11. Resiliencia de cuidadores de la salud	48

RESUMEN

La presente investigación se basó en el estudio del Síndrome de Burnout en sus tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización, y realización personal, la misma que se desarrolló en una institución pública ubicada en el centro sur de la ciudad de Quito, durante el año 2017-2018, sobre una muestra de 40 cuidadores formales de la salud.

Para la realización de esta investigación se utilizaron los siguientes instrumentos: Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales, inventario de burnout de Maslach, entrevista de carga para cuidadores formales, escala de satisfacción vital, cuestionario de salud mental, cuestionario de apoyo social, escala multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento y escala de resiliencia.

La metodología empleada fue de tipo exploratorio, cuantitativa no experimental transaccional (transversal), descriptivo.

En las dimensiones de burnout, el 22.5% de la muestra poseen alto nivel de agotamiento emocional, el 10% poseen alto nivel de despersonalización y el 20% poseen baja realización personal.

Con respecto a padecer Burnout en los cuidadores se evidencia que el 32.5% poseen un nivel alto, mientras que un 62,5% de los cuidadores se encuentran en un nivel medio.

Palabras Claves: Síndrome de Burnout, agotamiento emocional, despersonalización, realización personal, cuidadores formales de la salud.

ABSTRACT

The present investigation was based on the study of the Burnout Syndrome in its three dimensions: emotional exhaustion, depersonalization, and personal fulfillment. It was developed in a public institution located in the south center of the city of Quito, during the year 2017-2018, on a sample of 40 formal health caregivers.

The following instruments were used to carry out this research: Sociodemographic and labor variables questionnaire, Maslach burnout inventory, load interview for formal caregivers, Life satisfaction scale, Mental Health questionnaire, social support questionnaire, multidimensional scale of Evaluation of Coping Styles, Brief Resilience Scale.

The methodology used was exploratory, quantitative non-experimental transactional (transversal), descriptive.

In the dimensions of burnout, 22.5% of the sample have a high level of emotional exhaustion, 10% have a high level of depersonalization and 20% have low personal achievement.

With regard to suffering Burnout in the caregivers it is evident that 32.5% have a high level, while 62.5% of the caregivers are in a medium level.

Key words: Burnout syndrome, emotional exhaustion, depersonalization, personal fulfillment, formal health caregivers

INTRODUCCIÓN

El tema desarrollado consiste en el Estrés Laboral en cuidadores formales de la salud de una institución pública en el centro sur de Quito. El estrés es uno de los problemas de la salud más graves en la actualidad y uno de los grupos profesionales más afectados es el personal de enfermería, en parte, por la gran responsabilidad que asumen en la atención del paciente, y también porque tienen a su cargo pacientes en estado crítico, teniendo en cuenta que en cada momento estos individuos podrían estar entre la vida y la muerte.

El estrés laboral se debe a la interacción entre múltiples factores de riesgo como los que provienen del ambiente físico, el contenido y la organización del trabajo y diversos componentes psicosociales, tanto laborales como extra laborales.

El trabajo investigativo fue elaborado en 3 capítulos, mismos que son resumidos a continuación:

CAPÍTULO I: en este capítulo se aborda la conceptualización, del Síndrome de Burnout a través de las últimas décadas, consecuencias que produce el padecer este síndrome tanto en la salud de la persona como en el desarrollo de su desempeño laboral, diferentes modelos explicativos del Burnout, la importancia del estudio del estrés laboral crónico en los cuidadores de la salud, la prevalencia que existe tanto a nivel Mundial, de Latinoamérica y por último a nivel nacional, y las distintas variables relacionadas con el Síndrome.

CAPÍTULO II: en éste capítulo se encuentra detallada la metodología utilizada de la investigación, además se plantea un objetivo general, y varios objetivos específicos, preguntas de investigación, el contexto, diseño, población y muestra con la que se trabajó en este estudio, como también los métodos y técnicas de investigación que fueron utilizadas.

Y por último se detalla los instrumentos que fueron aplicados: Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales (AD-HOC), inventario de burnout de Maslach (MBI-HSS), entrevista de carga para cuidadores formales, Escala de satisfacción vital (ESV), cuestionario de Salud Mental (GHQ-28), cuestionario MOS de apoyo social, escala multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), Brief Resilience Scale (BRS).

CAPÍTULO III: en este capítulo se expone el análisis de datos de acuerdo a los resultados obtenidos en las características sociodemográficas y laborales; adicional, se analizan las dimensiones del síndrome de Burnout que fueron medidas por medio del Inventario Maslach (MBI), y las estrategias de afrontamiento empleadas en el estrés laboral.

Esta investigación es muy valiosa ya que en el Ecuador no se da mucha relevancia a medir y tratar el síndrome de burnout; por tal razón, uno de los objetivos de este estudio es el de identificar la prevalencia del estrés laboral crónico en los cuidadores de la salud en las tres dimensiones, dando los siguientes resultados: el 22,5% de la muestra presenta un nivel alto en agotamiento emocional, el 10% un nivel alto en despersonalización, y por último el 20% presenta baja realización personal.

El alcance de los objetivos de la investigación fue óptimo ya que se pudo observar que la prevalencia del síndrome se localiza en un nivel alto del 32,5%, mientras que un 62,5% de los cuidadores formales se encuentran en un nivel medio, y con un nivel bajo, un 5% se localiza en los cuidadores de la salud.

Las facilidades para el desarrollo de la investigación fueron favorables ya que se tuvo la disposición libre y voluntaria de cada persona a la que se le sometió al desarrollo de los instrumentos con una planificación de dos turnos debido al número de la muestra y también a la disponibilidad del tiempo.

CAPITULO I
MARCO TEÓRICO

1.1. Definiciones del estrés laboral crónico

El estrés laboral crónico también se denomina síndrome de burnout y se refiere al desgaste de la persona en el ámbito laboral. Este síndrome es muy común debido al excesivo grado de exigencia que tiene la persona en el diario vivir. Por tanto, en este apartado se dará a conocer los conceptos del síndrome de burnout en diferentes décadas, empezando desde los setenta hasta la actualidad (Carlín y Garcés de los Fayos, 2010)

1.1.1. Definiciones de las décadas de 1970.

En la década de los años setenta, el estrés laboral empezó a tornarse una situación de interés en las personas debido a que se convirtió en una problemática social; generando así la necesidad de estudiarlo. Por una parte, Freudenberger (1974) menciona que el síndrome del estrés laboral o también llamado burnout se define como una percepción de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador.

Por otra parte, otro autor lo describe cómo: El proceso gradual de pérdida de responsabilidad personal, y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo (Maslach, 1976). Otra de las definiciones de dicha época es la propuesta por Pines y Kafry (1978), quienes hablan que el desgaste de la persona surge del agotamiento en el aspecto físico, actitudinal y emocional. Según el estudio realizado se puede observar que nació el término de burnout lo cual define al estrés laboral de diferentes maneras, a partir del fracaso laboral y las exigencias del mismo, las cuales se centran en el individuo, así como también en las experiencias, el medio que los rodea y sensaciones de agotamiento físico y emocional Freudenberger, 1974; Maslach, 1976; Pines y Kafry, 1978).

1.1.2. Definiciones de la década de 1980.

En los años ochenta se fijó el objetivo de seguir explicando el mal que afligía a una gran cantidad de personas, afectando a la sociedad en muchos ámbitos, fue entonces que ciertos autores buscan definirlo y estudiarlo para conseguir soluciones a sus problemas y poder subsanar el daño.

Otros autores definen el burnout como una respuesta del estrés producido en el trabajo por el que el sujeto atraviesa agotamiento emocional, sentimientos y actitudes negativas hacia las demás personas de su entorno (Maslach y Jackson, 1981).

Por otra parte, Brill (1984) conceptúa el burnout como un proceso disfuncional acompañado de disforia como producto del estrés laboral, que atraviesa la persona en sus múltiples y arduas labores. También, otros autores determinan que el burnout presenta un breve patrón sintomático, de conductas y comportamientos únicos para cada individuo, haciendo difícil definir de manera general el concepto del síndrome (Smith, Watstein y Wuehler, 1986).

En síntesis, el burnout es estudiado de una manera más progresiva ya que se centran las definiciones entre el estrés y la tensión en el trabajo; así como también, se basa en los cambios de las actitudes y conductas del individuo, ansiedad, tensión y fatiga; sin embargo, no se logra conseguir un concepto global ya que aún era muy prematura una definición (Maslach y Jackson, 1981; Brill, 1984; Smith, Watstein y Wuehler, 1986).

1.1.3. Definiciones de las décadas de 1990.

Siguiendo la línea de la investigación y contrastando los años ochenta de los noventa se puede observar que hay un gran cambio ya que resalta que en los noventa existe negativismo de parte del individuo, agotamiento emocional y actitudes de distanciamiento en las relaciones interpersonales, las mismas que afectan no solo al individuo sino también a la organización.

Burke y Richardsen (1993) explican que es un proceso implantado a nivel individual y a la vez adquieren una experiencia psicológica con ciertas sensaciones, actitudes, motivos y expectativas, las mismas que conllevan a sensaciones negativas que producen una disconformidad.

No obstante, Rubio (1993) indica que es un comportamiento asociado a la depresión que inicia cuando el individuo siente baja autoestima, por la falta de rendimiento en el trabajo y percibe sus acciones como improductivas.

En definitiva, en los años noventa, realizando una síntesis de las diferentes definiciones del burnout se puede explicar que en ésta época predominan los síntomas disfóricos, y alteraciones de conducta.

1.1.4. Definición de la década del 2000.

En este nuevo apartado se cree que el burnout surge en los individuos que ejercen funciones profesionales específicas de apoyo y cuando el estrés laboral sobrepasa sus capacidades, puede llegar a desarrollarse un agotamiento extremo. Volviendo la mirada hacia la definición del síndrome, en la década del dos mil, Aranda (2006) menciona que la palabra burnout viene de un término anglosajón que quiere decir quemado, o desgastado. En cambio, Molina y Avalos (2007) conceptualizan el burnout como la contradicción de la atención en salud: los profesionales de salud se enferman a medida que éstos sanan a sus pacientes.

Así mismo, Maslach y Leiter (2008) enlazan el burnout especialmente con las características del trabajo, en el que se incluye una alta exigencia, conflicto y ambigüedad de rol, apoyo social, baja previsibilidad, falta de participación y experiencia de injusticia. En conclusión, esta década ya define el burnout como estar quemado en el trabajo, posesionándose específicamente en las personas que ejercen profesiones relacionadas al ámbito de la salud, a quienes afecta en gran mayoría este síndrome.

1.1.5 Definiciones de las décadas del 2010 hasta la actualidad.

Continuando con las definiciones del estrés laboral, se puede observar que en el año 2010 los trabajadores reportan un alto apoyo social por parte de sus autoridades y baja realización personal. Se considera al burnout como una interacción desfavorable entre las cualidades del trabajador y las disposiciones del trabajo. El estrés crónico se caracteriza por el agotamiento, la despersonalización y la baja realización personal (Martínez, Gómez, Sánchez y Sandoval, 2016).

Aguirre y Quijano (2010) indican que el síndrome de burnout se define como el conjunto de síntomas del desgaste profesional y laboral, que se evidencian a través de una respuesta de agotamiento emocional debido al estrés laboral crónico que sufre el sujeto y que luego presenta las consecuencias respectivas.

En síntesis, en el síndrome de burnout se considera que el individuo pasa por un desgaste emocional que afecta la calidad del trabajo; por lo tanto, influye en su medio y como resultado existen consecuencias que afectan al ambiente laboral.

1.2. Consecuencias del estrés laboral crónico en cuidadores

Las consecuencias del estrés laboral crónico son de carácter emocional cognitivo, conductual y social, las mismas que son severamente negativas tanto para el trabajador como para la organización. Se presenta particularmente en determinadas labores u ocupaciones que brindan un servicio personalizado (Belcastro, 1982).

1.2.1. Consecuencias en la salud de los cuidadores.

El síndrome de burnout puede desencadenar diversas repercusiones a nivel físico y psicológico y a su vez afecta al medio que lo rodea; así que, se puede decir que existen muchas desventajas asociadas al burnout. Entre las consecuencias físicas se encuentran: las cefaleas, dolores musculares y dorsales Belcastro (1982). Además, los sujetos afectados por el síndrome de burnout, presentan pérdida de apetito, disfunción sexual, pérdida de la libido, problemas de sueño frecuentes (Kahill, 1988). Mientras que, Shiron (1989) explica que la manifestación más habitual sería la fatiga crónica.

Además, se evidencia síntomas psicofisiológicos donde se encuentran los procesos alérgicos, gastrointestinales, úlceras, recurrencia de infecciones, afectaciones cardiovasculares y respiratorias (Juárez, Cano y Olarte, 2004). No obstante, en el área de la salud, las personas siempre han tenido un criterio autoinformado y es por eso que apenas se logran hallar estudios con síntomas objetivamente evaluados, de la misma manera apenas es difícil encontrar algún estudio de tipo longitudinal, como el de Wolpin (1986), quien demostró que los trabajadores especialmente los profesores eran afectados por el burnout, luego de un año con manifestaciones psicosomáticas.

Maslach y Jackson (1981) indican que la imprecisión persiste ya que el término de cansancio emocional puede tener una serie de manifestaciones. Por ello, la línea que divide entre síntomas y consecuencias pueden resultar ser borrosas y no diferenciarlas.

En términos concluyentes, la consecuencia del estrés en los cuidadores se da en varios aspectos de la salud como: físicos, psicofisiológicos, mental en el área cognitiva, conductual y emocional, y la lista puede seguir aumentando en cuanto los estímulos estresores se mantengan más tiempo en la persona.

1.2.2. Consecuencias en el trabajo en los cuidadores.

Las consecuencias del burnout en el trabajo son severas y a su vez repercuten en los resultados al momento de evaluarlos ya que disminuye la calidad de vida del individuo al someterse al estrés laboral y al sentir la afectación con las personas en su entorno.

Como consecuencias en el ámbito laboral se pueden encontrar varias como: absentismo, conductas inadaptativas, desorganización, sobreimplicación, evitación de contactos, conflictos interpersonales, malhumor, distracción, cinismo, criticismo generalizado, evitación de responsabilidades y aislamiento y formación de grupos críticos (Buendía y Ramos, 2001). Maslach, Jackson y Leiter (1996) afirman que el estrés laboral, sustituye hoy en día al trastorno de despersonalización donde aparece una sensación de irrealidad, extrañeza o un distanciamiento general de uno mismo.

Así mismo, Firth y Britton (1989) mencionan que los efectos causados por burnout son los siguientes: el cinismo de orden conductual, ausentismo laboral, rotación de personal, y las intenciones de abandono del trabajo en el marco organizacional.

En síntesis, existen muchos factores que conllevan a la baja productividad; por lo tanto, el individuo que padece del síndrome de burnout expresa algunas sintomatologías como el cansancio emocional; por lo tanto, derivan muchas conductas inapropiadas en el trabajo.

1.3. Modelos explicativos del estrés laboral crónico

Existen diferentes modelos explicativos teóricos y etiológicos del burnout que se presentan a partir de las diferentes investigaciones del tema. Los modelos mencionados agrupan ciertas variables consideradas como antecedentes y consecuentes del burnout y buscan encontrar las causas que generan el desarrollo del síndrome.

1.3.1. Modelos basados desde la teoría Sociocognitiva.

La presente investigación hace referencia a las causas más relevantes, como son: a) el área cognitiva influye en cómo el sujeto percibe la realidad, y a la vez modulan cambios en sus efectos producidos y las consecuencias, b) el esfuerzo que determina el sujeto para conseguir sus

objetivos, y el manejo de las emociones y sus consecuencias que se basan en la autoconfianza (Bandura, 2012).

Dentro de los modelos de esta teoría, se encuentran: el modelo de competencia social de Harrison (1983), el modelo de Pines (2000), el modelo de Cherniss (1980) y el modelo de Thompson, Page y Cooper (1993); estos modelos dan lugar a las variables: autoconfianza, autoconcepto y autoeficacia.

1.3.1.1. Modelo de competencia social de Harrison.

Este modelo nos indica la realidad que percibe el individuo y la manera en la que se desarrolla el síndrome de burnout en los trabajadores, pero también busca encontrar las causas del porqué se desarrolla específicamente en las personas que laboran.

Según el autor da a conocer que el burnout es principalmente una función de la competencia percibida y a su vez nos expone que de manera general los trabajadores de servicios de ayuda tienen una gran motivación para ayudar a los demás y tienen un elevado grado de abnegación. En este modelo a mayor motivación del trabajador se dará una mayor eficacia laboral. Los factores de ayuda aumentarán su efectividad dando lugar a un aumento de los sentimientos de competencia social del trabajador. Sin embargo, los factores barrera reducirán los sentimientos de eficacia y consecuentemente los de competencia social dando lugar al síndrome burnout (Harrison, 1983).

Lo anteriormente expuesto sintetiza el panorama especificando que el burnout afecta a las personas que tienen un alto grado exigencia y competitividad al compararse con sus compañeros de trabajo, cuando existen tropiezos y no cumplen con lo propuesto se crea en ellos el síndrome de burnout. Este modelo concluye, que la variable de competencia social de autoeficacia en el trabajador funciona como ente regulador del estrés.

1.3.1.2. Modelo de autoeficacia de Cherniss.

Como seguimiento de esta actividad, se observa que al estudiar este modelo hay una diferencia con el anterior ya que su autor trata de centrarse en las experiencias personales para iniciar el estudio de lo que causa el burnout y así poder profundizar en los efectos y sus consecuencias.

En relación a lo expuesto, este modelo relaciona la causa y efecto del burnout, entre la incompetencia personal de los trabajadores y el síndrome, debido a que las personas que poseen una elevada autoeficacia enfrentan mucho mejor la situación de estrés que se presenta en su entorno de trabajo, lo que no sucede en los sujetos que no tienen buena percepción sobre sí mismos. Dentro de este marco referencial sobre la autoeficacia, se menciona que una mayor percepción de la misma hace que las experiencias de logro sean mayores; caso contrario, el sujeto atravesará un fracaso, sin lograr conseguir los objetivos, dando lugar al síndrome de burnout (Cherniss, 1980).

Ahora bien, dentro del modelo se distinguen varias etapas: 1) la fase de estrés determinada por un desequilibrio entre los recursos del trabajador y las demandas laborales, 2) la fase de agotamiento crónico producido por la preocupación excesiva, ansiedad, tensión y fatiga, y 3) la fase de agotamiento defensivo acompañado de cambios de comportamientos y actitudes, como el cinismo (Bernaldo de Quirós y Labrador, 2007).

Más adelante, se describe al modelo mejorado de Cherniss (1993) inspirados en los conceptos de Bandura, y explican los mecanismos psicopatológicos como determinantes en la acción del pensamiento y funcionamiento de cada ser humano. Partiendo de los supuestos anteriores, sin duda, el individuo mide sus competencias y al sentirse en desventaja, desarrolla el síndrome de burnout; en cambio, los que se sienten aventajados pueden desarrollarse de mejor manera en el trabajo. Se concluye que la variable moduladora del estrés en este modelo es también la autoeficacia.

1.3.1.3. Modelo de Pines.

A diferencia de Cherniss, éste modelo trata de deducir la evolución del burnout a partir de motivaciones y penalidades en el área de trabajo; por lo tanto, también se estudian los procesos que determinan el síndrome.

Dentro de este marco referencial, se desarrolla el modelo de Pines (2002), tomando definiciones existenciales y psicodinámicas. Los mismos indican que las personas tienen una enorme necesidad de pensar que su vida tiene un verdadero significado. Cuando ocurre lo contrario, no logrando cumplir sus metas y el desarrollo de sus potencialidades, se consideran personas vulnerables a contraer el burnout.

A partir de esta lógica, se entiende que la variable elección de trabajo es relevante, porque aporta un sentido existencial a su vida. Entonces, cuando se relaciona el concepto psicodinámico para explicar los estados inconscientes de elegir una carrera. Parte de las determinantes inconscientes de la orientación vocacional se dirigen hacia su antecedente personal y familiar (Buzzetti, 2005).

En referencia a la elección de la carrera, las personas lo hacen para gratificar sus necesidades que durante la niñez no fueron satisfechas; por ello, se replican las expectativas profesionales en el futuro. Por lo cual, el síndrome aparece en las personas que sienten que han fallado en el área laboral (Pines, 2000).

En síntesis, se deduce que el síndrome de burnout se desarrolla en individuos que se exigen demasiado y tienen una alta expectativa de su trabajo; por lo mismo, al encontrarse con tropiezos para llegar a la meta deseada se crea en ellos el síndrome; en contraste los individuos que tienen bajas expectativas de sí mismos en su área laboral no desarrollan burnout. En este modelo también la autoeficacia es una variable moduladora del síndrome.

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

Este modelo determina el burnout en diferentes etapas que atraviesan las personas que laboran; por lo tanto, para estos autores es necesario llegar a determinar el porqué del síndrome, agrupando los diferentes factores posibles. Aquí se determina el origen del síndrome en función de cuatro variables: el nivel de autoconciencia del trabajador, las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del trabajador, sus sentimientos de autoconfianza y sus expectativas de éxito (Thompson, Page y Cooper, 1993).

En cuanto a las variables, el nivel de autoconciencia es considerada parte de la personalidad del trabajador y se orienta a la capacidad de autorregular los altos niveles de estrés que se perciben durante una actividad; las discrepancias entre las demandas y recursos del trabajador puede hacer que el sujeto pierda la confianza en su capacidad profesional y demuestre sentimientos de baja realización personal llevando a quemarse laboralmente; los sentimientos de autoconfianza, puede verse afectada por la disposición del profesional a desarrollar una actitud positiva u optimista, misma que puede aumentar y disminuir el riesgo de la aparición del burnout; y las expectativas de éxito del profesional hace que sus sentimientos de frustración aumenten si no logra resolver problemas, y esto conlleva al retiro mental y conductual de la situación problemática aumentando el riesgo de burnout (Mansilla, 2009; Vieco y Abello, 2014).

En otro contexto, también se menciona que este modelo, propone el origen del burnout por la percepción a la falta de equidad en las relaciones sociales (Jiménez y Jaimes, 2013). Concluyendo, se puede apreciar que dichos autores resumen la procedencia del burnout en cuatro factores centrados en el individuo como son: el medio en que se encuentra, las demandas de su trabajo, la autoconciencia, la confianza en sí mismo y las expectativas de éxito.

1.3.2. Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social.

Los modelos que se incluyen en el intercambio social tratan de explicar que cuando el individuo se relaciona con otras personas entra en un proceso de comparación social y que a partir de dicha comparación pueden crearse percepciones de falta de ganancia lo que puede provocar el desarrollo del burnout en el individuo. Los modelos que siguen esta línea de investigación son: los de Buunk y Shaufeli (1993) y los de Hobfoll y Freddy (1993) los mismos se mencionan en los siguientes apartados.

1.3.2.1. Modelo de comparación social de Buunk y Shaufeli.

Con referencia al primer modelo de estudio de intercambio social, se manifiesta que este trata de buscar la etiología del síndrome de burnout en los trabajadores en relación a sus pares o usuarios. En este caso, se menciona la teoría de la equidad como influyente y además tiene dos etiologías diferentes: los procesos de intercambio social con las personas del entorno donde labora y los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros. En este modelo, mencionan la teoría de la equidad, como una de las más importantes del intercambio social. Entendiéndose que los sujetos buscan reciprocidad en las relaciones interpersonales. Es decir, lo que las personas invierten en una relación, es lo que deben recibir en ganancias de la otra parte, como un intercambio de relación inversamente proporcional (Buunk y Shaufeli, 1993).

Con respecto a la primera etiología, basada en los procesos de intercambio social con los pacientes, hay tres estresores que desencadenan el burnout, y son: 1. La incertidumbre que se refiere a no saber cómo se debe actuar, 2. La percepción de equidad en función a la percepción de los trabajadores sobre lo que aportan y lo que reciben en sus relaciones, y 3. La falta de control de los profesionales sobre los resultados de sus acciones laborales (Buunk y Shaufeli, 1999).

Con respecto a la segunda etiología, sobre los procesos de afiliación social y comparación con los compañeros, los profesionales no buscan apoyo social en situaciones de estrés, si no que evitan la presencia de compañeros por el temor a la crítica y a ser evaluados como incompetentes. En referencia a lo antes mencionado se considera que la etiología de afiliación y comparación social es la razón por la que el profesional al desarrollar el burnout, atraviesa el proceso de agotamiento emocional, disminuyendo las inversiones de las relaciones; luego, la despersonalización donde el sujeto considera el distanciamiento y apatía con usuarios o pacientes como una estrategia de afrontamiento, y finalmente favorece a una reducida realización profesional y personal, donde el individuo se siente incompetente y duda sobre logros en su trabajo (Shaufeli, 2005). En consecuencia, este modelo basa su atención en la equidad, en una justa y distributiva intercalación social, pues demanda una reciprocidad y al no encontrar esa seguridad aparece el aislamiento social, desarrollando los tres constructos de la teoría tridimensional de Maslach.

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

En este modelo se indica que cuando los trabajadores sienten amenazados o frustrados surge el estrés y este disminuye los recursos de los profesionales influyendo de manera importante en el desarrollo del burnout. El modelo se basa en que el nivel de estrés se eleva en el trabajador cuando los recursos necesarios que lo motivan desaparecen, produciendo ansiedad y un estado emocional desequilibrado, que lo conlleva al síndrome de (Hobfoll y Freddy, 1993).

Según lo prescrito, para disminuir los niveles elevados de burnout se debe mantener los recursos o aumentarlos, para que los empleados puedan hacer uso de los mismos mientras trabajan, y eliminar la vulnerabilidad de perderlos. Además, se debe tratar de apartar las ideas y percepciones cognitivas de la falta de los recursos, y bajar los niveles de estrés percibido. Por tanto, se debe usar estrategias de afrontamiento de tipo activo, para prevenir el desarrollo del síndrome (Martínez, 2010).

La idea central del modelo de conservación de los recursos COR, es que cada persona se esfuerce por aumentar y conservar sus recursos, de esta manera los valoran más, que cuando los recursos aparecen solos. Sin embargo, esto se invierte cuando los trabajadores tienen que aportar en sus recursos, y no tienen la reciprocidad. Y la prolongada exposición de esta situación de demanda profesional, lleva al agotamiento físico y emocional del trabajador. En definitiva, este

modelo define 4 aspectos de conservación de los recursos: propósitos, condiciones, características personales y capacidad física (Hatinen y cols, 2004).

Finalmente se puede entender que los recursos de Hobfoll y Freddy son estrategias de afrontamiento que el individuo utiliza como medio de combate sobre el burnout; por lo que, la probabilidad de contraer dicho síndrome disminuye, pero aumentan a medida que el trabajador siente amenaza de perderlos.

1.3.3. Modelos Desarrollados desde la Teoría organizacional

Por otra parte, se realiza el estudio de los modelos basados en el contexto organizacional, así como sus aspectos estresores y las estrategias de afrontamiento que usan para combatir el burnout. Cabe mencionar que el síndrome se desarrollará a partir de cómo se plantea en cada trabajador la variable función del rol, apoyo percibido, clima y cultura laboral, estructura organizacional y la estrategia que emplea para afrontar una situación de amenaza. Así también, las causas difieren en el tipo de institución y de apoyo social que exista.

Los modelos que resaltan este apartado son: el modelo de Golembiewsky, Munzenrider y Carter (1988), el modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993) y por último el modelo de Winnubst (1993).

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

En el primer modelo presentado en la teoría organizacional se presenta como pérdida de interés de parte del trabajador debido a ciertas circunstancias en las que se encuentra y a su vez no logra desarrollar estrategias de afrontamiento y por ello, el burnout se desarrolla en dicho individuo.

En este modelo, Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988) presentan al síndrome de burnout como un proceso en el que lo primero que ocurre es una pérdida del compromiso inicial por parte de los trabajadores como una forma de respuesta al estrés laboral y a la tensión que les genera; luego da lugar en los trabajadores a fatiga y posteriormente al desarrollo de estrategias de afrontamiento que provocan a un distanciamiento por parte del trabajador de la situación de estrés, y este distanciamiento puede ser productivo o contra productivo, ocasionando este último, burnout, ya que este efecto es equivalente a la despersonalización, que es la fase primera del burnout, llegando más adelante a una experiencia de baja realización personal y al agotamiento emocional.

Además, se menciona que el modelo presentado, es parte del síndrome de estar quemado en el trabajo, y se produce junto a una sobrecarga laboral progresiva en el ámbito laboral, y por la pobreza de rol (falta de estimulación de las acciones realizadas), las dos circunstancias producen una pérdida de autocontrol y autonomía (Morales y Naranjo, 2016).

1.3.3.2. Modelo de Winnubst.

Ahora bien, este modelo presenta cierta similitud y menciona que la primera característica esencial de este modelo es que el síndrome de burnout afecta a toda clase de trabajadores y anuncia que se tiene que dar la importancia a la estructura, el clima y la cultura organizacional del profesional que labora en diferentes medios (Winnubst, 1993).

En este modelo vemos como los sistemas de apoyo social están íntimamente relacionados con el tipo de estructura organizacional; por lo que, el apoyo social en el trabajo afecta de manera importante a la percepción que el profesional tiene de la estructura organizacional y consecuentemente al desarrollo del síndrome de burnout, siendo una variable central de cara a su influencia sobre el síndrome (Martínez, 2010).

Otro autor considera que el síndrome de burnout afecta a todo tipo de profesionales y no solo a los profesionales de servicios de ayuda. Este modelo se centra en las relaciones entre la estructura organizacional, y la cultura. Por ejemplo, una burocracia mecánica, que se caracteriza por la estandarización del trabajo y la formalización, refuerza el perfeccionismo y la conformidad a las normas (Ojeda, 2016).

Winnubst (1993) elabora su modelo sobre tres supuestos:

- ✓ Las estructuras de una organización obtienen sistemas que sirven de apoyo social y se acomodan al tipo de estructura óptimamente.
- ✓ Los sistemas de apoyo social inician con independencia del clima laboral, y pueden mantener y mejorar el clima laboral optimizado.
- ✓ Los criterios éticos, con valores culturales y sociales de las organizaciones, son los que rigen tanto la cultura y el apoyo social como la estructura organizacional.

Los criterios antes mencionados basados en la ética, hacen posible describir en qué medida los miembros de las organizaciones sufrirán tensión y posiblemente el síndrome de burnout, citado por (Miravalles, 2014).

Concluyendo se puede decir que Winnubust considera que el modelo se basa en las relaciones de estructura organizacional; por lo tanto, busca formalizar y perfeccionar las normas que deberían darse en el contexto laboral.

1.3.3.3. Modelo de Cox, Kuk y Leiter.

Para culminar los modelos de la teoría organizacional, se señala el presente modelo describiendo a las personas que se dedican a trabajar en áreas específicas de ayuda que llegan a padecer el síndrome porque sufren un decaimiento emocional y, por lo tanto, llegan a un límite de sus funciones y en lugar de ayudar, disminuyen su rendimiento en el trabajo.

Ahora bien, el modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993) indica que el burnout se da en las profesiones humanitarias, y que su componente básico es el agotamiento emocional. Ante este agotamiento surge la despersonalización como estrategia de afrontamiento y, por último, como resultado de la evaluación cognitiva del estrés al que hace frente el profesional surge la baja realización personal, influyendo las experiencias de expectativas frustradas con respecto al trabajo

También podemos ver en este modelo cómo influye en el desarrollo del burnout lo que los autores llaman salud de la organización, que es el ajuste entre la coherencia e integración de los sistemas psicosociales de la organización y la percepción de ello por parte de los trabajadores (Martínez, 2010).

En este marco conceptual, se desarrolla una serie de escalas que median aspectos cognitivos, conductuales, emocionales y fisiológicos que no eran significantes. Pero dichos aspectos, dieron lugar a dos factores, el primero denominado “worn-out” que quiere decir gastado, acompañado de cansancio, confusión mental y cognitiva, labilidad emocional y el segundo denominado up-tigh que significa enervado, acompañado de ansiedad, tensión y preocupación (Warr, 1990). Para culminar con éste apartado es necesario resumir que éste modelo surge de la baja realización personal ya que el profesional sufre un estrés severo.

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

Por otro lado, se realiza un estudio donde se puede definir al estrés laboral crónico que padece el sujeto ligado al síndrome de burnout y conocido también como Síndrome de quemarse en el trabajo. Existen varias teorías que lo estudian como: el modelo Tridimensional de MBI-HSS (Maslach y Jackson), el modelo de Edelwich y Brodsky y el modelo de Price y Murphy, que se mencionan a continuación.

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

Para definir el burnout, este modelo, se basa en las características de aparición del síndrome, que inicia cuando el sujeto posee una baja realización personal en el trabajo, evaluándose negativamente, también desarrolla alto agotamiento emocional, en el que siente que ya no puede entregar más de sí, en su estado afectivo y emocional, y por último desarrolla alta despersonalización con sentimientos de cinismo y cambio de carácter negativo con apatía hacia los compañeros de trabajo (Gil-Monte y Peiró, 1999).

Shaufeli, Enzmann y Girault (1993) señalan que el éxito del MBI se basó en las definiciones de Perlan y Hartman (1982), que luego de 48 conceptos del síndrome de burnout como quemarse en el trabajo, terminaron por definirlo como una respuesta al estrés crónico, que se manifiesta por tres componentes que ya se había mencionado anteriormente con Maslach, pero ya identificado el proceso en: agotamiento emocional o agotamiento físico, baja productividad laboral y elevada despersonalización.

Por otro lado, se menciona el burnout en los profesionales. No obstante, el síndrome de quemarse por el trabajo no está necesariamente restringido a los profesionales de los servicios humanos. Aunque éste síndrome aparece como un proceso específico de éstos ámbitos profesionales, el fenómeno ha sido descrito en otro tipo de organización, entrenadores y deportistas e incluso ha sido estudiado fuera del ámbito laboral (Maslach, Shaufeli y Leiter, 2001).

A partir de lo antes descrito, aparece la última edición del manual de MBI, con tres versiones: 1) MBI-Human Services Survey (MBI-HSS), objeto de nuestro estudio, que se efectúa en profesionales de la salud, conocida como la versión clásica del MBI de Maslach y Jackson (1986), compuesta de tres escalas que miden la frecuencia de los profesionales de cómo se encuentran afectados en la baja realización personal, agotamiento emocional y despersonalización, 2) MBI-Educators Survey (MBI-ES), es para profesionales de la educación, y 3) MBI-General Survey (MBI-GS), siendo menos relevante los dos últimos para este estudio.

Resumiendo, este modelo se basa en la teoría tridimensional propuesta por los autores Maslach y Jackson desde 1981 hasta 1986, para luego crear el Inventario que contiene un cuestionario que evalúa el síndrome en los trabajadores y en personas que independientemente se ven sometidos a trabajos de estrés, y que en la actualidad es necesario usarlo para evaluaciones en cuidadores.

1.3.4.2. Modelo de Edelwich y Brodsky.

En segundo lugar, se describe este modelo representando lo relacionado al síndrome de burnout, su evolución y luego sus fases. Es uno de los modelos que inician explicando la evolución del burnout y se diferencia de los otros por describirlo como un proceso que inicia con la falta de interés o descrito como desilusión de las actividades laborales, y además se relaciona con una naturaleza cíclica, ya que las personas pueden repetir sus secuencias de desagrado por el trabajo en toda su vida laboral, sea que se mantenga o no en el trabajo propuesto por Edelwich y Brodsky (1980).

Este modelo señala cuatro fases: a) entusiasmo; b) estancamiento; c) frustración y d) apatía (Caballero, Hederich y Palacio, 2009).

- La fase de entusiasmo inicia cuando la persona se desilusiona del trabajo, pierde las energías y posee expectativas irreales.
- La fase de estancamiento se produce cuando la persona ya no realiza su trabajo como en un inicio, ha perdido el interés, y centra su atención en asuntos personales, familiares y amistades.
- La fase de frustración es cuando la persona empieza a dudar si en realidad debe seguir en el trabajo, y en cuanto se presentan obstáculos, empeora su satisfacción laboral. Es aquí, donde se observan problemas fisiológicos, conductuales y emocionales.
- La fase de apatía se considera una defensa contra la frustración, evitando todo tipo de contacto personal (Carlotto y Gobbi, 2001).

En resumidas cuentas, este modelo menciona que las fases antes mencionadas pueden llevar a los trabajadores a un desempleo, porque atraviesan un proceso de desencanto de su trabajo, empeorando la situación laboral, y finalmente desarrollan el síndrome de burnout.

1.3.4.3. Modelo de Price y Murphy.

En último lugar, se presenta el tercer modelo de este apartado, del cual se menciona a continuación el concepto, y las fases en las que se desarrolla el SQT, síndrome de quemarse en el trabajo. Este modelo menciona que existe un deterioro emocional, desgaste de sentimientos y

sobre todo culpa. Básicamente se centra en la naturaleza adaptativa del burnout frente al estrés laboral. Es un proceso similar al duelo, pues la persona pierde la ilusión, y también pierde los beneficios a nivel interpersonal y social (Price y Murphy, 1984).

A partir de lo antes mencionado, se señala que el burnout es un proceso de adaptación al estrés laboral, del cual se desprenden las siguientes etapas: 1. Desorientación 2. Labilidad emocional 3. Culpa debido al fracaso profesional 4. Soledad y tristeza, que si se supera puede desembocar en la siguiente fase 5. Solicitud de ayuda 6. Equilibrio (Quiceno y Vinnacia, 2007).

Exactamente, se describe las fases sintomáticas así:

- Desorientación, las personas que no logran cumplir sus objetivos en sus trabajos, a menudo inician con sentimientos negativos de decepción y fracaso en su profesión.
- Labilidad emocional, desequilibrio que sufre la persona a nivel emocional por la falta de apoyo social por parte de sus compañeros de trabajo.
- Culpa debido al fracaso profesional, culpa por los errores que no dependen de él y por tanto se tornan incontrolables.
- Soledad y tristeza, siente mucho desánimo y se aísla con facilidad, si logra salir de esta fase, pedirá ayuda y se estabilizará.
- Solicitud de ayuda, la persona prescinde de apoyo social para superar sus dificultades.
- Restablecimiento del equilibrio, la persona regresa al estado inicial de cuando empezó su empleo (López, 2014).

En última instancia, se considera que el profesional quien sufre las etapas descritas en este modelo, aun cuando siente culpa y sentimientos de fracaso, si puede volver a un estado de estructuración de su estado inicial, emocionalmente equilibrado y entusiasmado, pero eso depende de la decisión que tome para retomar la quinta fase de pedir ayuda social.

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

En este nuevo apartado se ve otra forma de contribuir al proceso del SQT, con el modelo de la teoría estructural de Gil Monte, del cual se describirá a continuación el surgimiento y las fases de éste modelo. El autor quien describe que después de evaluar los aportes realizados por los otros modelos no han logrado explicar la etiología en sí del burnout, de manera precisa. En virtud de

aquello, es que elabora un modelo estructural acerca de los factores antecedentes y las posibles consecuencias del burnout (Gil Monte, 1995).

A este respecto Gil Monte, propone las variables: 1) de tipo organizacional donde están: la ambigüedad del rol, conflicto de rol y falta de apoyo social en el rol, y 2) de tipo personal, donde está la autoconfianza y estrategias de afrontamiento que pueden ser activos o pasivos, que ya se las había estudiado antes, pero es con un enfoque transaccional (Gil Monte y Peiró, 1995).

Se considera como una respuesta al estrés laboral crónico que se conoce como (conflicto y ambigüedad de rol) que surge tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales no son eficaces para reducir ese estrés laboral percibido. Esta respuesta supone una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias (Campos, 2015).

Gil Monte (2005) distingue 2 perfiles en el proceso de SQT: 1. Baja ilusión por el trabajo, altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, pero con ausencia de sentimientos de culpa. 2. Además de los anteriores síntomas, presenta sentimientos de culpa. Puede ser evaluado por el CESQT (Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo).

En síntesis, Gil Monte desde 1995, basándose en los criterios de otros autores, es quien finalmente logra dar el criterio definitivo del síndrome de estar quemado, empezando con su teoría transaccional y luego colocando las variables organizacionales y personales, hasta que finalmente en el 2005, definió los perfiles que caracterizan el síndrome.

1.4. Importancia del estudio del estrés laboral crónico en cuidadores

Los temas tratados sobre los conceptos del burnout, ofrecen la debida importancia de realizar este estudio, ya que el síndrome afecta a profesionales de salud como a voluntarios que ofrecen su servicio de ayuda en el trato con personas. Llama la atención que el estrés laboral crónico se ha vuelto un fenómeno mundial debido a sus altas cifras de prevalencia, razón por la que hoy en día se conoce como la enfermedad del siglo XXI. Además, se da importancia al efecto psicosocial donde afecta a las funciones fisiológicas que activa el eje de la hipófisis suprarrenal y el SNV (Sistema Nervioso Vegetativo) lo que produce la liberación de una hormona excitatoria que puede regular o inhibir la actividad de los sistemas y órganos (Muñoz y Casique, 2016).

Atendiendo a estas consideraciones, se debe contemplar la importancia de intervenir, no con fármacos, sino a nivel de las respuestas fisiológicas, emocionales, cognitivas y conductuales, así

como a nivel individual y organizacional, ya que se ha comprobado que estas intervenciones no solo reflejan la factibilidad de la economía y de la parte humana sino la disminución del síndrome de burnout un tiempo después de la intervención (Cárdenas, Arciniegas y Barrera, 2009).

Por otra parte, es innegable que las fallas suelen ocurrir cuando los cuidadores se encuentran demasiado fatigados por el exceso de horas de trabajo, o cuando no están bien preparados en términos de formación o experiencia. En el mundo, los cuidadores enfrentan el reto de otorgar cuidados de calidad; sin embargo, la dificultad para enfrentar el reto se lo desarrollará y fortalecerá realizando un estudio de investigación sobre el estrés laboral crónico, ya que el mismo entregará a la construcción de evidencia nacional para la definición de políticas y el diseño de nuevos modelos de organización del sistema de salud que contribuyan a generar mejores condiciones para la práctica de cuidados seguros para los pacientes y así como también para la salud y bienestar de los cuidadores (Fernández, Zarate y Latirgue, 2010).

Finalmente, se concluye que, al reflexionar sobre los diferentes problemas en los trabajadores, no solo hubo afectación en la salud sino de orden individual, social, familiar y profesional, que permite reconocer la importancia del estudio del estrés laboral por el impacto a nivel mundial, que en lo posterior se enfrentará a nuevos retos del cuidado del profesional expuesto a burnout por causa del estrés laboral crónico.

1.5. Prevalencia del estrés laboral crónico en los cuidadores

Las afirmaciones anteriores, dan una pauta para entender al estrés laboral como un fenómeno mundial; por tal motivo, se entiende que la prevalencia del burnout va en crecimiento a nivel mundial, haciendo de este asunto, un problema de salud pública debido al impacto sobre asuntos económicos, políticos, sociales y de salud. Entonces, el presente estudio nos da referencias sobre la prevalencia en cuidadores a nivel mundial, a nivel de Latinoamérica y a nivel nacional (Marulanda, 2007).

1.5.1. Prevalencia en cuidadores a nivel mundial.

En los últimos años se han realizado diferentes estudios a nivel mundial acerca de los cuidadores que han sufrido las consecuencias que su labor supone en los distintos ámbitos de su vida. Hay estudios que revelan problemas psicopatológicos, principalmente ansiedad y depresión. Entorno a los registros de la (Organización Mundial de la salud [OMS], 2006) de acuerdo a las investigaciones en países europeos, se evidenció de 300 a 500 casos con estrés laboral por cada 100.000 cuidadores. Mientras tanto la (Organización Internacional del trabajo [OIT], 2016)

demostró una prevalencia de 8000 casos de burnout por cada 100.000 empleados (Marulanda, 2007).

Mientras que, un estudio titulado ¿Para qué estudiar el síndrome de burnout en el personal de enfermería en México? Precisiones metodológicas para el desarrollo de una línea de investigación, realizado por el Consorcio del Hospital Internacional en 700 cuidadores en 5 hospitales de los siguientes países: Canadá, EEUU, Inglaterra, Alemania y Escocia, determinó que la característica organizacional del hospital afecta a los pacientes y a las enfermeras, en especial su salud, por lo tanto, existen elevados niveles de insatisfacción laboral, síndrome de burnout y la intención de abandonar el trabajo (Fernández y Zarate, 2010).

Otro estudio denominado Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español reveló que, en España, la prevalencia del burnout, en profesionales de la salud está en el 14.9% y no se ha revelado datos en fisioterapeutas. Y que, además, las situaciones más afectadas son las psicosociales, (Grau, Flichtentrei, Suñer y Prats, 2009). En resumidas cuentas, se evidencia una elevada prevalencia del síndrome en los países europeos y norteamericanos; donde, al estudiar principalmente cuidadores de la salud, presentan altos niveles de estrés laboral, y de baja realización personal, afectando a entidades de salud y a los individuos que laboran en ellas.

1.5.2. Prevalencia en cuidadores a nivel de Latinoamérica.

De igual manera, se evidencia la prevalencia de burnout en Latinoamérica mediante varios estudios que demuestran que en países en vías de desarrollo puede estar incrementándose año tras año. Ahora bien, se registra valores asociados a los factores psicosociales y síndrome de burnout en México, con una prevalencia del 41,8%, para los médicos familiares evaluados, de los cuales el 31.2% presentaba agotamiento emocional, el 8,6% presentaba despersonalización, y el 14.3% se encontraba desmotivado para realizar su trabajo (Aranda et al., 2005).

Siguiendo con la línea de investigación, se realizó un estudio transversal llamado Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención, realizado en el Municipio de Cuba, La Habana, al personal de médicos y en enfermeros del nivel primario y secundario de atención, y se concluyó que el bajo reconocimiento de sus labores se asocia al estrés y burnout, y que la prevalencia fue superior al 30%, y la de sintomatología de estrés sería del 50% (Román, 2003).

Otro estudio denominado Síndrome de burnout en personal de salud de la ciudad de Arequipa (Perú), determinó que la prevalencia del síndrome de burnout, en nivel severo es del 5.6% en personal de salud, que laboran en hospitales y casas de salud (Arias, 2017). En conclusión, se denota una elevada prevalencia de los síntomas del burnout en los diferentes países de estudio, sobre todo en Cuba y Perú. Mientras que México resultó tener una elevada prevalencia del burnout, siendo más relevante el agotamiento emocional.

1.5.3. Prevalencia en cuidadores a nivel nacional.

A nivel nacional se ha determinado que el estrés laboral crónico prevalece en las ciudades que tienen mayor demanda laboral como son Quito, Guayaquil y Cuenca. Tal es el caso de la ciudad de Guayaquil donde se realizó un estudio en personal de enfermería del Sistema hospitalario docente de la Universidad de Guayaquil, el cual registra una baja prevalencia del síndrome de burnout, pero se puede observar que los factores estresores se encuentran elevados en el agotamiento emocional y despersonalización. Siendo mayor en auxiliares de enfermería con el 61% que en las licenciadas con un 39% del nivel de despersonalización. Mientras que las licenciadas presentaban un 75% en relación a las auxiliares con el 25% para el nivel de agotamiento emocional (Patiño, 2012).

Mientras tanto en Cuenca en un estudio denominado Síndrome de sobrecarga del cuidador del adulto mayor y su relación con factores asociados la prevalencia del síndrome de burnout de sobrecarga es de 7.95%, cuyos factores asociados es el tiempo de trabajo cuidando al adulto mayor y la disfuncionalidad familiar. Esto quiere decir que la prevalencia fue baja (Beltrán, 2016).

Otro estudio realizado en la ciudad de Quito, en un centro de salud en Chimbacalle, a cuidadores de pacientes que sufren diabetes mellitus II, el 38.3% presentaron el síndrome del cuidador quemado, ninguno recibía remuneración por los cuidados, y su tiempo de trabajo era mayor a 8 horas diarias. Aunque la prevalencia es media en este estudio, no se dispone de suficiente bibliografía para demostrar este valor, ya que otros estudios manifiestan que la prevalencia es baja para cuidadores de pacientes con diabetes mellitus (Viera y Yugcha, 2016).

En consecuencia, se resume que el síndrome de burnout en Ecuador, tiene una prevalencia menor en razón de otros países. Sin embargo, esto no quiere decir que no exista, ya que no se manifiesta en todos los profesionales que brindan cuidado, sino que el burnout se ve mayormente

en profesionales que trabajan más horas de lo estipulado y en el que la remuneración es baja o ninguna.

1.6. Variables asociadas del estrés laboral en cuidadores

Los estudios realizados sobre los distintos modelos propuestos del burnout, y la referencia de cada autor, nos indica diferentes variables de estudio, que son los factores influyentes en esta rama profesional, en especial en los cuidadores formales de la salud. En este apartado se estudiarán las variables sociodemográficas, las variables laborales, las variables asociadas al compromiso vital y satisfacción vital y, las variables moduladoras como: apoyo social, afrontamiento y resiliencia asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores (Gil Monte y Peiró, 1997; Leiter, 2001)

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

Partiendo de los supuestos anteriores sobre los modelos que desarrollan el burnout, se encontró distintas variables que desencadenan el síndrome, y una de las más sobresalientes son las variables sociodemográficas, como el sexo, la edad, el estado civil, el tener hijos vs no tenerlos y finalmente la antigüedad en el puesto y en la profesión.

Sexo: Un estudio realizado comprobó que las mujeres poseen mayor agotamiento emocional y baja realización personal en comparación con los hombres, y, por el contrario, quienes poseen altos niveles de despersonalización son los hombres. Esta variable está ligada al conflicto de rol, depresión, conflictos familia-trabajo por lo que aumenta el estrés en mujeres que trabajan y que a su vez son responsables de sus familias y tareas de casa (Maslach y Jackson, 1985; Pines y Kafry, 1981; Fernández, 2004).

Edad: es una variable que puede ser contradictoria porque la relación entre edad y burnout ha sido lineal pero también curvilínea (Seltzer y Numerof, 1988; Golembiewski, Munzenrider y Stevenson, 1986). El burnout con la edad se asocia además al tiempo de experiencia profesional, mientras más edad del sujeto hay mayor pérdida de la visión de la vida, haciéndose más irreal ante la situación (Hernandez y Romero, 2010).

Estado civil: las personas solteras son más vulnerables a contraer el síndrome de burnout, que los que están casados (Gil Monte y Peiró, 1997). También hay evidencias de que los solteros y

sin hijos no pueden afrontar situaciones de estrés en el trabajo por falta de apoyo familiar (Avargues, 2006).

Tener hijos vs no tenerlos: se evidencia resultados altos de burnout en las personas que no tienen hijos, ya que se involucran más tiempo en actividades laborales lo que para ellos significa ser más vulnerables a contraer el síndrome (Gil Monte y Peiró, 1997).

En síntesis, existen variables sociodemográficas que pueden ser más relevantes que otras, dependiendo los casos, pues diversos estudios pueden evidenciar que las mujeres son más propensas que los hombres a contraer el burnout, así como la edad asociada al tiempo que ejerce la profesión, puede ser contradictoria. Y así sucede en las personas casadas y con hijos que son menos vulnerables que los solteros sin hijos.

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

Otra tarea prioritaria, es el estudio sobre las variables laborales asociadas al estrés que inciden en diferentes temas como la sobrecarga de trabajo, conflicto y ambigüedad de rol, falta de control o de autonomía laboral y la incongruencia organizacional.

Entre las variables laborales integradoras se describen las siguientes:

Sobrecarga de trabajo: indica que la carga laboral y la sobredemanda que experimenta la persona, se asocian con el cansancio emocional. Pero estaría menos vinculada con la despersonalización y baja realización personal (Leiter, 2001).

Conflicto y ambigüedad de rol: son una de las variables que frecuentemente se asocian a la aparición del síndrome de burnout debido a que los profesionales jóvenes y sin experiencia son más vulnerables a padecer el síndrome de burnout, no poseen estrategias de afrontamiento para contrarrestar el estrés (Schwab, Jackson y Shuler, 1986). Otros autores encontraron elevados niveles de conflicto de rol asociados al cansancio emocional y despersonalización, aunque en realización personal se encuentran estables (Friesen y Sarros, 1986; Schwab et al., 1986).

Falta de control o de autonomía laboral: es una variable que también contribuye para desencadenar el burnout, debido a que el individuo que no es capaz de responder de manera autónoma, independiente y responsable frente a los conflictos del trabajo, tiende a ser vulnerable al burnout (Pines et al., 1981). Otro estudio menciona que la falta de participación en la toma de decisiones colabora significativamente a niveles altos de despersonalización, no así, los otros

componentes del burnout (Shaufeli y cols., 1996). Mientras que, entre los profesionales de la salud, los factores influyentes en su labor, contribuyen a la teoría tridimensional del burnout (Landsbergis, 1988).

Incongruencia organizacional: esta variable se genera por la falta de eficiencia en el logro de los objetivos por parte de la organización. Se ha propuesto a la salud como término “healthiness” dentro de la organización relacionada con niveles de estrés laboral o burnout en sus empleados (Cox, et al., 1993).

Antigüedad en el puesto y de la profesión: los profesionales jóvenes y sin experiencia son más vulnerables a padecer el síndrome de burnout, no poseen estrategias de afrontamiento para contrarrestar el estrés (Gil Monte y Peiró, 1997).

Resumiendo, las situaciones estresantes a las que están sometidos los trabajadores, se debe a la interacción y condiciones laborales, en las que influye en algunos casos la falta de autonomía laboral y en otro puede ser la ambigüedad de rol como la incongruencia organizacional, variables que pueden intensificar el agotamiento emocional, la despersonalización o la baja realización personal siendo más susceptibles de desarrollar burnout.

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

Siguiendo con la línea de investigación de las variables, ahora se estudia aquellas que son asociadas al compromiso vital y satisfacción vital. A continuación, se detallan dichas variables.

Ahora bien, se define a la calidad de vida con variantes polisémicas, y en psicología se entiende como darle sentido a la vida, felicidad, bienestar subjetivo, satisfacción y compromiso vital, y aunque éstos tienen distintos significados, en la mayoría de los estudios son utilizados de manera indiferenciada (Veenhoven, 1994; García y González, 2000).

En cambio, para definir la satisfacción vital, se evidencia que es parte del componente cognitivo del síndrome de burnout, donde se valora de manera positiva lo que la persona realiza en su vida en general, o de actividades particulares como: familia, amigos, salud, estudios, trabajo, tiempo (Diener, 1994; García, 2002).

Mientras que el compromiso vital, se ve implicado en el objetivo planteado, la elección del mejor camino que le convenga con valores personales de acuerdo a la realidad psicológica de cada individuo (García, 2014). Dentro de las exigencias vitales asociadas al burnout se encuentra que los cambios extremos de la vida del sujeto y momentos de crisis como: nacimiento de un hijo, separación, matrimonio, traslados, muertes inesperadas, hace que el sujeto se vuelva vulnerable al burnout (Farber, 1983b).

Otros estudios realizados con el ánimo de conceptualizar la variable de satisfacción vital de acuerdo al ámbito psicológico, han encontrado otros factores de estudio asociados al burnout como: la extraversión, la introversión, la autoestima, la disforia y euforia, el neurotismo, la sociabilidad y sentimientos de felicidad y soledad (Arrindel et al., 1999)

Se recalca que es importante que el sujeto tenga bien definidas las metas hacia donde llegar, porque es una estrategia de alcance, y de mantener una visión sin perderla. Por tanto, se debería fomentar el desarrollo de dichas variables para prevenir el síndrome de burnout.

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

Es necesario resaltar la importancia de variables inhibitoras o moduladoras en el desarrollo del síndrome, tales como el apoyo social, el afrontamiento y resiliencia asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores, que a la postre sirven de amortiguadores del burnout y sus consecuencias.

La primera variable del apoyo social, en realidad se asocia a la falta del mismo, en relación al trabajo, que contribuye al estrés laboral y por tanto al síndrome de burnout. La falta de apoyo social sea de los supervisores como de sus compañeros de trabajo hace que se sienta principalmente afectada la persona. Esta variable hace que el sujeto se vuelva más vulnerable al burnout y a sus consecuencias (Aranda, Pando y Aldrete, 2004).

En cuanto a la variable de afrontamiento, se define como los esfuerzos tanto cognitivos como conductuales de cambiar constantemente ante demandas de exposición de estrés, que pueden ser específicas externas o internas, que suelen ser desbordantes o excedentes de los recursos del sujeto (Cox y Ferguson, 1991). Los sujetos que usan estrategias centradas en el problema tienen menos riesgo de padecer el burnout, es un tipo de afrontamiento por evitación (Leiter, 1991). La despersonalización puede ser usada como estrategia para manipular la tensión de las emociones (Ramos, 1999).

Por último, la variable resiliencia, se menciona que es la capacidad del ser humano a reponerse ante situaciones críticas en cualquier medio, sale sobresaliente, y fortalecido, y es capaz de desarrollar competencia social (Csikszentmihalyi, 1999). Los factores de protección que impulsan conductas resilientes son tres: 1. los personales, inteligencia emocional, competencia social, autoestima, capacidad para resolver problemas 2. De apoyo familiar, y 3. Apoyo derivado de la sociedad (Grotberg, 1995).

En síntesis, las estrategias de afrontamiento basadas en las emociones son más efectivas para evadir el burnout; así también, el apoyo social percibido en la organización puede lograr que el sujeto se sienta menos estresado. Mientras que la resiliencia, es una de las variables que cada persona debe aprender a desarrollar debido a la alta capacidad de enfrentar y recuperarse con éxito, por lo que las personas muy difícilmente padecerán burnout.

CAPITULO II
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Objetivo

2.1.1. Objetivo General.

- Reconocer la prevalencia del síndrome de burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización) en cuidadores de la salud de una institución Pública ubicada en el Centro Sur de la ciudad de Quito, durante el año 2017-2018.

2.1.2. Objetivos específicos.

- Determinar las características sociodemográficas y laborales de los cuidadores formales de la salud de una Institución Pública.
- Determinar las dimensiones del estrés laboral crónico tomadas de una muestra investigada en una Institución Pública.
- Identificar el Bienestar general de la muestra investigada.
- Aprender las posturas de afrontamiento que más utilizan los cuidadores formales de la salud.
- Describir el apoyo social procedente de la red social que reciben los cuidadores formales de la salud, tanto vínculos informales y vínculos de la institución en la que laboran.
- Identificar el nivel de resiliencia y satisfacción vital de los cuidadores formales de la salud que fue investigada.

2.2. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales de los cuidadores formales de salud que fueron analizados?
- ¿Cuál es el predominio del síndrome del estrés laboral crónico en los cuidadores formales de la salud encuestados?
- ¿Cuál de las tres dimensiones del estrés laboral crónico en cuidadores formales de la salud es la que presenta un alto nivel?
- ¿Cuáles son los rasgos de personalidad y las características de salud mental que presentan los cuidadores formales de la salud que fueron analizados?
- ¿Cuáles son los tipos de afrontamiento y apoyo social con el que cuentan los cuidadores formales de la salud?

2.3. Contexto de la investigación

La presente investigación evaluó al personal de enfermería de las especialidades de Urología, Neurología, Recuperación y Ginecología de una institución de salud pública ubicada centro sur de la ciudad de Quito, la cual presta servicios diversos en varias especialidades, contando con un alto nivel en el tema científico, tecnológico y humano. Esta entidad abarca tres ejes principales de servicio como son: Atención de emergencias, servicio de consultas externas, y hospitalización. Consulta externa cuenta con los servicios de: Alergología, Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Geriátrica, Medicina Interna, Nefrología, Neurología, Oncología, Reumatología, Urología, Pediatría, Reumatología, Obstetricia y Ginecología, Psicología, Nutrición, etc. Adicional otorga servicio de laboratorio, cirugía, farmacia, fisioterapia, cuidados intensivos, entre otros. Posee modernos equipamientos de última tecnología e instrumentos médicos, además las instalaciones son amplias y actualizadas para prestar un servicio oportuno y de calidad. Los profesionales son altamente capacitados y eficientes. Los cuidadores formales que laboran en la institución son personas altamente capacitadas y eficientes para desempeñar de la mejor manera su labor, observando así su entrega total al cuidado de los pacientes a los cuales atienden.

2.4. Diseño de investigación

El procedimiento utilizado en la presente investigación fue de tipo **exploratorio**, ya que consiste en un acercamiento directo al problema en donde se trata de abordar un tema que no se analizado antes o se ha abordado en otros contextos, examinar información desde otras proyecciones con el fin de elaborar una mejor y profunda investigación (Colmenares, 2007).

La investigación presentó las siguientes características: **cuantitativa**, ya que estaba bajo la estructura de recopilar y analizar la información obtenida de la fuente de estudio y los instrumentos aplicados por lo tanto se considera numérica, **no experimental** ya que se lo elaboró sin manipulación deliberada de sus variables, y se basó fundamentalmente en la observación de los fenómenos tal y como se presentaron en su contexto natural para ser analizados, **transaccional (transversal)** ya que se recolectó os datos de información en un tiempo único, para describir las variables y analizar su interrelación en un momento dado, y **descriptivo** porque los temas que se eligieron sirvieron para recoger la información con la que se determinó la investigación (Hernández, Fernández y Baptista. 2003).

2.5. Población y Muestra

La población objeto de este estudio fue cuidadores de la salud formales (Personal de Enfermería) que laboran en una institución de salud pública ubicada al centro sur de la ciudad de Quito.

La muestra fue de accesibilidad, no probabilística y accidental, realizada y tomada de 40 cuidadores, de una institución de salud pública ubicada al centro sur de la ciudad de Quito, quienes cumplieron con los criterios de inclusión de muestra.

La investigación se adecuó a las normas éticas, el estudio no representó riesgo alguno para los cuidadores analizados y se les garantizó absoluta y total confidencialidad de los datos personales expuestos en el consentimiento informado quienes de manera libre y voluntaria la realizaron.

Los criterios considerados para seleccionar la muestra fueron:

Criterios de inclusión: Profesionales en ejercicio activo en la especialidad de enfermería, tener como mínimo dos años de experiencia profesional, sentirse en la libertad y no de manera obligada en participar forma voluntaria en la investigación, y firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: No aceptar la participación dentro de esta investigación, y no encontrarse presente en la institución al momento de realizar el estudio.

2.6. Métodos, técnicas de Investigación

2.6.1. Métodos.

Existen dos tipos de métodos para elaborar una efectiva investigación, siendo estos los métodos cualitativos y cuantitativos (Cook y Reichardt, 1986). En la presente investigación el método empleado es cuantitativo, ya que se utilizaron varios cuestionarios que nos ayudan a medir el nivel de incidencia del síndrome de Burnout en los cuidadores formales de la salud. Como método específico de investigación, se ha empleado un método descriptivo para analizar y explicar la prevalencia del síndrome de burnout en los cuidadores formales de la salud.

2.6.2. Técnicas.

Hernández y Maquillón (2010), cita que entre las técnicas principales de recolección de datos tenemos: observación y, cuestionarios auto administrados, que nos facultan obtener la información necesaria para la investigación; obteniendo ventajas como disminución en costos y tiempo. Las herramientas empleadas en la presente investigación, permitieron recopilar la información por medio de la entrega de estos cuestionarios a los cuidadores formales de la salud.

2.7. Procedimiento

En el desarrollo de esta investigación se realizó el siguiente procedimiento:

- ❖ Se mantuvo un acercamiento con el director de la institución de salud pública a quién se le presentó la propuesta del proyecto de investigación y de la solicitud de aprobación respectiva para tener un acercamiento con el personal de salud y levantar la información requerida.
- ❖ Al haber obtenido una respuesta afirmativa de los directivos se determinó el horario para la aplicación de la batería, 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 la batería para que puedan realizarla de la mejor manera.
- ❖ Al culminar este proceso se procedió a registrar y procesar la información a través del software Excel y se trabajó con datos descriptivos.

2.8. Instrumentos

Los instrumentos de medición de burnout son importantes en cualquier esquema, ya que indica de manera cuantitativa su comportamiento. En el estudio de este síndrome de burnout, se cuenta con instrumentos de medición confiables que ayuda a detallar los conceptos asociados al mismo. Para esta investigación se consideró la aplicación de los siguientes instrumentos de medición:

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

Este instrumento está conformado por un total de 32 ítems divididos en 25 cuestiones de respuesta de selección y 7 de cuestiones de respuesta abierta; su objetivo es obtener información de carácter personal, y laboral tales como son: género, edad, número de hijos, etnia, estado civil, ingresos mensuales, experiencia profesional, sector de trabajo, tipo de contrato.

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

Está conformado por 22 ítems, que localizan en el sujeto de estudio tres ejes fundamentales como son: agotamiento emocional que se refiere al nivel de cansancio generado por su trabajo, despersonalización que es el nivel de distanciamiento laboral y por último la realización personal que es el nivel de satisfacción que posee en el trabajo. Se le solicita al cuidador que responda los 22 enunciados que hacen relación a los pensamientos y sentimientos que interactúan con su actividad laboral. Este instrumento emplea la escala de Likert con puntuaciones de 0 a 6 comprendidos en escala de nunca a diariamente, y lo clasifica en leve, moderado y alto.

Para poder determinar que un cuidador formal de la salud presenta el síndrome de Burnout, deberán obtener un alto puntaje en el factor de despersonalización y cansancio emocional, y esta a su vez debe obtener una puntuación baja en el factor de realización personal (Maslach y Jackson, 1986).

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

Esta herramienta de entrevista de Carga para Cuidadores Formales, es auto administrado, y es una adecuación de entrevista de Carga del Cuidador formal de salud. Originalmente, constaba de 29 ítems y posteriormente se redujo a 22 elementos. En el original, se registraba una solidez interna entre .76 y .95 (Revuelta y Andújar, 2005; Zarit, Orr y Zarit, 1985).

Consta de 5 opciones de respuesta, que van en un rango de (0) nunca a (4) casi siempre. Con la adaptación para cuidadores formales de la salud se obtuvo un valor de alfa de Cronbach de .85 y reflejan 5 factores que indican agotamiento y desesperanza, consecuencias negativas sociales y personales, preocupación por los receptores del cuidado, responsabilidad y respuesta emocional al cuidado.

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

Se emplea para medir el nivel de la satisfacción vital global que presentan los cuidadores formales de la salud. Se caracteriza por tener propiedades psicométricas aceptables, posee una alta consistencia interna, y una eficaz estabilidad en la fiabilidad test-retest de 0.82 y de coeficiente alfa de 0.87 (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985b).

Consta de cinco ítems, que se puntúan en una escala de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo).

Para obtener la puntuación total de la escala de Diener, debe sumarse la puntuación de cada una de las cinco afirmaciones, obteniéndose un índice de felicidad subjetiva en función de los siguientes tramos:

✓ Altamente satisfechos	30-35 puntos
✓ Satisfechos	25-29 puntos
✓ Ligeramente satisfechos	20-24 puntos
✓ Ligeramente por debajo de la media de (ESV)	15-19 puntos
✓ Insatisfechos (pocos felices)	10-14 puntos
✓ Muy insatisfecho	5-9 puntos

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

Este es un instrumento que determina posibles inconvenientes psiquiátricos menores que están afectando la salud mental de los evaluados. Está compuesto por 28 ítems repartidos en cuatro sub escalas de siete ítems cada una como son: síntomas somáticos asociados con dolores de cabeza, escalofríos, agotamientos, otra sub escala es la ansiedad relacionada a pánico, nerviosismo, dificultades para dormir, y otra es la disfunción social concatenado a los sentimientos hacia las actividades que se desarrollan durante el día, y por último depresión que conlleva sentimientos de desvalorización y pensamientos suicidas. Cada pregunta tiene cuatro posibles respuestas las mismas que deben ser contestadas en base a su realidad actual.

La escala de puntuación comprende entre 0 y 28, siendo la mayor puntuación el indicador el

mayor nivel de malestar, adicional posee un punto de corte mayor a seis donde señala la probabilidad del caso con sensibilidad del 84,6% y una especificidad de 82% y con un valor alfa de Cronbach de 0.89 (Goldberg y Hillier, 1979).

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

Es un instrumento auto administrado y multidimensional que analiza los aspectos cuantitativos y cualitativos de las dimensiones del apoyo social y la red social que reciben los cuidadores formales de salud en el desarrollo de sus labores.

El cuestionario MOS contiene veinte ítems, en escala Likert de 1 a 5, en el primer ítem se refiere al tamaño de la red social, y los diecinueve ítems restantes están distribuidos en cuatro dimensiones que son: apoyo social emocional (capacidad de asesoramiento guía y consejo), apoyo instrumental (ayuda proveniente de casa), interacción social positiva (relacionarse con otras personas) y apoyo afectivo (recibir cariño amor).

Sherbourne y Steward (1991) hallaron un coeficiente de Cronbach de 0.97 y para las subescalas entre 0.91 y 0.96.

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

Esta herramienta es un cuestionario auto administrado, es multidimensional que refleja la manera que se maneja las estrategias de afrontamiento y estrés ante las dificultades. Consta de 28 ítems que especifican conductas o habilidades de afrontamiento (Vargas, Herrera, Rodríguez y Sepúlveda, 2010); adicional, se evalúa la periodicidad con la que realiza, comprendida en una escala de 0 (nunca realizo esto) hasta 3 (siempre realizo esto). Está conformado por un total de 14 sub escalas como son:

- ❖ **Afrontamiento activo:** Actividad para poner en marcha tipo cognitivo o conductual con el fin de enfrentarse a una determinada situación.
- ❖ **Auto-distracción:** Mantener ocupada la mente en otras actividades que desvíen la atención en el problema.
- ❖ **Negación:** No aceptar lo sucedido para no afrontar el problema.

- ❖ **Uso de sustancias:** Acudir a sustancias para desviar el problema y no enfrentarlo.
- ❖ **Apoyo emocional:** Búsqueda de apoyo de afecto y comprensión en terceros.
- ❖ **Uso de apoyo instrumental:** Acudir a materiales que contentan información sobre su situación problemática con la que se identifique.
- ❖ **Retirada de comportamiento:** No hacer caso al problema que tiene, y dejarlo a un lado para que por sí mismo se resuelva.
- ❖ **Desahogo:** Despojarse de los sentimientos que ha generado el problema.
- ❖ **Replanteamiento positivo:** Obtener algún beneficio del problema aprendiendo.
- ❖ **Planificación:** Elaboración organizada de un procedimiento a seguir para contrarrestar el problema.
- ❖ **Humor:** Dar mayor importancia a su estado positivo de ánimo que al problema que lo aqueja.
- ❖ **Aceptación:** Reconocer su situación y manejarlo de manera tranquila.
- ❖ **Religión:** Acudir a un ser supremo espiritual.
- ❖ **Culpa de sí mismo:** Auto culparse a sí mismo por los problemas que lo quejan.

- **Brief ResilienceScale (BRS).**

Este instrumento es auto administrado y consta de 6 ítems, está enfocado a evaluar el nivel de resiliencia o en otras palabras la capacidad que tiene la persona para de adaptarse al estrés y a las adversidades. El proceso de respuesta es tipo likert que va de 1(muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo).

1 (Muy en desacuerdo)

2 (En desacuerdo)

3 (Neutral)

4 (De acuerdo)

5 (Muy de acuerdo)

En cuanto a la puntuación la máxima es 30 puntos; a mayor puntuación mayor nivel de resiliencia

CAPITULO III
RESULTADOS Y ANÁLISIS

3.1. Resultados

Características sociodemográficas de los cuidadores de la salud.

Las características sociodemográficas que se obtuvieron en el procesamiento de información se muestran a continuación:

Tabla 1.
Características sociodemográficas de los cuidadores de la salud

	Profesión	
	Enfermero/a	
	N	%
Sexo		
Hombre	1	2,5
Mujer	39	97,5
Etnia		
Mestizo/a	38	95,0
Blanco/a	0	0,0
Afroecuatoriano/a	0	0,0
Indígena	2	5,0
Estado civil		
Soltero/a	10	25,0
Casado/a	22	55,0
Viudo/a	1	2,5
Divorciado/a	3	7,5
Unión Libre	4	10,0
Edad		
Media	42,7	
Desviación típica	10,8	
Máximo	59,0	
Mínimo	25,0	
Nro. De hijos/as		
Media	1,8	
Desviación típica	1,1	
Máximo	4,0	
Mínimo	0,0	

Fuente: Cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Polanco, J. (2018)

Como observamos en la tabla Nro. 1, los datos obtenidos de los cuidadores de la salud, muestran que existe un mayor porcentaje de mujeres con un 97,5% y apenas con un 2,5% de hombres, debido a que la mayor parte de profesionales que ejercen esta labor son mujeres; La etnia que prevalece en los cuidadores de la salud son mestizos con un 95% y un 5% son indígenas; en

cuanto al estado, un 55% son casados, 25% solteros, 10% unión libre, 7.5% divorciados, 2.5% viudos. La media respecto a la edad es de 42,7 años con una edad máxima de 59 años. La media de número de hijos de los cuidadores es de 1,8 lo que significa que los profesionales pueden tener entre 0 y 4 hijos.

Tabla 2.
Características laborales de los cuidadores de la salud

	Profesión	
	Enfermero/a	
	N	%
Ingresos Mensuales		
0 a 1000	8	20
1001 a 2000	32	80
2001 a 3000	0	0
3001 a 4000	0	0
4001 a 5000	0	0
5001 a 6000	0	0
Tipo de trabajo		
Tiempo Completo	36	90,0
Tiempo Parcial	4	10,0
Tipo de contrato		
Eventual	0	0,0
Ocasional	6	15,0
Plazo fijo	1	2,5
Nombramiento	33	82,5
Servicios Profesionales	0	0,0
Ninguno	0	0,0
Turnos		
Si	36	90,0
No	4	10,0
Recursos Necesarios		
Totalmente	3	7,5
Medianamente	37	92,5
Poco	0	0,0
Nada	0	0,0
Experiencia Profesional		
Media	17,0	
Desviación típica	10,9	
Máximo	34,0	
Mínimo	2,0	
Horas de Trabajo		
Media	9,5	

Desviación típica	2,6
Máximo	13,0
Mínimo	7,0

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC

Elaborado por: Polanco, J. (2018)

En lo que respecta a las características laborales de los cuidadores, se puede apreciar en la tabla Nro. 2 que el 80% registran un ingreso mensual en la escala de 1001 a 2000 dólares y apenas un 20% registra un ingreso de 0 a 1000 dólares; en cuanto al tipo de trabajo en el que se desarrollan es de tiempo completo con un 90%, y un 10% en tiempo parcial; los cuidadores se encuentran laborando bajo un tipo de contrato bajo nombramiento con un 82,5% que es el que más prevaleció. Adicionalmente, los cuidadores laboran en turnos de trabajo con un 90%. En referencia a los recursos necesarios que les proporciona la institución a los cuidadores indican que medianamente la institución les otorga con un 92,5%. En experiencia profesional que mantienen los cuidadores la media fue de 17 años. La media en cuanto a la cantidad de horas es de 9 horas.

Tabla 3.

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

		Profesión	
		Enfermero/a	
		N	%
Agotamiento emocional	Alto	9	22,5
	Medio	10	25
	Bajo	21	52,5
Despersonalización	Alto	4	10,0
	Medio	7	17,5
	Bajo	29	72,5
Realización Personal	Alto	26	65,0
	Medio	6	15,0
	Bajo	8	20,0

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

Elaborado por: Polanco, J. (2018)

Como se puede apreciar en la tabla Nro. 3 en cuanto al inventario del Síndrome de burnout (MBI), en la dimensión de agotamiento emocional en la muestra de cuidadores de la salud obtuvieron un nivel alto del 22,5%, el 25% un nivel medio y el 52,5% un nivel bajo, en la dimensión de despersonalización el 10% puntuó nivel alto, el 17,5% un nivel medio y el 72,5% un nivel bajo y en realización personal un 65% presenta un nivel alto, el 15% un nivel medio y el 20% un nivel bajo de los cuidadores.

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

		Profesión	
		Enfermero/a	
		N	%
Burnout	Nivel alto	13	32,5
	Nivel medio	25	62,5
	Nivel bajo	2	5

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

Elaborado por: Polanco, J. (2018)

Según los resultados obtenidos en la aplicación del MBI se puede apreciar en la tabla Nro. 4 que un 32,5% de los cuidadores se encuentran en un nivel alto de burnout, mientras que un 62,5% en un nivel medio, y por último un 5% en un nivel bajo.

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

		Profesión	
		Enfermero/a	
		No.	%
Burnout	Casos	1	2.5
	No casos	39	97.5

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

Elaborado por: Polanco, J. (2018)

El resultado de los casos de burnout representa el 2.5% que corresponde a un caso, mientras que los no casos es el 97.5%.

Tabla 6.
Carga laboral para cuidadores formales de la salud

		Profesión	
		Enfermero/a	
		N	%
Sobrecarga	No presenta	23	57,5
	Leve	9	22,5
	Intensa	8	20,0

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

Elaborado por: Polanco, J. (2018)

En los resultados obtenidos en cuanto a la carga laboral de los cuidadores, se puede observar en la tabla Nro. 5 que un 57,5% no presenta sobrecarga laboral, mientras que un 22,5% tiene una leve sobrecarga laboral, y solo un 20% percibe un nivel de sobrecarga intensa.

Tabla 7.
Satisfacción vital de cuidadores de la salud

		Profesión	
		Enfermero/a	
Puntos de corte		N	%
5 a 9	Muy insatisfecho	1	2,5
10 a 14	Insatisfecho	2	5
15 a 19	Ligeramente por debajo	2	5
20 a 24	Ligeramente satisfecho	2	5
25 a 29	Satisfecho	7	17,5
30 a 35	Altamente satisfecho	26	65

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

Elaborado por: Polanco, J. (2018)

En lo que concierne a los niveles de satisfacción vital que presentan los cuidadores de la institución y se puede apreciar en la tabla Nro. 6, se puede indicar que el 65% está altamente satisfecho con la actividad que realizan, seguido de un 17,5% satisfecho por su labor, seguido de un 5% en los puntos de corte: ligeramente satisfecho, ligeramente por debajo satisfecho e insatisfecho y por último con un 2,5% muy insatisfecho.

Tabla 8.
Salud general en cuidadores de la salud

		Profesión	
		Enfermero/a	
		N	%
Síntomas somáticos	Caso	17	42,5
	No caso	23	57,5
Ansiedad	Caso	19	47,5
	No caso	21	52,5
Disfunción social	Caso	0	0
	No caso	40	100
Depresión	Caso	0	0
	No caso	40	100

Fuente: Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire (GHQ-28) Goldberg y Hillier, 1979)
Elaborado por: Polanco, J. (2018)

Una vez localizados los síntomas con mayor porcentaje, a lo que se refiere a la salud general de los cuidadores, se pueden observar en la tabla Nro. 7 que se encuentran con mayor porcentaje la presencia de síntomas somáticos con un 42,5% y de ansiedad con un 47,5%. Por otro lado, se puede apreciar que no se detectan síntomas de tener disfunción social y de depresión con un 0% en ambos.

Tabla 9.
Estrategias de Afrontamiento en cuidadores de la salud

	Profesión			
	Enfermero/a			
	M	DT	Max.	Min.
Auto distracción	1,58	1,52	6,00	0,00
Afrontamiento activo	2,45	1,92	6,00	0,00
Negación	0,40	0,67	3,00	0,00
Uso de sustancias	0,18	0,81	5,00	0,00
Apoyo emocional	0,88	1,11	4,00	0,00
Apoyo instrumental	1,38	1,58	6,00	0,00
Retirada de comportamiento	0,73	1,22	5,00	0,00
Desahogo	0,88	1,30	4,00	0,00
Replanteamiento positivo	1,70	1,73	6,00	0,00

Planificación	1,73	1,80	6,00	0,00
Humor	0,95	1,48	6,00	0,00
Aceptación	1,73	2,00	6,00	0,00
Religión	2,10	2,02	6,00	0,00
Culpa de sí mismo	1,03	1,31	5,00	0,00

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

Elaborado por: Polanco, J. (2018)

Analizadas las catorce estrategias de afrontamiento estudiadas en los cuidadores de la salud, se pueden observar en la tabla Nro. 8 las cuatro estrategias que más sobresalen iniciando con una media de 2,45 en afrontamiento activo, seguido con 2,10 en el factor de religión, en los factores de auto distracción, planificación y aceptación se evidencia una media de 1,73 y por último con una media de 1,70 para la estrategia de replanteamiento positivo.

Tabla 10.
Apoyo Social en cuidadores de la salud

	Profesión			
	Enfermero/a			
	M	DT	Min.	Max.
Apoyo emocional	29,68	9,33	14,00	40,00
Apoyo instrumental	13,58	5,39	4,00	20,00
Relaciones Sociales	15,03	4,98	6,00	20,00
Amor y cariño	11,85	3,63	5,00	15,00

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

Elaborado por: Polanco, J. (2018)

En cuanto al apoyo social con el que cuentan los cuidadores de la salud se puede apreciar en la tabla Nro. 9 que la media más alta se ubica en el apoyo emocional con 29,68, seguido de las relaciones sociales con un 15,03; luego, por el apoyo instrumental con 13,58 y por último al amor y cariño con un 11,85.

Tabla 11.
Resiliencia de cuidadores de la salud

		Profesión	
		Enfermero/a	
		N	%
6 a 15	Bajo	5	12,5
16 a 22	Normal	31	77,5
23 a 30	Alto	4	10,0

Fuente: Brief Resilience Scale (BRS)

Elaborado por: Polanco, J. (2018)

Como se puede observar en la tabla Nro. 10, según los resultados estudiados en cuanto al nivel de resiliencia que poseen los cuidadores de la salud nos encontramos con un 77,5% en una escala normal, seguida de un 12,5% en nivel bajo y por último un 10% en un nivel alto.

3.2. Análisis

El síndrome de burnout es actualmente un problema que afecta a los profesionales de la salud especialmente cuidadores, por ello la presente investigación tuvo como objetivo general reconocer la prevalencia del síndrome de burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización) en cuidadores de la salud de una institución Pública ubicada en el Centro Sur de la ciudad de Quito, durante el año 2017-2018.

En cuanto a los objetivos específicos, el primer objetivo de este trabajo fue establecer las características sociodemográficas y laborales en los cuidadores de la salud de una institución pública, donde se determina que, de la muestra estudiada, el 97,5% son mujeres y el 2,5% son hombres, dado el caso esta profesión abarca mayor cantidad de mujeres que hombres, siendo vulnerables a padecer burnout, información que concuerda con un estudio denominado Mujeres y hombres del Ecuador en cifras III, donde las mujeres prevalecen en trabajos de actividades sociales y de salud con un 62% que los hombres con el 2.1% realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC según Ferreira y cols. (2010).

Por otro lado, a lo que refiere a la etnia que predomina en esta ocupación es a la mestiza con un 95%, la misma que está relacionada con el tipo de etnia que predomina en el Ecuador según los

Censos para el 2010 de autoidentificación según cultura y costumbres, con el 71,9%, INEC (2010). Lo que refiere al porcentaje que predomina en el estado civil de los cuidadores de la salud son los casados con un total de 55%, y los solteros con un 25%, siendo esta de manera similar en los estudios realizados en España, donde el 46.7% son casados o viviendo en pareja, y el 43.7% son solteros (Torres, 2008).

Con respecto a la edad promedio de los cuidadores es de 42,7 años, con una edad mínima de 25 años y máxima de 59 años, lo que significa que la muestra de estudio es mixta comprendida entre jóvenes y adultos. En cuanto a la media de número de hijos es de 1.8, mientras menos hijos más vulnerabilidad, debido a que pasan más tiempo laborando o dedicados a sus trabajos, resultado que tiene relación con la media de número de hijos de 1.6 de la población ecuatoriana según INEC (2012) en la que se indica a nivel nacional.

En lo que se refiere a las características laborales de la muestra, el 80% percibe una remuneración en la escala que comprende de 1001 a 2000 dólares, este resultado concuerda con el rango establecido de 1046 dólares por el (Ministerio del trabajo [MDT], 2017). En el tipo de trabajo que mantienen los cuidadores sobresale el tiempo completo con un 90% y de un 10% tiempo parcial, es lógico que para este tipo de profesión se la deba realizar a tiempo completo; adicional a ello, se debe realizar turnos rotativos por la labor arrojando de igual manera un 90% de la muestra que labora bajo esta modalidad, lo cual puede ser un factor estresor para los profesionales, porque la mayor parte de tiempo pasan trabajando y en turnos rotativos, cifras que están en relación con un estudio de prevalencia de desgaste profesional en personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de Boyacá, Colombia, donde el 78% realiza turnos rotativos de noche (Álvarez y Prieto, 2012).

Siguiendo con las características laborales, en el tipo de contrato que mantiene los cuidadores de la salud es el de 82,5% indefinido o nombramiento, lo que significa que mientras más tiempo llevan en la institución son más propensos a padecer estrés laboral, se relaciona con un estudio denominado desgaste profesional, estrés y satisfacción laboral del personal de enfermería en un hospital universitario, realizado en Córdoba, España, del cual se puntuó un 72.09% eran propietarios de plaza o con nombramiento (Portero de la Cruz y Vaquero, 2015).

En cuanto a la experiencia laboral, la media es de 17,0 años, información que se asemeja a un estudio realizado en la ciudad de Córdoba en España, en un hospital público de tercer nivel de servicio sanitario donde la media es de 24.16 ± 8.19 años (Portero de la Cruz y Vaquero, 2015).

Cuando hablamos de que si la institución provee de los recursos necesarios para el cuidador podemos observar que con un 92,5% indica que medianamente la institución los proporciona, dando a entender que mientras más recursos tiene el profesional es menos propenso a desarrollar cansancio emocional, lo que difiere de esta manera a la información que realizó un estudio de investigación de estrés laboral crónico o burnout en profesionales de enfermería que trabajan en Unidades de Urgencia y Servicio de Atención Médica de Urgencia SAMU, en una región de Chile, donde el resultado fue importante en cuanto a que quienes decían tener insuficientes recursos promediando 64.72 para la escala de burnout y 22.86 puntos para cansancio emocional (Rodríguez, Cruz y Merino, 2005). Según el análisis, la media del número de horas de trabajo que laboran los cuidadores es de 9,5 y de un máximo de 13 horas que alcanzan a laborar sobrepasando así las 8 horas diarias de la jornada ordinaria que estipula el (MDT); por ello, se pueden generar problemas adjuntos a su desempeño como son los de agotamiento físico, somnolencia, etc.

El segundo objetivo específico trazado fue reconocer los alcances de estrés laboral crónico de los cuidadores de la salud como agotamiento emocional, despersonalización y realización personal de una institución pública con mayor demanda del país. En la primera dimensión de agotamiento emocional se obtuvo un porcentaje del 22,5%, mientras que en la despersonalización presentó un porcentaje del 10% y en cuanto a realización personal un 20%, estos datos son de igual similitud al estudio realizado en Perú, sobre la incidencia del síndrome de burnout en cuidadores del adulto mayor, donde los participantes puntuaron 20% en nivel alto de agotamiento emocional, 15% en nivel alto de despersonalización, y el 35% nivel bajo de realización personal (Arasaki, 2016). Por tanto, una persona es considerada con este síndrome si posee altos los niveles de agotamiento emocional y el grado de despersonalización y un nivel bajo en cuanto a la realización personal, y brindar mucha más importancia al 62.5% que puntuó este estudio nivel medio de burnout, que son propensos a desarrollar el síndrome y colocarse en nivel alto de burnout.

El tercer objetivo específico es el de identificar el bienestar general de la muestra investigada en la que se observó que el 42,5% presenta síntomas somáticos y el 47,5% en ansiedad, información

que coincide con un estudio realizado en Lima, donde se encontró que el 40.9% desarrollo síntomas somáticos por sobrecarga, estipulado por Romero y Cuba (2013), indicando que puede deberse al grado de dependencia y presencia de patologías de los pacientes adultos mayores, frente a otro estudio realizado en España a personal de enfermería y las consecuencias psicosociales del trabajo, donde el 69.3% padece angustia/insomnio, en contraste con la presente investigación siendo más elevado, pero con la misma significancia de que los síntomas mencionados descritos pueden desarrollar burnout, en profesionales que no presenten bienestar general de su salud debido a sus labores de cuidados a pacientes con mucha dificultad de enfermedades.

El cuarto objetivo específico es identificar los modos de afrontamiento que son más utilizadas por los cuidadores de la salud ante la presencia de este síndrome. La postura de afrontamiento más utilizada según el estudio, es el afrontamiento activo con una media de 2,45%, seguido por la religión con una media de 2,10%; en relación con estos datos, un estudio realizado de satisfacción en el empleo, Burnout y Afrontamiento en servicios humanos, en España, refleja que el afrontamiento activo y la religión junto a otros modos positivos de afrontar el estrés como planificación, reinterpretación positiva, aceptación de responsabilidad, apoyo emocional tienen una relación positiva con satisfacción en el empleo (Morán, 2008).

El quinto objetivo específico es el de describir el apoyo social procedente del entorno social, tanto de vínculos informales y propios de la institución en que laboran, donde se encontró una media de 29,68% proveniente del apoyo emocional, seguido de un 15,03% de las relaciones sociales, lo que puntuaron niveles más altos, dejando de lado con puntajes bajos el apoyo instrumental, amor y cariño, donde se evidencia un resultado un tanto mayor en relación a un estudio realizado de sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales, donde la media fue de 24.6 para el apoyo social percibido proveniente del apoyo afectivo, de relaciones interpersonales con personas dentro y fuera de la organización (Espinoza y Jofre, 2012). Debido a la falta de apoyo social recibido, los cuidadores formales o informales pueden sufrir despersonalización o agotamiento emocional, y desarrollar burnout, por lo que se debe buscar mejores formas de apoyo, no solo emocional, afectivo, sino organizacional.

El sexto objetivo específico es de lograr identificar el nivel de resiliencia de los cuidadores de la salud ante la presencia del síndrome de burnout, obteniendo así un porcentaje del 12.5% de nivel bajo, un porcentaje alto del 10% y el que sobresale con un porcentaje normal de 77,5%,

resultados un tanto menores a los obtenidos en un estudio realizados a un grupo de enfermeras sobre los niveles de resiliencia donde arrojaron los resultados de que un 14,7% de la muestra mostró bajos niveles de resiliencia, un 69,7% registro niveles medios y, finalmente un 15,6% registro niveles altos (Ríos, Carrillo y Sabuco, 2012). Puesto que los cuidadores pueden tener mayor grado de resiliencia en su trabajo, pueden ser propensos a desarrollar burnout, contradictoriamente del beneficio que tiene ser resiliente, debido a que puede haber un momento donde no puede dejar pasar algún tipo de conflicto dentro de su trabajo.

CONCLUSIONES

Referente a la prevalencia de síndrome de burnout se evidenció un caso que representa el 2.5% de la muestra en cuidadores formales, que relativamente es un índice bajo, si se observa de manera individual y como casos, sin embargo al hacer un estudio general se determinó que el 32.5% poseen un nivel alto de Síndrome de Burnout, mientras que un 62,5% de los cuidadores formales se encuentran en un nivel medio, lo cual indica que son valores significativos al cual se debe atender debido a que en lo posterior pueden los porcentajes pueden ser más altos.

En lo que respecta a las variables sociodemográficas, se evidenció en los cuidadores corresponde a que en su mayoría son mujeres con el 97.5%, de raza mestiza el 95%, de estado civil casados el 55%, con una media de edad de 42.7 años y la media de número de hijos es de 1.8 que varían de entre 0 y 4 para los cuidadores, lo que implica son variables que responde a factores estresores, debido a que las mujeres en esta área son más propensas, por la media de edad se evidencia una población de edad adulta con mayor responsabilidad, y el mínimo número de hijos evidencia que el cuidador pasara más tiempo en sus labores organizacionales.

En las variables laborales de los cuidadores, se evidenció que el 80% se registran en el ingreso mensual entre los 1001 a 2000 dólares, el 90% labora tiempo completo, el 82.5% poseen contrato bajo nombramiento, el 90% tiene turnos rotativos, el 92.5% indican recibir en escala medianamente recursos para trabajar. Por lo que se concluye que las variables estresores en este factor son los turnos rotativos, el trabajar a tiempo completo incluso más de lo establecido por la ley sin pagos de horas extras, y el ingreso mensual, que si bien es cierto no hay inconformidad; sin embargo, significa mayor exigencia y mayor demanda de los pacientes.

Dentro de las dimensiones del síndrome de burnout se concluye que; el 22.5% puntuaron nivel alto de agotamiento emocional, el 10% alta despersonalización y el 20% presentaron baja realización personal, lo que concluye que el personal se encuentra con más agotamiento emocional que despersonalización; en cuanto a la baja realización personal se encuentra en un nivel medio que puede aumentar a medida que no haya reconocimiento de su trabajo.

Referente al bienestar general de los cuidadores, se evidenció que un 42.5% presenta síntomas somáticos y el 47.5% presenta ansiedad, que son puntuaciones elevadas relacionado con la

sobrecarga percibida del cuidador perjudica aún más su estado de salud, bienestar general y vitalidad.

Dentro de las estrategias de afrontamiento más usados en los cuidadores, se encuentra centrado en el afrontamiento activo con una media de 2.45 y la religión con una media de 2.10, lo que implica que situaciones laborales estresantes, el afrontamiento activo como control emocional, control interno y estado mental de flexibilidad cognitiva, alto significado atribuido al trabajo.

Lo que respecta al tipo de apoyo social procedente de la red social con el que cuentan los cuidadores de la salud se pudo concluir que la media más alta es para el factor de apoyo emocional con el 29,68%, seguido de las relaciones sociales con un 15,03%, lo cual concluye que este tipo de apoyo son indicadores que deben ser utilizados para planificar actividades de apoyo.

RECOMENDACIONES

Se recomienda que en la institución donde se realizó el estudio se promueva charlas y talleres internos donde se profundice hablar sobre las causas y consecuencias que genera el Síndrome de Burnout, si bien es cierto que según los resultados obtenidos en el estudio solo un 32.5% mantiene un nivel alto de Burnout y un 62,5% un nivel medio, al no retroalimentar y al no buscar soluciones ante el mismo estaríamos hablando que puede llegar a un 95% en alcanzar un nivel alto de presentar el síndrome.

Al tratarse de un estudio de cuidadores y en su mayoría mujeres, casadas, con y sin hijos, con edad comprendida entre los 25 y 59 años, que laboran tiempo completo, con más de 10 horas promedio, en turnos rotativos, con altas demandas personales, profesionales y organizacionales, se recomienda acciones como: tomarse un tiempo fuera de las actividades y del espacio en donde se desempeña, llevar a cabo prácticas de relajación en pequeños descansos a lo largo de la jornada, establecer objetivos personales factibles de acuerdo a su necesidad, como establecer el tiempo de sueño, mantener un horario regular, no trabaje más de tres noches seguidas, educar a sus hijos para no molestar cuando duerme etc.

En cuanto se refiere a las dimensiones de burnout alcanzadas en los cuidadores, se recomienda estrategias orientadas al agotamiento emocional como: buscar equilibrio vinculado a las relaciones sociales, bienestar emocional, actividades intelectuales, desarrollo espiritual y trabajo, realizar ejercicio físico para despejar pensamiento negativos; en la despersonalización el cuidador debe: reconocer y aceptar su condición de distanciamiento de sus objetivos laborales, y solicitar ayuda pertinente en terapias grupales o individuales para erradicar la actitud negativa respecto al trabajo los sentimientos de impotencia, la indefensión y desesperanza personal, realizar manejo de comunicación lineal en las relaciones de equipo con y para quienes trabaja; en la baja realización personal se debe buscar cursos de motivación e iniciar un plan para crecimiento profesional, para recuperar los ideales, y en lo posible no alejarse de actividades familiares, sociales y recreativas.

En lo que respecta a los síntomas somáticos y ansiedad que padecen los cuidadores se recomienda pruebas complementarias con resultados específicos sobre tipo de personalidad y pruebas para detección de trastornos somatomorfos y de ansiedad, para luego proceder a la

ayuda terapéutica haciendo contacto con el profesional, escuchar, comprender y la aceptación de su situación, elaborar una intervención donde quede claro que no es paciente psiquiátrico, sino que comprenda el significado de los síntomas físicos y de donde provienen.

Se recomienda que se refuerce el apoyo en la religión, y que el cuidador se establezca en grupos que realizan obras de beneficencia y se integre en grupos de apoyo espiritual, además practicar la oración ayuda a disminuir la tensión causada por diferentes estresores laborales; en el afrontamiento positivo se recomienda que se planifique acciones preventivas y estrategias de intervención centrada en el problema cognitivo, afectivo y comportamental, tomando un plan de acción a nivel individual, grupal y organizacional considerando los factores de riesgo de negación emocional, baja calidad de atención, irritabilidad, ausencias laborales, trastornos del sueño, etc., con ayuda de un profesional para resolución de problemas, terapia de desahogo emocional, técnicas que refuercen el optimismo y la autoestima, canalizar mejor la información a los superiores de las preocupaciones que le aqueja y delimitar las funciones, técnicas de adaptación de problemas donde se direcciona a interiorizar el problema y otras cuando el profesional se debe responder inmediatamente y afrontar de manera eficaz con estrategias defensivas, de acuerdo como va cambiando su relación en el entorno.

En lo que refiere al apoyo social, se debe reforzar las habilidades sociales con técnicas de comunicación efectiva, usos de lenguaje verbal adecuado, gesticulación y postura, que denoten buena actitud, debido a que esta va está mal utilizada entre compañeros de trabajo y pacientes, lo cual evita mal interpretaciones de una frase y mejora las relaciones sociales contribuyendo al bienestar y calidad de vida. Se debe apoyar y cuidar las relaciones en la familia que está unida por vínculos de parentesco, sea por consanguinidad o matrimonio, debido a que brinda confianza, y seguridad al cuidador, y le ayuda a despejar de sus labores de turno.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, A. y Quijano, A. (2010). Síndrome por quemarse en el trabajo y variables familiares y laborales de los médicos generales de Bogotá. Una estrategia de calidad laboral. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(4),198-205.
- Alonso, E. (2014). *El síndrome de Burnout en trabajo social*. Universidad de Valladolid, Castilla y León, España.
- Alvares, L. y Prieto, B. (2013). Prevalencia de desgaste profesional en personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de Boyacá, Colombia. *Revista electrónica trimestral de Enfermería*, 29, 73-88. Recuperado de: www.um.es/global/
- Aranda Beltrán, C., Pando Moreno, M. y Torres López, T., Salazar Estrada, J. y Franco Chávez, S. (2005). Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 66 (3), 225-231.
- Aranda, C. (2006). Diferencias por sexo, Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los Médicos familiares de dos instituciones de salud. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 15, 1-7.
- Aranda, C., Pando, M., Aldrete, M., Salazar, J. y Torres, T. (2004). El síndrome de burnout y apoyo social en los médicos familiares de base del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 31(4), 196-205.
- Arias, W., Muñoz, T., Delgado, M., Ortiz, M. y Quishpe, M. (2017). Síndrome de burnout en personal de salud de la ciudad de Arequipa (Perú). *Med. Secur. Trab*, 63 (249).
- Arrindell, W., Heesink, J. y Feij, J. (1999). The Satisfaction with Life Scale (SWLS): Appraisal with 1.700 health young adults in the Netherlands. *Personality and Individual Differences*, 26, 815-826.
- Avargues, M. (2006). *El centro del burnout y los síntomas de estrés del personal de la Universidad de Sevilla: Prevalencia, factores psicosociales y análisis del efecto mediador de la competencia personal percibida*. Universidad de Sevilla. Andalucía, España. Recuperado de <http://fondosdigitales.us.es/tesis/tesis/424/el-core-of-burnout-y-los-sintomas-de-estrés/>.
- Belcastro, P. (1982). Burnout and its Relationship to Teachers' Somatic Complaints and Illnesses. *Sage Journals Psychological Reports*, 50(3), 1045-1046.
- Beltrán, J. (2016). *Síndrome de sobrecarga del cuidador del adulto mayor y su relación con factores asociados*. Universidad de Cuenca, Gualaceo, Ecuador.

- Berdejo, H. (2014). *Síndrome de desgaste laboral (burnout) en los médicos residentes de especialidades médico quirúrgicas de la universidad nacional de colombia, sede Bogotá*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Bernardo de Quirós, M. y Labrador, F. (2007). Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. *Revista International Journal of clinical and health psycology*, 7(2), 323-335.
- Brill, P. (1984). The need for an operational definition of burnout. *Family and Community Health*, 6, 12-24.
- Buendía, J. y Ramos, F. (2001). *Empleo, estrés y salud*. Madrid: Pirámide.
- Burke, R. y Richardsen, A. (1993). Psychological burnout in organizations. En Golembiewski, R. (Eds.), *Handbook of organizational behaviour* (pp. 263-299). New York: Marcel Dekker
- Buunk, B. y Schaufeli, W. (1993). Burnout from a social comparison perspective. En Schaufeli, W. Maslach, C. y Marek T. (Eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 53-69), Washington: Taylor & Francis.
- Buunk, B. y Schaufeli, W. (1999). Reciprocity in Interpersonal Relationships: An Evolutionary Perspective on its Importance for Health and Well-being. *European Review of Social Psychology*, 10, 260-291.
- Buzzetti, M. (2005). *Validación del Maslach y burnout Inventory (MBI), en dirigentes del colegio de profesores A.G de Chile*. Universidad de Santiago de Chile, Chile.
- Caballero, C., Hederich, C. y Palacio, J. (2010). El burnout académico delimitación del síndrome y factores asociados con su aparición. *Revista Latinoamerica de Psicología*, 42(1), 131-146.
- Campos, A. (2015). *Burnout en más de casa: el cuidado de familiares enfermos de Alzheimer*. Universidad de Sevilla, Sevilla, España.
- Cárdenas, L., Arciniegas, Y. y Barrera, M. (2009). Modelo de intervención en clima organizacional. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 121-127.
- Carlin, M. y Garcés de los Fayos, E. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Revista Anales de Psicología*, 26(1), 169-180.
- Carlotto, M. y Gobbi, M. (2001). Desempleo y Síndrome de Burnout. *Revista de psicología de la Universidad de Chile*. 10(1), 131-139.
- Cherniss, C. (1980ayb). *Staff Burnout. Job Stress in the Human Services*. London: Sage Publications

- Cherniss, C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout. En Schaufeli, W., Maslach, C. y Marek T. (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 135-149). London: Taylor & Francis.
- Colmenares, A. (2007). El conocimiento como ciencia y el proceso de investigación. *Gestiopolis*, 1, 12-16.
- Cook, T. y Reichardt, C. (1986). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Morata.
- Cox, T. y Ferguson, E. (1991). Individual differences, stress and coping. En Cooper, C. y Payne, R. (Eds.), *Personality and stress: Individual differences in the stress process* (pp. 7-30). New York: John Wiley & Sons.
- Cox, T., Kuk, G. y Leiter, M. (1993). Burnout, Health, Work Stress and Organizational Healthiness, En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek. (Eds). *Professional burnout: recent Developments in Theory and research*. (pp.89-101). London: Taylor and Francis.
- Csikszentmihalyi, M. (1999). If we are so rich, why aren't we happy?. *American Psychologist*, 54(10), 821-827.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980): *Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*. New York: Human Science Press.
- Espinoza, K. y Jofre, V. (2012). Sobrecarga, Apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. Universidad de Concepción, Chile.
- Farber, B. (1983). Introduction: a critical perspective on Burnout. En Farber, B. (Ed.), *Stress and burnout in the human services professions* (pp. 1-20). New York: Pergamon Press.
- Fernández J. (2004). *El burnout. Identificación y evaluación del riesgo en neumólogos de los hospitales públicos asturianos*. Universidad de Oviedo. Asturia, España.
- Fernández, V. y Zarate, R. y Lartigue, T. (2010). ¿Para qué estudiar el síndrome de burnout en el personal de enfermería en México? Precisiones metodológicas para el desarrollo de una línea de investigación. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 7(1),23-35.
- Ferreira, C., García, K., Macías, L., Pérez, A. y Tomsich, C. (2010). Mujeres y hombres del Ecuador en Cifras III. Comisión de Transición hacia la Definición de la Institucionalidad Pública que garantice la Igualdad entre Hombres y Mujeres, ONU mujeres, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Quito, Ecuador.

- Firth, H. y Britton, P. (1989). Burnout, absence and turnover among british nursing staff. *Journal of Occupational Psychology*, 62, 55-60.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Friesen, D. & Sarros, J.C. (1989). Sources of burnout among educators. *Journal of Organizational Behavior*, 10 (2), 179-189.
- García, C. y González, I. (2000). "La categoría bienestar psicológico, su relación con otras categorías sociales", *Revista Cubana de Medicina Integral*, 16 (6), 586-592.
- García, J. (2014). Psicología positiva, bienestar y calidad de vida. México. *En clave. Pen*, 8(16).
- García, M. (2002). "El bienestar subjetivo", *Escritos de Psicología*, 6, 18-39.
- Gil Monte, P. (2001). El síndrome de quemarse en el trabajo (síndrome de burnout). aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Artículo psicología científica de la Universidad de Valencia*, 1, 1-5.
- Gil Monte. P. y Peiró, J. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. Universidad de la Laguna, Universidad de Valencia. *Revista Psicoterma*, 11(3), 679-689.
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo: una enfermedad laboral, de la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. y Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P., Peiró, J. y Valcárcel, P. (1995). *A causal model of burnout process development: An alternative to Golembiewski and Leiter Models*. Madrid: Síntesis
- Goldberg DP, Hillier VF. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Golembiewski, R., Munzenrider, R. y Carter, D. (1988). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19(4), 461-481.
- Golembiewski, R., Munzenrider, R. y Stevenson, J. (1986). *Physical symptoms and burnout phases*. Universidad de Louisville, Kentucky, Estados Unidos.
- Grau, A. Flichtentrei, D., Suñer, R. y Prats, M. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *RevEsp Salud Pública*, 83, 215-230.
- Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit*. Holanda: The Haya.

- Harrison, W. (1983 a y b). A social competence model of burnout. En B, Farber. (Ed.), *Stress and burnout in the human services professions* (pp.29-39). New York: Pergamon Press.
- Hätinen, M., Kinnunen, U., Pekkonen, M., Aro A., (2004): "Burnout Patterns in Rehabilitation: Short-Term Changes in Job Conditions, Personal Resources, and Health". *Journal of Occupational Health Psychology*, 9 (3), 220-237.
- Hernández, F. y Maquilón, J. (2010): El proceso de investigación. Del problema al informe de investigación. En Hernández, F., Colás, M y Buendía, L. (Coords.), *Competencias científicas para la realización de una tesis doctoral* (pp.31-55). La Coruña: Davinci Continental.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación México*: McGraw-Hill.
- Hernández, Z. y Romero, E (2010). Estrés en Personas Mayores y Estudiantes Universitarios: Un Estudio Comparativo. *Psicología Iberoamericana de la Universidad Iberoamericana de México*, 18 (1), 56-68.
- Hobfoll, S. y Freedy, J. (1993). Conservation of re-sources: A general stress theory applied to burnout. En Schaufeli, W., Maslach C. y Marek T. (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 115-129). London: Taylor & Francis.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2010). Etnias del Ecuador: características, ubicación, tradiciones y más. Recuperado de: <http://hablemosdeculturas.com/etnias-del-ecuador/>
- Instituto Nacional de Estadísticas y censos (2012). Proyecciones de la población de la república del Ecuador 2010-2050. Dirección de Normativas y Metodologías del SEN. Recuperado de: http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/Portal%20SNI%202014/ESTADISTICA/Proyecciones_y_estudios_demograficos/Proyecciones%202010/Metodologia%20Proyecciones%20Poblacionales.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2012). Resultados del censo de población y vivienda en el Ecuador. Fascículo provincial Pichincha. Recuperado de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/pichincha.pdf> www.inec.gob.ec
- Jiménez, I. y Jaimes, K. (2013). *Incidencia de síndrome de burnout en personal de salud que labora en las unidades de atención de primer nivel del instituto de salud del Estado de México (ISEM) en la coordinación municipal de Texcalyacac, México*. Texcalyacac, México.
- Juárez, F., Cano, M. A. y Olarte, M. (2004). Factores psicológicos asociados a síntomas dispépticos. *Psicología y salud*, 14(1), 43-55.

- Kahill, S. (1988). Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. *Canadian Psychology*, 29(3), 284-297.
- Landsbergis, P. A. (1988). "Job stress and heart disease: Evidence and strategies for potencial stress". New York: Printece-Hall.
- Lázaro, L., Shinn, M. y Robinson, P. (1985). Burnout, performance and job withdrawal behavior. *Journal Health Human Resources Administration*, 7, 213-234.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer
- Leiter, M. P. (1991). Burnout as a crisis in self-efficacy- conceptual and practical implications. *Work and Stress*, 6(2), 107-116.
- Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- López, S. (2014). *Síndrome de Burnout en fisioterapeutas*. Universidad de Valladolid, Soria, España.
- Mansilla, F. (2009). Manual de Riesgos Psicosociales en el Trabajo: Teoría y Práctica. *Revista Mexicana de Psicología*, 21 (3), 34-56. Recuperado de: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/index.shtml>
- Martínez, A. (2010). El síndrome de burnout: Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 112, 1-39.
- Martínez, S., Gómez, G., Sánchez, C., Sandoval, J. (2016). La interacción de factores psicosociales emergentes en Organizaciones de la Sociedad Civil de Morelos (México)., *Publisher: Universidad Autónoma Metropolitana - Unidad Xochimilco*, 1, 95-113.
- Marulanda, I. (2007). Estrés laboral enemigo silencioso de la salud mental y la satisfacción con la vida. *Revista de la Universidad de los Andes de Bogotá*, 122, 170.
- Maslach, C. (1976). Burned out. *Human Behavior*, (5), 16-22.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychological Press.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1985). "The role of sex and family variables in burnout." *Sex Roles* 12 (7-8), 837-851. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/2027.42/45574>
- Maslach, C. y Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory (2ª ed, 1981 1ª ed.)*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. y Leiter, M. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, (93), 498- 512.
- Maslach, C., Schaufeli, W. y Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, (52), 397-422.

- Maslach, J., Jackson, N. y Leiter, M. (1996) The dream denied: professional burnout and the constraints of service organizations. *Canadian Psychology*, (32), 547-558.
- Menezes de Lucena, V., Fernández, B., Hernández, L., Ramos, F. y Contador, I. (2006). Resiliencia y el modelo Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicotherma*, (4), 791-796).
- Ministerio de Trabajo (2017). MDT. Recuperado de: www.trabajo.gob.ec/wp-content/.../10/Reglamento-Interno-MRL-corregido-21.doc
- Mintzberg, H. (1978). Patterns in Strategy Formation. *Management Science* (9), 934-948.
- Miravalles J. (2011). *Cuestionario de Maslach Burnout Inventory*, Zaragoza. Recuperado de: <http://www.javiermiravalles.es/sindrome%20burnout/Cuestionario%20de%20Maslach%20Burnout%20Inventory.pdf>
- Molina, J. y Ávalos, F. (2007). Satisfacción laboral y desgaste profesional del personal de enfermería. *Revista Tesela*, 1(1). Recuperado de: <http://www.indexf.com/tesela/ts1/ts6327.php>
- Morales, F. y Naranjo, M. (2016). *Análisis de burnout y sus consecuencias en la satisfacción laboral en los trabajadores de la EPMAPS matriz Quito*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador.
- Morán, C. (2008). Satisfacción en el empleo, burnout y afrontamiento en servicios humanos. Universidad de León, España.
- Muñoz, M. y Casique, L. (2016). Estrés laboral y su efecto biopsicosocial en el cuidado de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 24 (2), 141-144.
- Ojeda, G. (2016). *Modelo causal social cognitivo de Burnout en profesionales de la salud de Lima Metropolitana*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2016). Estrés en el trabajo: Un reto colectivo. Servicio de Administración del Trabajo, Inspección del Trabajo y Seguridad y Salud en el Trabajo (LABADMIN/OSH). Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006). Prevención del suicidio un instrumento en el trabajo. Ginebra
- Patiño, E. (2012). *La prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería del sistema hospitalario docente de la Universidad de Guayaquil*, Ecuador.
- Pines, A. (2000). Unconscious determinants of career choice and burnout: Theoretical model and counseling strategy. *Journal of Employment Counseling*, 38(4), 170-84. DOI: 10.1002/j.2161-1920.2001.tb00499.x

- Pines, A. y Kafry, D. (1978). *Coping with burnout. Paper presented at the Annual Convention of the American Psychology Association*. Toronto: Canada.
- Pines, A., Aronson, E., y Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth*. New York: Free Press.
- Pines, M. (2002) "Teacher Burnout: A Psychodynamic Existential Perspective" *Teachers and Teaching. Journal Theory and practice*, 8 (2).
- Pines, A. y Aronson, E. (1988). *Career burnout. Causes and cures*. Nueva York: Free Press.
- Portero de la Cruz, S. Vaquero, M. (2015). *Desgaste profesional, estrés y satisfacción laboral del personal de enfermería en un Hospital Universitario*. Universidad de Córdoba, España.
- Price, D. y Murphy, P. (1984). Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death Education*, 8 (1), 47-58.
- Quiceno, J. y Vinaccia, S. (2007). Burnout: "síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)" Universidad Católica de Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, 10 (2), 117-125.
- Ramos, F. (1999). *El síndrome de burnout*. Madrid: UNED-Klinik.
- Revuelta, F. y Andújar, R. (2005). *Adaptación al español de la Escala de Satisfacción Vital*. México: MacGraw-Hill.
- Ríos, M., Carrillo, C. y Sabuco, E. (2012). Resiliencia y Síndrome de Burnout en estudiantes de enfermería y su relación con variables sociodemográficos y de relación interpersonal. *International Journal of Psychological Research*, 5(1).
- Rodríguez, A., Cruz, M. y Merino, M. (2005). *Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región*. Universidad de Concepción, Talcahuapo, Chile.
- Román, J. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Rev. Cubana Salud Publica*, 29 (2).
- Romero, Z. y Cuba, M. (2013). Síntomas somáticos en cuidadores de pacientes geriátricos con o sin sobrecarga, del área urbano-marginal Payet, Independencia, Lima, Perú. *Rev Med Hered*, 24, 204-209.
- Rubio, J. (1993). *Equipos comunitarios: ¿Una ilusión sin porvenir, un porvenir sin ilusión? En Salud Mental y Servicios Sociales: El espacio comunitario*. Barcelona: Diputación de Barcelona.
- Schaufeli, W., Enzmann, D. y Girault, N. (1993). Measurement of burnout: A review. En Schaufeli, W., Maslach, C. y Marek, T. (eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 199-215). London: Taylor & Francis

- Schaufeli, W., Leiter, M., Maslach, C. y Jackson, S. (1996). The Maslach Burnout Inventory: General Survey. En Maslach, C., Jackson, S. y Leiter, M. *Maslach Burnout Inventory manual (3ª ed.)*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Schwab, R., Jackson, S. y Schuler, R. (1986). Educator burnout: sources and consequences. *Educational Research Quarterly*, 10(3), 14-30.
- Seltzer, J. y Numerof, R. (1988). Supervisory Leadership and Subordinate Burnout. *Academy of Management Journal*, 31, 439-446.
- Shaufeli, W. (2005). Burnout en profesores: Una perspectiva social del intercambio. *Revista de Psicología del trabajo y de las organizaciones*, 21(1-2), 15-35.
- Sherbourne, C., y Stewart, A. (1991). The MOS social support survey. *Social science & medicine*, 32(6), 705 -714.
- Smith, N., Watstein, S. y Wuehler, A. (1986). Burnout and social interest in librarians and library school students. *21st Century Mountain Plains Library Association*, 1(2).
- Thompson, M., Page, S. y Cooper, C. (1993). A test of Caver on Schemer's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*, (9), 221-235.
- Torres, J. (2008). Aspectos psicológicos en cuidadores formales de ancianos. Carga y afrontamiento del estrés: (Un estudio en población sociosanitaria). Universidad de Huelva. Andalucía, España.
- Vargas, S., Herrera, G., Rodríguez, L., y Sepúlveda, G. (2010). Confiabilidad del cuestionario Brief COPE Inventory en versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno. *Investigación en enfermería: Imagen y Desarrollo*, 2(5).
- Veenhoven, R. (1994). "El estudio de la satisfacción con la vida", *Intervención Psicosocial*, (3), 87-116.
- Vieco, G. y Abello, R. (2014). Factores psicosociales de origen laboral, estrés y morbilidad en el mundo. *Psicología desde el Caribe*, 31(2).
- Viera, D. y Yugcha, S. (2016). *Síndrome del cuidador cansado y su relación con el control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al centro de salud de Chimbacalle, en el periodo comprendido entre junio a Julio del 2016*. Quito, Ecuador.
- Vilá, M., Cruzate, C., Orfila, F., Creixell, J., González, M., y Davins, J. (2015). Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. *Atención Primaria*, 47(1), 25–31. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.01.008>
- Warr, P. (1990) The measurement of well-being and others aspects of mental health. *Journal of Occupational Psychology*, (63), 193-210.

- Winnubst, J. A. (1993). Organizational structure, social support, and burnout. En Schaufeli, W., Maslach, C y Marek, T. (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 151-162). Washington D.C.: Hemisphere.
- Wolpin, J. (1986) *Psychological burnout among Canadian teachers: A longitudinal study. Unpublished doctoral dissertation.* York University, Toronto Canada.
- Zarit, S., Orr, N. y Zarit, J. (1985). *The hidden victims of Alzheimer's disease: Families under stress.* New York: University Press.

ANEXOS

ANEXO 1

1.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Documento de información para participantes y consentimiento informado

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

Departamento de Psicología

Investigador responsable: Rocío Ramírez Zhindón

Estudiante de la UTPL:

Información General

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

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

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

¿Quiénes participarán en el estudio?

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

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

Procedimientos del estudio

A los voluntarios incluidos en el estudio se les realizarán distintas pruebas psicológicas y levantamiento de información sociodemográfica, a través de los siguientes instrumentos: Cuestionario Sociodemográfico y laboral, Cuestionario de MaslachBurnoutInventory (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 BriefResilienceScale (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 necesaria la recolección de algunos datos concernientes a su estado actual.

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

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

NOMBRE:.....

.....

FIRMA

ANEXO 2

2.1. INSTRUMENTOS



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos Personales

Sexo Masculino Femenino

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: ____

Recibe su remuneración salarial: si no

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Profesión:

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja:

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

Horas que trabaja diariamente _____

Trabaja usted en turno SI No

Número de niños aproximados que atiende diariamente: _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

Questionario (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>

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

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

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

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