



# **UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

La Universidad Católica de Loja

## **ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA**

TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Identificación del estrés laboral crónico en cuidadores de adultos mayores y cuidadores de enfermos terminales de un Hospicio y un Hospital ubicados en la ciudad de Guayaquil durante el año 2017 - 2018

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Méndez Benites, María Eugenia

DIRECTORA: Ramírez Zhindón, Marina del Rocío

CENTRO REGIONAL GUAYAQUIL

2018



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

2018

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

PHD

Marina del Rocío Ramírez Zhindón

### **DOCENTE DE LA TITULACIÓN**

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: “Identificación del estrés laboral crónico en cuidadores de adultos mayores y cuidadores de enfermos terminales de un Hospicio y un Hospital de la ciudad de Guayaquil durante el año 2017 -2018” realizado por Méndez Benites María Eugenia, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, Agosto del 2018

f)

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Méndez Benites María Eugenia declaro ser autor (a) del presente trabajo de titulación: “Identificación del estrés laboral crónico en cuidadores de adultos mayores y cuidadores de enfermos terminales de un Hospicio y un Hospital de la ciudad de Guayaquil durante el año 2017 - 2018” siendo Marina del Rocío Ramírez Zhindón director (a) del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de las 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** Méndez Benites María Eugenia

**Cédula** 0913771887

## DEDICATORIA

A Dios por ser pilar y guía de mi vida.

A mis padres Rafael y María Eugenia ( quienes ya no están entre nosotros ), y siempre me apoyaron y motivaron para superarme.

Esta tesis me gustaría dedicársela a toda mi familia y amigos, quienes me alentaron a culminar este proyecto.

## **AGRADECIMIENTO**

Dejo sentado mi agradecimiento a la Universidad Técnica Particular de Loja y al personal docente de la carrera de Psicología quienes ayudaron en mi formación académica como Psicóloga.

A mis padres por su apoyo y motivación para que cada día sea una mejor profesional.

Agradezco de manera especial a la PHD. Marina del Rocío Ramírez, por haber asumido la dirección de mi tesis, por su ayuda y dedicación.

Al personal del Hospital y Hospicio quienes me suministraron los datos para poder llevar a cabo el presente trabajo.

## INDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN .....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
INDICE DE CONTENIDOS.....	vi
RESUMEN .....	1
ABSTRACT .....	2
INTRODUCCIÓN .....	3
CAPÍTULO I.....	5
MARCO TEÓRICO .....	5
1. Definiciones del estrés laboral crónico.....	6
1.1.1 Definiciones de la década de 1980.....	6
1.1.2 Definiciones de las décadas de 1990.....	7
1.1.3 Definiciones de las décadas del 2000.....	7
1.1.4 Definiciones de las décadas del 2010 a la actualidad. ....	8
1.2 Consecuencias del Estrés Laboral Crónico .....	9
1.2.1 Consecuencias en la salud de los cuidadores.....	9
1.2.2 Consecuencias en el trabajo de los cuidadores. ....	10
1.2.3 Modelos explicativos del estrés laboral crónico. ....	12
1.3 Modelos basados en la teoría Socio cognitiva. ....	12
1.3.1 Modelo de la competencia social de Harrison. ....	12
1.3.2 Modelo de autoeficacia de Cherniss. ....	13
1.3.3 Modelo de Pines.....	13
1.3.4 Modelo de autocontrol de Thompson, Page, Cooper. ....	14
1.4 Modelos elaborados desde la Teoría del intercambio Social.....	14
1.4.1 Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli.....	14
1.4.2 Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddly. ....	15
1.5 Modelos desarrollados desde la Teoría Organizacional .....	16
1.5.1 Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter. ....	16
1.5.2 Modelo de <i>Winnubst</i> . ....	16
1.5.3 Modelo de Cox, Kuk y Leiter.....	17

1.6 Modelo sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el Trabajo.....	18
1.6.1 Modelo Tridimensional de MBI – HSS (Maslach y Jackson). ....	18
1.6.2 Modelo de Edelwich y Brodsky.....	18
1.6.3 Modelo de Price y Murphy. ....	19
1.6.4 Modelo de la Teoría Estructural Modelo de Gil Monte. ....	20
1.7 Importancia del estudio estrés laboral crónico en cuidadores .....	20
1.8 Prevalencia del estrés laboral crónico en cuidadores.....	21
1.9 Prevalencia en cuidadores a nivel mundial.....	22
1.10 Prevalencia en cuidadores a nivel de Latinoamérica .....	23
1.11 Prevalencia en cuidadores a nivel nacional.....	24
1.12 Variables asociadas al estrés laboral en cuidadores .....	25
1.12.1 Variables sociodemográficas asociadas al estrés laboral en cuidadores. ....	25
1.12.2 Variables laborales asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores. ....	26
1.12.3 Variables asociadas al compromiso vital y satisfacción vital asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores. ....	27
1.12.4 Variables moduladoras como: apoyo social, afrontamiento y resiliencia asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores. ....	27
CAPÍTULO II.....	29
METODOLOGÍA.....	29
2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	30
2.1 Objetivos .....	30
2.2 Preguntas de investigación: .....	30
2.3 Contexto social .....	31
2.4 Diseño de la investigación.....	31
2.5 Muestra .....	32
2.6 Procedimiento .....	33
2.7 Instrumentos .....	33
2.7.1 Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC. ....	33
2.7.2 Inventario de <i>Burnout</i> de Maslach (MBI).....	34
2.7.3 Entrevista de carga para cuidadores formales (Revuelta y Andujar, 2005).....	34
2.7.4 Escala de Satisfacción Vital (ESV) (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985).....	35
2.7.5 Cuestionario General de Salud (GHQ-28).....	35
2.7.6 Cuestionario MOS de apoyo social. (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991; versión española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, 2005) .....	36



2.7.7	Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento ( <i>BRIEF-COPE</i> ) ..	36
2.7.8	Brief Resilience Scale (BRS) .....	37
2.8	Recursos .....	38
2.8.1	Recursos Humanos.....	38
2.8.2	Recursos Técnicos .....	38
2.8.3	Recursos Financieros .....	38
CAPÍTULO III.....		39
RESULTADOS.....		39
3.1	Características Sociodemográficas.....	40
3.2	Características laborales.....	41
3.3	Dimensiones del <i>Burnout</i> en la muestra estudiada .....	42
3.4	Carga en los cuidadores .....	43
3.6	Casos de <i>Burnout</i> .....	44
3.7	Resiliencia.....	46
CONCLUSIONES .....		52
RECOMENDACIONES .....		53
Referencia Bibliográfica.....		54

## RESUMEN

El síndrome de burnout o quemado por el trabajo es una dolencia muy común en nuestros días especialmente en las personas quienes por su trabajo deben relacionarse con otras. Y la presencia del mismo se ve de manera clara en el tipo de servicio que dichos profesionales prestan, manifestándose también en el trato descortés que mantienen con denominado cinismo.

La muestra estuvo constituida por 40 cuidadores formales de los cuales 27 trabajan en un hospicio y de 13 auxiliares de enfermería (cuidadoras de enfermos terminales) laboran en un Hospital de la ciudad de Guayaquil.

El diseño de la investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal. Se utilizó una serie de baterías para recabar la información necesaria y ellos son: Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC, MBI, Entrevista de carga para cuidadores, ESV, GHQ-28, MOS, Brief-Cope, BRS.

Entre los resultados más importantes tenemos una prevalencia del síndrome de burnout en un 12.5%, se evaluó la sobrecarga laboral con la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (ZCBI) y se obtuvieron los siguientes resultados presentan sobrecarga intensa un 15%, sobrecarga leve 35% y no presenta sobrecarga 50%.

**PALABRAS CLAVES:** burnout, agotamiento emocional, despersonalización, realización personal, cuidadores, resiliencia.

## ABSTRACT

The syndrome of burnout or burned by work is a very common ailment in our days especially in people who for their work must relate to others. And the presence of it is clearly seen in the type of service that these professionals provide, also manifesting in the discourteous treatment they have with others.

In this research, a sample of 27 elderly caregivers of a Hospice and 13 nursing auxiliaries of a Hospital in the city of Guayaquil was used.

Different instruments were used to collect the necessary information and they are: Questionnaire of sociodemographic and labor variables AD-HOC, MBI, Load interview for caregivers, ESV, GHQ-28, MOS, Brief-Cope, BRS.

When I review the results I found a prevalence of burnout syndrome in 12.5%, in terms of emotional exhaustion high 13%, depersonalization 23% and personal realization low 20% and 7.5% resilience or ability to overcome in the face of difficulties staff surveyed.

**KEY WORDS:** burnout, emotional exhaustion, depersonalization, personal fulfillment, resilience.

## INTRODUCCIÓN

Freudenberger (1974) usa por primera vez la palabra burnout para referirse al síndrome de quemado por el trabajo que se produce por el exceso del mismo o la falta de personal o materiales necesarios para llevarlo a cabo de manera correcta. En el año 2000 fue declarado por la Organización Mundial de la Salud como un factor de riesgo laboral, ya que afecta al personal que trabaja en una empresa o entidad de manera integral: física, mental y emocionalmente, lo cual afecta de manera directa en su rendimiento y en el trato que estos tienen con sus clientes.

Se han llevado a cabo diferentes estudios sobre el burnout a nivel mundial, algunos en Latinoamérica donde el tipo de empleo y las prestaciones que este da no siempre cubre las necesidades del empleado (Reygadas, 2011). En este estudio se ha hecho uso de diferentes métodos y técnicas para recopilar información acerca del burnout, sus diferentes dimensiones y las variables laborales asociadas al mismo.

El presente estudio se hizo en un Hospicio y en un Hospital de la ciudad de Guayaquil, tomando como muestra a cuidadores de adultos mayores y cuidadores de enfermos terminales, que es un grupo de personas con altas probabilidades de padecer el burnout.

La finalidad de este trabajo de investigación es responder a los siguientes objetivos: Identificar las características sociodemográficas y laborales de los cuidadores del adulto mayor de un Hospicio de la ciudad de Guayaquil durante el año 2017, identificar la carga , el bienestar general , conocer los modos de afrontamiento más utilizados , identificar el apoyo social precedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo, identificar la satisfacción vital y la resiliencia de los cuidadores de adulto mayor y de enfermos. Mismos se consiguieron a través de la aplicación de diferentes test Psicológicos enumerados a continuación.

Los capítulos desarrollados del trabajo estuvieron en función de las siguientes descripciones: marco teórico, metodología, análisis de resultados, discusión, conclusiones y bibliografía.

En el primer capítulo que es el marco teórico, está la conceptualización del estrés laboral crónico explicado por medio de las diferentes teorías, sus causas y consecuencias, prevalencia y las variables laborales que lo causan.

Tenemos luego el capítulo de metodología, puede verse el diseño metodológico a usarse, la muestra (cuidadores formales de adultos mayores y cuidadores formales de enfermos), variables de estudio, procedimiento de la recolección de datos y los instrumentos que se usaron.

En el siguiente capítulo se analizarán los resultados obtenidos, analizando las tablas de los diferentes instrumentos usados como son Sociodemográficas y laborales AD-HOC, Inventario de Burnout de Maslach, Entrevista de carga para cuidadores formales, Escala de Satisfacción Vital (ESV), Cuestionario General de salud (GHQ – 28 ), Cuestionario MOS de apoyo social, Escala Multidimensional de Evaluación de los estilos de Afrontamiento (Brief – Cope), Brief Resilience Scale (BRS). Se presentarán los resultados de la siguiente forma: en primera instancia los que corresponden a las características sociodemográficas y laborales, después los datos que corresponden a la prevalencia del Síndrome de burnout en la muestra estudiada y las variables asociadas al mismo, encontrando así el porcentaje de estrés laboral que presentan los cuidadores de adultos mayores y de enfermos.

Luego tendremos la discusión, en la que los resultados obtenidos se relacionarán con las preguntas de investigación y diferentes investigaciones realizadas a nivel nacional e internacional.

En las conclusiones se encuentran los resultados obtenidos de acuerdo a los objetivos planteados para este estudio.

Para finalizar estarán las recomendaciones adecuadas, donde se pueden encontrar las sugerencias para los siguientes estudios del mismo tema. Y así poder profundizar en el mismo, dando sugerencias para poder evadir el estrés laboral.

**CAPÍTULO I.**  
**MARCO TEÓRICO**

## **1. Definiciones del estrés laboral crónico en cuidadores**

Actualmente el stress es parte de nuestro diario vivir y afecta a las personas en su salud tanto física como mental, lo cual se ve reflejado en las diferentes actividades que realizan. Diferentes profesionales se ven afectados por el síndrome de *Burnout*, en el presente trabajo estudiaremos el mismo y su incidencia en los cuidadores de enfermos ya que las enfermeras y personal sanitario son muy vulnerables a este.

### **1.1.1 Definiciones de la década de 1980.**

De acuerdo con lo expuesto por Edelwich (1981) cuando un individuo padece el síndrome de *Burnout* presenta: desinterés y bajos niveles de energía para la realización de su trabajo. Esto se ve acrecentado por las malas condiciones del mismo.

Cuando las condiciones de trabajo no son las mejores, estas van restando el interés inicial de la persona en conseguir sus objetivos y llegar a más. Siendo notorio su desinterés y desazón. "Puede verse que el síndrome de *Burnout* tiene 3 síntomas: sentirse incapaz de iniciar y concluir una tarea, estar cansado tanto física como mentalmente y dar un trato inadecuado a las demás personas" (Maslach & Jackson, 1981, p. 44).

La despersonalización, la baja realización personal en el trabajo y el agotamiento emocional se ven reflejados en la calidad de trabajo que la persona realiza y los servicios que presta.

Pines y otros (1981) exponen que el *Burnout* es un cansancio integral (mental, emocional y físico) que se da debido al estrés emocional crónico porque el individuo ha desempeñado una labor de trato continuo con otras personas durante un largo período de tiempo. Es común ver en profesionales de distintas ramas (sobre todo las que trabajan con personas-cuidadores) y llevan mucho tiempo sin parar un agotamiento físico, mental y psicológico que es evidente en su manera de actuar tanto a nivel personal como profesional.

Moreno – Jiménez, Gonzáles y Garrosa (2001), nos dicen que quienes padecen este síndrome tienen un nivel de energía bastante bajo, y experimentan “cansancio físico, emocional y cognitivo”. Como la persona es un ser integral, al padecer de este síndrome se ve afectada su parte física, psicológica y emocional. Y su trabajo – estudio se verá afectado por la falta de fuerzas, el no sentirse capaz y darse por vencido incluso antes de comenzar a hacerlo.

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

Gil-Monte & Peiro (1997) indica que puede definirse el *burnout* como una serie de experiencias psicológicas internas negativas, en las cuales pueden verse conductas diferentes hacia las personas, así como una menor calidad en el trabajo y cansancio para la realización del mismo. En las personas que adolecen del síndrome de *Burnout* se observa que el entusiasmo y la calidad del trabajo a hacer y/o presentar declina, realizando el mismo porque deben hacerlo (no tienen opción).

De acuerdo a una definición elaborada por Hombrados (1997) “en el síndrome de *burnout* varios síntomas aparecen al mismo tiempo, entre ellos los que involucran deficiencias en el movimiento corporal, el habla – conocimiento/aprendizaje y respuestas corporales frente a un trabajo que presenta altas demandas durante mucho tiempo” (p. 217).

Las cosas referentes al trabajo dejan de ser importantes para la persona y pasan a tomar un segundo o tercer lugar, viéndose una disminución considerable en calidad y cantidad del trabajo a presentar.

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

Maslach, Schaufeli y Leiter, (2001) definen el síndrome de *Burnout* como tedio en el estado de ánimo, mismo que produce que la persona no se sienta capaz y se sienta avocada a un resultado adverso en lo que intente.

Al pasar el tiempo los diferentes trabajadores pueden ver como normal el cansancio o aburrimiento que sienten al realizar del mismo tipo de trabajo, y esto se ve reforzado al realizarlo de manera inadecuada.



Según Aranda (2006) *burnout* es una palabra de origen inglés cuyo significado es estar quemado, desgastado, exhausto, perder la ilusión por el trabajo. De acuerdo con el autor, las personas que padecen de este síndrome se sienten tan cansadas que pierden la ilusión por el trabajo, sintiéndose sin fuerzas para continuar. Esto se vuelve una rutina que influye en su estado de ánimo, el cual baja y causa un deterioro de sus relaciones con las demás personas.

Más tarde Molina y otros (2009) nos indican que el síndrome de *burnout* tiene una relación directa entre lo padecido por el paciente y el profesional de la salud, ya que este último llega a sufrir síntomas del primero (p.220).

Podemos concluir que la tensión causada por el enfermo y sus familiares, en muchas ocasiones merma la paciencia y disposición de su cuidador influyendo esto en su estado anímico (que se ve afectado) y/o en su salud (bajan sus defensas y mimetizan los síntomas del paciente que atienden).

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

Debido a los avances tecnológicos de la época, la gran demanda de tiempo – atención, requerimientos profesionales y económicos de las personas, su nivel de estrés es muy alto. No siempre tienen o saben cómo afrontarlo, teniendo en un primer momento diferentes síntomas de estrés que al no ser tratados aumenta y se desarrolla el síndrome de Burnout.

Según Langle (2010) tienen una mayor probabilidad de padecer el burnout las personas que buscan ser el centro de atención, ya que al no conseguirlo su autoestima baja siendo presas fáciles de este síndrome.

Fernández (2010) explica que el estar quemado por el trabajo da a la persona el sentimiento de ya no puedo más, se siente exhausto ya que tiene exceso de trabajo y escasos recursos tanto físicos como emocionales.

Navarro en el 2010 expone que a nivel mundial, entre el 5% y el 10% de los trabajadores en los países en vías de desarrollo padecen estrés laboral crónico; mientras que en los países industrializados serían entre el 20% y 50% los trabajadores afectados por dicha enfermedad.

De acuerdo los estudios realizados podemos observar que, a mayor desarrollo del país, el índice de personas afectadas por el síndrome de *burnout* aumenta de manera considerable.

## **1.2 Consecuencias del Estrés Laboral Crónico**

Según Shiron, (1989) en el mundo laboral, los trabajadores sufren estrés si no tienen capacidad para responder a las exigencias planteadas; si el estrés es alto, puede dar lugar a problemas físicos y psicológicos. Concluyo que cuando el trabajo excede las capacidades del individuo, este se estresa sus defensas bajan y su salud se ve afectada.

Gil – Monte, (2003) explica que los diferentes síntomas del estrés se dan por la unión de diferentes variables: físicas, psicológicas y sociales. En el trabajo de médicos y enfermeras hay estresores como: poco personal, por lo que tienen exceso de trabajo; rotación (turnos), trato directo con el paciente y sus familiares, que en muchas ocasiones son difíciles; palpan de manera directa la falta de salud y sus consecuencias, incluyendo la muerte.

Según la Organización Internacional del trabajo (2016), el estrés laboral es en sí mismo una ‘enfermedad’ peligrosa para las economías industrializadas y los países en vías de desarrollo, porque no sólo afecta la salud de los trabajadores, sino que también interfiere en la producción (disminuye la cantidad) y en la prestación de servicios, siendo estos de menor calidad (p.62).

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

De acuerdo a diferentes estudios, los cuidadores que padecen del síndrome de *burnout* tienen inconvenientes de salud tanto física, mental como emocionalmente. Por lo tanto sus relaciones interpersonales se ven afectadas ya que su estado de ánimo es variable y el estrés o desazón que

tienen en su vida laboral se ve reflejada en su vida personal, incrementándose el ausentismo por estar o sentirse enfermos.

Por su parte Martínez (2010) explica que las personas afectadas por este padecimiento pueden presentar: sentimientos de fracaso, baja autoestima, irritabilidad. Puede verse que los síntomas cognitivos comienzan con la incoherencia percibida por el afectado entre las expectativas laborales y la situación real, lo que provoca frustración y depresión. También aparece el cinismo: autocrítica, desvalorización y desconfianza de sus propias potencialidades y de las de los demás. Tal como lo expresa la autora antes mencionada debido a su trabajo los cuidadores en muchas ocasiones presentan falta de tiempo para su autocuidado (lo cual se ve reflejado en el descuido de su apariencia) y/o cansancio físico (agotamiento), por medio de estudios se ha comprobado que su tasa de mortalidad y niveles de ansiedad y depresión son altos.

Concluyo que el desgaste presentado por los cuidadores sino tienen o pueden dedicar un tiempo para sí, es grande y progresivo. Viéndose afectado todos los ámbitos de su vida: personal (la salud: sus defensas bajan y son presa de cualquier enfermedad o virus), laboral (ausentismo: debido a las diferentes enfermedades o al sentirse fuera de lugar y no querer seguir ahí ) y social (sus relaciones interpersonales ).

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

Según Karasek & Theorell (1990) el síndrome de *burnout* podemos verlo como una respuesta al estrés laboral crónico que se produce en las profesiones que dan servicios de manera directa a otras personas, por lo que hay un contacto directo con las mismas

Moreno y Peñacoba (1996) expresan que quienes lo padecen presenta cambios de conducta hacia las personas para quienes trabajan y también disminución de la calidad y desarrollo mediocre de lo que debe hacer con cansancio o agotamiento. Se ve claramente como la desmotivación y los bajos niveles de energía afectan en el desempeño en el trabajo asignado.

Winnubst (1993) da una ampliación del concepto en el cual exponen sus síntomas:

Síntomas
<ul style="list-style-type: none"><li>- Cansancio / desgaste emocional.</li><li>- Antes la persona se encontraba sana.</li><li>- Suele darse en personas que atienden o prestan servicios a otros.</li><li>- Baja autoestima, su calidad de trabajo desciende.</li></ul>

Fuente: Winnubst (1993).  
Elaborado por: Méndez (2017)

Como sabemos el hombre es un ser integral y el síndrome de *Burnout* se ve reflejado tanto en su cuidado personal como en su forma de afrontar las diferentes dificultades, evidenciándose una disminución de sus capacidades cognitivas y conductuales. Moreno y Peñacoba (1996) expresan que el síndrome de *burnout* se relaciona con la falta de motivación emocional y cognitiva, que luego desencadena que los cuidadores que lo padecen pierdan el interés en cosas que antes tenían mucha importancia para ellos.

De acuerdo con los autores mencionados puede verse una pérdida de interés marcada en áreas que antes eran primordiales para dichas personas.

Bertoglia (2005), afirma que las “personas o individuos son los constructores de su vida, siendo por lo tanto responsables de sus éxitos o fracasos”. (p. 51). En referencia a lo escrito por los autores, queda claro que las personas son responsables de su propia realidad, ya que cada uno la escoge o por diferentes situaciones se ve obligado a hacerlo.

Ortega y López (2004) expresan que el *burnout* aparece cuando los cuidadores o personas esperan más de su trabajo, dando lugar a la presencia de agotamiento, y un rendimiento mediocre en el mismo, por la desmotivación. Sin lugar a duda, los cuidadores que padecen el síndrome de

*burnout* desmejoran su salud por las alteraciones en la alimentación que pueden sufrir y suelen poner en riesgo su vida con conductas temerarias ya que no miden el peligro.

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

Gil Monte ( 2005) explica que el estrés es un 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. Así, se han formulado diversos modelos, entre los cuales los conocidos como "demanda - control", y "esfuerzo - recompensa (ERI)" son los que han aportado el mayor número de evidencias que relacionan el ambiente psicosocial de trabajo con efectos en salud.

### **1.3 Modelos basados en la teoría Socio cognitiva.**

El hombre es un ser integral por lo cual es de gran importancia dar una adecuada formación a su parte intelectual o del conocimiento ya que ella influirá en las decisiones que el individuo tome para la consecución de sus objetivos.

Martínez (2010) refiere que:

- 1) Las cogniciones o pensamientos influirán en la forma de ver la realidad.
- 2) Si la persona no cree en sí mismo, le será difícil cumplir con sus objetivos.

#### **1.3.1 Modelo de la competencia social de Harrison.**

Harrison en 1983 expone claramente que los cuidadores de enfermos o de personas de la tercera edad generalmente quieren ayudar a los demás, pero que esto sea constante en el tiempo dependerá del ambiente en el cual se desenvuelvan. Si este no es bueno, su motivación disminuirá ya que no se sentirá capaz de la consecución de sus objetivos pudiendo aparecer el síndrome de *burnout*. Este

tipo de trabajo se ve beneficiado por: objetivos claros y realistas, hacer propios los valores de la empresa para la cual se desempeña, posibilidad de mejorar profesionalmente. Las barreras que podemos encontrar son: no tener claro el rol a desempeñar, falta de recursos, sobrecarga laboral, malas relaciones interpersonales (Martínez, 2010).

Los factores antes mencionados ayudan o dificultan el desenvolvimiento del trabajador (minando su autoestima), si son negativos puede desarrollarse en el Síndrome de *Burnout*.

### **1.3.2 Modelo de autoeficacia de Cherniss.**

Gil-Monte y Peiró (1999) exponen que Cherniss, en su teoría explica que si una persona logra los objetivos que se ha propuesto, sentirá seguridad respecto a sus capacidades. De no ser así se sentirá menos apto. Si esto sucede a menudo puede desarrollar el síndrome de *burnout*.

Martínez (2010) dice claramente que podemos observar varias etapas durante el desarrollo del burnout, como son: inseguridad – nerviosismo debido a tener más trabajo y menos recursos para llevarlos a cabo, cansancio, malas relaciones interpersonales. (p. 56)

De acuerdo a lo descrito por este modelo vemos que la relación del estresado con el estresor se vuelve de dependencia, ya que así no deja su papel de víctima (el cual se le hace más cómodo, ya que no debe esforzarse por dar más dejando así su zona de confort).

### **1.3.3 Modelo de Pines.**

Pines (1981), expone que el Síndrome de *Burnout* se da cuando la persona busca el sentido de su vida en el trabajo y no lo encuentra. Estos profesionales tienen una motivación alta y al no conseguir su objetivo desarrollan esta enfermedad, “misma que se produce cuando el sujeto afronta diferentes situaciones estresantes y no posee los medios para hacerlo, sufriendo una gran desilusión”. (Martínez, 2010, p.56).

Vemos como el cuidador al no sentirse capaz o competente pierde el sentido del humor, se descalifica y su trabajo que antes le gustaba y parecía gratificante deja de tener importancia para el/ella (ahora le produce desasosiego).

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

Thompson, Page y Cooper especifican cuatro factores que juegan un papel importante en la aparición del *Burnout*. Los cuatro factores son: 1) Sujeto no posee los recursos para afrontar tareas a realizar. 2) No hay autoconocimiento. 3) Se siente poco capaz de realizar algo adecuadamente. 4) Falta de seguridad en sí mismo. Luego de muchos fracasos, la persona no lo intenta más. Siendo esto una estrategia de afrontamiento para así sentirse mejor. (Martínez, 2010, p. 56).

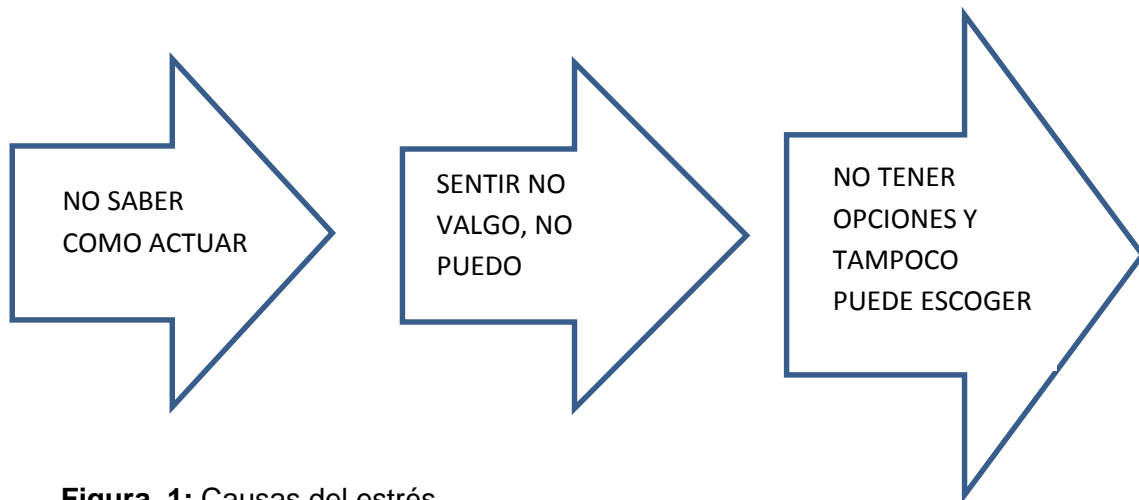
En este caso la persona afectada por el Síndrome de *Burnout* decide no luchar por conseguir sus objetivos, ya que no se siente capaz y tiene temor de fracasar nuevamente.

### **1.4 Modelos elaborados desde la Teoría del intercambio Social**

#### **1.4.1 Modelo de comparación social de Buunk y Shaufeli.**

Martínez (2010) con este modelo se explica el *burnout* en enfermeras, las causas que lo producen son: 1) Trato con los pacientes, 2) Intercambio social – comparación con los compañeros de trabajo.

Para los autores Buunk y Schaufeli (1993), el estrés puede darse por las siguientes condiciones:



**Figura. 1:** Causas del estrés

Fuente: Buunk y Schaufeli (1993)

Elaborado por: Méndez (2017)

El personal de enfermería no buscará la ayuda de sus compañeros de labores ya que esto los haría sentir incompetentes (de menor valía) y se sentirían forzados a esforzarse un poco más.

Según lo expuesto por los autores Buunk y Schaufeli (1993), los enfermeros/as que padecen de este síndrome no piden ayuda a sus compañeros ya que si lo hacen se sienten inseguros y poco capaces-.

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

Martínez (2010) en el Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freddy se respalda en la idea de que el estrés se manifiesta en el momento en que las personas perciben como amenazado aquello que las motiva.

De acuerdo a lo expuesto en este modelo puedo concluir que el que se dude de la capacidad de un trabajador y no se le proporcione los recursos adecuados para poder laborar, le causa inseguridad y estrés.



Según lo descrito en este estudio el personal tratará de mantener sus capacidades y los medios con los que pueda hacer frente a las diferentes dificultades, pudiendo poner como causas del desarrollo del *Burnout* a la pérdida de habilidades y recursos por parte del profesional. Si el cuidador afronta de manera adecuada la situación habrá una reducción de síntomas y probablemente el síndrome no se desarrolle.

Para evitar el que los cuidadores padezcan el burnout debemos darles la posibilidad de que se capaciten para que así puedan desarrollar el trabajo de mejor manera y su actitud cambie.

## **1.5 Modelos desarrollados desde la Teoría Organizacional**

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

Golembiewski, Munzenraider y Carter (1983) dejan claro en su teoría que el *burnout* es un síndrome que puede presentarse en profesionales de diferentes áreas cuyo trabajo es de relación con otras personas. Durante el desarrollo de la enfermedad el trabajador dejará de sentirse comprometido con su trabajo. “Este modelo acepta la secuencia despersonalización, bajo logro personal y cansancio Emocional”. (Martínez, 2010, p. 58). Tiene ocho fases en las cuales se combinan de diferente manera las tres etapas antes mencionadas, pudiendo clasificar de manera adecuada al trabajador de acuerdo a su condición.

De acuerdo a lo mencionado por dichos autores, quienes padecen el síndrome de *Burnout* pierden el interés y compromiso en sus obligaciones laborales. Lo cual se ve reflejado en el mismo.

### **1.5.2 Modelo de Winnubst.**

Para Winnubst (1993) el síndrome de *burnout* puede afectar a todo tipo de profesionales. “Este modelo se centra en las relaciones entre la estructura organizacional, la cultura, el clima organizacional y el apoyo social en el trabajo como variables antecedentes del síndrome de *burnout*”. ( Duffy et al., 2015, p. 53 )

Estructuralmente los trabajos están organizados de manera diferente. En alguna prima la burocracia mecánica, las cosas solo se pueden hacer de la manera establecida que es para aumentar la productividad. La comunicación es en sentido vertical, aquí el síndrome es causado por el cansancio de hacer siempre lo mismo. El apoyo social es de tipo instrumental. (Winnubst, 1993, p. 158 )

Burocracia profesionalizada, lo más importante aquí es la creatividad y que el trabajador sea consciente de lo que debe hacer. Como el reglamento no siempre se cumple hay problemas interpersonales. El apoyo social es de tipo emocional e informal (-Winnubst. 1993, p. 160-)

La ayuda social que una persona recibe en el trabajo, le es de suma importancia ya que así podrá ver las cosas de otra manera y realmente formar parte de su empresa. Winnubst (1993) realiza su modelo teniendo en cuenta:

1. La ayuda que reciban los trabajadores de una empresa, será particular de la misma.
2. Las ayudas mejorarán el clima laboral.
3. La ética primará en la realización de estas ayudas.
4. Teniendo en cuenta la ética que se vive en cada empresa puede pronosticarse si sus trabajadores tendrán o no el síndrome de *burnout*.

Las ayudas brindadas influirán de manera directa y adecuada sobre las diferentes personas de la organización.

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

Los autores Cox, Kuk y Leiter (1993) con su modelo nos dejan claro que ante la presencia de estrés laboral y la falta de herramientas, tiempo o capacidades del trabajador aparecen en el síntoma del síndrome de *burnout*. Los cuales son: cansancio, siente que ya no puede más, nerviosismo y una hipersensibilidad ante muchos aspectos que antes le eran intrascendentes. La persona duda de sus capacidades, ya no se siente las fuerzas necesarias para llevar a cabo el trabajo encomendado. Y esto lo hace sentir “yo no puedo, yo no sirvo”.

El que una persona se sienta potencialmente capaz ayuda a contrarrestar la aparición de este síndrome.

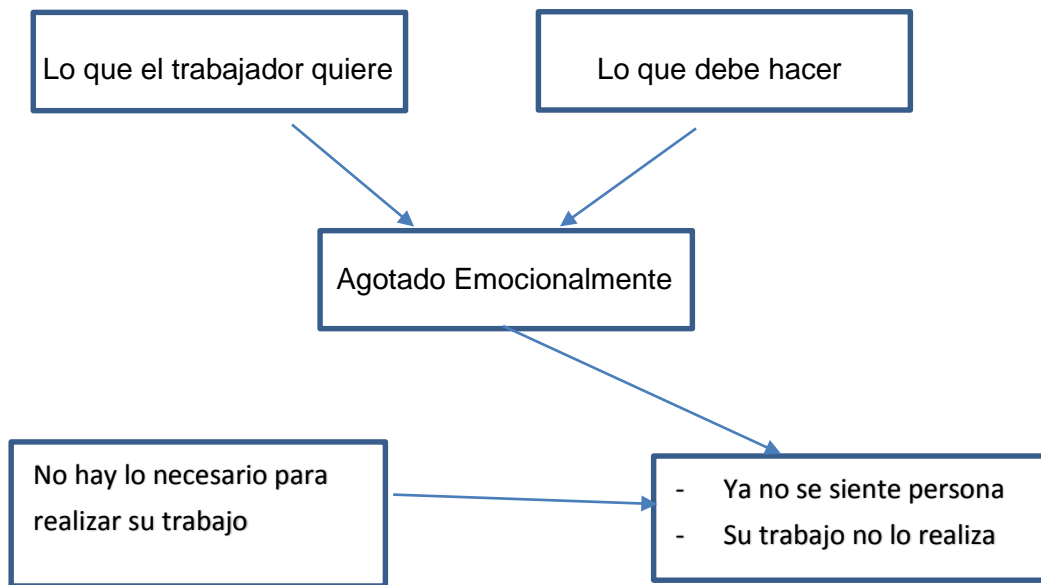
## **1.6 Modelo sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el Trabajo**

### **1.6.1 Modelo Tridimensional de MBI – HSS (Maslach y Jackson).**

Maslach y Jackson (1981) nos explican que las personas que padecen del síndrome de *burnout* se sienten incompetentes ante su trabajo y su comportamiento es descortés / desagradable con sus compañeros y/o clientes. Las tres dimensiones o fases de dicho síndrome son agotamiento emocional, la persona siente que no tiene fuerzas para hacer lo que debe, despersonalización lo cual puede verse en el trato frío y poco amable con quienes se relaciona, falta de realización personal ya que su trabajo le deja una sensación de vacío ya no lo llena. Esto puede ocurrir con más frecuencia en profesionales que se dedican al trato con personas. Maslach nos dice que para que aparezca el burnout debe haber una relación de pugna entre la persona que presta sus servicios y su empleador, lo cual se ve reflejado en a deficiente calidad del trabajo realizado. Encontramos dos perspectivas: la clínica, que se enfoca en los síntomas del burnout y la psicosocial, que ve a las personas y su relación con el medio.

### **1.6.2 Modelo de Edelwich y Brodsky.**

Edelwich y Brodsky (1981) para ellos el síndrome de *burnout* es una enfermedad que hace que el cuidador de enfermos pierda poco a poco el interés en su trabajo, como consecuencia de las malas condiciones del mismo. En él pueden distinguirse 4 etapas: 1) entusiasmo: quiere hacer las cosas bien ( no mide el peligro ), 2) no sabe qué hacer ( desconoce el método adecuado ), 3) no lo hace ( empieza a aparecer la frustración ), 4) pierde el interés y aparece el desánimo.



**Figura 2.** Modelo de Edelmich y Brodsky

Fuente: Edelmich y Brodsky (1980)

Elaboración: Méndez (2017)

### 1.6.3 Modelo de Price y Murphy.

Price y Murphy (1984) describen este síndrome explicando como el trabajador siente desazón o desencanto con relación a su trabajo y se adapta a las situaciones de tensión y ven el desarrollo del mismo en 6 etapas:

- 1) falta de claridad: desorientación
- 2) débil emocionalmente: inestabilidad,
- 3) siente que todo lo hace mal: culpabilidad
- 4) tristeza (si se da cuenta de ella) y frustración
- 5) pedirá ayuda
- 6) paz/ serenidad: las cosas vuelven a la normalidad.

#### **1.6.4 Modelo de la Teoría Estructural Modelo de Gil Monte.**

Gil Monte (2005) basa su modelo en la interacción entre la parte emotiva y la cognitiva, presentan 2 tipos:

1) quien no siente deseos de hacer nada (desmotivados): puede darse indolencia o quemeimportismo de los cuidadores con los adultos mayores, lo cual se ve reflejado en la mala atención prestada.

2) quienes presentan sentido de culpabilidad. Este autor deja clara la suprema importancia de los trabajadores en el sector de la salud, ya que son ellos quienes lo ponen en funcionamiento y de su trabajo dependerá la calidad del servicio que el paciente recibirá. Las personas que trabajan en una empresa son quienes la pueden sacar adelante o deteriorarla. Pueden medirse con el Cuestionario de evaluación de síndrome de quemarse por el trabajo.

#### **1.7 Importancia del estudio estrés laboral crónico en cuidadores**

El personal dedicado a la salud: médicos, enfermeras y cuidadores, debido a su trabajo tienen mucha probabilidad de desarrollar el *burnout* (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

Las circunstancias que favorecen el desarrollo de este síndrome son: variables personales entre ellas las personas jóvenes de sexo femenino con nivel de educación y de autoestima bajo, solteras y sin hijos tienen un mayor riesgo. El exceso de trabajo influye para que este síndrome aparezca (Ahola et al., 2005).

Este síndrome tiene diversos síntomas que afectan a la persona de manera integral: cuando hay un trastorno depresivo mayor en personas del sexo masculino se dan problemas cardiovasculares y en personas del sexo femenino problemas en los aparatos esquelético y muscular (Honkonen et al., 2006).

Sabemos que a mayor estrés laboral aparecen más enfermedades del corazón. Si el profesional de la salud está enfermo, la salud del paciente puede verse afectada (Kivimäki et al., 2002).

En relación a la teoría estudiada se deduce que la utilidad de reducir las alteraciones de estar gastados por el trabajo reporta grandes beneficios: hay menos faltas al trabajo y pueden prestar un mejor servicio. Para prevenir el *burnout* se deben mejorar las condiciones laborales, si cuidamos a los profesionales de la salud, indirectamente estamos cuidándonos.

### **1.8 Prevalencia del estrés laboral crónico en cuidadores.**

El *burnout* se considera como una respuesta al estrés laboral crónico cuando el individuo carece de las estrategias funcionales de afrontamiento normalmente utilizado, y que actúa como una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias. Lo siente la persona que lo adolece (en este caso los cuidadores) y esto se ve reflejado en su trabajo (Correal, Posada , & Pérez, 2001).

Cuando el cuidador sobrepasa sus límites tanto físicos como emocionales en el cuidado de adultos mayores o personas de la tercera edad, es decir tiene una sobrecarga de trabajo se produce estrés crónico que a la larga genera el síndrome de burnout.

Este síndrome produce los siguientes síntomas:

- Nerviosismo
- Falta de tranquilidad
- Mal humor
- Pena
- Sentimientos de culpabilidad por no atender bien al paciente.

Todo esto puede desembocar en que la persona decida auto eliminarse.

Cardona y otros (2013) en un estudio realizado en Colombia en la ciudad de Medellín a cuidadores de adultos mayores en el año 2010 puede verse que el 12.7% tiene un alto nivel de sobrecarga y esto se da con mayor frecuencia en las mujeres 81.6%.

En cuanto al nivel educativo del cuidador presentan una mayor sobrecarga quienes tienen la secundaria completa o incompleta 39.5%.

En relación al estrato socioeconómico se encontró una mayor sobrecarga en cuidadores del estrato bajo con el 55%.

No podemos olvidar que los cuidadores son personas con emociones que repercuten tanto en su salud como en el trato que dan a los que están bajo su cuidado, por ello es tan importante cuidar su salud tanto física como psicológica.

### **1.9 Prevalencia en cuidadores a nivel mundial**

El estrés laboral disminuye la motivación, el compromiso y el rendimiento laboral; y eleva la tasa de ausentismo, la rotación de personal y el retiro temprano. Esto conlleva a disminuir la productividad, la competitividad y la imagen pública de los lugares donde prestan sus servicios.

Vázquez y otros (2013) en un estudio realizado en México en la ciudad de Mérida, a cuidadores de adultos mayores de 10 casas asistenciales utilizando el Maslach Burnout Inventory (versión española) y puede observarse los siguientes resultados del personal evaluado: el 65% era de sexo femenino y el 35% masculino con una edad promedio de 38 años (rango de 19 – 60 años). El 87% de la población que se estudió tenía algún nivel de burnout. En cuanto a la afectación por áreas el 30% presentó agotamiento emocional, 46% despersonalización y 95% falta de realización personal en el trabajo.

Puede concluirse que el burnout se haya presente en un alto porcentaje de cuidadores de adultos mayores, siendo la realización personal el área más afectada y que cuando menor es el salario mayor es la presencia de dicho síndrome.

Cardona (2013) en el año 2010 se realizó un estudio a cuidadores de adultos mayores en la ciudad de Medellín – Colombia, la muestra fue de 312 individuos, teniendo como resultado: prevalencia del síndrome de burnout 12,17% (38) IC 95% ( 8.39 – 15.96 ); tienen mayor sobrecarga: los cuidadores de 56.5 años a menos, las mujeres con un 81.6%, quienes han estudiado solo hasta

la secundaria de forma completa o incompleta, también quienes ven que el anciano a quienes cuidan tiene un estado de salud regular o malo.

Rodríguez (2017) se realizó estudio en España en el año 2010, a 97 cuidadoras de adultos mayores, un 61.9% tienen sobrecarga intensa influido por el nivel de dependencia y la relación sostenida con la persona que cuidan. La muestra se compone por una mayoría de mujeres equivalente al 95% sus edades están comprendidas entre 24 y 82 años con una media de 55 años. El 82% de la muestra padece alguna enfermedad crónica, la probabilidad de sufrir sobrecarga aumenta cuando: cuidadora tiene otro empleo, está enferma y cuando el enfermo es violento (Sampayo et al., 2011).

### **1.10 Prevalencia en cuidadores a nivel de Latinoamérica**

Los modelos conceptuales del *burnout* que se usan en los países de Latinoamérica no se han realizado en la región; fueron elaborados en países del primer mundo por lo cual no están acordes a nuestra realidad (Díaz & Gómez, 2016).

En el 2009 se realizó un estudio con una muestra de 11.530, profesionales de la salud de España y otros países hispanos, se encontró que la prevalencia de este síndrome es de 14% en España y Argentina, 4% en México y Ecuador, Uruguay, 2% en Guatemala, 6% en Perú, entre otros. Así mismo, en los últimos años, hay estudios que muestran a Chile como el país latinoamericano con mayor incidencia del síndrome de desgaste laboral, con un porcentaje de 30% en profesionales de la salud, afectando especialmente a mujeres médicas (Grau et al., 2009).

Los cuidadores por su trabajo están sometidos a un alto nivel de estrés, el cual si no se regula causa problemas físicos, emocionales y cognitivos (Oliveira, Cruz, Alves y Sayuri, 2010) .

En Medellín en el año 2010 se realizó estudio a 312 cuidadores de adultos mayores y los resultados fueron los siguientes: prevalencia del síndrome de sobrecarga 12.17%, IC 95% [8.39 – 15.96], la mitad de los cuidadores con sobrecarga tenían 56.5 años o menos, presentaban una mayor



sobrecarga: las mujeres con un 81.6%, un 39.5% de la muestra tiene estudios secundarios completo, un 55.3% pertenecen al estrato socioeconómico bajo y que el cuidador tenga un estado de salud regular o malo aumenta la sobrecarga. Las condiciones de salud del anciano que se atiende es un factor que ayuda a disminuir y/o aumentar el riesgo de sobrecarga en el cuidador (Cardona, Segura, Berberi, Agudelo, 2013)

Le siguieron las manifestaciones del *burnout*, que están en relación directa con la repercusión sobre la salud física o psíquica, y la vida familiar y social del trabajador, fue más elevada en el Servicio de Guardia (60.8%). Los profesionales declararon como cuestiones conflictivas: el excesivo número de pacientes para atender por día, diversidad de tareas por falta de recursos auxiliares, dificultades para la derivación de pacientes a otros centros asistenciales, dependiendo de la gestión personal del profesional; deterioro o ausencia de recursos sanitarios (Zaldúa et al. 2000)

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

En 2012, se realizó en el Hospital Carlos Andrade Marín de Quito - Ecuador una encuesta; la cual mostró que 67% de la población tenía estrés laboral y emocional; causado por las largas jornadas laborales; en el cual, existe escases de insumos, sobrecargo de servicio de atención, entre otros (Coello, 2016). De acuerdo a los estudios mencionados este porcentaje se supondría que va en aumento debido a que, en el país, el síndrome de desgaste laboral, aun no es identificado como un riesgo psicosocial.

En el 2016 se realizó estudio a 60 cuidadores en Quito para determinar incidencia del síndrome de burnout, el 66.6% era de sexo femenino y su edad promedio 49.9 años. El 60% de los participantes era casado. Su escolaridad 56.6% secundaria, 28.4 primaria y el 40% realiza otra actividad además de cuidar al paciente. Al concluir el estudio se determinó que el 38.3% tiene sobrecarga (Viera, Yugcha 2016).

En el 2016, se realizó en Quito un estudio a 60 cuidadores de adultos mayores y muestra los siguientes resultados: 55% presentan cierto grado de sobrecarga – 19% leve y 36% intensa, 64% tienen probabilidad de tener ansiedad y 55% probabilidad de padecer depresión (Silva, Pérez 2015).

El estrés un problema de la sociedad actual, aquí en Ecuador se está dando los primeros pasos para concientizar a los profesionales sobre el mismo y de buscar medios para erradicarlo o por lo menos atenuarlo.

## **1.12 Variables asociadas al estrés laboral en cuidadores**

### **1.12.1 Variables sociodemográficas asociadas al estrés laboral en cuidadores.**

Maslach y otros (2001) nos indica que, entre las variables sociodemográficas se encuentran las variables como, edad (se puede observar que los empleados más jóvenes reflejan un nivel más alto del *burnout*), sexo (hay un mayor riesgo en el sexo femenino) y nivel de estudios. De acuerdo a los estudios realizados puede verse que hay un mayor índice entre el personal joven y es mayor aún si es de sexo femenino.

Saturno (2001) en su estudio expresa que los cuidadores con los siguientes factores externos como no saber lo que tiene que hacer (trabajo no definido), no estar facultado para tomar decisiones tiene un aumento en su nivel de estrés que si es continuo y en aumento producirá el síndrome de burnout.

Rodríguez et al. (2017) relatan que en estudio realizado en México a 125 cuidadores de enfermos puede verse que la mayoría son mujeres 72% , que el 65% de la muestra tenía de 10 a 19 años de escolaridad con una media de edad de 52.7 años. Presentaron una mayor ansiedad y depresión los cuidadores de sexo femenino y con una escolaridad baja. Los cuidadores que tienen un mejor nivel de estudios saben lo que padece el paciente y qué pueden hacer.

### **1.12.2 Variables laborales asociadas al estrés laboral crónico en cuidadores.**

La actividad laboral es por sí misma generadora de estrés, ya que determina la exposición del empleado a ciertos estresores, según como sean vividos, resueltos y afrontados, determinan la respuesta individual, sea adaptativa (aprendizaje, adaptación) o des adaptativa (desgaste e insatisfacción), (Carmona, Sanz Marín, 2002).

Atance (1997), explica que el síndrome de Burnout se considera una de las mayores causas que afectan a la fuerza laboral de diferentes empresas o instituciones, ya que el trabajador lo sufre de manera integral: personal, social y laboralmente, siendo una de las principales causas de absentismo y deserción. Enumera como factores que favorecen la aparición de este síndrome el sexo femenino, que tenga más de 44 años de edad, falta de pareja estable, que trabaje en el mismo sitio por mucho tiempo y por muchas horas cada semana.

Deckard, Meterko y Field (1994), exponen que la cantidad de tiempo que pasa el cuidador con el paciente, es directamente proporcional a la aparición de los diferentes síntomas del estrés y que el trabajar de manera directa con pacientes puede causar que la persona deje de sentirse como tal.

Se han descrito varias características que influyen en la salud del cuidador, destacando: lugar y tamaño de donde trabaja, la responsabilidad que se tiene (claridad de las mismas) y la falta de participación en la toma de decisiones (Mingóte, 1997; Epstein, 2001). De esta manera, al relacionar estrés y trabajo, surge una muy variada cantidad de exigencias. La necesidad de satisfacción (sentirse útil y necesario), la de autoestima y la de realización personal, cumplen un papel destacado para encontrarle sentido a la actividad que se realice (Llor Abad, 1995).

Si se mantienen en el tiempo los estresores y no se resuelve la situación, aparecerían consecuencias negativas para el individuo y la organización (Gil-Monte & Peiro, 1997).

Este síndrome está relacionado con el exceso de horas de trabajo, pocas vacaciones, trabajos bajo presión por ejemplo, cuidados intensivos, emergencia; trabajar con pacientes con alto riesgo de contagio por ejemplo, el SIDA, monotonía y estilos de vida poco saludables (Atance , 1997).

Zambrano-Cruz y Ceballos Cardona (2007) exponen en su ensayo que la aparición de síntomas del síndrome de burnout se debe a diferentes causas como: problemas de salud que pueden ser físicos o mentales, no tener tiempo para sí, ausencia de amistades y tener problemas emocionales.

El mayor origen del estrés se relaciona por la presión del tiempo en el trabajo; la insatisfacción se asocia a las relaciones con los pacientes y los colegas. Altos niveles de estrés ocupacional se asocian con menor satisfacción en la práctica profesional y mayores actitudes negativas hacia el sistema de cuidados de la salud (Wagner & Jason, 1997)

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

Pavot, Diener, Colvin y Sandvik (1991), nos dicen que el paciente ve lo que ha conseguido (esto lo llenará de gusto y satisfacción) y lo que por diferentes motivos no ha podido hacer a lo largo de su vida.

Seligman (2003), expone que, si una persona se siente mal por algo que ha hecho, esto que le quitará la paz y causará infelicidad.

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

El apoyo social tiene varias dimensiones, como la asistencia instrumental que es la ayuda formal y/o informal que recibe el cuidador por parte de otros para atender al receptor de cuidados - y el apoyo emocional se refiere a sentimientos de ayuda que recibe el cuidador de otras personas.

El afrontamiento representa las respuestas a los estresores a fin de disminuir sus consecuencias negativas (Pearlin & Schooler, 2016). En línea con la teoría de Lazarus y Folkman (1984) se han identificado dos funciones principales del afrontamiento:

a) el afrontamiento focalizado en el problema que implica todas aquellas acciones instrumentales y cognitivas para encontrar formas alternativas de tratar la situación de cuidado o redefinirla. El cuidador pone en marcha estrategias como cambios de comportamiento ante conductas agresivas

de la persona dependiente, búsqueda de información para incrementar su competencia en el desempeño de las tareas asistenciales, realización de actividades alternativas al cuidado, o reajustes en el horario o en el ambiente de cuidado.

b) El afrontamiento de tipo emocional o focalizado en la emoción son pensamientos o conductas diseñadas para disminuir el malestar emocional y manejar los síntomas derivados del estrés (por ejemplo, síntomas depresivos o psicósomáticos). Expresar o esconder las emociones, encontrar significado al cuidado, tratar de no pensar en las dificultades de la provisión del cuidado, apoyarse en la fe o rezar, etc. son ejemplos de estrategias útiles para regular la respuesta emocional del estrés del cuidador. Existe una gran variedad de estrategias de afrontamiento, algunas son internas a la persona y forman parte de su personalidad, mientras que otras son situacionales y externas

La Resiliencia es la capacidad de sobreponerse a la adversidad, recuperarse, y salir fortalecido, con éxito y de desarrollar competencia social, académica y vocacional, pese a estar expuesto a un estrés psicosocial grave (Csikszentmihalyi, 2010). Los factores protectores que promueven conductas resilientes proceden de tres fuentes: a) Atributos personales como inteligencia, autoestima, capacidad para resolver problemas o competencia social; b) de los apoyos del sistema familiar; y c) del apoyo social derivado de la comunidad (Grotberg, 2011).

Con el propósito de comprender y explicar qué es lo que distingue a los individuos que afrontan eficazmente las adversidades y consiguen una buena adaptación. Se han identificado y relacionado con la conducta resiliente diversas características o capacidades personales positivas como competencia, optimismo, felicidad, autoestima, sentido de coherencia, estrategias de afrontamiento activo, etc. (Brickman, 2011).

Una conducta resiliente favorece tanto a la persona como a la empresa para la cual dicha persona trabaja, ya que será capaz de ver lo positivo en lo que le suceda y buscará soluciones para salir adelante y ayudar a otros a hacer lo mismo.

**CAPÍTULO II**  
**METODOLOGÍA**

## **2. Metodología de la Investigación**

### **2.1 Objetivos**

#### **Objetivo General**

Identificar el estrés laboral crónico en cuidadores de adultos mayores de un Hospicio y de un Hospital de la ciudad de Guayaquil durante el año 2017 -2018.

#### **Objetivos Específicos**

- Identificar las características sociodemográficas y laborales de los cuidadores de adulto mayor de Hospicio de Guayaquil.
- Determinar las dimensiones del estrés laboral crónico en cuidadores de adulto mayor de Hospicio de Guayaquil.
- Identificar la carga en los cuidadores de los cuidadores de adulto mayor de Hospicio de Guayaquil.
- Identificar el bienestar general de los cuidadores de adulto mayor de Hospicio de Guayaquil.
- Conocer los modos de afrontamiento más utilizados por los cuidadores de adulto mayor
- Identificar el apoyo social precedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo de los cuidadores de adulto mayor.
- Identificar la satisfacción vital y la resiliencia en los cuidadores de enfermos terminales y de adultos mayores.

### **2.2 Preguntas de investigación:**

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales de los cuidadores del adulto mayor?
- ¿Cuál es la prevalencia del síndrome del estrés laboral crónico en los cuidadores de adultos mayores?

- ¿Cuál de las tres dimensiones del estrés laboral crónico es la que presenta un alto nivel en la institución ?
- ¿Cuáles son las características de salud mental de los cuidadores de la institución estudiada?
- ¿Cuáles son los tipos de afrontamiento y apoyo social en los cuidadores de la institución estudiada?

### **2.3 Contexto social**

En la presente investigación se evaluó al personal de cuidadores de adulto mayor de un Hospicio que está ubicado en el sector norte de la ciudad de Guayaquil. En su oferta hay residencia, servicios médicos, terapias preventivas, atenciones y cuidados, sala de profundis, atención psicológica. Las diferentes áreas de dicho hospicio están debidamente adecuadas para las diferentes actividades a ellas destinadas y su personal está capacitado para las mismas.

También se evaluó a un grupo de cuidadores formales que son enfermeras y auxiliares de enfermería de hospital localizado al sur de la ciudad de Guayaquil, el mismo que ofrece hospitalización, cirugía, farmacia, cuidados intensivos, consulta externa, entre otros. En los primeros meses del año 2018 se inauguró una nueva y moderna área de cuidados intensivos, para así ofrecer un mayor y mejor servicio a la comunidad. Los cuidadores están muy capacitados y comprometidos con los pacientes y con la Institución.

### **2.4 Diseño de la investigación**

En este estudio se aplicaron encuestas que corresponden al método exploratorio, que ayuda a conocer (saber más) sobre el tema de estudio para así poder dar una mejor explicación sobre dicho tema (Cazau, 2006).



En la investigación realizada a cuidadores de adultos mayores se encontraron las siguientes características:

**Cuantitativa**, los datos analizados fueron numéricos.

**No experimental** variables no manipuladas, se observan en su propio ambiente.

**Transeccional (transversal )** se recolectan datos en un momento determinado.

**Descriptivo** que nos permite describir la situación de personas que estamos analizando.

**Exploratorio** nos acerca al problema que estamos estudiando para que así lo podamos conocer.

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 determinado.

## 2.5 Muestra

La muestra que se usó para esta investigación fueron cuidadores de dos Instituciones de la ciudad de Guayaquil: un hospital y de un Hospicio, durante el año 2017 – 2018.

La muestra fue de accesibilidad, no probabilística y accidental, fueron 40 cuidadores, que llenaron las encuestas aplicadas.

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

- **Criterios de Inclusión:** encontrarse en situación activa, firmar el consentimiento informado y tener como mínimo un año de experiencia.
- **Criterios de exclusión:** no aceptar la participación en este estudio y/o no encontrarse en la Institución por maternidad o enfermedad.

## **2.6 Procedimiento**

Para llevar a cabo esta investigación se siguieron los siguientes pasos:

Se elaboró la solicitud para obtener los permisos correspondientes en la institución de salud y el Hospicio donde se realizó el estudio.

Se tuvo entrevistas con los directivos de las instituciones donde se llevó a cabo el estudio, se les entregó la solicitud elaborada para poder recolectar los datos en dichos lugares.

Al obtener el visto bueno de los directivos se determinó el horario para la aplicación de la batería de test y a los colaboradores que aceptaron participar se les pidió el consentimiento informado y se explicó los parámetros de la batería para que puedan realizarla de la mejor manera.

El procesamiento de datos se realizó a través del software Excel y se trabajó con datos descriptivos.

## **2.7 Instrumentos**

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

Cuestionario de Variables Sociodemográficas incluye las variables sexo, edad, tipo de convivencia, paternidad y número de hijos. Así mismo información sobre aspectos laborales, y que hacen relación al tipo de contrato, tiempo en la profesión, tiempo que lleva trabajando en esta organización, tiempo que lleva en este puesto trabajo, titulación académica, puesto en el que trabaja actualmente y, por último, centro en el que trabaja actualmente. Los datos suministrados por este cuestionario nos ayudaron a investigar sobre los factores que podrían ser antecedentes o moduladores en la aparición del Síndrome de quemarse por el trabajo.

En cuanto a las propiedades psicométricas, la consistencia interna (alfa de Cronbach) del MBI oscila en el rango de .70 a .90 (Maslach y Jackson, 1986), habiéndose obtenido con frecuencia índices más bajos para la escala de despersonalización (Schaufeli y Van Dierendonck, 1993). También, muestra una alta fiabilidad test-retest en los diferentes estudios (Maslach y Jackson, 1986).

### **2.7.2 Inventario de *Burnout* de Maslach (MBI).**

Este cuestionario, elaborado por Maslach y Jackson (1981), mide la frecuencia e intensidad del *burnout* o síndrome de quemarse por el trabajo. En este estudio se ha utilizado la versión comercial adaptada para la población española de TEA (Maslach y Jackson, 1997). El inventario consta de 22 ítems agrupados en tres escalas: Cansancio Emocional (9 ítems que describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo), Despersonalización (5 ítems que describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención) y Realización Personal en el trabajo (8 ítems que describen sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo hacia los demás). Los 22 ítems tipo Likert se puntúan de “nunca” (0) a “todos los días” (6). Puntuaciones altas en Cansancio Emocional y en Despersonalización, y bajas en Realización Personal se asocian a la presencia de sintomatología *burnout*.

En cuanto a las propiedades psicométricas, la consistencia interna (alfa de Cronbach) del MBI oscila en el rango de .70 a .90 (Maslach y Jackson, 1986), habiéndose obtenido con frecuencia índices más bajos para la escala de despersonalización (Schaufeli y Van Dierendonck, 1993). Igualmente, se ha encontrado una alta fiabilidad test-retest a lo largo de los diferentes estudios (Maslach y Jackson, 1986).

### **2.7.3 Entrevista de carga para cuidadores formales (Revuelta y Andujar, 2005).**

La Entrevista de Carga para Cuidadores Formales (Revuelta y Andújar, 2005) es una adaptación de la Entrevista de Carga del Cuidador, pensada para cuidadores informales, desarrollada por Zarit et al. Inicialmente, constaba de 29 ítems y posteriormente se redujo a 22 elementos (Zarit, Orr y Zarit, 1985). En el original se ha informado de una consistencia interna entre .76 y .95. Presenta cinco alternativas de respuesta, que van desde nunca (0) hasta casi siempre (4). Con esta adaptación para cuidadores formales se ha obtenido un valor de alfa de Cronbach de .85 y aparecen cinco factores que reflejan agotamiento y desesperanza, consecuencias negativas personales y

sociales, preocupación por los receptores del cuidado, responsabilidad y respuesta emocional al cuidado.

#### **2.7.4 Escala de Satisfacción Vital (ESV) (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985)**

Esta escala, de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985), es una medida de la satisfacción vital global, uno de los componentes del bienestar subjetivo. Diener, Suh, Lucas y Smith (1999), argumentan que la base de la satisfacción vital está en la percepción que tiene la persona de sí misma y del entorno en el que vive, por lo que elementos como las autopercepciones y rasgos de personalidad serán cruciales para determinarla. Este instrumento surgió con la idea de medir la satisfacción con la vida obteniendo un valor general sobre dicho constructo. Tiene las siguientes propiedades psicométricas, alta consistencia interna, buena estabilidad en la fiabilidad test-retest. Posee cinco ítems, que han de puntuarse de 1 (muy en desacuerdo) a 7 (muy de acuerdo).

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

#### **2.7.5 Cuestionario General de Salud (GHQ-28).**

Este cuestionario diseñado originalmente por Goldberg (1979) fue concebido como método de identificación de pacientes con trastornos psicológicos en el ámbito clínico de los no especialistas en psiquiatría. La versión empleada para este estudio ha sido la más difundida en Ecuador el GHQ-28, adaptado y validado por Goldberg y Hillier (1979). Este cuestionario consta de 28 ítems, agrupados en 4 escalas con 7 ítems cada una: escala A (síntomas psicósomáticos), escala B (síntomas de ansiedad e insomnio), escala C (síntomas de malestar cotidiano) y escala D (síntomas depresivos). Cada ítem tiene cuatro posibles respuestas (puntuadas de 0 a 3, de menor a mayor frecuencia de sintomatología). El rango de puntuaciones de cada escala varía entre 0 y 28, mientras que la escala total va de 0 a 84 puntos. Se dispone de un punto de corte, donde una puntuación

superior a 5/6 es indicativa de caso probable, con una sensibilidad del 84.6% y una especificidad del 82% (Lobo, Pérez-Echeverría y Artal, 1986).

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

El cuestionario MOS para adultos fue desarrollado por Sherbourne y Stewart en 1991 siendo parte del grupo *The Medical Outcomes Study Social Support Survey* (MOSSSS), y centraliza el análisis en la percepción de ayuda justificándose en el hecho de que, si una persona no recibe ayuda durante un largo periodo de tiempo, esto no quiere decir que no disponga de apoyo. Por otra parte, recibir apoyo es, a menudo, confundido con necesidad y puede no reflejar exactamente la cantidad de apoyo que está disponible para una persona.

Apoyo emocional: quien le preste guía y consejo. Apoyo

instrumental: quien le que presta ayuda en casa. Amor y

cariño: alguien para comunicarse, con quien distraerse en tiempo de ocio y que le brinde afecto.

El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 100, donde una mayor puntuación es indicativa de un mayor apoyo social percibido.

En España se han utilizado puntos de corte empleando 57 para la puntuación total, 24 para la dimensión emocional, 12 para la instrumental y 9 para la interacción social y la afectiva (López et al., 2000). La consistencia interna para la puntuación total es alta ( $\alpha = .97$ ) y para las subescalas oscila entre .91 y .96; la fiabilidad test-retest es elevada (.78). En el presente estudio se obtuvo una alfa de Cronbach de .97 para el global de las escalas.

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

Es una escala multidimensional, tiene 28 ítems, su objetivo es conocer las diferentes respuestas de la persona ante problemas estresantes y situaciones complicadas (Vargas, Herrera, Rodríguez, & Sepúlveda, 2010). Los tipos de afrontamiento que evalúa son:

- a) Afrontamiento activo: acciones tomadas por la persona para solucionar el problema.
- b) Auto distracción: realiza otras actividades para así no enfrentar el problema.
- c) Negación: dice que no está ocurriendo nada y así no hacer frente al problema.
- d) Uso de sustancias: ingiere estupefacientes para esquivar y no hacer frente al problema.
- e) Uso de apoyo emocional: busca afecto y apoyo en los demás.
- f) Uso de apoyo instrumental: busca ayuda y guía para tratar de entender la situación por la que está pasando.
- g) Retirada de comportamiento: no asumir el problema, pensar que se resolverá solo.
- h) Desahogo: hablar sobre los sentimientos que el problema nos produce.
- i) Replanteamiento positivo: ver lo positivo del problema y aprender de él.
- j) Planificación: ve que pasos puede seguir para resolver el problema.
- k) Humor: no darle importancia al problema, para así dejar de pensar en ello.
- l) Aceptación: asume el problema de manera serena.
- m) Religión: busca ayuda en lo espiritual.
- n) Culpa de sí mismo: se siente culpable de lo que sucede.

Psicométricamente tiene un alfa de Cronbach de 0.50 y 0.80 para cada una de sus estrategias. La puntuación de cada escala se obtiene sumando los dos ítems correspondientes. A mayor calificación en cada subescala mejor utilización de la estrategia correspondiente. Este cuestionario cuenta con propiedades psicométricas adecuadas, con un alfa de Cronbach que oscila entre .50 y .80 para cada estrategia (Carver, 1997); en el presente estudio los índices de consistencia interna, calculados también mediante el coeficiente alfa de Cronbach, la gran mayoría fueron superiores a .75.

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

Es una escala unidimensional y tiene seis ítems (tres escritos en sentido positivo y tres en negativo) (por ejemplo: “Tengo tendencia a desistir rápidamente ante las dificultades”, “No tardo mucho tiempo en recuperarme de un acontecimiento estresante”). Según sus autores Ovejero, Mercedes y otros (2014), esta escala agrupa los seis ítems en un solo factor. Cada ítem permitía

responder con una de las siguientes alternativas: desde (1) Totalmente en desacuerdo, hasta (5) Totalmente de acuerdo.

Psicométricamente tiene una: Fiabilidad (consistencia interna): .80 a .91 (original)

.813 (versión española) Fiabilidad (test-retest): .62 a .69 (original)

Validez Estructura unifactorial comprobada mediante Análisis Factorial Exploratorio en muestra española. 43.44% varianza explicada.

## **2.8 Recursos**

### **2.8.1 Recursos Humanos**

- Directora de Tesis
- Tesista
- Cuidadores de enfermos y cuidadores del adulto mayor

### **2.8.2 Recursos Técnicos**

- Laptop
- Impresora
- Hojas de papel A4
- Baterías de test
- Insumos de oficina

### **2.8.3 Recursos Financieros**

- Matrícula del componente académico \$ 840
- Impresiones \$15
- Copias \$10
- Transporte \$15

**CAPÍTULO III**  
**RESULTADOS**



En base al estudio sobre indicadores de la presencia del síndrome de burnout, realizado a cuidadores de adultos mayores y a cuidadores de enfermos terminales, quienes trabajan en Asilo de Ancianos y Hospital de la ciudad de Guayaquil encontramos los siguientes resultados:

### 3.1 Características Sociodemográficas

**Tabla 1. Características Sociodemográficas**

Tabla 1. Características Sociodemográficas

	Cuidadores	
	N	%
<b>Sexo</b>		
Hombre	13,0	32,5
Mujer	27,0	67,5
<b>Edad</b>		
M	44,07	
DT	4,4	
Max	62,0	
Min	22,0	
<b>Estado Civil</b>		
Soltero/a	5,0	12,5
Casado/a	17,0	42,5
Divorciado/a	0,0	0,0
Unión Libre	14,0	35,0
Viudo/a	4,0	10,0
<b>Etnia</b>		
Mestizo/a	38,0	95,0
Blanco/a	1,0	2,5
Afroecuatoriano/a	1,0	2,5
Indígena	0,0	0,0
<b>Número de hijos/as</b>		
M	2,0	
DT	2,0	
Max	5,0	
Min	0,0	

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

Elaborado: Méndez (2017)

Dentro de las características sociodemográficas de la muestra, en primer lugar, tenemos a la variable sexo y podemos observar que el 32.5% es hombre y el 67.5% mujer, puede verse la predominancia

del sexo femenino. En cuanto a la variable de edad, la media de la muestra es mayor a los 40 años siendo de 44.07 años y la mínima de 22 años y la máxima de 62 años. Respecto a la variable estado civil la mayoría son casados con un 42.5% 12.5% solteros, 10% viudo y 35% unión libre. En la variable del número de hijos la media fue de 2, con un máximo de 5 hijos y un mínimo de 0 hijos. Simultáneamente en la variable etnia podemos observar una mayor proporción de mestizos con un 95% seguido de un 2.5% blanco y un 2.5% afro ecuatoriano.

### 3.2 Características laborales

**Tabla 2. Características laborales**

Tabla 2. Características Laborales

<b>Variables</b>	<b>Cuidadores</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Ingresos mensuales</b>		
0 a 1000 dólares	40	100%
<b>Experiencia Laboral</b>		
M	14.3	
DT	7.8	
Máx	32	
Mín	2	
<b>Tipo de Contrato</b>		
Plazo fijo	5	12.5%
Nombramiento	34	85%
Ninguno	1	2.5%
<b>Turnos</b>		
Si	29	72.5%
No	11	27.5%

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral  
Elaborado: Méndez (2017)

Podemos ver en este estudio que el 100% de la muestra tiene ingresos de 0 a 1000 dólares, su salario promedio es \$386 que es el sueldo básico en nuestro país Ecuador. En cuanto a la experiencia laboral tenemos una media de 14.3, con un mínimo de 2 y un máximo de 32 años. Simultáneamente un 85% cuenta con nombramiento lo cual les brinda estabilidad, un 12.5% tiene contrato a plazo fijo y un 2.5% no tiene ningún tipo de contrato formal. Por último encontramos que un porcentaje mayor realiza turnos, siendo un 72.5% de la muestra estudiada, lo cual es algo común en este tipo de trabajo.

### 3.3 Dimensiones del *Burnout* en la muestra estudiada

**Tabla 3 Dimensiones del *Burnout***

Tabla.3 Dimensiones del Burnout

	Cuidadores	
	<i>N</i>	%
<b>Agotamiento Emocional</b>		
Alto	5	13
Media	4	10
Baja	31	77
<b>Despersonalización</b>		
Alta	9	23
Media	10	25
Baja	21	53
<b>Realización personal</b>		
Alta	22	55
Media	10	25
Baja	18	20

Fuente: Inventario de Burnout de Maslach

Elaborado: Méndez (2017)

En cuanto a cada una de las dimensiones del burnout, encontramos que en la dimensión de agotamiento emocional, el personal estudiado presentó un 12.5% de nivel alto, 25% medio, 62.5%. La dimensión de despersonalización la encontramos en un nivel alto en un 22.5%, medio 25% y bajo 52.5%. Por último, la baja realización personal se presentó en un nivel alto 55%, medio 25% y bajo 20%.

### 3.4 Carga en los cuidadores

	Cuidadores	
	<b>N</b>	<b>%</b>
No hay sobrecarga	20	50
Sobrecarga leve	14	35
Sobrecarga intensa	6	15

Fuente: Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (ZCBI)  
Elaborado: Méndez (2017)

El 15% de los cuidadores presenta una sobrecarga intensa, el 35% tiene sobrecarga leve y el 50% no tiene sobrecarga.

### 3.5 Satisfacción Vital

Tabla. 5 Satisfacción vital

Puntos de corte	Cuidadores	
	<b>N</b>	<b>%</b>
Altamente Satisfactorio	20	50
Satisfecho	8	20
Ligeramente Satisfecho	6	15
Ligeramente por debajo de la media en satisfacción vital	5	12.5
Insatisfactorio	1	2.5

Fuente: Escala de Satisfacción Vital  
Elaborado: Méndez (2017)

En cuanto a satisfacción vital encontramos que un 50% se encuentra altamente satisfecho, 20% satisfecho, 15% ligeramente satisfecho, 12.5% ligeramente por debajo de la media en satisfacción vital y 2.5% insatisfecho.

### 3.6 Casos de *Burnout*

Tabla. 6 Casos del Burnout

Variable	Cuidadores	
	<i>N</i>	%
Caso	5	12.5
No caso	35	87.5

Fuente: Cuestionario MBI  
Elaborado: Méndez (2017)

De acuerdo a los resultados de la entrevista realizada se evidencia un 12.5% de casos de burnout en los cuidadores que se realizó la investigación.

**Tabla 7 Malestar emocional en la muestra estudiada**

**Tabla. 7 Malestar emocional**

		Cuidadores	
		<i>N</i>	%
<b>Síntomas somáticos</b>	Caso	8	20
	No caso	32	80
<b>Ansiedad</b>	Caso	13	32,5
	No caso	27	67,5
<b>Disfunción social</b>	Caso	2	5
	No caso	38	95
<b>Depresión</b>	Caso	2	5
	No caso	38	95

Fuente: Cuestionario de Salud General (GHQ-28)  
Elaborado: María Eugenia Méndez.

En cuanto al malestar emocional que sufre el personal estudiado, se encontraron los resultados de la siguiente manera: presentan síntomas somáticos 35%, ansiedad 32.5%, disfunción social 5% y depresión 5%.

**Tabla 8 Estrategias de afrontamiento**

Variables	Cuidadores			
	M	DT	Máx	Mín
Autodistracción	2.85	1.35	6	0
Afrontamiento activo	3.47	1.54	6	0
Negación	1.05	1.22	5	0
Uso de sustancias	0.15	0.57	3	0
Apoyo emocional	1.62	1.82	6	0
Apoyo instrumental	1.87	1.96	6	0
Retirada de Comportamiento	1.42	1.69	6	0
Desahogo	1.32	1.91	6	0
Replanteamiento Positivo	2.77	1.87	6	0
Planificación	2.82	1.69	6	0
Humor	0.65	1.51	5	0
Aceptación	2.7	1.93	6	0
Religión	2.67	2.12	6	0
Culpa	1.07	1.63	6	0

Fuente: Cuestionario Afrontamiento Brief - Cope

Elaborado: Méndez (2017)

Las estrategias de afrontamiento que predominan en el personal encuestado son: Afrontamiento activo con una media de 3.47, Autodistracción con 2.85, Planificación con 2.82, el Replanteamiento positivo con una media de 2.77 y la aceptación con una media de 2.70.

**Tabla 9 Percepción del apoyo social**

Variables	Cuidadores			
	M	DT	Máx	Mín
Apoyo Emocional	28.75	9.61	40	9
Apoyo Instrumental	13.92	4.99	20	5
Relaciones Sociales	14.4	4.93	20	4
Amor y cariño	12.27	3.47	15	3

Fuente: Cuestionario de Apoyo Social MOS

Elaborado: Méndez (2017)

Para el personal encuestado la percepción de apoyo social obtuvo mayor puntuación en apoyo emocional con una media de 28.75, seguida de una media de 13.92 de apoyo instrumental, luego encontramos una media de 14.4 en relaciones sociales y por último amor cariño con una media de 12.27

### 3.7 Resiliencia

#### Tabla 10 Capacidad de superarse frente a la adversidad

Tabla. 10 Capacidad de superarse frente a la adversidad

	Cuidadores	
	<b>N</b>	<b>%</b>
Baja	3	7,5
Media	31	77,5
Alta	7	17,5

Fuente: Brief Resilience Scale

Elaborado: Méndez (2017)

La muestra estudiada tiene una media 77.5% de resiliencia que es lo más destacado, con un máximo de 77.5 y un mínimo de 7.5

## **DISCUSIÓN**



El objetivo de este trabajo es identificar la presencia del síndrome de *burnout*, sus tres dimensiones y la relación con las variables laborales asociadas a cuidadores de adultos mayores y cuidadores de enfermos terminales de dos Instituciones de Guayaquil durante el años 2017 - 2018.

Encontramos un 12.5% de casos de burnout, de acuerdo a lo expuesto por Banchemo S. & Mihoff M. (2017) podemos compararlo a un estudio realizado en Montevideo (Uruguay) en el 2011 a cuidadores de adultos mayores donde se encuentra un 15.8% de casos de burnout lo cual indica que es una población en riesgo por lo cual se deberían tomar las medidas adecuadas para prevenirlo.

De acuerdo a la Constitución 2008, publicación oficial de la Asamblea Nacional del Ecuador en la Sección tercera: Formas de trabajo y su retribución Art. 325, Art 326 expone: “ El Estado asegura que toda persona puede ejercer su derecho al trabajo y llevarlo a cabo en un buen ambiente, para que así cuide su salud y bienestar ...”, puede verse que esto no sucede ya que actualmente los trabajadores en nuestro país tienen una mayor carga laboral debido a la reducción de personal en los diferentes lugares donde se desempeñan y un gran miedo de perder su empleo, lo cual aumenta el estrés laboral. Podemos compararla con el art. 14 de la Constitución de Argentina de 1994 donde se expresa que las leyes protegerán al trabajador: dándole unas buenas condiciones de trabajo; tiempo ; ocio y vacaciones pagadas; salario adecuado al trabajo realizado; utilidades; trabajo estable..., lo cual ha asegurado una buena mano de obra dentro de este país.

Dentro de las variables sociodemográficas encontramos que el personal de auxiliares de enfermería y cuidadores de adultos mayores que laboran en estas instituciones está compuesto en un 32,5% de hombres y 67.5% de mujeres, dato que concuerda con lo expuesto por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2015) que registra una mayor participación de mujeres tanto en la ciudad de Guayaquil como a nivel nacional.

Al referirnos a la etnia, la que cuenta con un mayor porcentaje es la mestiza con un 95%, lo que respalda la la información encontrada en el INEC, 2015 donde se ve que la raza mestiza es la predominante en nuestro país.

El personal estudiado cuenta con una edad promedio de 44 años, podemos compararlo con estudio realizado en España en el año 2007 “a cuidadores de adultos mayores se encontró que tenían una media de 54 años (con una  $dt=14.66$ ;  $m= 53.4$  y  $md= 45$  años)”. (Blanco et al. 2007, p.3).

El ingreso percibido por dichos profesionales está entre 0 – 1000 dólares, en su mayoría ganan el salario mínimo (el cual no les alcanza para cubrir sus gastos básicos y buscan una actividad extra para poder mejorar sus ganancias). La experiencia mínima de la persona en este tipo de trabajo es de 2 años, dato que coincide con el dado por Fiorilli et al., (2015) a 2.9 años y que trabajan en jornadas de 8 a 12 horas, como sucede con la muestra estudiada.

Un 65% del personal encuestado tiene turnos rotativos y Fonseca et al. (2010) hace un análisis en el cual deja claro y puede verse que las jornadas de 12 horas y el cumplimiento de turnos eleva el nivel de agotamiento de los trabajadores ya que altera el ciclo circadiano y como nos explican Chacón y Grau (1997) produce cambios en el metabolismo de las personas, lo cual causa deterioros en su salud.

El estudio aquí realizado en cuanto a agotamiento emocional está en relación con uno que se llevó a cabo el 2017 en Guipúzcoa (localidad del país Vasco) – España donde encontramos que un 22% tiene un nivel alto del mismo, mientras que en nuestra encuesta encontramos un 23% con estas características. Al observar la dimensión despersonalización se ve un 21 % con un nivel alto vs un 23% en este estudio. En cuanto a realización personal encontramos diferencias ya que es tienen un 48.1 de nivel medio y un 16.9 alto vs 25% y 55% de nuestra muestra Montes (2017).

Al evaluar la sobrecarga encontramos que un 50% no la presenta, un 35% de manera leve y un 15% de manera intensa lo cual podemos compararlo con estudio realizado en Uruguay en el año 2011 en estudio realizado a cuidadores donde un 15,7% presenta sobrecarga. Banchemo Serrana, Mariángeles (2011).

Los niveles de sobrecarga influyen de manera directa sobre el cuidador, ya que su comportamiento se ve afectado por el mismo ( un nivel alto de sobrecarga dará como resultado inseguridad, misma que producirá ansiedad ).

En cuanto al malestar emocional para la muestra en estudio, el mayor inconveniente es la ansiedad con un 32.5%, puedo ver resultados similares en un estudio realizado en un Hospital de Salamanca a su personal médico (37%) Blanco et.al. (2007).

La ansiedad produce en los cuidadores inseguridad, misma que los puede llevar a tomar decisiones equivocadas. Esto les hará sentir incapaces de tomar una decisión adecuada en las diferentes situaciones.

Cuando evaluamos el malestar emocional de los participantes, encontramos un 32.5% de niveles de ansiedad y un 20% de síntomas somáticos. Podemos compararlo a estudio realizado en Lima, Perú en el 2013 a cuidadores de adultos mayores, donde se encuentra que un 33.3% presenta niveles de ansiedad. Alvarado (2013).

Esto se ve reflejado en el comportamiento que tienen los cuidadores con el paciente y con las personas que los rodean, siendo su trato bastante desagradable y/o irritable.

De acuerdo a lo expuesto por Alonso (2014) las estrategias de afrontamiento buscan mantener el bienestar y que las situaciones difíciles de manejar no alteren al individuo, haciendo más llevadera la situación. Y la más utilizada fue el afrontamiento activo, que el sujeto lleva a cabo para disminuir o paliar los momentos de estrés.

En cuanto a los diferentes tipos de afrontamiento podemos comparar nuestro estudio, con uno realizado en Chile en el año 2015 a cuidadores de adultos mayores teniendo los siguientes resultados: auto distracción tienen una media de 4.05 y aquí la media es de 2.85, afrontamiento activo la media es de 4.49 vs 3.47, negación 1.18 vs 1.05, uso de sustancias 1.11 vs 0.15, apoyo emocional 3.96 vs 1.62, apoyo instrumental 3.66 vs 1.87, desahogo 1.52 vs 1.32, planificación 4.36 vs 2.82, humor 1.26 vs 0.65, aceptación 4.51 vs 2.7, religión 4.18 vs 2.67, culpa 1.39 vs 1.07 García et

al. 2016 p.106. Al comparar dichos estudios puede verse que los cuidadores de Chile tienen un mejor manejo de las diferentes estrategias de afrontamiento.

En cuanto a la realización personal podemos compararla con un estudio realizado en México en la ciudad de Tamaulipas donde se encuentra que los cuidadores tienen un 73% vs 55% en la muestra tomada en Guayaquil, lo cual nos indica que la población estudiada, pese a las dificultades que encuentran en su trabajo lo valoran y son conscientes de la importancia del mismo sabiendo que son responsables de vidas (De Valle – Alonso et al. 2015 p.19). Podemos realizar una comparación de las dimensiones del burnout medidas por medio del Inventario de Maslach de nuestro estudio a uno realizado en Mérida, Yucatán México en el 2012 a cuidadores de adultos mayores obteniendo los siguientes resultados agotamiento emocional 13% vs 35%, despersonalización 23% vs 50% y baja realización personal 55% vs 95%. Vázquez et. al pág. 51

En relación al apoyo social percibido por los profesionales estudiados, la mayor variable fue la de amor y cariño con un 79.81%. Vivaldi & Barra (2012) nos dejan claro que es importante que el personal se sienta valorado para que así mejore su rendimiento y preste un mejor servicio.

El que una persona no se sienta apoyado o motivado a realizar un trabajo, es uno de los factores que influye para que aparezcan los síntomas del síndrome de burnout, en la muestra estudiada solo un 12.27% tenía o era consciente de muestras de amor y cariño a lo cual ellos/as trataban de quitarle importancia pero según lo expresado si lo echaban en falta y así no lo expresen verbalmente afecta la calidad de su trato con los demás. (Avendaño et al., 2009).

Cuando se evaluó la resiliencia o capacidad de superarse frente a la adversidad, encontramos un 77.5% de nivel medio lo cual puede verse como favorable ya que son personas que le hacen frente a las dificultades y siguen adelante, sacando lo positivo de las diferentes situaciones aunque les cueste aceptar de una manera fácil el cambio. Podemos compararlo con estudio realizado en España, donde encontramos que un 73% de los cuidadores tiene una resiliencia moderada – baja (Crespo y Fernández, 2015).

## CONCLUSIONES

Los porcentajes de estrés laboral encontrados en la muestra estudiada fueron altos, y la presencia del mismo causa diferentes inconvenientes en el ámbito laboral y personal como son ausentismo, malos tratos inadecuados con compañeros y con pacientes y/o familiares de los mismos, ansiedad, quemeporimportismo y sentimientos de culpa, es importante tener una prevención del mismo para así evitar su aparición.

En el presente estudio realizado en la ciudad de Guayaquil, las características más importantes que se encontraron en la muestra estudiada fueron las siguientes:

Los resultados de acuerdo a los objetivos propuestos de esta investigación son los siguientes: la mayor cantidad de cuidadores es de sexo femenino 67.5%, con una edad media de 44.6 años y una media de 2 hijos. Son de raza mestiza en un 95%. En el 100% de los cuidadores sus ingresos mensuales fluctúan entre 0 - 1000 dólares, con una media de 14.3 años de experiencia laboral. El 85% cuenta con nombramiento y realizan turnos el 72.5%. Se encontró una prevalencia del estrés del 12.5%, con un agotamiento emocional alto del 13%, despersonalización alta 23% y baja realización personal 55%.

Dentro de las variables clínicas un 20% presenta síntomas somáticos y un 32.5% tiene ansiedad. No presentan sobrecarga un 50%, presentan sobrecarga leve 35% y sobrecarga intensa 15%.

La estrategia de afrontamiento más usada es el afrontamiento activo con una media de 3.47. En la percepción del apoyo social, el mayor es el apoyo emocional con 28.75 %.

Al estudiar las dimensiones del burnout encontramos 13% de agotamiento emocional alto, 23% de despersonalización alta y un 20% presenta una baja realización personal. Presentan una satisfacción vital el 50% y en cuanto a resiliencia baja 7.5%, media 77.5% y alta 17.5%.

## **RECOMENDACIONES**

Los estudios realizados en el país acerca de este síndrome son pocos, por lo cual es muy recomendable que la UTPPL continúe con los mismos y que se les de continuidad. Para así establecer las posibles causas en los diferentes lugares y poder brindar el tratamiento preventivo adecuado.

El área de Psicología y/o RRHH de dichos establecimientos debería implementar charlas, talleres para informar a su personal de lo que pueden padecer también en el plano emocional y cómo afrontarlo. Dando las alternativas adecuadas y posibles como: políticas de salud ocupacional, minutos de descanso activo y la posibilidad de poder hablar de lo que les incomoda.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsa, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A., & Lonngvist, J. (2005). The relationship between job-related burnout and depressive disorders—results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal Affective Disorders*, 21.
- Alonso, E. (2014). El síndrome de burnout en el trabajo social. Recuperado de: <https://www.uvadoc.uva.es/bitstream/10324/7150/1/TFG-G%20679.pdf>
- Alarado, D. (2013). Nivel de agotamiento que presentan los cuidadores familiares del adulto mayor frágil. Tesis para la obtención del título de Licenciada en enfermería. Centro de atención Del adulto mayor “tayta Wasi”. Lima – Perú.
- Aranda, C. (2006). Diferencias por sexo, Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud. Guadalajara, México. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 15, 1-7.
- Arita, B. (2001). Modelo para la investigación del proceso del síndrome de burnout. *Psicología y Salud*, 14.
- Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador (2008). Constitución de la República del Ecuador 2008. Publicación Registro Oficial 449
- Avendaño, C. et al (2009). Burnout y su apoyo social en personas del servicio de psiquiatría de un hospital público. *Cienc. enferm.* vol.15, n.2 [citado 2018-07-28], pp.55-68. Recuperado de: <[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071795532009000200007&lng=es&nrn=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532009000200007&lng=es&nrn=iso)>. ISSN 0717-9553. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532009000200007>.
- Atance , J. C. (1997). Epidemiological Aspects of the Burnout Syndrome in Health Workers . *Re\ E\p Salud Pública* , 11.
- Banchero S. & Mihoff M. (2017). Personas mayores cuidadoras: sobrecarga y dimensión afectiva. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 7(2), 7-35. Recuperado de: <http://revista.psico.edu.uy/>
- Bernstein, J. (2009). El burnout es legalmente una enfermedad. Recuperado de: <http://www.secure.fmed.uba.ar/pipermail/medfam/2009-May/006650.html>
- Bertoglia, Luis.(2005). La conducta de ayuda desde la perspectiva atribucionista. *Psicoperspectivas*, vol IV. num.1 pp. 37-53. *Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*. Chile.
- Blanco, L., Llibrada, S., Rocafort, J., Cabo, R., Galea, T. y Alonso, M. (2007 ). Perfil del cuidador principal del enfermo en situación terminal y análisis de riesgo de desarrollar duelo patológico. *Medicina Paliativa*, 14(3), 3. España.
- Brickman, P. (2011). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 12.
- Buunk, B. P. y Schaufeli, W. B. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory.W. B.

Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), Professional burnout: Recent developments in theory and research (pp. 5369). London: Taylor & Francis.

- Cárdenas, J. (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. *Scielo*, 15.
- Cardona D, Segura A, Berberí D, Agudelo M. Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2013; 31(1): 30-39.
- Carmona, F., Sanz, L., Marín, D. (2002). Relaciones entre el síndrome de Burnout y el clima laboral en profesionales de enfermería. *Interpsiquis*, 1-7, Recuperado de: <http://www.intersalud.es>
- 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(1), 92-100.
- Cazau, Pablo. 2006. Introducción a la Investigación en Ciencias Sociales. Tercera Edición. Buenos Aires. Módulo 404 Red de Psicología online. Recuperado de: [www.galeon.com/pcazau](http://www.galeon.com/pcazau)
- Chacón, R.M. y Grau, J. (1997). Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos en Cuba. *Revista Cubana de Oncología*, 13 (2), 118-125.
- Coello, C. (2016). *Ecuador no tiene políticas de prevención contra el burnout*. Recuperado de <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-no-tiene-pol-tica-de-prevenci-n-contra-el-burnout-87258>
- Constitución de la República de Argentina 1994. 2010, Biblioteca Nacional de la República Argentina Agüero 2502 (C1425EID) Ciudad Autónoma de Buenos Aires publicaciones@bibnal.edu.ar [www.bn.gov.ar](http://www.bn.gov.ar)
- Correal, M., Posada, M., & Pérez, L. (2001). El síndrome de burnout: conceptualización, evaluación y prevención. *Universidad Católica de Colombia*, 12.
- Cox, T., Kuk, G., & Leiter, M. P. (1993). Burnout, health, work stress, and organizational healthiness. 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. 177-193). Philadelphia, PA, US: Taylor & Francis.
- Crespo, M. y Fernández Lansac, V. (2015) Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Anales de psicología*, vol. 31, nº 1, 19-27 <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.1.158241>
- Csikszentmihalyi, M. (2010). If We Are So Rich, Why Aren't We Happy? *American Psychological Association*, 7.
- Deckard G, Meterko M, Field D. (1994) Physician burnout: an examination of personal, professional, and organizational relationships. *Med Care*. 1994 Jul;32(7):745-54. PMID: 8028408



- De Valle-Alonso, M.J., Hernández-López, M.L., Zuñiga-Vargas, P. , Martínez- Aguilera.(2015) Sobrecarga y burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*. Volume 12, Issue 1, p.p 19-27. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S166570631500018>
- Díaz, F., & Gómez, I. (2016). La investigación sobre el síndrome de burnout en latinoamérica entre 2000 y el 2010. *Universidad del Valle*, 19.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA. *Journal of Personality Assessment*, 8.
- Diener, E.; Suh, E. M.; Lucas, R. E.; Smith, H. L. (1999). Subjective well-being. Three decades of progress. *Psychological Bulletin*. Vol. 125, N ° 2, 276 – 302.
- Duffy E, Avalos G, Dowling M. (2015). Secondary traumatic stress among emergency nurses: a cross-sectional study. *Int Emerg Nurs*. 23:53-8.
- Dyrbye, L., West , C., Satele, D., Boone, S., Tan, L., Sloan, J., & Shanafelt, T. (2014). Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Academic Medicine*, 11.
- Edelwich, J., & Brodsky, A. (1981). *Burn-out: stages of disillusionment in the helping professions*. Nueva York: Human Sciences Press.
- Espinoza E, Méndez V, Lara R, Rivera P. Factores asociados al nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de adultos mayores dependientes, en control en el consultorio “José Durán Trujillo”, San Carlos, Chile. *Theoria* 2009; 18 (1):69-79.
- Epstein, R. (2001) Comunicación, burnout y re-sultados clínicos: más preguntas que respuestas. *Atención Primaria*.27 (7) 511-513.
- Fernández, R. (2010). La productividad y el riesgo psicosocial o derivado de la organización del trabajo. (2a ed.) Madrid.*Club Universitario*, 24-28
- Fiorilli, C., Gabola, P., Pepe, A., Meylan, N., Curchod-Ruedi, D., Albanese, O. & Doudin, P. A. (2015). The Effect of Teachers' Emotional Intensity and Social Support on Burnout Syndrome. A Comparison between Italy and Switzerland. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 65(6), 275-283. doi: 10.1016/j.erap.2015.10.003
- Fonseca M, Sanclemente G, Hernandez C, Visiedo C, Bragulat E, Miró O. Residentes, guardias y síndrome de Burnout. *Rev Clin Esp*. 2010;210(5):209-15.
- Freudenberger H. (1974) Staff Burnout. *Journal of Social Issues*, 30:159-165.
- García, F., Manquián, E., & Rivas, G. (2016). Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales. *Psicoperspectivas*, 15(3), 101- 111.

Recuperado de: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-69242016000300010&lng=es&tlng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242016000300010&lng=es&tlng=es).

- Gil-Monte, P. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 15.
- Gil-Monte, P. R. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P., & Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *anales de psicología*, 8.
- Gil-Monte, P., & Peiro, J. M. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis.
- Goldberg, E. (1979). *Cuestionario General de Salud*. Recuperado de: [http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/cuestionario\\_de\\_salud\\_de\\_goldberg.pdf](http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/cuestionario_de_salud_de_goldberg.pdf)
- Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General health questionnaire. *Psychol Med*. 1979 Feb;9(1):139-45. PMID: 424481
- Robert T. Golembiewski, Robert Munzenrider, and Diane Carter (1983) . Phases of progressive burnout and their work site covariants: critical issues in od research and praxis. *The Journal of Applied Behavioral Science* vol 19, issue 4, pp. 461 - 481
- Funcionalidad Del Adulto Mayor A Su Cargo En Pacientes De La Consulta Externa Del Servicio De Geriátría Del Hospital Quito N.1 De La Policía En El Periodo Comprendido Entre Octubre Del Vol. 1. QUITO-ECUADOR.doi:10.1017/CBO9781107415324.004.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M. y Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 215-230
- Grotberg, E. (2011). A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. *Early Childhood Development: Practice and Reflections*, 43.
- Harrison, W. D. (1983). A social competence model of burnout. En B. A. Farber (ed.), *Stress and burnout in the human services professions* (1985, 20 ed., pp. 29-39). New York: Pergamon Press.
- Hombrados, M. I. (1997). *Estrés Y Salud*. Valencia: Promolibro.
- Honkonen, T., Ahola, K., Pertovaara, M., Isometsa, E., Kalimo, R., Nykyri, E., . . . Lönnqvist, J. (2006). The association between burnout and physical illness in the general population--results from the Finnish Health 2000 Study. *J Psychosom Res*, 10.
- INEC. (2015). *Instituto Nacional de Estadística y Censos*. Recuperado de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/home/>

- INEGI(2015) «Clasificación de Tipo de discapacidad.» Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática(s.f.): 5 - 46. Recuperado de:  
<[http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/aspectosmetodologicos/clasificadoresycatalogos/doc/clasificacion\\_de\\_tipo\\_de\\_discapacidad.pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/aspectosmetodologicos/clasificadoresycatalogos/doc/clasificacion_de_tipo_de_discapacidad.pdf)>
- Karasek, R., Theorell, T.(1990) *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kivimäki, M., Leino-Arjas, P., Luukkonen, R., Riihimäi, H., Vahtera, J., & Kirjonen, J. (2002). Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *BMJ*, 22.
- Längle, M.D. (2010). El Burnout (desgaste profesional), sentido existencial y posibilidades de prevención. Extraído el día 17 Mayo de 2010 de:  
<http://www.laengle.info/downloads/Burnout%20Caprio%202005.pdf>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Research, Theory, and Measurement.
- Llorens, C., Alós Ramón, Cano, E., Font, A., Jodár, P., López, V., . . . Moncada, S. (2010). Psychosocial risk exposures and labour management practices. An exploratory approach. *Scandinavia Journal of Public Health*, 17.
- López-Gi, M., Orueta-Sánchez, R., Gómez-Caro, S., et al. (2009) El rol del cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *Revista Clínica Médica Familiar*; 2(7):332-9  
Recuperado de :<http://bit.ly/1w4azEZ>
- Lobo, A., Pérez-Echevarría, M. J. y Artal, J. (1986). Validity of the scaled General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16, 135-140.
- Martínez, A. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 40.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). Maslach Burnout Inventory Manual. *Consulting Psychologists Press*, 20.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The Maslach Burnout Inventory Manual. *Research Gate*, 15.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1986). Maslach Burnout Inventory Manual (2da.ed.) Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). JOB BURNOUT. *Annual Reviews*, 28.
- Mingote, J. (1997). Síndrome de desgaste profesional (Burnout). *Medicina y Seguridad del Trabajo* .4(174), 6-71
- Molina, J., Avalos, F., Valderrama, L., y Uribe, A. (2009). Factores relacionados con la satisfacción laboral de la

enfermería de un hospital médico-quirúrgico. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*. 2 (27), 218-225.

- Montes, Janire (2017). Influencia de la turnicidad en relación con el burnout en los profesionales de enfermería. Trabajo fin de grado. Grado en enfermería. Universidad de la Rioja España. Recuperado de: [https://biblioteca.unirioja.es/tfe\\_e/TFE002589.pdf](https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE002589.pdf)
- Morales, G., Gallego, L.M. y Rotger, D. (2004). La incidencia y relaciones de la ansiedad y el burnout en los profesionales de intervención en crisis y servicios sociales. *Interpsiquis*. [citado: 3/5/2004]; Recuperado de : <http://www.cop.es/colegiados.htm>
- Moreno-Jiménez , B., González, J., & Garrosa , E. (2001). Desgaste profesional (burnout), Personalidad y Salud percibida. *Empleo, estrés y salud*, 36.
- Moreno, B. y Peñacoba, C. (1996). El estrés asistencial en los servicios de salud. En M. A. Simón (ed.), *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones* (pp.739-761). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Moreno Arroyo, M., Jerez González, J., Cabrera, J., Estrada Masllorens, J., & López, M.(2013). Turnos de 7 horas vs 12 horas en enfermería intensiva: vivir a contratiempo. *Enferme intensiva* [Internet]; 24(3): 98 -103. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-turnos-7-https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.05.006horas-versus-12-1130239913000448>
- MSP. (2010). *Ministerio de Salud Pública*. Recuperado de <https://www.salud.gob.ec/>
- Navarro, V. (2010). *Síndrome de burnout o quemazón profesional*. Recuperado de [http://www.intermedicina.com/Avances/Interes\\_General/AIG23.htm](http://www.intermedicina.com/Avances/Interes_General/AIG23.htm)
- Oliveira, I., Cruz, M., Alves, F. & Sayuri, D. (2010). Cargas psíquicas de trabalho e desgaste dos trabalhadores de enfermagem de Hopistal de Ensino do Paraná, Brasil. *Revista Electrónica Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 6(1), 1-17.
- Organización Internacional del trabajo (2016). *Estrés en el trabajo: un reto colectivo*. ISBN: 978-92-2-330641-0 (print) / 978-92-2-330642-7 (web pdf ). Impreso por el Centro Internacional de Formación de la OIT, Turín - Italia, 62-63.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Salud ocupacional: Éticamente correcta, económicamente adecuada*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS)
- Ortega, C., & López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 24.
- Ortiz, C. (2016). Prevalencia y síntomas del síndrome de burnout. *Revista electrónica medicina, salud y sociedad*, 14.

- Ovejero, M., Velázquez, M., Köppl, L., Cardenal, V. & García, A. (2008) Versión original de Smith et al. Escala Breve sobre Resiliencia (Brief Resilience Scale, BRS).
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. y Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, 57(1), 149-161.
- Pearlin, L., & Schooler, C. (2016). The Structure of Coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 21.
- Pines, A., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). Burnout: From Tedium to Personal Growth. *The Free Press*, 229.
- Price, D., & Murphy, P. (1984). Staff burnout in the perspective of grief theory. *Journal Education*, 20.
- Revuelta, F., & Andújar, A. (2005). Aspectos psicológicos en cuidadores informales de personas dependientes : carga y afrontamiento del estrés. *Dialnet*, 14.
- Revista Facultad Nacional de Salud Pública(2013). Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. vol.31, Núm.1. *Universidad de Antioquia - Colombia*.
- Reygadas, L. (2011). Introducción. Trabajos atípicos, trabajos precarios: ¿dos caras de la misma moneda? En E. Pacheco, E. de la Garza & L. Reygadas (Coords.) *Trabajos atípicos y precarización del empleo*. El Colegio de México, México.
- Rodríguez - González, Rodríguez - Miguez, Duarte, Díaz, Barbosa, Clavería, Grupo Zarit (2017). Variables asociadas con ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.05.006>
- Rua , C., Body, G., Marret, H., & Ouldamer, L. (2015). Prevalence of burnout among obstetrics and gynecology residents. *Journal de Gynecologie*, 16.
- Sampayo, A., Rodríguez, E., Alvarez, B. (2011). Distribución territorial de la dependiente en España y Europa. *Papeles Economía Española*;129:27-47
- Sánchez, A., Ortega, P., & Ortega , S. (2014). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en UVI. *Scielo*, 15.
- Saturno, P. (2001) *Master en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud*. Murcia: UD de Medicina Preventiva y Salud Pública. Departamento de Ciencias Socio sanitarias, Universidad de Murcia.
- Schaufeli, W., Van Dierendonck, D., & Van Gorp, K. (1996). Burnout and reciprocity: towards a dual-level social exchange model *Work & Stress*, 10, 225-237.
- Seligman, M. (2003), *La Auténtica Felicidad*. Ediciones B, Barcelona.
- Shirom, A. (1989): Burnout in work organizations, en: Cooper, C.L. y Robertson, I. *Olas de Psiquiatría*, vol.5,nº 27, pp. 310-320.

- Silva, P., & Pérez, V. (2015). Identificación del síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo en pacientes de la consulta externa del servicio de geriatría del Hospital Quito N.1 en el período comprendido entre octubre del 2014 y enero del 2015. Grado de doctor en medicina. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Robertson (eds.), *International review of industrial and organic* Nueva York: John Wiley and Sons.
- Vargas, S., Herrera, G., Rodríguez, L., & Sepúlveda, G. (2010). Cuestionario Brief COPE inventory. *Dialnet*, 12.
- Vázquez-García, C., Esperon, R., & Refugio, G. (2013). Síndrome de Burnout en cuidadores de adultos mayores que trabajan en casas de asistencia social. *Revista de Investigación Clínica*: 514
- Viera, D., & Yugcha, S. (2016). Síndrome del cuidador cansado y su relación con el control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al centro de salud de Chimbacalle, en el período comprendido entre junio a julio del 2016. Postgrado en medicina familiar. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Vivaldi, F., & Barra, B. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23-29
- Wagner, L. I., & Jason, L. A. (1997). Outcomes of occupational stressors on nurses: chronic fatigue syndrome-related symptoms. *Medical College of Winsconsin*, 12.
- Winnubst, J. A. (1993). Organizational structure, social support, and burnout. En: W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 151-162). London: Taylor & Francis.
- Zaldúa, G., Lodieu, M. T. & Koloditzky, D. (2000). La salud de los trabajadores de la salud. Estudio del síndrome de burnout en hospitales públicos de la ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 19 (004), 167-172.
- Zambrano-Cruz, R. & Ceballos, P. (2007). Síndrome de carga del cuidador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 26-39.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1



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.

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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).

### ANEXO 3

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					
2.	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a las personas que cuida no tiene tiempo para Ud.?					
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?					
4.	¿Se siente avergonzado por el comportamiento de las personas a las que cuida?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de las personas a las que cuida?					
6	¿Cree que el cuidar a esas personas, en estos momentos, afecta negativamente a sus relaciones con su familia o amigos?					

7.	¿Siente temor por lo que el futuro les depare a las personas a las que cuida?					
8	¿Cree que las personas a las que cuida dependen de usted?					
.9	¿Se siente estresado cuando está con las personas a las que cuida?					
10.	¿Cree que su salud se ha resentido a causa de la responsabilidad de tener que cuidar a esas personas?					
11.	¿Cree que no tiene tanta intimidad como quisiera debido a tener que cuidar a esas personas?					
12.	¿Cree que su vida social se ha resentido por tener que cuidar a esas personas?					
13.	Cuando está cuidando a las personas con las que trabaja ¿Se siente incómodo si tiene que recibir a amigos?					
14.	¿Cree que las personas a las que cuida esperan de usted que los cuide como si fuera la única persona que puede hacerlo?					
15.	¿Cree que no gana suficiente dinero para cubrir sus gastos, a pesar del tipo de trabajo que realiza?					
16.	¿Cree que no será capaz de cuidar a esas personas por mucho más tiempo?					
17.	¿Cree que ha perdido el control de su vida desde que comenzó con el trabajo de cuidar a esas personas?					
18.	¿Desearía poder dejar el cuidado de esas personas y trabajar en otra cosa?					
19.	¿Se siente inseguro sobre lo que debe hacer con esas personas a las que cuida?					
20.	¿Cree que debería hacer más por las personas a las que cuida?					
21.	¿Cree que podría cuidar mejor a esas personas?					
22.	En general, ¿cómo se siente de agobiado por tener que cuidar a esas personas?					

## ANEXO 4

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

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

	Muy en desacuerdo
	En desacuerdo
	Algo en desacuerdo
	Ni de acuerdo ni en
	Algo de acuerdo
	De acuerdo
	Muy de acuerdo

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

## ANEXO 5

### 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>

## ANEXO 6

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

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.

## ANEXO 7

### CUESTIONARIO DE AS MOS

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

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:

N	Pocas	Algunas	La mayoría	Siem
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					
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).

## ANEXO 8

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

