



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
*La Universidad Católica de Loja*

**ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA**

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

**Estrés laboral crónico en cuidadores formales e informales de adultos mayores en la ciudad de Guayaquil en el sector norte durante el año 2017-2018.**

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTOR: Quirola Chica, Lissette Tarcila

DIRECTORA: Ramírez Zhindón, Marina del Rocío, PhD

CENTRO UNIVERSITARIO GUAYAQUIL

2018



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

*Loja, septiembre del 2018*

## **APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Doctora.

Marina del Rocío Ramírez Zhindón, PhD

### **DOCENTE DE LA TITULACIÓN**

De mi consideración:

El presente trabajo titulación: Estrés laboral crónico en cuidadores formales e informales de adultos mayores en la ciudad de Guayaquil en el sector Norte durante el año 2017-2018, realizado por Lissette Tarcila Quirola Chica, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, septiembre de 2018

f) .....

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Lissette Tarcila Quirola Chica declaro ser autor (a) del presente trabajo de titulación: Estrés laboral crónico en cuidadores formales e informales de adultos mayores en la ciudad de Guayaquil en el sector Norte durante el año 2017-2018, de la Titulación de Licenciada en Psicología, siendo Marina del Rocío Ramírez Zhindón, PhD director (a) del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Guayaquil 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 Guayaquil que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f. ....

Autor: Quirola Chica, Lissette Tarcila

Cédula 0916538580

## DEDICATORIA

A Dios por ser el pilar fundamental y guía en mi vida.

A mi esposo y mi hija por ser lo más importante que tengo en mi vida.

A mis padres por estar siempre apoyándome.

Esta tesis quiero dedicárselo a toda mi familia que siempre estuvieron alentándome para la realización de cada proyecto.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios quien nos da fortaleza para seguir adelante

A mi familia por todo el apoyo brindado

A todos mis maestros por brindarme sus conocimientos durante los años de formación académica

## INDICE

### Contenido

<b>CAPÍTULO I : MARCO TEÓRICO</b> .....	6
1.1 Definiciones del estrés laboral crónico en cuidadores.....	7
1.1.1 Definiciones de las décadas de 1980.....	7
1.1.2 Definiciones de las décadas de 1990.....	7
1.1.3 Definiciones de las décadas del 2000.....	8
1.1.4 Definiciones de las décadas del 2010 hasta la actualidad. ....	8
1.2. Consecuencias del estrés laboral crónico.....	9
1.2.1. Consecuencias en la salud en 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
1.3.2 Modelos elaborados desde la teoría del intercambio Social.....	13
1.3.3 Modelos desarrollados desde la teoría organizacional.....	15
1.3.4 Modelos sobre el proceso del síndrome de quemarse en el trabajo.....	17
1.3.5 Modelo de la teoría estructural Modelo de Gil Monte. ....	18
1.4. Importancia del estudio estrés laboral crónico en cuidadores.....	19
1.5 Prevalencia en cuidadores a nivel de Latinoamérica. ....	20
1.5.1 Prevalencia en cuidadores a nivel nacional. ....	21
1.6 Variables asociadas del estrés laboral en cuidadores.....	23
1.6.1 Variables sociodemográficas asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores. ....	23
1.6.2 Variables laborales asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores .....	24
1.6.3 Variables asociadas al compromiso vital y satisfacción vital asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.....	24
1.6.4. Variables moduladoras como: apoyo social, afrontamiento y resiliencia asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores .....	25
<b>CAPÍTULO II: METODOLOGÍA</b> .....	28
<b>CAPÍTULO III : ANÁLISIS DE DATOS</b> .....	37
3.1 Análisis Sociodemográfico .....	38
3.2 Análisis variables laborales .....	39
3.3 Análisis de MBI .....	40
3.4 Análisis de Carga de los cuidadores .....	41
3.5 Análisis de Escala de satisfacción vital (ESV) .....	42
3.6 Análisis de Salud General (GHQ-28) .....	42
3.7 Análisis de afrontamiento (BRIEF - COPE) .....	43
3.8 Análisis al Apoyo Social .....	44

3.9 Análisis Brief Resilience Scale (BRS) .....	44
3.10 Discusión.....	46
Conclusiones.....	50
Recomendaciones .....	52
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>53</b>
<b>ANEXO</b> .....	<b>64</b>



## RESUMEN

El estrés laboral crónico en cuidadores formales e informales de un centro geriátrico de la ciudad de Guayaquil en el sector norte durante el año 2017-2018, es un tema sumamente importante para la salud de los cuidadores para que puedan desempeñar de manera eficaz y eficiente su labor

El tipo de investigación que se realizó fue descriptivo. La muestra estuvo constituida por 40 cuidadores formales e informales de un centro geriátrico de mínimo 1 año de experiencia.

Los objetivos principales son identificar la prevalencia del estrés laboral crónico y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal) en la muestra mencionada.

En los resultados principales podemos evidenciar que el 20% de los cuidadores presentan un agotamiento emocional alto, el 37,5% posee un nivel de despersonalización alto y el 12,5% presentan un nivel de realización personal bajo. En el análisis de Burnout el 12.5% presentan un nivel alto y en la carga de los cuidadores un 30% tienen una sobrecarga intensa.

Palabras claves: Cuidadores de adulto a mayores formales e informales, estrés laboral crónico, sobrecarga laboral

## **ABSTRACT**

Chronic work stress in formal and informal caregivers of a geriatric center of the city of Guayaquil in the northern sector during the year 2017-2018, is a very important issue for the health of the caregivers so that they can effectively and efficiently perform their work

The type of research that was conducted was descriptive. The sample consisted of 40 formal and informal caregivers of a geriatric center with a minimum of 1 year of experience.

The main objectives are to identify the prevalence of chronic work stress and its three dimensions (emotional exhaustion, depersonalization, low personal fulfillment) in the aforementioned sample.

In the main results we can see that 20% of caregivers have a high emotional exhaustion, 37.5% have a high level of depersonalization and 12.5% have a low level of personal fulfillment. In the Burnout analysis, 12.5% have a high level and in the burden of carers 30% have an intense overload.

Keywords: Caregivers from adult to formal and informal elderly, chronic work stress, work overload

## INTRODUCCIÓN

La atención de personas adultas mayores que necesitan de asistencia médica especializada es realizada por profesionales y cuidadores formales e informales que dentro de sus funciones es dar un bienestar a la persona que cuidan en diferentes aspectos físicos y emocionales, además que estas personas que cuidan a sus pacientes tienen aparte de una fuerza física, temperamento, personalidad y demás características que acompañen a tal noble tarea.

Cuidar es una acción individual que la persona ejerce sobre sí misma, pero es también un acto de reciprocidad que se tiende a ofrecer a cualquier persona hasta que pueda valerse por sí misma (autonomía) o a quienes temporal o definitivamente, requieren ayuda para asumir sus necesidades vitales. (Colliere, 1993 p.14)

Pero es importante mencionar que tales aspectos antes mencionados hay que visualizar y determinar sobre el nivel de estrés que causa el cuidar a personas de asistencia especial, como son adultos mayores, que en este caso algunos padecen de discapacidad, demencia senil, y demás adversidades que conllevan a determinar en los profesionales que cuidan a estas personas a tener un estrés laboral crónico de forma diaria, y que con el paso del tiempo pueden conllevar este estrés de forma normal o están a punto de mostrar síntomas como el del Síndrome de burnout, donde sus características en los cuidadores son evidentes.

En el capítulo 1 que se refiere al marco teórico, se define los conceptos de varios autores del Estrés laboral crónico desde las décadas de 1980 hasta la actualidad, las consecuencias en los cuidadores, los modelos explicativos, la importancia del estudio, la prevalencia y las variables asociadas del estrés laboral crónico en cuidadores.

En el capítulo 2, se explica la metodología que en el estudio fue descriptivo, los resultados obtenidos a través de las encuestas y la tabulación de los datos que se referencia con las investigaciones y trabajos pares donde confirmará la discusión.

En el capítulo 3 se presentan los resultados en tablas de acuerdo a los objetivos propuestos con sus respectivos análisis, además de la discusión de los mismos.

En el capítulo 4 se presentan las conclusiones y recomendaciones del trabajo direccionado a la aplicación para una mejor operatividad de los recursos y acciones por parte del personal que trabaja en centros de atención a personas prioritarias.

Dentro del trabajo se presentan los siguientes objetivos y su cumplimiento mediante los resultados obtenidos a través de los instrumentos aplicados a los participantes, correspondiendo a cada uno de los objetivos.

Objetivos generales:

- Identificar la prevalencia del estrés laboral crónico y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal) en cuidadores formales e informales de adultos mayores.

Objetivos específicos:

- Identificar las características sociodemográficas y laborales de los cuidadores.
- Determinar las dimensiones del estrés laboral crónico en cuidadores formales e informales de adultos mayores en la ciudad de Guayaquil en el sector Norte.
- Identificar el bienestar general de los cuidadores formales e informales de adultos mayores en la ciudad de Guayaquil en el sector Norte.
- Conocer los modos de afrontamiento más utilizados por los cuidadores.
- Identificar el apoyo social procedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo de los cuidadores.
- Identificar la satisfacción vital y la resiliencia de cuidadores formales e informales de adultos mayores en la ciudad de Guayaquil en el sector norte.

Estos objetivos se fueron cumpliendo de forma ordenada según lo establecido a través de las baterías de instrumentos aplicados a la muestra donde los resultados se reflejan en las tablas del análisis.

En el presente trabajo y dentro de la investigación se identificaron las facilidades u oportunidades como la colaboración de los 40 cuidadores del estudio en la obtención de las respuestas según el formato planteado para la ejecución del mismo, la diversidad de profesionales en la rama de enfermería, el uso de un modelo de recolección de datos práctico y dinámico y la ubicación del lugar de trabajo de los cuidadores dentro de la ciudad de Guayaquil, lo que resultó ser un beneficio al momento de trasladarse. Los inconvenientes o limitantes que se manifestaron en la evaluación fue que se investigó en una sola institución.

## **CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO**

En este capítulo se describen las teorías relacionadas al síndrome de Burnout para proceder al análisis de los datos recogidos de la muestra para el estudio de los mismos.

## **1.1 Definiciones del estrés laboral crónico en cuidadores**

A continuación, se encontrarán las definiciones del síndrome de Burnout a través de los años y como ha ido evolucionando este síndrome.

### **1.1.1 Definiciones de las décadas de 1980.**

Rodríguez y Rivas (2011) “los primeros estudios sobre el agotamiento profesional se dieron entre 1977 y 1980 al observar como reaccionaban los trabajadores ante los clientes en momentos de presión”.

Teoría de las Necesidades de Maslow, psicólogo humanista desarrolló una teoría sobre la motivación jerarquizando las necesidades según su orden de importancia para la vida. Con su teoría intenta explicar los elementos que motivan la conducta la manifestación de necesidades de un nivel alto lleva consigo el tener cubiertas las más básicas y a la autorrealización que podría relacionarse con el sentido de calidad de vida (Escobar, Taborda, Adriana y Peláez, 2015, p. 2)

La definición más acertada del burnout es aportada por Maslach y Jackson (1986) con los tres ejes fundamentales anteriormente mencionados. Se debe destacar que la influencia de estos autores corresponde a que la mayoría de los estudios se han elaborado con el “Maslach burnout Inventory” como instrumento de la medida, a pesar de existir otras técnicas en uso (Guzmán, Bustos y Ochoa, 2011, p. 34).

### **1.1.2 Definiciones de las décadas de 1990**

“Proceso que sucede a nivel personal como parte de una vivencia desde el punto de vista psicológico que envuelve actitudes, expectativas y sensaciones. Así como también no es una experiencia positiva porque implica disconformidad.” (Burke y Richardsen, 1993, p. 267)

Rubio, (1993) “El burnout presenta síntomas depresivos que resulta después de que las personas sienten que han fallado en sus acciones, que no son buenos en los que hacen, baja autoestima y sienten que su trabajo no es útil”

Dentro de los niveles de comportamiento indican Schaufeli y Buunk, (1996) “el burnout no es un comportamiento positivo dentro de una empresa y no solo afecta a los empleados sino también a la empresa”

Gil-Monte y Peiró (1995) “El burnout es una respuesta al estrés que aqueja a ciertos empleados en una compañía, este síndrome tiene una connotación negativa ya que tanto el trabajador como la empresa prevalencia las consecuencias de la alteración del comportamiento”

### **1.1.3 Definiciones de las décadas del 2000.**

El concepto del síndrome de burnout se refiere a una consecuencia del estrés que prevalencia los empleados debido al constante desgaste físico, cognitivo y emocional. Existe un sinnúmero de definiciones según las diversas teorías, mismas que se ampliarán a continuación.

El síndrome de quemarse por el trabajo es una respuesta al estrés laboral crónico que aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que habitualmente emplea el individuo para manejar los estresores laborales (v.g., afrontamiento activo, evitación...), y se comporta como variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias (Gil-Monte, 2003, p. 22)

### **1.1.4 Definiciones de las décadas del 2010 hasta la actualidad.**

Según El Sahili (2011) debieron transcurrir muchos años para que el burnout se reconociera como un nuevo termino. Después de exhaustivas observaciones se creó un modelo que demostrara las consecuencias que conlleva el estrés laboral.

El estrés también ocasiona enfermedades físicas, porque el sistema inmunológico trata de manejar la tensión. Algunas enfermedades físicas son de corta duración, como un malestar estomacal. Otras son prolongadas, como una ulcera gástrica. El estrés que se mantiene durante un tiempo prolongado también favorece la aparición



de enfermedades degenerativas del corazón, riñones, vasos sanguíneos y otras partes del cuerpo. Puede ocasionar angina en el pecho y dolores de cabeza. Por tanto, es importante que el estrés, tanto dentro como fuera del trabajo, se mantenga en un nivel lo bastante bajo para que la mayoría de las personas lo tolere sin desarrollar padecimientos emocionales ni físicos (Newstrom, 2011, p. 4).

## **1.2. Consecuencias del estrés laboral crónico**

### **1.2.1. Consecuencias en la salud en los cuidadores**

Mazón-Ramos (2012), indica que las consecuencias en la salud en los cuidadores pueden afectar tanto al corazón como a la piel, entre otros. En el siguiente párrafo se especifican las mismas.

Enfermedades cardiovasculares: tales como cardiopatía isquémica, HTA, arterioesclerosis. Sobre todo el estrés de tipo laboral y sobre todo en la personalidad tipo A. Enfermedades metabólicas: obesidad (comer en exceso de forma desequilibrada y falta de ejercicio), diabetes (aumento de glucemia y la adrenalina antagonizan a la insulina) (Mazón-Ramos, 2012, p. 4)

Cabrera, Fuertes y Plumed (1994) explican que “el estrés deprime el sistema inmunitario lo cual explica los efectos del estrés sobre una gran variedad de afecciones que van desde el resfriado común hasta el cáncer”

También se pueden mencionar otros síntomas negativos comunes de estrés tales como:

(Newstrom, 2011, p. 386)

#### **Fisiológicos:**

- Úlceras
- Problemas digestivos
- Dolores de cabeza
- Hipertensión
- Trastornos del sueño

#### **Psicológicos:**

- Inestabilidad emocional
- Irritabilidad
- Nerviosismo y angustia
- Preocupación crónica
- Depresión
- Agotamiento

**Conductuales:**

- Tabaquismo excesivo
- Alcoholismo o drogadicción
- Ausentismo
- Agresión
- Problemas de seguridad
- Problemas de desempeño

### **1.2.2 Consecuencias en el trabajo en los cuidadores.**

Cuando los trabajadores se desgastan, es más probable que se quejen, atribuyan sus errores a otros, exageren sus características dominantes y estén muy irritables. El alejamiento que sienten conduce a muchos de ellos a pensar en dejar sus empleos, buscar oportunidades para capacitarse en nuevas carreras y, de hecho, renunciar. Además de una rotación más alta, el desgaste ocasiona mayor ausentismo, así como disminución de la calidad y cantidad del desempeño laboral. (Newstrom, 2011, p. 387)

## **1.3 Modelos explicativos del estrés laboral crónico.**

### **1.3.1 Modelos basados desde la teoría Sociocognitiva.**

#### **1.3.1.1 Modelo de competencia social de Harrison**

Según Beck, Epstein y Harrison (1983), “este modelo es uno de los acercamientos basados en la teoría que explica la importancia de la motivación en el proceso del burnout”

Como un ejemplo del autor del párrafo antecedente, se busca centrar la motivación para promover la ayuda como el factor más importante para mejorar el desenvolvimiento de los empleados dentro de una compañía. De esta manera la obtención de resultados favorables en el ámbito profesional estará determinada por las facilidades o dificultades que los empleados tengan en el desempeño de las actividades diarias. Los empleados que comienzan a prestar sus servicios en centros de ayuda tienen la predisposición de ayudar a las demás personas y son altruistas. En el medio laboral en el que se desenvuelven pueden encontrarse con factores de ayuda o factores que dificulten su trabajo. La capacitación constante, la antigüedad del puesto, la carga laboral, la misión de la institución, los recursos disponibles, etc.; son ejemplos de estos factores.

Para Mansilla (2003, p. 21), este modelo “sirve para ayudar va a predeterminar la eficacia del trabajador en la consecución de los objetivos laborales”, de forma que, a mayor motivación del mismo, es mayor la eficacia laboral. Además, si en el entorno existen factores de ayuda, esta efectividad crecerá y redundará en un aumento de los sentimientos de competencia social del mismo.

Mansilla (2003) indica que “estos sentimientos son altamente reforzantes para estos profesionales, pueden ser considerados como un gran factor de ayuda, de manera que mantendrán y aumentarán los sentimientos de eficacia e influirán de forma positiva en la motivación para ayudar”

Por el contrario, cuando los trabajadores encuentran en el entorno factores barrera, los sentimientos de eficacia disminuyen, porque el trabajador no acaba de conseguir sus objetivos, y esto afecta negativamente a la esperanza de conseguirlos. Al mantenerse esta situación en el tiempo se origina el síndrome de burnout, que por retroalimentación facilita el desarrollo de los factores barrera, disminuye los sentimientos de eficacia percibida y la motivación para ayudar (Mansilla, 2003, p. 21)

Beck et al. (1983) señala que el modelo de competencia social es especialmente aplicable a los trabajadores que han desarrollado expectativas muy elevadas sobre la consecución de sus objetivos laborales, e intentan ayudar a los demás en situaciones que requieren algo más que la simple motivación para alcanzar el éxito.

### **1.3.1.2 Modelo de Pines.**

Pines (1993) citado por Gil-Monte y Peiró (1999), “desarrollo un modelo parecido al de Harrison, con la diferencia de que anida la idea de que los empleados que tratan de darle vida al trabajo terminan sufriendo de desgaste laboral”, esto quiere decir que son los trabajadores que piensan que nacieron para realizar labores sociales. Los trabajadores se justifican pensando que su vida tiene sentido debido a que desempeñan tareas de utilidad e importancia. Los empleados que tengan altas expectativas fijándose metas muy altas y difíciles de alcanzar desarrollaran estrés laboral. De esta manera los empleados que se sientan muy motivados cuando no logran conseguir los objetivos planteados tienden a desarrollar el síndrome de burnout ya que sienten que han fracasado en el alcance de sus objetivos.

### **1.3.1.3 Modelo de autoeficacia de Cherniss.**

Cherniss (1993) La consideración de que la interacción entre las características del contexto de trabajo y las características del individuo, sus expectativas y demandas, puede producir estrés en aquellos sujetos que adopten mecanismos de afrontamiento poco funcionales.

Este autor señala que el estrés de rol (como conflicto de rol, sobrecarga de rol y ambigüedad de rol) es un importante predictor del desgaste profesional. De igual manera, la autoeficacia, juega un papel esencial, siendo posible establecer una relación causal entre la incapacidad del sujeto para desarrollar sentimientos de competencia o éxito personal, y el desgaste profesional, debido a las creencias del individuo sobre su capacidad para afrontar con éxito las situaciones difíciles (Cherniss, 1993, p. 145).

Según Cherniss (1993) “las empresas que ayuden a prevenir el desgaste laboral facilitan que el empleado este satisfecho”. Factores como las autonomía, apoyo y control son características que previenen el síndrome de burnout.

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

El autocontrol tal como lo indican existen cuatro variables que definen el síndrome de burnout: los recursos del empleado, los niveles de autoconciencia del empleado, las

diferencias entre las tareas asignadas y los recursos que le ofrece la empresa al empleado, las expectativas de éxito y la autoconfianza (Thompson, Page y Cooper, 1993 p. 233)

El autocontrol es la variable considerada como los rasgos de la personalidad, es la capacidad del trabajador de regular sus niveles de estrés durante la ejecución de una tarea. Los empleados con altos niveles de autoconciencia tienen la característica de auto percibirse exageradamente y se concentran en las experiencias que han tenido con el estrés. Los trabajadores con alta autoconciencia se caracterizan por una tendencia exagerada a auto percibirse y a concentrarse en su experiencia con el estrés, esto quiere decir que las personas con altos niveles de autoconciencia perciben altos niveles de estrés incluso más que las personas con bajos niveles de autoconciencia (Martínez, 2010, p. 2)

La presencia de estos factores de autoconciencia y pesimismo que presentan los profesionales de la salud genera el retiro de todo esfuerzo con los que están supuestos a desempeñar sus actividades laborales, ya que evitan a toda costa experimentar sentimientos negativos como la frustración o la desilusión. Por otro lado, promover la adopción de actitudes positivas para alcanzar el éxito puede ayudar a mejorar la confianza en los profesionales de la salud y asegurar la persistencia de los intentos de disminuir el pesimismo y afrontar los conflictos. (Mahler, 2009, p. 11).

### **1.3.2 Modelos elaborados desde la teoría del intercambio Social**

#### ***1.3.2.1 Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli***

Dentro los modelos de comparación manifiestan Buunk y Schaufeli (1993) es un modelo que se desarrolla para que la etiología del desgaste laboral sea explicada, señalando que en el campo profesional el síndrome de burnout tiene dos etiologías: los procesos de intercambio personal y los procesos de afiliación.

Hablando del intercambio social con los pacientes, los profesionales de la salud señalan varias variables relevantes como: el poco control, como se percibe la equidad y la incertidumbre. Esta última hace referencia a la ausencia de claridad

sobre lo que se piensa o como se debe actuar. Otra variable es como se percibe la equidad ya que hace alusión al equilibrio que se percibe entre los profesionales de la salud y lo que se percibe en sus relaciones. Por último, pero no menos importante la ausencia de control, esto tiene relación con la capacidad del profesional de la salud de monitorear el resultado de su desempeño laboral (Buunk y Schaufeli, 1993, p. 34)

Los roles de los profesionales de la salud pueden llegar a generar incertidumbre de manera frecuente ya que se pone en tela de duda que los mismos se impliquen con los pacientes que atienden. Esto quiere decir que se piensa que no desempeñan su labor de manera adecuada, es muy importante recalcar que no sienten que su trabajo sea recompensado dejando de lado el ámbito económico ya que lidian con pacientes que se muestran ansiosos y el intercambio social con ellos no es grato (Buunk y Schaufeli, 1993, p. 45)

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

Tal como lo indica Hobfoll y Freddy (1993) “el estrés laboral nace a partir de que los empleados perciben que su motivación se ve amenazada. Las causantes del estrés laboral generan inseguridad sobre las habilidades para lograr llegar a la meta en el ámbito laboral”. Es de vital importancia las interrelaciones con los compañeros de trabajo ya que ayudan a sobrellevar las consecuencias que son la fuente del estrés crónico laboral.

Hobfoll y Freddy (1993) “Este modelo explica la forma en que se ven afectados los profesionales de la salud ya que debido a su esfuerzo diario para proteger su trabajo se ven afectados por el síndrome del estrés crónico”.

Hobfoll y Freddy (1993) También explica “la importancia de mantener los recursos laborables, es preferible invertir para de esta manera evitar perder los recursos existentes ya que no es conveniente conseguir nuevos recursos”.

El tipo de estrategia de afrontamiento que empleen los trabajadores también influirá sobre el síndrome de burnout. Como resultado de este modelo que se basa en la motivación. Como prevención del síndrome hay que hacer un énfasis especial en la consecución de recursos para que los empleados se puedan desempeñar de una manera eficaz en sus labores cotidianas. Con este modelo se quiere conseguir que los empleados eviten la pérdida de recursos, así como también cambiar su

percepción de forma positiva y así decrecerán los niveles del burnout. (Gil-Monte, 2003, p 6).

### **1.3.3 Modelos desarrollados desde la teoría organizacional.**

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

Las fases de la organizacionalidad tal como lo indica Golembiewski, Munzenrider y Carter, (1983), estas fases no es más que un proceso en el que los trabajadores pierden la motivación que tenían con sus empleos como una consecuencia del estrés y la tensión que el trabajo les genera.

El síndrome de burnout se genera en situaciones de carga en el trabajo así como también cuando no hay estimulación en el mismo. En estos casos los empleados sienten que han perdido su autonomía y el control de sus acciones, y tienden a desarrollar sentimientos de irritabilidad y fatiga (Golembiewski, Munzenrider y Carter, 1983, p. 3).

En otra fase del estrés laboral el empleado tiende a mostrar cierto mecanismo para hacer frente a la situación de estrés, que obligadamente inicia por tomar cierta distancia de esta situación antes mencionada. Pues, este alejamiento puede ser beneficioso o positivo siempre y cuando el trabajador no se implica totalmente en el problema de algún cliente, pero si tiene cierta afinidad. Así mismo puede ser contra productivo cuando sucede todo lo contrario cuando el trabajador no se implica en el problema del cliente, pero tampoco siente ninguna afinidad, es de ir tiene cierto trato rígido (Golembiewski et al., 1983, p. 3).

#### **1.3.3.2 Modelo de Winnubst.**

El autor Winnubst (1993) “el síndrome de estrés laboral crónico afecta a cualquier tipo de empleado y no solo a los lugares que prestan servicios de ayuda como hospitales”

Dicho modelo se basa en la estructura de las organizaciones y sus relaciones. Factores como la cultura, el ambiente laboral y el apoyo que se brinda desde el ámbito social son desencadenantes del síndrome de burnout si no son atendidos.

También señala que los diferentes tipos de organizaciones y sus estructuras son culturas organizacionales distintas (Winnubst, 1993, p. 11).

En las compañías desprofesionalizadas este síndrome se causa por el cansancio emocional que se genera diariamente como resultado de la monotonía y la falta de estructura organizacional. Mientras que, en las compañías profesionalizadas, el estrés se genera por la continua confrontación entre los miembros de la compañía se presentan diferencias y conflictos de intereses. (Vallejo y Díaz, 2014, p. 66).

En las compañías profesionalizadas se encuentra, en mayor medida, el apoyo social de forma emocional. De esta manera podemos notar que el apoyo social va a depender en qué tipo de compañía el trabajador se desempeñe. Esto afecta directamente a la percepción que el trabajador tenga de la compañía. (Vallejo y Díaz, 2014 p. 73).

Winnubst (1993) elaboró un modelo de cuatro supuestos, los mismos que se presentan a continuación:

- “Todas las estructuras organizacionales tienen un sistema de apoyo social que se ajusta óptimamente a ese tipo de estructura.
- Los sistemas de apoyo social surgen en interdependencia con el clima laboral por lo que pueden ser mantenidos y mejorados optimizando el clima.
- Tanto la estructura organizacional como la cultura y el apoyo social se rigen por criterios éticos derivados de los valores sociales y culturales de la organización.
- Estos criterios éticos hacen posible predecir en qué medida las organizaciones inducirán en sus miembros tensión y el síndrome de burnout.

Puesto que con el apoyo social se puede influenciar sobre las disfunciones que se presentan en cualquier compañía, estas variables son consideradas como la influencia sobre el síndrome de estrés laboral crónico.

### ***1.3.3.3 Modelo de Cox, Kuk y Leiter.***

Cox, Kuk y Leiter (1993) indican dentro de su teoría del síndrome el desgaste laboral que se conoce como una respuesta al estrés crónico en trabajadores que se desarrollada cuando el



trabajador tiene que afrontar situaciones de estrés y no sabe cómo enfrentar dichas situaciones ya que la manera en que reacciona no es la adecuada.

Los mismos autores indican que: Este síndrome se entiende como un reflejo al estrés laboral crónico y es desarrollado cuando las herramientas de afrontamiento que un trabajador emplea no son eficaces para lidiar con el estrés crónico laboral y lo que conlleva. En este modelo se incluyen varias determinantes como: sentirse desgastado y sentirse presionado. Estos determinantes forman parte del reflejo del estrés crónico laboral.

Los sentimientos de agotamiento a nivel emocional, así como la despersonalización es son herramientas que usan las personas para afrontar este síndrome. Mientras que cuando los empleados tienen sentimientos de baja realización a nivel profesional, tienen ideales laborales que no han sido concretados son resultados de evaluaciones cognitivas (Cox, Kuk y Leiter, 1993 p. 45)

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

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

El modelo de evaluación tridimensional MBI-HSS de Maslach y Jackson, (1981) se producen tres fenómenos:

1. Nivel personal de cansancio emocional: Agotamiento, pérdida o desgaste de recursos emocionales, ansiedad, ánimo depresivo... El trabajador se siente desbordado por las demandas emocionales de los otros y no tiene recursos que ofrecer.
2. Nivel social de des personalización: Se desarrollan sentimientos negativos, conductas de cinismo e indiferencia y actitudes irritables. Se utilizan diferentes mecanismos de defensa, como el distanciamiento con los usuarios, con los compañeros, poca colaboración y conductas evasivas.
3. Nivel laboral de reducida realización personal: Aparece en el trabajador la sensación de no hacer correctamente su trabajo, evaluándolo de manera negativa. Esta percepción es nociva, puesto que supone una interpretación distorsionada de la realidad, empeorando con ello la calidad del servicio que se ofrece. (Morales, 2017, p. 162)

#### **1.3.4.2 Modelo de Edelwich y Brodsky**

El modelo de Edelwich y Brodsky (1980) el proceso de desarrollo del burnout sería cíclico, a través de la repetición de varios estadios sucesivos (entusiasmo, estancamiento, frustración y apatía) que conducen a la desilusión generalizada característica del burnout.

El burnout es un proceso de desilusión o de desencanto hacia la actividad laboral, que se da en un proceso de cuatro fases: 1. Entusiasmo, 2. Estancamiento, 3. Frustración y 4. Apatía (se considera un mecanismo de defensa frente a la frustración) (Quiceno y Vinaccia, 2007, p. 122)

#### **1.3.4.3 Modelo de Price y Murphy**

Para estos autores el síndrome de “burnout” “es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral, y sugieren que puede ser explicado de manera similar a un proceso de duelo, pues conlleva pérdidas en el nivel personal, interpersonal y en el nivel institucional y social (Gómez-batiste, 2008, p. 25)

Se distingue dos fases del modelo: la baja ilusión por el trabajo y los sentimientos de culpa. Por último, se presenta una serie de instrumentos de evaluación como, el Cuestionario Breve de Burnout y la escala de Efectos Psíquicos del Burnout, pero es el Maslach Burnout Inventory (MBI), desarrollado por Maslach y Jackson, el más utilizado. (Caycho-Rodríguez, 2015 p. 62)

Gómez-Batiste, (2008) “El síndrome de “burnout” puede afectar al sistema cognitivo y emocional, así como a la actitud del individuo”

El trabajo tiene una serie de funciones vinculadas a los procesos cognitivos, que influyen en la vida de los individuos favoreciendo su desarrollo y su equilibrio psicológico. El trabajo también supone una forma de identidad personal, de forma que la imagen de la persona y su autoevaluación está vinculada, de algún modo, con sus experiencias laborales y esto suele estar más acentuado en el trabajo con enfermos. (Gómez-batiste, 2008, p. 25)

### **1.3.5 Modelo de la teoría estructural de Gil Monte.**

Gil-Monte, Peiró y Valcarcel (1995) elaboraron un modelo estructural sobre la etiología, proceso y consecuencias del síndrome de burnout.

El síndrome de burnout puede ser conceptualizado como una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad de rol) que surge tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales (estrategias de afrontamiento activo o de evitación) no son eficaces para reducir ese estrés laboral percibido. Esta respuesta supone una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias (falta de salud, baja satisfacción laboral, intención de abandonar la organización) (Mansilla, 2003, p. 21)

El estrés como conjunto de reacciones neurofisiológicas que preparan al individuo para la huida o el ataque en respuesta a determinados estímulos ambientales, se han desarrollado diversos modelos conceptuales de estrés basados en el principio del balance entre las necesidades impuestas por el ambiente de trabajo y los recursos que la organización del trabajo pone en manos de los trabajadores para hacerles frente (Remesal, Pineda y Pastor, 2008), con esta premisa se desarrolló los modelos el proceso del síndrome de quemarse en el trabajo; desarrollados desde la teoría organizacional; la teoría del intercambio Social y Modelos basados desde la teoría Sociocognitiva, estos modelos de son los que han aportado el mayor número de evidencias que relacionan el ambiente psicosocial de trabajo con efectos en salud.

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

Es de vital importancia el estudio donde hace mención de las dimensiones que lo componen, como de la sintomatología física, emocional y conductual que se manifiesta en quienes padecen de este síndrome y las características organizacionales que pueden propiciarlo. (Quiceno y Vinaccia, 2007, p. 122)

El burnout es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral, se da en seis fases sintomáticas: 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, y 6. Equilibrio (Quiceno y Vinaccia, 2007, p. 122)

Es de vital importancia estudiar el estrés laboral crónico ya que las personas necesitan de un equilibrio en sus vidas no solo en el ámbito personal sino también laboral para de esta manera poder desempeñar las funciones que se ejecutan diariamente.

Es muy importante acotar que no todas las personas se estresan por las mismas cosas ni bajo las mismas situaciones. Es importante conocer los síntomas para poder manejar de una manera eficaz la situación.

### **1.5 Prevalencia en cuidadores a nivel de Latinoamérica.**

El cuidador es responsable de atender necesidades diarias de un enfermo o persona mayor que les provea apoyo físico y también afectivo, la familia es la principal proveedora de cuidados, este cuidador generalmente tiene un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios (Cardona, Segura, Berbesí y Agudelo, 2013 p. 13).

En Chile, hay escasos trabajos que evalúan la presencia de estrés laboral y síndrome de Burnout en trabajadores de la salud. Un estudio en trabajadores de salud privada, encontró una prevalencia de 45 %, y los más estresados fueron personas que ocupaban cargos no profesionales (69,2% vs 34,3%, comparados con los profesionales). Otro trabajo, evaluó a 250 trabajadores y encontró una prevalencia de síndrome de Burnout de 31%; además, pesquisó 38% de personas proclives a presentarlo, es decir, 69% del personal manifestaba síntomas de desgaste laboral, siendo más importantes en enfermeras y paramédicos. (García-Huidobro, 2008, p. 810).

Pérez, Cartaya y Olano (2012) realizaron un “estudio descriptivo que incluyó a 100 cuidadores de adultos mayores con demencia leve y moderada, que asistieron a la Consulta de Trastornos Cognitivos del Hospital "Carlos J. Finlay".

Los autores indican que entre las características socio-demográficas predominaron los cuidadores del sexo femenino, el grupo de edad entre 40 y 49 años y los cuidadores con grado de consanguinidad con el anciano. Además, predominó entre

los cuidadores el estado civil casado y la mayoría de los cuidadores tienen vínculo laboral. La sobrecarga y la depresión experimentada por los cuidadores principales fueron elevadas. Las variables asociadas a la depresión y la sobrecarga fueron los cuidadores principales que no reciben apoyo y sus pacientes presentaban trastornos en los hábitos alimentarios

La carga de la atención indica "el grado en que los cuidadores perciben su salud emocional o física, la vida social, y la situación financiera que sufre como consecuencia de cuidar a su familiar". Los cuidadores de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica también tienen funciones adicionales, tales como la toma de decisiones y la gestión de las finanzas y que también tienen que hacer frente con actitudes e irritabilidad del paciente (Santiago, 2013, p. 27)

Cardona, et al (2013, p. 24) en la investigación realizada en Colombia "permitió identificar once factores asociados con la sobrecarga del cuidador del adulto mayor de la ciudad de Medellín, de los cuales se identificaron inicialmente como factores de riesgo"

Cardona, et al (2013) mencionan que: el parentesco con el adulto mayor, el número de hijos, el número de horas diarias dedicadas al cuidado del adulto mayor, el estado de salud del cuidador, el abandono o disminución de actividad por el cuidado del adulto mayor, recibir ayuda para el cuidado, la razón por la que recae el cuidado, la edad del adulto mayor, la percepción de necesidad de cuidado hacia el adulto mayor; y como factores de protección fueron identificados: la independencia en la funcionalidad del adulto mayor y el bueno o regular estado de salud del adulto mayor.

### **1.5.1 Prevalencia en cuidadores a nivel nacional.**

En el trabajo de Pilligua, (2017) Prevalencia de trastornos mentales en pacientes en lista de espera de trasplante renal en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de la ciudad de Quito periodo 2014–2015., explica la prevalencia en cuidadores a nivel nacional a través de su investigación en un centro hospitalario, obtuvo como resultados de un total de 108 médicos, el 42.6 % (n=46) del Hospital Eugenio Espejo, 27.8 % (n=30) del Hospital Enrique Garcés y 29.6 % (n=32) del Hospital Pablo Arturo Suárez. En el género de los médicos predominó el masculino por sobre el femenino (78.7 % vs. 21.3%;  $p < 0.001$ ). De acuerdo al estado civil, el 70.4 % (n=76) eran médicos casados, 5.6 % (n=6) divorciados, 4.6 % (n=5) solteros, 17.6 % (n=19) en unión libre y 1.9 % (n=2) viudos.

Según la especialidad, fueron médicos especialistas en cirugía 48.2 % (n=52), pediatría 7.4 % (n=8), gineco-obstetricia 6.4 % (n=7), medicina interna 28.7 % (n=31), terapia intensiva 3.7 % (n=4), imagenología 3.7 % (n=4) y emergencia 1.9 % (n=2). El promedio de años de servicio de los médicos encuestados fue de  $13.71 \pm 10$  años, con un rango entre 1 y 41 años.

El promedio de horas por semana fue de  $20.46 \pm 0.55$  con un rango entre 20 y 23 horas/semana. Los médicos calificaron que en general su ambiente de trabajo era bueno (74.1%, n=80), otro 23.1 % (n=25) lo apreciaba regular y sólo el 2.8 % (n=3) como malo. En la actividad extrahospitalaria, 98,1 % (n=106) de los médicos practicaba otra actividad médica o docente. De acuerdo a los datos obtenidos, 14.7 % (n=16) de los médicos encuestados presentaron un nivel alto de agotamiento emocional, 16.7 % (n=18) mostraron un nivel alto de despersonalización y un 2.7 % (n=3) evidenciaban una baja realización personal. Según el cansancio emocional y despersonalización se encontró que 7.4 % (n=8) de los médicos tenían diagnóstico precoz de Burnout.

Del estudio Síndrome de Burnout en el Personal de Salud del Hospital General de Macas de Enero A Julio Del 2017. Obtuvo resultados donde la población de estudio estuvo conformada por 118 profesionales de Salud del Hospital General de Macas, entre ellos, médicos tratantes, residentes, internos de medicina, enfermeros e internos de enfermería, de los cuales 62 presentan el Síndrome de Burnout (corresponden al 52% del total de investigados), de acuerdo a las subescalas que contempla el síndrome de burnout, se observa más prevalencia en la falta de realización con un 42% que corresponde a 49 personas. (Bravo 2017, p. 33)

En el estudio del Síndrome de burnout en enfermeras/os de Emergencia, centro quirúrgico, cuidados Intensivos y medicina interna del hospital Isidro Ayora - Guayaquil. Enero - febrero 2014 determinó que los “niveles del Síndrome de Burnout en enfermeras/os el personal que labora en estas áreas está sometido a diversos factores estresores tales como: la gran responsabilidad que se les atribuye, la sobrecarga laboral, escasez de profesionales, excesivo número de pacientes, carencia de recursos materiales” (Cobos, 2014, p. 23)

El riesgo de Burnout es significativamente mayor en ciertas profesiones, especialmente para los trabajadores de atención de salud. Más allá de los efectos de una carga de trabajo exhausto, muchas horas de trabajo, o largos turnos de noche, el campo de la medicina tiene factores de estrés específicos, como la realización personal, en el presente estudio se cuantifica la prevalencia de dicho síndrome y la influencia en la realización personal de los profesionales de las áreas críticas del H.

IESS Ambato. Maslach, considera a este síndrome como un proceso de estrés crónico, en el cual dimensionan los tres aspectos mencionadas, caracterizada por un cambio negativo de actitudes que lleva a un distanciamiento frente a los problemas, llegando a considerar a las personas con las que trata como verdaderos objetos; y la falta de realización profesional, donde se dan respuestas negativas hacia sí mismos y hacia el trabajo. El presente trabajo plantea como objetivos de determinar la prevalencia del Síndrome de burnout y establecer el grado de correlación e influencia entre factores de riesgo, prevalencia y realización personal en los profesionales de salud de las áreas críticas del Hospital del IESS de Ambato. Como resultado principal del análisis bivariante se encontró que los hombres puntúan más alto en cansancio emocional, de forma estadísticamente significativa ( $p=0,007$ ), y también tienen mayores puntuaciones en la falta de realización personal, aunque en esta dimensión no existe significación estadística (Cárdenas, 2013).

## **1.6 Variables asociadas del estrés laboral en cuidadores.**

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

El síndrome de Burnout es conocido, diagnosticado y prevenido en ámbitos de trabajo cada vez más generales e inespecíficos, llegando a encubrir situaciones como el estrés laboral o la fatiga crónica. Aplicado en los comienzos sólo a trabajadores del ámbito social y sanitario, el síndrome del “quemado” se ha generalizado en la actualidad, lo que se debe sin duda a una deficiente conceptualización y al interés de determinadas organizaciones (Martínez, 2010, p. 62)

Según Edelwich y Brodsky (1980), señalan que el tener muy alto entusiasmo inicial, baja remuneración económica independientemente del nivel jerárquico y educación, no tener apoyo ni refuerzo en la institución, el uso inadecuado de los recursos, y ser empleado joven son variables que aumentan la probabilidad de desarrollar el síndrome de Burnout.

Las siguientes variables predominan en la presencia de nivel de Burnout alto: desempeñar el puesto de enfermera o intendente (auxiliar de enfermería), trabajar más de ocho horas diarias, no descansar ningún día a la semana o solamente uno,

tener menos de quince años de antigüedad en el puesto, tener estudios de secundaria, no tener pareja pero sí hijos y tener una evaluación de sobrecarga leve del cuidador de acuerdo a la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. (Hernández y Ehrenzweig, 2008, p. 133)

Pérez (2010) indica que “en el orden de la estructura familiar que engloba al trabajador, las personas que tienen hijos parecen ser más resistentes al Burnout debido a que la implicación del sujeto con la familia” esto hace que tengan mayor capacidad para afrontar los problemas y conflictos emocionales, pero también a ser más realistas.

### **1.6.2 Variables laborales asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores**

Las variables que se asocian con el estrés en los cuidadores son:

(Newstrom, 2011, p. 391)

- Sobrecarga de trabajo
- Presiones de tiempo
- Mala calidad de la supervisión
- Ambiente laboral inseguro
- Falta de control de personal
- Autoridad inadecuada en relación con las responsabilidades
- Conflicto y ambigüedad de roles
- Diferencias entre los valores de la empresa y de los empleados
- Cambio de cualquier tipo, en especial cuando es importante o inusual
- Frustración

En cuidadores, la sobrecarga laboral conlleva problemas psicológicos asociados como cinismo, agresividad, agotamiento emocional, y baja eficacia profesional, además, se ha relacionado con el desarrollo de sintomatología depresiva (Greenglass Burke y Fiksenbaum, 2001)

Otro factor que hay que tener en cuenta, es la posibilidad de un proceso de contagio de los síntomas del síndrome de burnout. En esta línea, Bakker, Siegrist y Schaufeli (2000) resaltan que los cuidadores que percibían altos niveles de burnout entre sus compañeros, eran más propensos a experimentarlo ellos mismos. Las quejas percibidas de los compañeros son especialmente predictores de agotamiento emocional y de despersonalización.



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

Según Rodríguez y Rivas (2011) “las consecuencias más destacadas se dan a través de malas actitudes y conductas negativas que las personas pueden llegar a desarrollar como resultado del estrés laboral”, las mismas que pueden poner a las personas irritables, que se aíslen, que sean agresivas. Esto puede dañar de manera irreparable las relaciones que se dan entre compañeros.

Según Duran, Extremera, Montalbán y Rey (2005) la satisfacción vital se refiere a una completa evaluación que una persona hace sobre su vida. Esto incluye un examen de los logros obtenidos, el balance entre los aspectos positivos y negativos, comparaciones entre los mismos y la preparación de un juicio sobre el propio nivel de satisfacción.

Seligman (2003) indica que la satisfacción es parte de las emociones positivas acerca del pasado. Así, este autor señala que sobrevalorar los malos momentos del pasado y no disfrutar de los buenos momentos son aspectos que alteran la felicidad y la satisfacción vital.

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

Apoyo social: Algunas personas experimentan estrés porque están desconectadas del mundo que los rodea; carecen relaciones interpersonales cálidas. Los individuos con una ambición imperiosa y una fuerte necesidad de independencia no tienen capacidad para desarrollar relaciones estrechas con amigos y colegas, para ser exitosos, sacrifican con frecuencia la satisfacción de sus necesidades sociales, su falta de relaciones sociales les genera ira, ansiedad y soledad, todo lo cual les produce estrés. (Newstrom, 2011, p. 396)

Fomentar el apoyo social por parte de los compañeros y supervisores. A través del mismo los sujetos obtienen nueva información, adquieren nuevas habilidades o mejoran las que ya poseen, obtienen refuerzo social y retroinformación sobre la

ejecución de las tareas, y consiguen apoyo emocional, consejos, u otros tipos de ayuda (Cobos 2014, p. 53)

El apoyo social es la información que permite a las personas creer que:

- Otros se preocupan por ellos y les quieren.
- Son estimados y valorados.
- Pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas.

Afrontamiento: Lo primordial al verse en esta situación, es afrontar el problema y buscar soluciones a corto plazo pero que den grandes resultados. Se puede mencionar las siguientes:

(Newstrom, 2011, p. 396)

- No trabajar muchas horas ni aceptar tiempo extra.
- Trabajar voluntariamente en horarios flexibles u otros horarios de trabajo opcionales.
- Identificar a las personas que causan estrés y evitarlas.
- Mantener una dieta saludable y comer regularmente.
- Hacer ejercicio habitualmente y dormir suficientes horas.
- Evitar la desidia, ya.
- Establecer metas propias razonables.
- Desarrollar un método sencillo para organizar las actividades diarias y apagar a él.
- Evitar la tensión y decidir si necesita luchar cada batalla.
- Consultar a un amigo de confianza antes de participar en nuevas actividades.
- Establecer un equilibrio entre las capacidades físicas, emocionales, mentales y espirituales.
- Encontrar o crear oportunidades para reír, y reír con frecuencia.

Martínez (2010) explica que el “Síndrome de Burnout, es un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por afrontar situaciones de estrés crónico junto con muy altas expectativas” además que este síndrome sería el resultado de un proceso de desilusión donde la capacidad de adaptación del sujeto ha quedado disminuida severamente.

Resiliencia asociada al estrés laboral crónico en cuidadores: La resiliencia es la capacidad que tiene el ser humano para afrontar y salir de los problemas. Los programas de prevención son una excelente herramienta para ayudar en este proceso.

Los programas internos de mantenimiento preventivo para el bienestar personal, basados en la investigación de medicina de la conducta, son cada vez más populares. Los centros de bienestar corporativo incluyen centros de detección de enfermedades, educación para la salud y acondicionamiento físico. Médicos especialistas recomiendan prácticas para fomentar cambios en el estilo de vida, como regulación de la respiración, relajación muscular, imaginación positiva, manejo de la nutrición y ejercicio, que permiten a los empleados aprovechar todo su potencial. Obviamente, es preferible un enfoque preventivo para reducir las causas del estrés, aunque los métodos para manejarlo ayudan a los empleados a adaptarse a tensiones que no es posible controlar de manera directa. La clave es lograr una mejor integración entre el personal y su ambiente laboral, y los enfoques alternativos pueden ser útiles para diferentes empleados. (Newstrom, 2011, p. 398)

Según Manzano (2002) Los cuidadores con baja resiliencia parecen sufrir mayor agotamiento y actitudes de indiferencia en el trabajo y por el contrario, los sujetos con alta resiliencia logran mayor engagement, lo cual reduce su vulnerabilidad frente a situaciones de riesgo laboral, como por ejemplo el Síndrome de Burnout.

El apoyo social ayuda a tener una mejor autoestima y a mantener el estado de salud psicológico ya que nos ofrece un respaldo para el bienestar personal y desempeño laboral. La variable de afrontamiento es el esfuerzo a través de las conductas para hacer frente a los conflictos, por lo general, cada individuo escoge una estrategia de afrontamiento que utiliza como respuesta ante las distintas situaciones a enfrentar.

La resiliencia ayuda a adaptarse a situaciones adversas, al desarrollar una alta resiliencia implica tener una mayor capacidad de adaptación al estrés.

## **CAPÍTULO II: METODOLOGÍA**

Para la construcción de este apartado vamos a revisar los aspectos metodológicos propuestos para el trabajo de fin de titulación denominado “Estrés laboral crónico en cuidadores formales e informales de adultos mayores en la ciudad de Guayaquil en el sector Norte durante el año 2017-2018”.

Objetivos generales:

- Identificar la prevalencia del estrés laboral crónico y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal) en cuidadores formales e informales de adultos mayores.

Objetivos específicos:

- Identificar las características sociodemográficas y laborales de los cuidadores.
- Determinar las dimensiones del estrés laboral crónico en cuidadores formales e informales de adultos mayores en la ciudad de Guayaquil en el sector norte.
- Identificar el bienestar general de los cuidadores formales e informales de adultos mayores en la ciudad de Guayaquil en el sector norte.
- Conocer los modos de afrontamiento más utilizados por los cuidadores.
- Identificar el apoyo social procedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo de los cuidadores.
- Identificar la satisfacción vital y la resiliencia de cuidadores formales e informales de adultos mayores en la ciudad de Guayaquil en el sector Norte.

### **Preguntas de Investigación**

¿Cuáles serían las características sociodemográficas y laborales para determinar estado de Burnout en cuidadores formales e informales de adultos mayores en la ciudad de Guayaquil en el sector norte?

¿Mediante análisis de matrices de MBI; Carga de los cuidadores; Escala de satisfacción vital (ESV); Salud General (GHQ-28); BRIEF – COPE; Apoyo Social y Brief Resilience Scale, se podrá determinar dentro de los 40 cuidadores quién puede presentar posibles síndrome de Burnout?

¿Con la información recopilada de los diferentes medios, bibliotecas e internet en páginas científicas se puede sustentar con los resultados obtenidos a partir de las encuestas realizadas a los 40 cuidadores formales e informales de adultos mayores en la ciudad de Guayaquil en el sector Norte?

### **Contexto de la investigación**

En la presente investigación se evaluó al personal de cuidadores formales e informales de un centro geriátrico ubicado en la zona norte de la ciudad de Guayaquil. Esta entidad ofrece: hospitalización, laboratorio, cirugía, farmacia, gastroenterología, fisioterapia, cuidados intensivos, consulta externa, entre otros.

La institución tiene como misión y visión lo siguiente:

Misión: ser una institución de obra social, que brinda calidad de vida al adulto mayor, bajo los principios de vocación de servicio, orientación espiritual y eficiencia, contribuyendo a las familias y a la sociedad desde 1892.

Visión: ser reconocida en la Región como referente de Bienestar para el Adulto Mayor.

### **Diseño de investigación**

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

El diseño de la investigación presentó las siguientes características: **cuantitativa**, la información analizada de los instrumentos aplicados fue numérica, **no experimental** ya que no se manipularon las variables, por lo tanto se observaron los fenómenos en su ambiente real, **transaccional (transversal)** pues se analizó el nivel de las variables en un momento dado, **descriptivo** permitió detallar la situación que ocasionó la

problemática referente a una posible presencia del síndrome de Burnout, además permitió la clasificación organizada de la información obtenida en cuadros y gráficos, para simplificar y facilitar su interpretación., **exploratorio** en donde se examinó un tema no estudiado antes, y se analiza para realizar un mejor trabajo y **correlacional** puesto que se valoró la relación que hay entre variables asociadas al fenómeno estudiado (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

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

### **Población y muestra**

La población objeto de este estudio fue cuidadores formales e informales que laboran en un centro geriátrico ubicado al norte de la ciudad de Guayaquil.

La muestra fue de accesibilidad, no probabilística y accidental, la muestra recolectora de información fueron 40 cuidadores formales e informales de adultos mayores.

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

Los criterios considerados para seleccionar la muestra fueron:

**Criterios de inclusión:** Encontrarse en situación activa, Firmar el consentimiento informado y tener como mínimo 1 año de experiencia

**Criterios de exclusión:** No aceptar la participación dentro de este estudio, no encontrarse en la institución (maternidad o enfermedad).

### **Métodos y Técnicas**

#### **Procedimiento:**

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

Se elaboró la solicitud para requerir el permiso correspondiente a la institución de salud.

Se realizó un acercamiento con los directivos de la institución de salud a quienes se les presentó la solicitud elaborada con la finalidad de que se permita recolectar los datos en la institución de salud.

Al obtener el visto bueno 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 depuró la información descartando los cuestionarios incompletos y los que no tenían el consentimiento informado, finalmente el procesamiento de datos se realizó a través del software Excel y se trabajó con datos descriptivo y correlaciones.

### **Instrumentos.**

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Presenta cinco alternativas de respuesta, que van desde nunca (0) hasta casi siempre (4). Con esta adaptación para cuidadores formales se ha obtenido un valor de alfa de Cronbach de .85 y aparecen cinco factores que reflejan agotamiento y desesperanza, consecuencias negativas personales y sociales, preocupación por los receptores del cuidado, responsabilidad y respuesta emocional al cuidado.

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

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

El trabajo original, compuesto de tres estudios, informa de una fiabilidad test-retest de .82 y de un coeficiente alfa de .87 y de unas correlaciones de cada ítems con el total de

0.81, 0.63, 0.61, 0.75 y 0.66 para cada uno de los ítems, desde el primero de los ítems hasta el último. La versión que se utilizará es de Revuelta y Andújar (2005).

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

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

Síntomas somáticos: Dolores de cabeza, escalofríos, agotamiento entre otros.

Ansiedad: Nerviosismo, pánico, dificultades para dormir.

Disfunción social: Sentimientos hacia las actividades que realiza durante el día.

Depresión: Sentimientos de desvalorización, pensamientos de muerte.

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

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

Apoyo emocional: Alguien que preste guía y consejo.

Apoyo instrumental: Alguien que presta ayuda en casa.

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

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

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

Afrontamiento activo: Actividades y acciones ejecutadas para solucionar el problema.

Auto-distracción: Centrar en actividades que no permitan pensar en el problema y así olvidarlo.

Negación: Rechazar lo que está ocurriendo para no enfrentar el problema.

Uso de sustancias: Ingerir sustancias para esquivar y no hacer frente al problema. poder afrontarla.

Uso de apoyo emocional: Buscar en terceros afecto y apoyo.

Uso de apoyo instrumental: Busca ayuda en guías que expliquen la situación problemática por la que se está pasando.

Retirada de comportamiento: Hacer a un lado el problema, sin asumirlo dejando que se resuelva solo.

Desahogo: Desahogo de los sentimientos que ha provocado el problema.

Replanteamiento positiva: Sacar algo bueno del problema aprendiendo de él.

Planificación: Formulación de un proceso a seguir para controlar el problema.

Humor: Quitarle importancia al problema para no pensar en ello.

Aceptación: Reconocer el problema y aceptarlo de manera tranquila.

Religión: Refugio en espiritualidad.

Culpa de sí mismo: Auto culparse de los problemas por los que se atraviesa.

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

### ***Brief Resilience Scale (BRS)***

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

## **CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE DATOS**

En el presente trabajo se identificó las características sociodemográficas y laborales de los cuidadores, presentes en el estudio, de los cuales se indica lo siguiente:

### 3.1 Análisis Sociodemográfico

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

<b>Variables</b>	<b>Cuidadores</b>	<b>Porcentaje</b>
	N	%
<b>Sexo</b>		
Hombre	2	5
Mujer	38	95
<b>Etnia</b>		
Mestizo/a	34	85
Blanco/a	3	7,5
Afro ecuatoriano/a	3	7,5
<b>Estado Civil</b>		
Casado/a	15	37,5
Soltero/a	6	15
Viudo/a	3	7,5
Divorciado/a	6	15
Unión Libre	10	25
<b>Edad</b>		
Media	44,5	
Max(46-70)	20	50
Min(20-45)	20	50
<b>Ciudad</b>		
Guayaquil	40	100
<b>Zona</b>		
Rural	7	17,5
Urbana	33	82,5
<b>Número de hijos/as</b>		
Media	2	
Max(4-6)	11	27,5
Min(0-3)	29	72,5

Fuente: Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC

Elaborado por: Lissette Tarcila Quirola Chica

En la presente investigación se evidenció que el 95% son de sexo femenino y solo el 5% son de sexo masculino.

En los valores de edades, se obtuvo una media de 44,5, siendo los datos de referencia en años desde los 23 a 66 años de edad. El 85% se identificó a sí mismo como mestizo.

Se evidenció que el 37,5% de los cuidadores son casados, el 25% mantienen unión libre, y en un menor porcentaje (7,5%) son viudos. La media del número de hijos es de 2.

De acuerdo a la tabla se determina la procedencia de los cuidadores, tal así que se observa que de los 40 cuidadores, 33 son de la zona urbana (82,5%) y los 7 restantes de la zona rural (17,5%) , correlacionando los datos de domicilio se determinó que estos 7 son todas mujeres, en edades desde los 30 hasta los 61 años, todas de la zona urbana, de etnia mestiza, todas han tenido algún tipo de relación con parejas, con hijos y con ingresos salarial nivel 1. Se puede indicar que la referencia a este grupo y aunque solo representa el 17,5 %.

### 3.2 Análisis Variables laborales

Tabla 2. Información laboral de los cuidadores.

	n	%
<b>Ingresos mensuales</b>		
0 a 1000	40,0	100,0
<b>Experiencia profesional</b>		
<i>M</i>	18,0	
<i>DT</i>	3,4	
Max	34,0	
Min	1,0	
<b>Tipo de contrato</b>		
Ocasional	2,0	5,0
Plazo fijo	19,0	47,5
Indefinido	13,0	32,5
Servicios profesionales	4,0	10,0
Ninguno	2,0	5,0
<b>Nº de pacientes/día</b>		
<i>M</i>	33,0	
<i>DT</i>	0,0	
Max	65,0	
Min	1,0	
<b>Recursos Institucionales</b>		
Totalmente	19,0	47,0
Mediadamente	7,0	17,5
Poco	4,0	10,0
Nada	10,0	25,0

### Turnos

Si	32,0	80,0
No	8,0	20,0

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC

Elaborado por: Lisette Tarcila Quirola Chica

De acuerdo a la tabla 2, el 100% de la muestra de cuidadores percibe un ingreso mensual entre 0 a 1000 dólares. En la variable experiencia laboral con valores comprendidos entre 1 y 34 años dio como resultado una media de 18 años.

La mayoría de cuidadores tienen contrato a plazo fijo (47,5%) e indefinido (32,5%) a diferencia del 5% que tiene contrato ocasional o no posee ninguno. Así como el 80% afirma que trabaja en turnos

La media de pacientes atendidos diariamente es de 33, donde el mínimo de pacientes atendidos es de 1 y el máximo es de 65.

Dentro del estudio refiere que un grupo de cuidadores conformado por 10 personas (25%) no tienen ningún recurso de trabajo, a diferencia del 47% que afirma tenerlos en su totalidad.

### 3.3 Análisis de MBI

Tabla 3. Resultados de las dimensiones del burnout en los cuidadores

			n	%
Agotamiento emocional	Bajo	13	32,5%	
	Medio	19	47,5%	
	Alto	8	20,0%	
Despersonalización	Bajo	10	25,0%	
	Medio	15	37,5%	
	Alto	15	37,5%	
Realización personal	Alto	24	60,0%	
	Medio	11	27,5%	
	Bajo	5	12,5%	

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

Elaborado por: Lisette Tarcila Quirola Chica



En el grupo de estudio se determinó que sólo 8 cuidadores presentan un agotamiento emocional alto al terminar la jornada esto involucra al 20%, a diferencia del 47,5% que presenta un agotamiento emocional medio. En la despersonalización se obtuvo tanto en el valor alto como en el valor medio 15 casos (37,5%) respectivamente. En la realización personal se obtuvo en el valor bajo sólo 5 casos que son el 12,5%, en contraste con el valor alto que es de 24 casos (60%).

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

		N	%
<b>Burnout</b>	Bajo	3	7,5%
	Medio	32	80,0%
	Alto	5	12,5 %

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

Elaborado por: Lissette Tarcila Quirola Chica

Según los resultados de los casos de burnout (tabla 4), el 80% de los cuidadores presentan un nivel medio, a diferencia del 7,5% que presenta un nivel bajo y el 12,5% un nivel alto.

### 3.4 Análisis de Carga de los cuidadores

Tabla 5. Resultados de carga en los cuidadores.

		N	%
Carga cuidadores	No hay sobrecarga	5	12,5%
	Sobrecarga leve	23	57,5%
	Sobrecarga intensa	12	30,0%

Fuente: : Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (ZCBI)

Elaborado por: Lissette Tarcila Quirola Chica

Dentro de los resultados de carga de los cuidadores, se observa que la mayoría asegura tener una sobrecarga leve, esto representa al 57,5%. Mientras que un grupo de 12 cuidadores presentan una sobrecarga intensa siendo este el 30% y el 12,5% que corresponde a 5 cuidadores afirman no presentar sobrecarga.

### 3.5 Análisis de Escala de satisfacción vital (ESV)

Tabla 6. Resultados de satisfacción vital en los cuidadores.

		N	%
Satisfacción vital	Muy insatisfecho	1	2,5%
	Insatisfecho	1	2,5%
	Por debajo de la media	6	15%
	Ligeramente satisfecho	6	15%
	Satisfecho	16	40%
	Altamente satisfecho	10	25%

Fuente: Escala de Satisfacción con la Vida Modelo de Diener, Emmons, Larsen, & Griffin (1985)

Elaborado por: Lissette Tarcila Quirola Chica

En cada uno de los casos se hace una referencia a la satisfacción vital que aseguran tener los cuidadores. Siendo la variable de satisfecho con el mayor porcentaje (40%) que representa a 16 casos.

En la variable altamente satisfecho que se conforma por un grupo de 10 cuidadores corresponde al 25%, en contraste con las variables insatisfecho y muy insatisfecho que presentan 1 caso (2,5%) respectivamente.

### 3.6 Análisis de Salud General (GHQ-28)

Tabla 7. Salud general de los cuidadores.

		N	% de columna
Síntomas somáticos	No caso	40	100%
	Caso	0	0%
Ansiedad	No caso	40	100%
	Caso	0	0%
Disfunción social	No caso	40	100%
	Caso	0	0%
Depresión	No caso	40	100%
	Caso	0	0%

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

Elaborado por: Lissette Tarcila Quirola Chica

Según la tabla 7 de salud general de los cuidadores tenemos como resultado que el 100% aseguran no presentar problemas psiquiátricos menores ni de salud mental. No encontramos ningún caso que afirme presentar síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social ni depresión.

### 3.7 Análisis de afrontamiento (BRIEF - COPE)

Tabla 8. Estrategias de afrontamiento de los cuidadores.

	M	DT	Máx.	Mín.
Auto distracción	2,22	1,18	3	0
Afrontamiento activo	0,45	0,57	3	0
Negación	1,05	1,03	3	0
Uso de sustancias	1,87	1,28	3	0
Apoyo emocional	1,35	1,08	3	0
Apoyo instrumental	1,10	1,04	3	0
Retirada de comportamiento	1,65	1,20	3	0
Desahogo	1,17	0,95	3	0
Replanteamiento positivo	1,40	1,12	3	0
Planificación	1,65	1,05	3	0
Humor	1,45	1,06	3	0
Aceptación	2,02	1,27	3	0
Religión	1,35	1,12	3	0
Culpa de sí mismo	1,40	1,19	3	0

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

Elaborado por: Lissette Tarcila Quirola Chica

Los resultados de la tabla de las estrategias de afrontamiento de los cuidadores reflejan con una media de 2,22 que han utilizado la auto distracción como método de afrontamiento, así como también la aceptación ha sido otra de las maneras de manejar los problemas con una media 2,02.

Con una media de 1,87 los cuidadores hacen uso de sustancias, de igual manera la retirada de comportamiento y la planificación poseen una media de 1,65 como técnica de afrontamiento.

Las estrategias de afrontamiento menos utilizados por los cuidadores son los de afrontamiento activo con una media de 0,45, la negación con una media de 1,05, seguido del apoyo instrumental con una media de 1,1.

### 3.8 Análisis al Apoyo Social

Tabla 9. Percepción del apoyo social de los cuidadores.

	M	DT	Máx.	Mín.
Apoyo emocional	82,8	19,6	100,0	30,0
Apoyo instrumental	80,5	21,1	100,0	25,0
Relaciones sociales	83,0	19,8	100,0	30,0
Amor y cariño	88,3	16,7	100,0	46,7

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

Elaborado por: Lissette Tarcila Quirola Chica

En el siguiente análisis se visualizan los rangos con los que se ha trabajado, así tenemos que es de 25 a 100, siendo de menor a mayor, y para el respectivo estudio, se determina que los valores que se aproximen a 100, el cuidador tiene un nexo con alguna persona que lo apoye, guíe, aconseje y acompañe y los valores que se alejan de 100 son los que se encuentran de una forma u otra no apoyados por nadie.

De forma general se obtuvo una media de 82,8 en apoyo emocional, 80,5 en apoyo instrumental, 83,0 en relaciones sociales y 88,3 en amor y cariño, siendo este último el más alto en los datos, lo que refleja que todo el conjunto de cuidadores tiene una relación media con las personas más cercanas que le pueden dar un apoyo.

### 3.9 Análisis Brief Resilience Scale (BRS)

Tabla 10. Percepción de resiliencia de los cuidadores.

		Cuidadores	
		N	%
6 - 15	Bajo	10	25
16 - 22	Normal	21	52,5
23 - 30	Alto	9	22,5

Fuente: The brief resilience scale Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008).

Elaborado por: Lissette Tarcila Quirola Chica

Del total de los cuidadores se obtuvo como resultado que dentro del rango de puntuación de 6 – 15 (bajo) fue de 10, siendo el 25 % de la muestra, en el rango de 16 – 22 (normal) se obtuvo 21 cuidadores, representando el 52,5 % y el rango de 23 – 30 (alto) de 9 cuidadores que es el 22,5%, estos últimos se puede indicar que poseen una alta resiliencia, mientras que los 10 cuidadores ubicados en el nivel bajo presentan poca capacidad de adaptarse al estrés y situaciones adversas.

### 3.10 Discusión

En cuanto a las características sociodemográficas del trabajo que presentamos tenemos que 38 son de sexo femenino siendo el 95% y del sexo masculino solo 2 que son el 5%, este trabajo tiene relación a lo presentado en las investigaciones de adultos mayores de Medina (2018); Ruiz, Vega, Loret, Arévalo y Zapata (2008) quienes indican que tuvieron una mayor participación de mujeres desarrollando el rol de cuidadores. Schraiber y d'Oliveira (2014) respalda esta cifra en su investigación sobre género en los profesionales de salud, En este documento recopila varios estudios donde se confirma que el género femenino predomina ante el masculino, sobre todo en profesiones que brindan cuidado y atención a otras personas.

En la variable edad podemos ver que la media es de 44,5 años, desde el punto de vista de esta variable, Manzano y Ramos (2000) nos dicen que a mayor edad mayor la probabilidad de padecer el síndrome, vemos que en el caso de esta investigación el 50% son personas que están dentro del rango de edad (20-45) y el otro 50 % lo representan los cuidadores del rango de (46-70), lo que según los autores influiría en la alta incidencia del Burnout. Se puede evidenciar que hay una prevalencia en el grupo de personas que son mayores a 45 años, en datos generales de la matriz tenemos a una persona de 66 años de edad, que representa el 2,5%.

Con respecto al grupo de estudio (Santiago, 2013) establece que existe la influencia en que el estado civil de casado (8 cuidadores) pueda desarrollar la aparición del síndrome, por lo que de acuerdo a los resultados de este trabajo es un grupo pequeño que representa el 20 % los cuidadores.

La media de hijos que los profesionales afirman tener es de 2 y el 85% de los cuidadores mostro la tendencia a definirse a sí mismo como mestizo. En lo que respecta al estado civil podemos ver que es 15% de la muestra esta soltera y el 37,5% está casada, estas dos cifras están relacionadas con los datos recolectados en Incidencia del síndrome de burnout en el personal administrativo del centro de privación de libertad de personas adultas femenino de Guayaquil (Solis y Arichábala, 2017) donde el 46,5% está soltera y el 50% casada.

En el área de medicina interna en un centro de salud (Poveda, 2010) en lo correspondiente a la atención de enfermería, laboran organizados en turnos matutino, vespertino y nocturno.

De la misma forma en la presente investigación el 80% de los cuidadores afirma trabajar en turnos.

La variable años de experiencia presenta una media de 18 años, así como en el trabajo realizado en dos instituciones privadas en el sector norte de la ciudad de Guayaquil (Cubillos 2017) que las enfermeras tienen un promedio de 19,4 años.

Los recursos que proveen las instituciones a los profesionales en un centro de salud (Cubillos 2017) divide su porcentaje entre el 53.3% que reciben totalmente lo que necesitan y el 46.6% que afirma recibir medianamente los recursos, mientras que en esta investigación el 47% de los cuidadores afirma recibir los recursos en su totalidad, pero el 25% asegura no recibir nada.

Los ingresos mensuales dentro de la investigación de Martínez (2012), de una muestra de enfermeros de un centro de salud de la ciudad de Guayaquil, da como resultado que el 73.3% recibió un salario de 0 a 1000 dólares mensuales, así como en este estudio donde el 100% de los cuidadores aseguran percibir un salario entre 0 a 1000 dólares mensuales.

En los datos de este estudio tenemos una media de 33 pacientes al día que son atendidos por los cuidadores al contrario de otro centro de salud que atienden una media de 8.46. (Cubillos, 2017)

En las dimensiones del burnout se obtuvo como resultado agotamiento emocional medio con el 47,5%, en despersonalización un nivel medio con el 37.5% y en realización personal un nivel alto con el 60% este trabajo se contrasta con el estudio de Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor (De Valle, Hernández, Zúñiga y Martínez, 2015) en las dimensiones de despersonalización y realización personal mientras que en la dimensión de agotamiento emocional se obtuvieron resultados similares. Los resultados obtenidos del estudio en contraste son: agotamiento emocional medio, en despersonalización un nivel bajo y en realización personal un nivel bajo.

En los valores de sobrecarga laboral se estableció que el 30% tienen sobrecarga intensa, el 57.5% sobrecarga leve y el 12,5% afirma no tener sobrecarga, a diferencia de la investigación realizada en un instituto de salud en la ciudad de Guayaquil (Villamar, 2014) donde el 70% asegura tener sobrecarga intensa, 25% sobrecarga leve y sólo el 5% no tiene sobrecarga.

Sobre la salud de forma puntual en los cuidadores del presente estudio donde los conceptos de dolores de cabeza, casos de enfermedades, requerimientos nutricionales para poder realizar los trabajos, además de estados o niveles de agotamiento sin realizar muchos esfuerzos físicos y también de concentraciones acordes a cada requerimiento del paciente.

Mazón-Ramos, (2012) indica que las consecuencias en la salud en los cuidadores pueden afectar tanto al corazón como a la piel, entre otros. Dentro del estudio esto se dio en casos donde presentaron dolores de cabeza.

En el Análisis de Salud General GHQ-28 se obtuvo como resultado en forma general que en las cuatro variables no hay presencia de casos positivos para el Síndrome del Burnout, de la misma manera según el estudio Factores psicosociales del trabajo y Síndrome de Burnout en trabajadores de la salud (Pastorino, 2007) se obtuvo un 75% de no casos para el síndrome.

El tiempo compartido entre las actividades laborales y las actividades del hogar y personales deben estar establecidas por cada una de las personas, en ciertas ocasiones este desfase de tiempos causa problemas en el hogar debido que dedican más el tiempo en actividades laborales, y no necesariamente remuneradas, sino que, hay acciones que se demoran o que las autoridades suelen hacer que las personas dediquen un poco más de tiempo.

Dentro del grupo de estudio, demuestran un alto porcentaje de apoyo emocional según el cuestionario de apoyo social aplicado, lo cual señala la gran influencia que existe entre las redes de apoyo tanto a nivel personal siendo la familia lo primordial (García, 2008).

El apoyo social influye y genera una estabilidad en los cuidadores que visualizado con el afrontamiento ante situaciones que no puedan resolverlos ellos mismos, el apoyo fortalece ese vínculo a los responsables de cuidar a personas que necesitan de tratos especiales según Carlin y Garcés (2010), la incidencia del síndrome también dependerá del apoyo que se posea en el entorno familiar, así como dentro de las instituciones en donde trabajan. (Aldrete, Vázquez, Aranda, Contreras y Oramas, 2012)

También se indica los casos que si pueden tener algún tipo de afectación negativa llegando a valores de 3 que se relaciona a (bastante más de lo habitual), dentro de los casos fueron 4 casos, el resto de los casos tienden a ser normales los datos. En forma particular con



resultados de valores 3 se observa más frecuente en dos casos, lo que puede significar que en una proporción puedan ser los indicadores de posibles síndromes de Burnout.

Los resultados obtenidos en la pregunta tienen una variable de vitalidad en el trabajo, pero al realizar comparaciones con las otras respuestas los casos donde marcaban cansancio en esta preguntan marcan que son llenos de vitalidad.

En los valores de resiliencia dentro del grupo de los 40 cuidadores los más relevantes son los 10 casos que representa el 25% dentro de la variable bajo, el 52,5% posee una resiliencia normal y el 22,5% posee una alta resiliencia. A diferencia de la investigación de Eugenio (2017) donde el 57% posee una alta resiliencia, 35% posee una resiliencia normal y solo el 8% esta dentro de la variable bajo.

## CONCLUSIONES

Identificar las características sociodemográficas y laborales de los cuidadores.

- La presente investigación conto con la colaboración de 40 participantes de los cuales 95% eran mujeres, su media de edad es de 44,5 años, la media de hijos es de 2 y el 85% se considera a sí mismo como mestizo. Gran parte de la muestra posee contratos de plazo fijo, el 35,5% es casada y el 25% tiene unión libre. La media de pacientes que atienden diariamente es de 33 personas. Con una experiencia profesional media de 18 años.

Determinar las dimensiones del estrés laboral crónico en cuidadores formales e informales de adultos mayores en la ciudad de Guayaquil en el sector Norte.

- Dentro del estudio se identificó dentro de los 40 cuidadores que en las dimensiones del Burnout en vinculación del alto Agotamiento emocional, la despersonalización más sumado la baja realización personal suman un total de 47 casos, claro está que no se visualiza los casos sino la sumatoria, es decir que se puede estar repitiendo cada caso en las tres variables, por eso sea tratado y como muestra los resultados por separado.
- Al análisis también se terminó sobre la sobrecarga donde existen 12 casos que sobrecarga intensa en el cuidado de los pacientes, esto se puede observar en los resultados establecidos, además se puede hacer un análisis personalizado y determinar qué caso en forma específica se dio, aunque el trabajo solo será indicado en forma general.

Identificar el bienestar general de los cuidadores formales e informales de adultos mayores en la ciudad de Guayaquil en el sector Norte.

- Sumamos este análisis y usando los resultados de Salud general se puede indicar que el 100% no presenta síntomas, ansiedad, disfunción social y depresión, se puede indicar que en el aspecto de salud los 40 casos se encuentran bien.

Conocer los modos de afrontamiento más utilizados por los cuidadores.

- En este análisis se encontró el valor más alto en la variable auto distracción con una media de 2,22 seguido de la variable aceptación con una media de 2,02, el uso de sustancias con una media de 1,87, retirada de comportamiento y planificación con una media de 1,65 respectivamente. Estas variables de afrontamiento son activas, debido a que son directas al cuidador.

Identificar el apoyo social procedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo de los cuidadores.

- Es muy importante relacionar los aspectos de trabajo con el apoyo que pueden obtener desde el mismo trabajo como de los familiares, para el estudio se determinó

que la variable de Amor y cariño son los que más requieren o reciben los cuidadores, los resultados obtenidos fue de en la variable indicada M=88,3, DT 16,7.

Identificar la satisfacción vital y la resiliencia de cuidadores formales e informales de adultos mayores en la ciudad de Guayaquil en el sector Norte.

- Se determinó que dentro del bienestar de los cuidadores se considera 2 casos (muy insatisfecho e insatisfecho) que suman 5%, del total de los casos, esto puede ser por diferentes factores dentro de cada una de las acciones que realizan los cuidadores en casa.
- En el estudio se obtuvieron valores de 1(muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo). La puntuación máxima es 30 puntos, a mayor puntuación mayor resiliencia. (Smith et al., 2008), para lo cual se dio una M de 16, si se obtuvo un caso que manifestó los 30 puntos los que indica y se puede indicar que 1 caso dio positivo resiliencia capaz de recuperarse, y 10 casos que están por debajo de la media que no pueden recuperarse.

Dentro de las variables laborables que se indican en la tabla 2, como es el caso de tener un contrato a plazo fijo, ingresos que puedan cubrir sus necesidades básicas y que la institución les provea los recursos necesarios, estas variables benefician al cuidador porque les ayuda a desempeñar de manera eficaz su trabajo. Por el contrario, el alto número de pacientes atendidos diariamente, así como también trabajar en turnos podría no beneficiar su desempeño laboral.

## RECOMENDACIONES

- Dentro de los futuros estudios relacionados a la presencia del Síndrome de Burnout, se debe ampliar las entrevistas a los supervisores del grupo de cuidadores, a los pacientes (claro está de una forma adecuada) y a los familiares de grupo de estudio, para determinar de una forma más integra los aspectos que rodean al objeto de estudio y tener varios puntos de vista que permitan identificar posibles causas de enfermedades en los cuidadores.
- Se puede complementar con consultas a expertos de otros países mediante video conferencias para así determinar actualizaciones de este conocimiento, debido que hay trabajos que no están publicados o que no están en el internet, sobre todo a la propiedad intelectual de los científicos, pero mediante un convenio entre universidad y centros de investigaciones se puede lograr.
- Se recomienda a las autoridades de la institución contar con programas de promoción en el ámbito de manejo de estrés para poder disminuir la presencia del Síndrome de Burnout.
- La institución puede ofrecer de forma periódica consultas con psicólogos especializados en el manejo de estrés para poder identificar a tiempo los síntomas antes de padecer el síndrome.

## BIBLIOGRAFIA

- Aldrete, M. G., Vázquez, L. N., Aranda, B. C., Contreras E, M. I., y Oramas Viera, A. (2012). Factores psicosociales laborales y Síndrome de Burnout en profesores de preparatoria de Guadalajara, Jalisco, México. *Revista Cubana de Salud y trabajo*, 13 (1), 19-26.
- Bakker, A. B., Killmer, C. H., Siegrist, J., y Schaufeli, W. B. (2000). Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 884-891.
- Beck, A.T., Epstein, N. y Harrison, R. (1983). Cognitions, attitudes and personality dimensions in depression. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*. 1, 1-16.
- Bravo, A. M. (2015). *Riesgos psicosociales laborales relacionados con la presión arterial y síntomas cardiovasculares en el área de subsidio del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Guayaquil-2015* (Tesis de Máster) Universidad de Guayaquil, Guayaquil.
- Bravo, P. D. (2017) *Síndrome de burnout en el personal de salud del Hospital General de Macas de enero a julio del 2017*. (Tesis de pregrado) Universidad Católica de Cuenca, Macas.
- Burke, R. J. y Richardsen, A. M. (1993). Psychological burnout in organizations. En R. T. Golembiewski (Ed.), *Handbook of organizational behaviour* (pp. 263-299).
- Buunk, B. P., y Schaufeli, W. B. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 53-69).
- Cabrera, J., Fuertes, J. C. y Plumed, C. (1994). *Enfermería Legal*. Madrid: Editorial Libro del Año.

- Cárdenas Ponce, J. L. (2013). *Prevalencia de sd. de burnout y su influencia en la realización personal en los profesionales de las áreas críticas del hospital del instituto ecuatoriano de seguridad social de la ciudad de ambato*. Recuperado de [http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/5504/1/JORGE%20LUIS%20CARDENA S%20PONCE.pdf](http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/5504/1/JORGE%20LUIS%20CARDENA%20PONCE.pdf)
- Cardona, A. D., Segura, A. M., Berbesí, D. Y., Agudelo, M. A. (2013) Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de anciones. *Revista Facultad Nacional de Salud Publica; 31(1):30-39*
- Carlin, M., Garcés de los Fayos, E. J. (2010). *El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo*. Anales de psicología, 26(1). Murcia, España.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100
- Caycho-Rodriguez, T. (2015). Estudios sobre burnout y afrontamiento. *Interacciones*, 1(2), 105-106
- Cherniss, C (1980). *Staff burnout: Job stress in the Human Services*. Beverly Hills: Sage
- Cherniss, C. (1993). *The role of profesioinal self-efficacy in the etiology of burnout*. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*(pp. 135-149). London: Taylor & Francis
- Cobos, Y. C. (2014). *Síndrome de Burnout de enfermeras S/OS de emergencia, centro quirúrgico, cuidados intensivos y medicina interna del Hospital Isidro Ayora Loja. Enero - febrero 2014* (Tesis de Pregrado). Universidad Nacional de Loja, Loja.

Colliere, M.F, (1993). *Promover la vida*. Madrid: Interamericana McGraw-Hill.

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

Cubillos, Y.(2017) *Prevalencia del síndrome de Burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, realización personal) y la relación con la extroversión, en médicos y enfermeras de dos instituciones privadas, ubicadas al norte de la ciudad de Guayaquil, durante el año 2016-2017.*(Tesis de Pregrado) Universidad Técnica Particular de Loja, Loja

De Valle-Alonso, M.J., Hernández-López, I.E., Zúñiga-Vargas, M.L., Martínez-Aguilera P. (2015) Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adultomayor. *Enfermería Universitaria*, 5;12(1):19-27.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.

Durán, M., Extremera, N., Montalbán, F., y Rey, L. (2005). Engagement y burnout en el ámbito docente: Análisis de sus relaciones con la satisfacción laboral y vital en una muestra de profesores. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21(1-2).

Edelwich, J., Y Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of Desillusionment in the Helping Professions*. Human Science Press, New York.

El Sahili, G. (2011). Burnout profesional. *Editorial Helénica S.A.*

Escobar, E. M. C., Taborda, I. K. S., Adriana, Y., y Peláez, H. (2015). *Calidad de Vida de Docentes Universitarios y Síndrome de Burnout*. (Tesis de Pregrado) Corporación Universitaria Minuto de Dios. Colombia

Eugenio, L. C. (2017). La resiliencia y el síndrome de burnout en profesionales de salud. (Tesis de Pregrado) Universidad Técnica de Ambato, Ambato.

Galvez, M. (2011). *El desgaste profesional del médico, Revisión y guía de buenas prácticas. El vuelo de Icaro*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

García-Huidobro, D. S. (2008). Cuidar a los cuidadores: Un desafío para los profesionales de la salud. . *Revista médica de Chile*, 136(6), 809-811.

Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M., y Valcárcel, P. (1995). A causal model of burnout process development: An alternative to Golembiewski and Leiter models. In *Trabajo presentado en el VII Congreso Europeo sobre Trabajo y Psicología Organizacional*. Gyor: Hungría.

Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 11(3), 679-689.

Gil-Monte, P. R., y Peiró, J. M. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 135-149.



Gil-Monte (2003). El síndrome de quemarse en el trabajo (Síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Psicología Científica.com*, 3(5).

Gil-Monte, P. (2012). Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*. v.29 n.2 Lima jun. 2012

Golembiewski, R. T., Munzenrider, R., y Carter, D. (1983). *Las fases de agotamiento progresivo*. Nueva York: Praeger

Gómez-batiste, B. R. (2008). *Guía de prevención de Burnout para profesionales de cuidados paliativos*. Madrid. Arán Ediciones, S.L. 1ª ed.

González, M., Lacasta, M., y Ordoñez, A. (2008). El Síndrome de Agotamiento Profesional en Oncología. *Editorial Médica Panamericana* (ed.). ISBN: 978-84-9835-198-9. Madrid.

Greenglass, E. R., Burke, R. J., y Fiksenbaum, L. (2001). Workload and burnout in nurses. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 11, 211-215.

Guzmán, J. T. H., Bustos, P. A. G., y Ochoa, J. J. C. (2011). Posibles indicadores del Síndrome de Burnout, en 18 operarios de una distribuidora de GLP de la ciudad de Armenia. *Revista Negotium*, (20), 22-37.

Hernández, R. C., Aguilar, J. O., y Castillo, J. J. (1994). *Métodos de investigación I*. Nueva Imagen.

Hernández, R. C., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. Mexico, DF

- Hernández, Z. E. y Ehrenzweig, Y. (2008). Percepción de sobrecarga y nivel de burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. . *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13 (1), 127-142.
- Hobfoll, S. E. y Freddy, J. (1993). *Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout*. En W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.). *Professional burnout: Recent development in theory and research* (pp. 115-129). London: Taylor & Francis.
- Lobo A, Pérez Echeverría MJ, Artal J. (1986) Validity of the scaled Versión of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine* 1986; 16: 135-140
- Mahler, H. (2009). El sentido de" la salud para todos en el año 2000". *Revista cubana de salud pública*, 35(4), 2-28.
- Mansilla, F. (2003). El Síndrome de Fatiga Crónica: del modelo de susceptibilidad a la hipótesis de la cadena de estrés en el área laboral. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (86), 19-30.
- Manzano, G. y Ramos, F. (2000). Enfermería hospitalaria y síndrome de Burnout. *Revista de Psicología del Trabajo y d Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16,2, 197-213.
- Manzano, G. (2002). Bienestar subjetivo de los cuidadores formales de Alzheimer: relaciones con el burnout, engagement y estrategias de afrontamiento. *Ansiedad y Estrés*, 8, 225-244
- Martínez Perez, A (2010). El síndrome de Burnout. *Evolución conceptual y estado actual de la cuestión*. Vivat Academia. nº 112. Septiembre. 2010.

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

Maslach, C., y Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual (2.ª ed.)*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., Jackson, S.E. (1997) *Maslach Burnout Inventory*. En: Seisdedos N, editor. Manual del Inventario Burnout de Maslach. Síndrome del "quemado" por estrés laboral asistencial. Madrid: TEA Ediciones, S.A., 1997; p. 5-28.

Mazón-Ramos, P. (2012). Riesgo cardiovascular en el siglo XXI. Cómo detectarlo en prevención primaria. Cómo controlarlo en prevención secundaria. *Revista Española de Cardiología*, 65, 3-9.

Medina, R. S. (2018). *El síndrome de Burnout y el compromiso organizacional en el personal administrativo en los centros de Educación Superior* (Tesis de master) Universidad Técnica de Ambato, Ambato.

Morales, C. N. (2017). *Diferentes perspectivas de intervención con personas mayores. Desde la visión de la práctica profesional*. Madrid: Dykinson.

Neffa, J. C. (2015). Los riesgos psicosociales en el trabajo. *Contribución a su estudio*. Argentina: CEIL-CONICET Universidad Nacional de la Plata.

Newstrom, J. W. (2011). *Comportamiento humano en el trabajo*. Mexico: Mc Graw Hill.

- Pastorino, M. S. (2007) *Factores psicosociales del trabajo y síndrome de burnout en trabajadores de la salud*. (Tesis de magister). Universidad de Chile, Chile.
- Pérez, A. M. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, (112), 42-80.
- Pérez, M., Cartaya, M., y Olano, B. L. (2012). Variables asociadas con la depresión y la sobrecarga que experimentan los cuidadores principales de los ancianos con Alzheimer. *Revista cubana de enfermería*, 28(4), 509-520.
- Pilligua, P. (2017). *Prevalencia de trastornos mentales en pacientes en lista de espera de trasplante renal en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de la ciudad de Quito periodo 2014–2015*. (Tesis de doctorado) Instituto Superior de Investigación y Postgrado Especialidad en Psiquiatría. Quito.
- Pines, A. (1993). Burnout: An existencial perspective, dins WB Schaufeli, C. *Maslach i T. Marek. Professional burnout: recent developments in theory an research*, 35-55.
- Poveda, M. (2010) *Atención de enfermería: control de balance hídrico a pacientes con enfermedad renal crónica en el área de medicina interna del hospital Dr. Abel Gilbert Pontón*. (Tesis de Pregrado) Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Guayaquil.
- Quiceno, J. M., y Vinaccia, S., (2007). Burnout: síndrome de quemarse en el trabajo(SQT). *Acta Colombiana de Psicología*, vol.10 num 2.

- Remesal, A. F., Pineda, J. A. D., y Pastor, A. O. (2008). Prevención de riesgos ergonómicos y psicosociales en los centros de atención a personas en situación de dependencia de la Comunidad Valenciana. *Revista de biomecánica*, (50), 35-37.
- Revuelta, F. y Andújar, R. T. (2005). Adaptación al español de la Escala de Satisfacción Vital. *Original no publicado*.
- Rodríguez. A., Cruz P, y Merino, J. (2008). Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile. *Ciencia y enfermería*, 14(2), 75-85.
- Rodríguez, R., y Rivas, S. D. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina y seguridad del trabajo*, 57, 72-88.
- Rubio, J. L. (1993) violencia, maltrato y sufrimientos en las instituciones. *Violencia y salud mental*, 159.
- Ruiz, P., Vega, J. M., Loret, C., Arévalo, M., y Zapata, M. (2008). Validación de la escala para depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en un hospital nacional en Lima, Perú. In *XX Congreso Peruano de Psiquiatría. Lima: Asociación Psiquiátrica Peruana*.
- Salanova, M., Grau, R., Llorens, S., y Schaufeli, W.B. (2001). Exposición a las tecnologías de la información, burnout y engagement: El rol modulador de la autoeficacia relacionada con la tecnología. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 11, 69-90.

- Santiago, R. E. (2013). *Nivel de sobrecarga del cuidador primario asociado a deterioro cognitivo en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, en el centro medico lic. Adolfo López mateos*. (Tesis de Máster) Universidad Autónoma del Estado de Mexico, Toluca.
- Schaufeli, W. B. y Buunk, B. P. (1996) Professional burnout In: Schabracq, MJ, Winnubst, JAM and Cooper, CL eds. *Handbook of work and health psychology*, 311-346.
- Schraiber, L. B., y D'Oliveira, A. F. P. L. (2014). La perspectiva de género y los profesionales de la salud: apuntes desde la salud colectiva brasileña. *Salud colectiva*, 10, 301-312.
- Seligman, M.E.P. (2003). *La autentica felicidad*. Barcelona, España: Vergara
- Sherbourne, C. D. y Steward, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*, 32(6), 705–714.
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., y Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International journal of behavioral medicine*, 15(3), 194-200
- Solis y Arichábala (2017) *Incidencia del síndrome de burnout en el personal administrativo del centro de privación de Libertad de personas Adultas femenino de Guayaquil* (Tesis de Pregrado). Universidad de Guayaquil, Guayaquil.
- Thompson, M. S., Page, S. L. y Cooper, C. L. (1993). A test of Caver on Schecer's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*, 9, 221-235

- Vallejo, M. A. A., y Díaz, E. M. (2014). Síndrome de Burnout asociado a los factores demográficos en una empresa de telefonía celular. *Oikos: Revista de la Escuela de Administración y Economía*, 18(37), 63-76.
- Vargas, S. P., Herrera, G. P., Rodríguez, L., y Sepúlveda, G. J. (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*, 12(1).
- Villamar, R. C. (2014). *Presencia del síndrome del cuidador en cuidadores de pacientes con esquizofrenia en el Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil*. (Tesis de Pregrado) Universidad de Guayaquil, Guayaquil.
- Winnubst, J. (1993). Organizational structure, social support, and burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Series in applied psychology: Social issues and questions. Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 151-162). Philadelphia, PA, US: Taylor & Francis.
- Zarit, S., Orr, N. K., y Zarit, J. M. (1985). *The hidden victims of Alzheimer's disease: Families under stress*. NYU Press.

## **ANEXOS**





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

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

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

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

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

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

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

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

## UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

### Cuestionario (GHQ-28)

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

<p><b>A1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?</b></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><b>B1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?</b></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><b>A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un energizante?</b></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><b>B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de corrido toda la noche?</b></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><b>A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?</b></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><b>B3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?</b></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><b>A4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?</b></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><b>B4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?</b></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><b>A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?</b></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><b>B5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?</b></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><b>A6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar?</b></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><b>B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?</b></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><b>A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?</b></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><b>B7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?</b></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><b>C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?</b></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><b>D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?</b></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><b>C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?</b></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><b>D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?</b></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>

<b>Digitamos</b>	
<p><b>C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?</b></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><b>D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?</b></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><b>C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?</b></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><b>D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?</b></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><b>C5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?</b></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><b>D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?</b></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><b>C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</b></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><b>D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?</b></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><b>C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?</b></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><b>D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?</b></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 TECNICA PARTICULAR DE LOJA

### Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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



## UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

### CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

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

### Brief 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